



**POLSKA W OBLICZU  
STARZENIA SIĘ  
SPOŁECZEŃSTWA**

THE HISTORY OF THE  
CITY OF BOSTON  
FROM 1630 TO 1880

POLSKA AKADEMIA NAUK  
KANCELARIA PAN  
KOMITET PROGNOZ „POLSKA 2000 PLUS”

**POLSKA W OBLICZU  
STARZENIA SIĘ  
SPOŁECZEŃSTWA**

**DIAGNOZA I PROGRAM DZIAŁANIA**

**(POLAND FACING THE AGING PROCESS  
OF THE POPULATION)**

Warszawa 2008

Polska Akademia Nauk, Kancelaria PAN  
Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN  
adres: Pl. Defilad 1, 00-901 Warszawa, Pałac Kultury i Nauki,  
piętro XXIII, pokój 2321, tel/fax (0 22) 620-33-76

e-mail: [komprog@pan.pl](mailto:komprog@pan.pl)  
[www.prognozy.pan.pl](http://www.prognozy.pan.pl)

Publikacja dofinansowana przez PAN ze środków na działalność wspierającą badania uzyskanych z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

© Copyright by Komitet „Prognoz Polska 2000 Plus”  
przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk  
Wszelkie prawa zastrzeżone  
Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej publikacji bez zgody wydawcy zabronione

Opracowanie graficzne: Agnieszka Maczunder

ISBN-978-83-61236-04-7

Druk i oprawa: Warszawska Drukarnia Naukowa PAN

## SPIS TREŚCI

Wprowadzenie .....	9
<b>POLSKA W OBLICZU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA – Antoni Rajkiewicz .....</b>	<b>13</b>
1. Demograficzne procesy starzenia się społeczeństwa polskiego .....	15
2. Ekonomiczne następstwa starzenia się ludności .....	17
3. Aktywność zawodowa populacji III wieku .....	19
4. Aspekty przestrzenne i polityczne III wieku .....	21
5. Kierunki działań .....	23
<b>MEMORIAŁ KOMITETU DLA NAJWYŻSZYCH WŁADZ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ W SPRAWIE PROGRAMU DZIAŁAŃ NA RZECZ POPRAWY SYTUACJI LUDZI W STARSZYM WIEKU .....</b>	<b>25</b>
<b>OPRACOWANIA EKSPERCKIE</b>	
<b>POLSCY SENIORZY W PRZYSZŁOŚCI – Piotr Szukalski .....</b>	<b>32</b>
1. Przyczyny starzenia się ludności w Polsce .....	33
2. Starzenie się ludności Polski do roku 2030 .....	36
3. Starzenie się ludności Polski na tle innych krajów europejskich .....	39
4. Regionalne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności w Polsce .....	40
5. Podwójne starzenie się ludności i feminizacja starości .....	43
6. Zmiany struktury według stanu cywilnego i poziomu wykształcenia .....	46
7. Niepełnosprawność .....	48
8. Obciążenia ekonomiczne i potencjalne wsparcie .....	54
9. Wnioski .....	56
<b>PERSPEKTYWY ZDROWOTNE STARSZEJ POPULACJI – Jan Kopczyński, Cecylia Łabanowska .....</b>	<b>60</b>
1. Niemedyczne i zdrowotne determinanty upowszechniania się starości .....	60
2. Perspektywy przeciwdziałania starości i związanym z nią chorobom .....	64

3. Sytuacja w opiece geriatrycznej w Polsce .....	75
4. Priorytety polityki zdrowotnej w opiece nad ludźmi starymi w Polsce .....	79
5. Wnioski .....	84

<b>UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I PIEŁĘGNACYJNE WOBEK PROCESU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA</b>	
– Piotr Błędowski .....	89
Wpływ procesów demograficznych i sytuacji społeczno- ekonomicznej na ubezpieczenie społeczne .....	89
Ubezpieczenia pielęgnacyjne – idea i finansowanie .....	93
Podsumowanie .....	103

<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA I ZATRUDNIENIE LUDZI STARSZYCH – Mieczysław Kabaj .....</b>	105
1. Diagnoza .....	105
2. Założenia programu zwiększenia zatrudnienia osób starszych .....	114
3. Siedem głównych elementów programu .....	123

<b>INTERNET A POPULACJA OSÓB STARSZYCH</b>	
– Robert Rudowski .....	137
1. Internet dla osób starszych na świecie i w Polsce .....	137
2. Możliwość wykorzystania internetu przez osoby starsze .....	139
3. Warunki wykorzystania internetu przez osoby starsze .....	148
4. Programy Unii Europejskiej .....	151
5. Wnioski .....	151

<b>ROBOTY W SŁUŻBIE LUDZI STARSZYCH</b>	
– Cezary Zieliński .....	154
1. Możliwości przeciwdziałania procesom starzenia się społeczeństw .....	155
2. Fazy rozwoju robotów wspomagających ludzi niepełnosprawnych .....	158
3. Aktualny stan badań nad robotami usługowymi .....	160
4. Problemy techniczne rozwoju robotów osobistych .....	167
5. Wnioski .....	168

<b>WARUNKI ŻYCIA I MIESZKANIOWE OSÓB STARSZYCH</b>	
– Bożena Balcerzak-Paradowska .....	170
1. Warunki życiowe osób starszych .....	170

2. Miejsce starszego człowieka w rodzinie i układy międzygeneracyjne .....	176
3. Warunki mieszkaniowe osób starych i możliwości opieki w miejscu zamieszkania .....	182
<b>EDUKACJA, AKTYWNOŚĆ KULTURALNA, REKREACJA LUDZI STARZEJĄCYCH SIĘ – Dzierżymir Jankowski .....</b>	<b>195</b>
1. Trzy aspekty problemu .....	196
2. Aktualizacja, poszerzanie i pogłębienie wiedzy .....	200
3. Aktywność kulturalna .....	204
4. Rekreacja .....	207
5. Wnioski .....	210
<b>PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA PROCESU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA</b>	
– Stanisław Rogala .....	214
1. Doznawanie starości – stereotypy i mity .....	214
2. Rozumienie, akceptacja i empatia to wsparcie w starości .....	219
3. Instytucje dobra społecznego i wychowanie wolontariuszy .....	221
4. Współuczestnictwo i współaktywność .....	223
<b>W POSZUKIWANIU SYNTEZY I PROGRAMU DZIAŁANIA</b>	
– Andrzej Karpiński .....	228
1. Działania na rzecz poprawy sytuacji materialnej tej populacji .....	229
2. Przeciwdziałanie rosnącej niesprawności psychofizycznej .....	231
3. Przeciwdziałanie poczuciu osamotnienia tej populacji .....	231
4. Przeciwdziałanie zjawisku „wielochorobowości” .....	233
5. Inne kierunki działań .....	233
6. Działania organizacyjne .....	235
<b>Aneks</b>	
<b>Fragmety z japońskiego Raportu: ROLA BADAN I TECHNOLOGII W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE ZE ZMNIEJSZAJĄCĄ SIĘ LICZBĄ DZIECI .....</b>	<b>236</b>
Streszczenie w języku angielskim .....	241



## Contents

Introduction .....	9
Poland Facing the aging process of the Polish society .....	13
The memorial addressing the supreme Authorities of the Polish state concerning the programme of actions in favour of the improvement living situation of the elderly people .....	25
The Polish seniors of the Future .....	32
The prospects for health of the older population .....	60
Social and nursing insurance facing the aging process .....	89
Vocational activity and employment of the older people .....	105
Internet and the older people population .....	137
Robots at older people services .....	154
Living and housing conditions of older people .....	170
Education, cultural activity and recreation ion of older people ...	195
The psychological and social conditions of human aging process	214
In pursuit of synthesis and action programme .....	228
Appendix: Excerpts from Japanese Report: The Role of Sciences and Technology in an aging society with fewer children ...	236
English summary .....	241

## WPROWADZENIE

Starzenie się ludności jest zjawiskiem powszechnym we współczesnym świecie. Według przewidywań niektórych demografów odsetek ludności w wieku emerytalnym wzrośnie w Europie w ciągu półwiecza czyli do roku 2050 z 27% do 51%, w Ameryce Północnej z 19% do 35% a w skali całej kuli ziemskiej z 11% do 25%<sup>1</sup>.

W Polsce udział tej grupy ludności w całej populacji kraju już w 2002 roku przekroczył 14%, co jest poziomem tego udziału uznawanym za granicę zaliczania krajów do grupy starzejących się społeczeństw (elderly societies)<sup>2</sup>.

W przyszłości proces ten ulegnie jeszcze wyraźniejszemu przyspieszeniu wobec spadku liczby urodzeń. Z prognoz demograficznych wynika bowiem, że liczba osób w wieku emerytalnym wzrośnie z 5,9 mln w 2005 r. do co najmniej 9,6 mln w 2030 r., czyli z 15,4% ogólnej ludności Polski do 26,9%. Ani jednak ta skala wzrostu populacji, ani jej przyrost o co najmniej 3,7 mln ludzi w ciągu najbliższego dwudziestolecia nie stanowi przedmiotu zainteresowania władz publicznych. Wyrazem tej postawy może być przygotowana w połowie 2006 roku „Informacja Rządu o sytuacji społecznej i materialnej polskich rodzin, sytuacji demograficznej, promocji życia w Polsce oraz sytuacji dzieci i młodzieży”. W tej informacji wśród 12 rozdziałów i 8 obszarów szczególnego zainteresowania rządu nie znalazł się problem ludzi w podeszłym wieku. Pomija się go także w wypowiedziach przedstawicieli centralnych władz państwowych i polityków.

Nie ma też obecnie w Polsce ośrodka rządowego ani też naukowego, który by w sposób kompleksowy ujmował omawiane zagadnienie. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne koncentruje się na aspektach zdrowotnych starzejącej się generacji.

---

<sup>1</sup> Przyszłość: Świat-Europa-Polska nr 1/2006 s. 139.

<sup>2</sup> „The role of Sciences and Technology in an aging society with fewer children”, Tokyo, 2006 internet, s. 5.

<sup>3</sup> Projekt, Warszawa, lipiec 2006,

Z drugiej strony – w skali międzynarodowej i w poszczególnych krajach narasta lawinowo zainteresowanie rozmiarami i konsekwencjami owego nieuchronnego procesu demograficznego.

W tej sytuacji Prezydium Komitetu uznało za celowe aby Komitet zgodnie ze swoimi dotychczasowymi inwencjami i inicjatywami przygotował i rozpatrzył ekspertyzę obejmującą prognozy strukturalne i ich konsekwencje oraz propozycje przedsięwzięć związanych z usytuowaniem zbliżającej się do 10 milionów w 2030 roku populacji ludzi w podeszłym wieku w naszym kraju.

Zgodnie z tym problem ten został opracowany w gronie ekspertów Komitetu i rozpatrzony na jego plenarnym zebraniu w dniu 18 czerwca 2007 roku.

Przedstawienie wyników tych prac jest właśnie celem niniejszej publikacji. Wybiega ona tym samym w kierunku postulowanym przez profesora Michała Kleibera, aktualnego Prezesa PAN, który w wywiadzie dla „Gazety Wyborczej” na wstępie swojej kadencji stwierdził: „Nie zajmowała (Polska Akademia Nauk – dop. redakcji) – bądź robiła to w sposób mało wyrazisty – stanowiska w sprawie ... problemu ludzi w podeszłym wieku”<sup>4</sup>.

Problematyka ta obfituje w tak wiele pytań badawczych, co do których nie mamy jeszcze odpowiedzi, że w pełni kwalifikuje się do uznania jej za przedmiot badań naukowych.

I tak lepszego rozpoznania wymagają nie tylko prognozy demograficzne populacji III wieku, ale również jej rozmieszczenie przestrzenne oraz swoiste cechy seniorów w Polsce. Odpowiedzi wymagają m.in. takie pytania jak: „Czy i jak przedłużyć okres pracy zarobkowej tej grupy?”, „Jakie zajęcia zarobkowe preferować?”, „Jak traktować pracę emerytów we własnym gospodarstwie rodzinnym czy przedsiębiorstwie?”, wreszcie: „Jak wpływać na zachowanie dłuższej aktywności zawodowej po wejściu w okres emerytalny i utrzymać związki z dotychczasowym miejscem pracy?”.

Wśród problemów zdrowotnych odpowiedzi wymagają pytania na temat: „Jakie powinny być wskazania gerontologii w

---

<sup>4</sup> „Gazeta Wyborcza” nr 298 z 2006 r. s. 9.

celu przedłużenia okresu sprawności fizycznej i jakie drogi ich spełnienia, jak również łagodzenia niepełnosprawności tego wieku?”, „Jaką rolę w opiece zdrowotnej nad seniorami powinny odgrywać ubezpieczenia pielęgnacyjne?”, które sprawdziły się w szeregu krajów, „Jak zapewnić dostępność do infrastruktury opieki zdrowotnej?”, „Jak uregulować kwestię odpłatności za usługi i leki, a w tych ramach czy stosować ulgi dla emerytów, jak to ma miejsce w wielu krajach?”, wreszcie „Jak działać aby rozszerzyć krąg lekarzy specjalistów z zakresu geriatry?”.

W problematyce warunków życia odpowiedzi wymagają takie pytania jak: „Jaki powinien być system emerytalny aby lepiej zaspakajać potrzeby egzystencjalne tej grupy ludności?”, „Jak poprawić jej warunki mieszkaniowe i opiekę domową nad ludźmi starymi?”, „Jak lepiej zaspakajać potrzeby seniorów na rynku towarów i usług?”, „Jak zwiększyć bezpieczeństwo osobiste tej grupy ludzi?” szczególnie narażonej na akty agresji, czy też: „Jakie powinny być przywileje i ulgi dla seniorów?”.

W problematyce relacji seniorów do innych generacji i ich miejsca w strukturze społecznej odpowiedzi wymagają takie pytania jak: „Jak kształtować rodzinne układy między generacyjne?”, „Jak kultywować więzi rodzinne i zawodowe?”, „Jak zwiększać aktywność polityczno-zawodową tej grupy ludności w sposób sprzyjający umacnianiu demokracji bezpośredniej a unikać nieprawidłowości (podatność na populizm, skrajne postawy polityczne)?”, „Jak zaspakajać i rozbudzić potrzeby edukacyjne w tej grupie ludności (np. uniwersytety III wieku)?”, „Jak sprzyjać poznawaniu świata przez tę grupę naszej populacji?”.

W aspektach ekonomicznych i prawnoinstytucjonalnych tego problemu konieczny jest szybszy niż dotychczas rozwój badań nad ekonomiką III wieku (źródła utrzymania, spadek, dziedziczenie, alimentacja, gwarancja oszczędności, aż do spraw pochówku). Odpowiedzi wymagają też takie pytania, jak: „Jakie są potrzebne nowe regulacje prawne i rozwiązania instytucjonalne?”, „Jak kształtować działalność w stosunku do tej grupy aby zapewnić ich zgodność z międzynarodowymi wymogami i dyrektywami

w tej sprawie?”, co dotyczy szczególnie zobowiązań z tytułu dyrektyw UE, której jesteś członkiem.

Z tego przeglądu wynika jak liczne są te pytania. W niniejszej książce podejmuje się próbę odpowiedzi na nie lub też jeszcze na inne pytania z tym związane. Są to jednak jeszcze próby wstępne. Opierają się bowiem na naszym dotychczasowym stanie wiedzy na ten temat, o którym stwierdziliśmy wyżej, że jest on wciąż jeszcze niedostateczny. Dlatego w miarę rozwoju tych prac badawczych wiele z tych odpowiedzi wymagać może zmian lub redefinicji.

Aby przybliżyć odpowiedzi na te pytania zamieściliśmy w niniejszym tomie niektóre fragmenty z odpowiedniego programu japońskiego<sup>5</sup>, gdyż daje on dobry pogląd jak te problemy są rozwiązywane w innych krajach.

Zespół redagujący niniejszy tom stanął z kolei przed problemem, jak podejść do sytuacji, kiedy w ocenach eksperckich występują te same problemy, a odpowiedzi wykazują pewne różnice. Może to sprawiać wrażenie braku koordynacji przy redakcji całości pracy.

Ze względu jednak na bardzo początkowy dopiero wstępny etap tych prac uznaliśmy, że byłoby przedwczesne eliminowanie tych powtórzeń w imię jasności i koordynacji wewnętrznej struktury tekstów. Dlatego prosimy o zrozumienie dla tej decyzji.

Na zakończenie niniejszego wprowadzenia zwracamy się z apelem do naszych czytelników o nadsyłanie wszelkich uwag na adres Komitetu.

Zespół Redakcyjny  
pod kierownictwem:  
Andrzeja Karpińskiego i Antoniego Rajkiewicza

---

<sup>5</sup> „The role of Science and Technology ...”, jak wyżej

## **POLSKA W OBLICZU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA**

Wydłużanie się życia ludzkiego we współczesnym świecie, pociąga za sobą wzrost liczby i odsetka ludności w wieku podeszłym. Problemy tej narastającej populacji jak i sama ostatnia faza ludzkiego życia stają się przedmiotem zainteresowania i troski organizacji międzynarodowych (m.in. ONZ uchwaliła w 1991 r. Katalog Praw Ludzi Starych), środowisk naukowych oraz ciał publicznych wielu krajów. Studia te podjął też Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”.

Ten bardzo ważny problem był natomiast niedoceniany przez wszystkie władze państwowe od wielu lat. Po raz pierwszy zaczęliśmy w Komitecie mówić o nadchodzącej wielkiej fali przyspieszonego po roku 2010 starzenia się społeczeństwa polskiego już w latach 90. Od tego czasu kolejne rządy nic nie zrobiły aby rozpocząć jakieś przygotowania do tego procesu. Ani w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, ani w Ministerstwie Zdrowia, ani w Ministerstwie Edukacji nie ma zupełnie komórek czy nawet specjalistów zajmujących się tą problematyką.

Jest to zupełnym przeciwieństwem sytuacji w krajach rozwiniętych, gdzie nie tylko w środowisku naukowym, ale w praktyce działania rządów funkcjonują różnego rodzaju programy państwowe. Za najbardziej zaawansowany kraj w budowie tych programów uznaje się Japonię<sup>1</sup>.

Rosnące zainteresowanie tym problemem w środowisku naukowym wynika także ze zrozumienia jego doniosłości w życiu naszego kraju, jak i potrzeby kompleksowego ujęcia w prognozach przyszłości. Podkreślić przy tym należy, że dane o liczbie seniorów stanowią najbardziej pewny element prognoz demograficznych. Stąd też wynika szczególna odpowiedzialność i powin-

---

<sup>1</sup> M.in. „Challenges for Building a Future Society – the role of Science and Technology in an Aging Society with fewer Children”, op. cit. Tokyo 2006, internet.

ność podejmowania odpowiednich przedsięwzięć sprawczych zapewniających znośny i godny schyłek życia.

Skalę tego problemu podkreśla fakt, że w niemieckich materiałach ocenia się, że koszty związane ze zdrowiem na 1 członka populacji w wieku 15-29 lat wynoszą w skali rocznej 1,5 tys. euro, natomiast dla populacji 65-85 lat – 6 tys. euro, czyli 4 razy więcej. Trzeba się więc z tym liczyć jako istotnym czynnikiem zwiększającym wydatki państwa.

Tymczasem z wielu badań przeprowadzonych w naszym kraju wynika, że występują, a niekiedy nawet narastają, zjawiska niepokojące o konsekwencjach społecznie szkodliwych, budzących niepokój, a również niepewność jeśli chodzi o przyszłość (np. dotyczące emerytur). Z kolei podejmowane inicjatywy działań na rzecz poszanowania swoistości wieku podeszłego nie zawsze i nie wszędzie są rozumiane i wspierane. Zastanawia przy tym fakt, że dzieje się to w kraju, w którym ukazało się dzieło o rezonansie światowym autorstwa Profesora Edwarda Rosseta (członka PAN): „Proces starzenia się ludności”<sup>2</sup>. Była to praca w latach 50. zupełnie pionierska i do dnia dzisiejszego cytowana i uważana za podstawowy element. Praca, pochodziła przy tym z kraju, z którego pochodził Papież wielokrotnie nawołujący do szczególnej pieczy nad człowiekiem starym. W 48 lat po wydaniu tej książki, prezes PAN prof. M. Kleiber obejmując tę funkcję zwrócił uwagę, że jednym ze słabości w pracy naukowej Akademii, jest brak opracowania dotyczącego starzejącego się społeczeństwa polskiego. Potrzeba było tych 48 lat aby uznać, że sprawa jest na tyle istotna aby zajął się nią Polska Akademia Nauk.

Przygotowane dla Komitetu ekspertyzy na ten temat, w sposób wszechstronny i wnikliwie diagnozują sytuację współczesną i korzystając również z danych porównawczych kreślą stan i wizję „polskiej starości”. Zgodnie dostrzega się niedomagania edukacyjne, zdrowotne, ekonomiczne, a nade wszystko instytucjonalne niesprzyjające wymogom trzeciego wieku. Wspólny jest postu-

---

<sup>2</sup> Edward Rosset: „Proces starzenia się ludności – skutki demograficzne” PWN, Warszawa 1959 r.

lat podjęcia prac nad przygotowaniem całościowego programu polityki wobec ludzi w wieku podeszłym. Potrzebne jest w tym celu wystąpienie do władz najwyższych wskazujące na wagę problemu, przypominające ustalenia i wskazania międzynarodowe oraz proponujące rozwiązania systemowe obok działań prewencyjnych i interwencyjnych. Do takiego postulatu zachęca też cytowana wcześniej wypowiedź obecnego prezesa PAN prof. Michała Kleibera, który przy obejmowaniu tego urzędu do ważnych problemów wymagających diagnozy naszej nauki zaliczył starzenie się społeczeństwa polskiego.

W niniejszym tekście ograniczymy się do wskazania skali i struktury zjawiska, jego aspektów humanitarnych, ekonomicznych, przestrzennych, a również praktycznych oraz do nakreślenia wykazu niezbędnych przedsięwzięć o znaczeniu podstawowym.

## 1. Demograficzne procesy starzenia się społeczeństwa polskiego

Na wstępie należy przypomnieć, że długość trwania życia w Polsce wzrosła od 1950 roku do 2005 roku: u mężczyzn z 56,1 lat do 70,8 lat, czyli o prawie 16 lat, zaś u kobiet z 57,7 do 79,4 lat, czyli o prawie 22 lata. Na tak wysoki czas trwania życia złożył się spadek umieralności niemowląt, rozwój opieki zdrowotnej oraz ogólna poprawa warunków życia. Wydłużeniu czasu trwania życia towarzyszył wzrost udziału ludności w wieku podeszłym (powyżej 65 lat) z 5,3% w 1980 r. do 13,3% w 2005 r. O ile w 1950 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 12 osób w wieku poprodukcyjnym, to 55 lat później było ich dokładnie dwukrotnie więcej, czyli 24 osoby. Przewidywany rozwój tej populacji ilustruje tabela 1 i 2.

Tabela 1. Ludność w wieku podeszłym w Polsce (w mln)

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
Ludność w wieku poprodukcyjnym w 2005 r.	5,89	1,92	3,97	3,62	2,27
w tym: 80-84 lata	0,68	0,21	0,47	0,39	0,28
85 lat i więcej	0,35	0,09	0,26	0,20	0,15



Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
Prognoza ludności w wieku poprodukcyjnym					
- 2010	6,43	1,35	4,48	4,11	2,32
- 2020	8,54	2,89	5,65	5,62	2,92
- 2030	9,60	3,58	6,02	6,08	3,52
w tym:					
80-84 lata	1,27	0,43	0,78	0,86	0,41
85 lat i więcej	0,78	0,21	0,57	0,52	0,26
powyżej 100 lat	9,2 tys.	0,9 tys.	8,3 tys.	6,3 tys.	2,9 tys.

Zródło: Prognoza demograficzna na lata 2003-2030, GUS 2004; Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31.XII.2005, GUS, 2006

Ludność w wieku poprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym wzrośnie z: 24 osób w 2005 r. do 26 osób w 2010 r.; a następnie do 38 osób w 2020 r. i 46 osób w 2030 r.

Przyrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym w latach 2005-30 wyniesie 3,7 mln, ubytek zaś liczby ludności w wieku produkcyjnym 3,6 mln, a więc przewyższy ten spadek. Ludność ogółem wyniesie w 2030 r 93,3%, przyjmując rok 2000 za 100: w wieku 0-17 lat 51,1%, w wieku 18-59/60 lat – 89,3%, w wieku 18-44 lat – 72,8%, w wieku 45-59/64 lat – 120,6%, a w wieku 60/65 lat i więcej – 169,6%.

Tabela 2. Trwanie czasu życia w Polsce w latach

Lata	Mężczyźni	Kobiety
2000 rok	69,7	78,0
2005 rok	70,8	79,4
Miasto	71,2	79,3
Wieś	70,3	79,6
Prognoza2030	77,6	83,3

Zródło: jak w tabeli 1.

Z prognoz do 2030 roku wynika, że należy oczekiwać dalszego wydłużenia czasu trwania życia. W ciągu najbliższych 25 lat ma on być dłuższy u mężczyzn o prawie 7 lat i u kobiet prawie o 4 lata. Przewiduje się przy tym, że populacja w wieku emerytal-

nym zwiększył się z prawie 5,9 mln do 9,6 mln, a więc o 3,7 mln, tj. o około 70%. Jest to wskaźnik, który w sposób szczególnie zmusza do troskliwego spojrzenia w przyszłość – o dużym prawdopodobieństwie realizacji, a nawet przekroczenia obecnych przewidywań.

## 2. Ekonomiczne następstwa starzenia się ludności

Na tym tle wyłania się podstawowy problem natury ekonomicznej, a mianowicie znalezienia źródeł pokrycia świadczeń wynikających z uprawnień emerytalnych tak znacznie wzrastającej populacji emerytów, przy równocześnie wydatnie spadającej liczbie płatników składek ubezpieczeniowych.

System emerytalny w ramach reformy z 1999 r. został u nas wprowadzony właściwie bez uwzględnienia opinii środowisk naukowych. Wprowadzono go przez ówczesną ekipę za pomocą ludzi biznesu, którzy otrzymali ogromne pieniądze za przygotowanie tej koncepcji. Dzisiaj stoimy w przededniu praktycznej jego realizacji. Pierwsze renty i emerytury mają być bowiem wypłacane w 2009 r., a jeszcze nie wiadomo kto będzie je wypłacał i jakie będą ich gwarancje. Podział na trzy filary był zupełnie oderwany od realiów. Filar I, to jest ten poziom gwarantowany, właściwie zapewnia tylko około 20-24% emerytury w stosunku do płac. Filar II zależy od płaconych składek. Filar III dobrowolny opiera się na założeniu, że nasi młodzi rodacy będą odkładać część swoich zarobków na ubezpieczenie. Zapisano się do tego III filaru tylko 800 tys. osób, czyli ¼ liczby zakładanej. W tym filarze przyjęto za górną granicę, którą w ciągu roku można oszczędzać na ten III filar, kwotę 3400 zł, co nie może wpłynąć w bardziej istotny sposób na poziom przyszłych emerytur. Z jednej strony rysuje się więc potrzeba troski o wydolność systemu emerytalnego, z drugiej strony przyszła sytuacja dyktuje potrzebę daleko idącej osobistej przezorności, wyrażającej się m.in. w dobrowolnym ubezpieczeniu dodatkowym. Przypomnieć należy, że w Polsce obejmuje ono obecnie niecały milion pracowników, a np. w Niemczech korzysta z niego 20 mln osób (w tym 15 mln w zakładowych systemach

emerytalnych i 5 mln w prywatnych zakładach ubezpieczeniowych).

Innym elementem aspektu ekonomicznego powiększającej się populacji seniorów są koszty ich utrzymania i struktura wydatków. Zakłada się, że znaczna ich część prowadzić będzie jednoosobowe gospodarstwa domowe, gdzie koszty egzystencji są wyższe od kosztów w gospodarstwach wielorodzinnych. W Niemczech w tej chwili lansuje się koncepcję opartą na ulgach i pewnych preferencjach przy budowie rodzinnych domów, zachęcających do tego, aby pod jednym dachem zamieszkiwały 2 czy 3 generacje. Powstaje problem czy to mają być domy międzypokoleniowe, czy trzeba tworzyć ośrodki wyspecjalizowane. W naszej prognozie demograficznej przewiduje się nawet 2-krotny wzrost liczby osób zakwaterowanych zbiorowo w 2030 r., co oznacza intencję tworzenia różnego rodzaju pensjonatów i domów spokojnej starości. W każdym razie problem ten już dziś wymaga propozycji i pewnych przemyśleń. Tu potrzebna jest inicjatywa samorządów i organizacji społecznych.

Istnieje również potrzeba stworzenia pewnej formy opieki, mocno i szczególnie rozwiniętej w Niemczech i w Japonii, w postaci tzw. ubezpieczenia pielęgnacyjnego, gdzie ciężar tych kontaktów przenosi się na wyspecjalizowany personel pielęgniarstwa. To ubezpieczenie pielęgniarstwa jest, więc moim zdaniem, jednym z bardzo istotnych rozpatrywanych dziś postulatów.

Kolejnym problemem jest zjawisko osamotnienia. Rośnie zwłaszcza zakres zjawiska wdowieństwa, gdyż kobiety żyją dłużej. Dalej, co jest prawem życia, coraz bardziej narasta w rezultacie wydłużanie się też życia niepełnosprawnych, co wiąże się ze stanem zdrowia. W stanie zdrowia grupy zaawansowanej wiekowo mamy do czynienia ze zjawiskiem „wielochorobowości”, co rodzi potrzebę wyspecjalizowanej wiedzy, a mianowicie geriatrici. Rosnąć więc będzie zapotrzebowanie na lekarzy tej właśnie specjalności, których mamy tylko 300, to jest co najmniej 4 razy mniej od standardów UE. Ta grupa wiekowa zużywa też 2/3 całości leków. Wszystko to powoduje konieczność kompleksowego ujęcia tego problemu. To kompleksowe ujęcie zostało bardzo

mocno podkreślone w pracy prof. L. Frąckiewicz<sup>3</sup>. Dlatego problem populacji w wieku podeszłym powinien stanowić element strategii rozwoju naszego kraju. Tymczasem w programie resortowym polityki społecznej, który został ostatnio opracowany przez resort pracy, ten problem został zupełnie pominięty.

### 3. Aktywność zawodowa populacji III wieku

Znacznie wzrosnie wśród ludzi trzeciego wieku populacja z wyższym wykształceniem, wzrosną więc potrzeby w tej populacji, zaliczane do tzw. wyższego rzędu.

Rośnie też znaczenie zajęć zarobkowych dla emerytów. Pośrednio wiąże się to z wiekiem emerytalnym i latami stażu zawodowego uprawniającego do świadczenia emerytalnego. Ogólnie panuje tendencja do wydłużania wieku aktywności zawodowej i to jednakowego dla mężczyzn i kobiet. W Niemczech wiek emerytalny przedłużono już do 67 lat. W Polsce temat ten należy do szczególnie trudnych, ale wymagających systemowych rozwiązań w związku z funkcjonowaniem u nas tzw. „gilotyny emerytalnej”, pozbawiającej praw do zarabkowania tych, którzy uzyskali uprawnienia do świadczeń emerytalnych. Od tej sztywnej granicy wiekowej trzeba odejść.

Możliwość przedłużenia aktywności zawodowej (i uzyskiwania dodatkowych dochodów) ma nie tylko wymiar humanitarny, ale również konkretny wymiar ekonomiczny. Zmniejszyć może w istotny sposób koszty finansowania procesu starzenia się ludności. Chodzi też o kontakt ze środowiskiem pracy, o realizowanie swoich umiejętności i doświadczeń, o poczucie użyteczności poza gospodarstwem domowym.

Warto też podkreślić istotną rolę, z tego punktu widzenia, problemu ogródków działkowych. Uważamy, że powinien on znaleźć odbicie w polityce w stosunku do tej populacji. Obecnie ogródki działkowe skupiają około 1 mln członków, z tego 2/3 to ludzie w wieku emerytalnym. Spełniają one potrójną rolę. Mia-

---

<sup>3</sup> „W obliczu starości” pod redakcją Lucyny Frąckiewicz, Katowice 2007 r.

nowicie rolę aktywizującą, bo trzeba posiać rośliny, podać uprawy itd. Następnie rolę wspólnotową. Jest to bowiem wspólnota pracy przede wszystkim. A wreszcie rolę ekonomiczną. Daje bowiem pewne wzmocnienie tych gospodarstw domowych. Przygotowywana jest natomiast ustawa, która zmienia status ogródków działkowych, przekazując władzom komunalnym możliwość przekazywania tych terenów na działki budowlane. Uważam, że w naszej sytuacji i przy tak bardzo rozbudowanych ogrodach rodzinnych stanowić to może zamach na ogródki działkowe.

Wagę aspektu humanitarnego w procesie starzenia się wzmocniają jeszcze dane o zmianach w strukturze wieku seniorów. Z przytoczonych prognoz wynika, że w ciągu najbliższych 25 lat podwoi się liczba tzw. sędziwych seniorów, tzn. przekraczających 80 rok życia z 1030 tys. osób w 2005 r. do 2005 tys. osób w roku 2030. Ta populacja wymaga przede wszystkim zwiększonej opieki zdrowotnej. Powstaje więc problem zdrowotny, jak zmniejszyć zakres cierpień ludziom opadającym z sił. Ma to nie tylko wymiar humanitarny, ale również ekonomiczny, tj. pokrywania kosztów profilaktyki i leczenia. Dlatego problemy stanu zdrowia tej generacji nabierają istotnego znaczenia we wszystkich krajach. Główny kierunek to jakościowe rozszerzenie profilaktyki, a zwłaszcza obejmowanie regularnymi czasem nawet obowiązkowymi, badaniami przesiewowymi tej generacji. Z drugiej strony koncentracja badań naukowych na terapii typowych chorób tej generacji. Należą do nich choroby nowotworowe oraz schorzenia mózgu, jak choroba Alzheimera czy Parkinsona.

W większości grupa ludzi w wieku podeszłym składa się z osób samotnych, którym potrzebna jest pomoc domowa, a również bardzo często urządzenia sprawnościowe. Pożądana obsługa medialna (telewizor, radio, internet, telefon) to jednak nie tylko sprawa wsparcia najstarszej populacji, ale potrzeba szersza, przy czym w grę wchodzi nie tylko posiadanie urządzenia, ale jego oprzyrządowanie ułatwiające korzystanie zeń, możliwość konserwowania, napraw itp. Nasuwa się tutaj myśl o funkcjonowaniu systemu usług, który będąc nastawiony na obsługę osób niepełnosprawnych obejmowałby również seniorów. Wykształca się

w rezultacie myśl, że wielkie ułatwienie w życiu tej grupy ludności może zapewnić dostęp do internetu<sup>4</sup>.

Równocześnie w niektórych krajach jak np. w Japonii, szczególne zainteresowanie dotyczy robotów wyspecjalizowanych w obsłudze ludzi starych<sup>5</sup>.

Profesor Dz. Jankowski w swoim opracowaniu na temat edukacji, aktywności kulturalnej i rekreacji ludzi starzejących się, zastępując termin „wiek trzeci”, „wiekiem późnej dorosłości” zwraca trafnie uwagę na potrzebę szerszego traktowania potrzeb edukacyjnych. Chodzi nie tylko o konsumowanie wiedzy, ale o aktywność kulturalną, a również rekreacyjną seniorów stanowiącą „płaszczyznę samorealizacji”.

Przy podejmowaniu wątku edukacji związanej z III wiekiem nie sposób nie podkreślić znaczenia wiedzy o tym okresie życia w ogólnej doktrynie kształcenia naszej młodzieży. Chodzi nie tyle o biopsychiczne swoistości tego wieku, co o proces transformacji międzygeneracyjnej, o przekaz rodzinny czy po prostu o szacunek i troskę o żyjących przodków. Wątek edukacyjny to upowszechnienie tzw. uniwersytetów trzeciego wieku, to też kształcenie osób specjalizujących się w usługach na rzecz seniorów.

Mamy więc do czynienia z populacją ludzi żyjących o zmniejszającej się sprawności, ale też o coraz bardziej wykształconych potrzebach kulturalnych, obyczajowych, kontaktów międzyludzkich. Profesor Dz. Jankowski domaga się więc prawa do dalszej samorealizacji jakości życia i równocześnie podjęcia kształcenia i zatrudnienia specjalistów, stanowisk pracy, które zajmowałyby się, jak on to nazywa, późną dojrzałością.

#### 4. Aspekty przestrzenne i polityczne III wieku

Jak stwierdzono wyżej w miarę wydłużania życia narasta osamotnienie, które jest o wiele kosztowniejsze niż życie w rodzinie, we wspólnym gospodarstwie domowym. Ten problem wyma-

---

<sup>4</sup> Patrz studia prof. Rudeckiego.

<sup>5</sup> „Challenges for Building a Future Society ...”, op. cit., s. 13-14.

ga już uwzględnienia aspektów przestrzennych, które należy rozpatrywać z punktu widzenia przestrzeni geograficznej. W opracowaniu prof. P. Szukalskiego przedstawiona jest analiza starzenia się ludności w polskich regionach w układzie przestrzennym. Pokazuje ona jak ogromnie zróżnicowana jest w układzie przestrzennym liczebność populacji w wieku podeszłym. Z jednej strony to jest Warszawa i Łódź i z drugiej strony wykazujące największą dynamikę obszary Śląska.

Spojrzenie na mapę Polski, ukazujące jej sieć osiedleńczą i strukturę demograficzną potwierdza to znaczne zróżnicowanie przestrzenne. Przypomnijmy, że w Polsce mamy około 20 tys. miejscowości o ludności poniżej 200 mieszkańców. Mieszka tam około 2,5 mln osób, a 2/3 z nich to ludzie w wieku podeszłym. Są to z reguły obszary o niedostatku infrastruktury społecznej. Na tych obszarach z największym nasileniem występują gospodarkstwa, w których zanika rodzina wielogeneracyjna. Następują procesy osamotnienia społecznego. Równocześnie obserwujemy znikanie niektórych miejscowości. Wieś wyludnia się i ten proces zdaje się być nieuchronny. Sytuacja ludzi starszych wymaga więc odpowiednio zróżnicowanych działań przestrzennych. Istniejące tu opcje objąć mogą przeprowadzki, czy też budowę domów seniorów, lub wsparcie budownictwa mieszkaniowego dla kilku generacji? Oczywiście możliwe są wszystkie wymienione działania, ale każda z nich wymaga oddzielnych uregulowań prawnych, ekonomicznych czy moralnych. Tak więc w konglomeracie spraw ludzi trzeciego wieku nie może zaniknąć układ przestrzenny i to podwójnie widziany: geograficznie i społecznie.

Wreszcie wątek polityczny. Otóż próby tworzenia lobby senioralnego poprzez oddzielne partie emerytów i rencistów nie zdają egzaminu. Natomiast o tę liczną i na ogół zdyscyplinowaną grupę wyborców toczą się walki międzypartyjne. Obietnice przedwyborcze trwają mniej więcej do momentu wrzucenia głosu do urny. Tymczasem tej coraz bardziej licznej i coraz bardziej zróżnicowanej pod względem potrzeb, populacji należy się program ponadpartyjny, kompleksowy i perspektywiczny. Taki jaki odpowiadałby międzynarodowym ustaleniom i zaleceniom. Nie

wystarcza przy tym uchwalony w 1991 roku przez ONZ katalog praw ludzi w wieku podeszłym, obejmujący pięć grup: niezależność, współuczestnictwo, opieka, samorealizacja i godność, ale konieczne jest odwołanie do bardziej szczegółowych dyrektyw zawartych w Europejskiej Karcie Społecznej Rady Europy czy obowiązujących nas postanowień Unii Europejskiej. Ludziom trzeciego wieku należy się poczucie bezpieczeństwa, użyteczności i przynależności społecznej.

## 5. Kierunki działań

Na zakończenie trzeba podjąć próbę sformułowania tych postulatów, które powinny stać się przedmiotem wystąpienia do władz najwyższych o ustanowienie spójnego programu polityki wobec populacji trzeciego wieku w Polsce. Do tych postulatów zaliczyć należy:

1. jednoznaczne wyrażenie gwarancji państwowych, co do systemu ubezpieczeń emerytalnych, wypłacania emerytur, ustalenia ich wysokości i poboru składki;
2. zapewnienie specjalistycznej pomocy medycznej w systemie publicznej opieki zdrowotnej (z uwzględnieniem tzw. ubezpieczenia pielęgniarstwa);
3. zapewnienie opieki domowej osobom jej wymagającym;
4. wspieranie budownictwa domów seniorów i pensjonatów dla samotnych;
5. wspieranie uczestnictwa w różnych sferach życia społecznego w zaspokajaniu potrzeb edukacyjnych, kulturalnych i rekreacyjnych;
6. czynne zapobieganie deprywacji społecznej poprzez system indywidualnych kontaktów;
7. przywrócenie w mediach publicznych audycji poświęconych sprawom ludzi w wieku podeszłym;
8. ustabilizowanie przepisów dopuszczających dalszą aktywność zawodową;
9. wspieranie rozwoju sektora usług na rzecz ludzi starszych,



10. ustanowienie jednolitego katalogu ulg i przywilejów dla seniorów.

Problem osób w podeszłym wieku powinien być problemem o strategicznym znaczeniu dla naszego kraju. Sprawa pogłębiającej się luki emigracyjnej jest czynnikiem jeszcze zaostrzającym ten problem. Sprawa dostosowania urządzeń technicznych do wykorzystywania przez ludzi starszych wymaga podjęcia odpowiednich działań. W Japonii, w której pomoc państwa jest na bardzo wysokim poziomie rozbudowano jeszcze sferę produkcji robotów, które pomagają ludziom starszym. W Polsce jest to jeszcze nie ta epoka, ale w pewnych przypadkach należy szukać także rozwiązań w technice. Zwrócenie uwagi na podwójne ujęcie „prawa i obowiązki” stanowi ważny element związany z przezornością, która niestety jest u nas pomijana. Istotną rzeczą jest problem wcześniejszego przygotowywania się ludzi do późniejszego funkcjonowania w społeczeństwie będąc w wieku podeszłym.

Sprawy zdrowia powinny być absolutnie ujęte z punktu widzenia geriatry w bardzo szerokim tego słowa znaczeniu.

Potrzebne jest też ustanowienie instytucji państwowej, która będzie kontynuowała i kreowała działania na rzecz seniorów (w niektórych krajach istnieją oddzielne ministerstwa).

Wymienione powyżej postulaty uzupełnić można dalszymi znajdującymi się m in. w uchwale I Kongresu Demograficznego, Rządowej Rady Ludnościowej oraz w licznych raportach z badań i publikacji naukowych. Powinien funkcjonować stały monitoring „Polacy trzeciego wieku”.

Prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz  
Uniwersytet Warszawski

## MEMORIAL

### Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN dla najwyższych władz Rzeczypospolitej Polskiej

#### w sprawie programu działań na rzecz poprawy sytuacji ludzi w starszym wieku

W rozpoczynającym się dwudziestopięcioleciu Polska stanie wobec problemu zmian w strukturze wieku ludności, związanych z wydłużaniem się przeciętnego czasu życia. Zmiany te, które demografowie nazywają starzeniem się struktury społeczeństwa, prowadzą do zasadniczego wzrostu udziału ludzi III wieku, czyli w wieku emerytalnym, w całej populacji. Z prognoz demograficznych wynika, że w Polsce liczba osób w wieku emerytalnym zwiększy się z 5,9 mln w roku 2005 do 9,6 – w 2030. Oznacza to wzrost o 3,7 mln osób, czyli o 62%.

Jest to tendencja ogólnoeuropejska. W Polsce jednak towarzyszy jej zjawisko asymetrii polegające na tym, że liczba osób pobierających renty i emerytury jest znacznie wyższa od liczby osób będących rzeczywiście w wieku emerytalnym. Wynika to, z jednej strony, z wcześniejszego wieku przechodzenia na emeryturę niż w innych krajach, z drugiej – z szerszego zasięgu zjawiska niepełnej sprawności. W roku 2005 renty i emerytury pobierało 9,9 mln osób, czyli o 68% więcej niż wynosiła liczba osób w wieku emerytalnym (5,9 mln). Jeśli nie uda się tej tendencji zahamować, to populacja utrzymująca się ze świadczeń emerytalnych i rentowych może w roku 2030 stanowić już 1/3 całej ludności Polski.

Wydłużenie czasu życia stanowi niewątpliwe osiągnięcie cywilizacyjne. Równocześnie jednak stwarza poważne problemy ekonomiczne, społeczne i kulturowe. Ich rozwiązanie wymaga już dzisiaj szerokich, wyprzedzających działań i wcześniejszych rozstrzygnięć, aby zapobiec w przyszłości trudnościom związanym z finansowaniem bieżących emerytur oraz przeciwdziałać silnym napięciom społecznym.

Działania takie są zresztą konieczne w świetle Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, której § 25 szczegółowo reguluje prawa osób w podeszłym wieku.

Z tych względów Komitet nasz, po wszechstronnej i kompleksowej analizie tego problemu, uważa, że niezbędne jest określenie konsekwentnej i wewnętrznie spójnej polityki państwa w tym zakresie oraz szerokie włączenie do koniecznych działań samorządów terytorialnych wszystkich szczebli.

Kluczową rolę przypisujemy trzem kierunkom działań.

Pierwszy i najważniejszy kierunek, który decydował będzie o zapewnieniu podstaw egzystencji tej stale rosnącej grupy ludności, to jak najpilniejsze zakończenie prac nad reformą emerytalną oraz dokonywanie dalszych korekt, które będą usprawniały funkcjonowanie systemu. Wymaga to radykalnego przyspieszenia szeregu opóźnionych procesów legislacyjnych z jednej strony, z drugiej zaś – zapewnienia terminowej wypłaty nowych emerytur i świadczeń, które wejdą w życie już w roku 2009. Za szczególnie ważne Komitet uważa uelastyczenie oficjalnej granicy wieku emerytalnego, co wydaje się rozwiązaniem korzystniejszym niż jej podniesienie.

Drugi kierunek to uruchomienie działań pozwalających na szersze wykorzystanie III filaru reformy emerytalnej, aby nie została zagrożona wysokość nowych świadczeń. Niezbędne jest w tym celu stosowanie specjalnych zachęt do podejmowania dodatkowego ubezpieczenia emerytalnego – poza głównym systemem emerytalnym – a także wspieranie wszelkich innych form indywidualnej przeczorności w zapewnianiu sobie bezpieczeństwa finansowego na starość.

Trzeci kierunek działań to tworzenie warunków, także poprzez systemy zachęt, do wydłużania okresu aktywności zawodowej ludzi starszych, co może zmniejszyć koszty utrzymania rosnącej liczby emerytów.

Ponadto, Komitet nasz przywiązuje szczególne znaczenie do wielu innych działań, kluczowych dla poprawy warunków życia ludzi starszych w różnych obszarach życia społecznego.

W dziedzinie ochrony zdrowia za najważniejsze uważamy upowszechnienie okresowych badań profilaktycznych, zwiększenie kadry lekarzy o specjalnościach geriatrycznych (4-krotne dla osiągnięcia standardów międzynarodowych), ułatwienie emerytom dostępu do służby zdrowia, jak również przyznanie przy zakupie leków określonych przywilejów osobom pobierającym najniższe emerytury.

W dziedzinie działalności opiekuńczej za konieczne uważamy wprowadzenie nowej formy opieki, finansowanej z ubezpieczeń pielęgnacyjnych przy szerokim wykorzystaniu pracy profesjonalnych opiekunów i wolontariuszy, a także rozbudowę sieci domów dziennego i stałego pobytu dla seniorów oraz zapewnienie w nich odpowiedniego standardu usług.

W dziedzinie edukacji za właściwe kierunki działania należy uznać upowszechnianie umiejętności obsługi komputerów wśród aktualnych emerytów przez współfinansowanie odpowiednich szkoleń o tym profilu, dalszy rozwój uniwersytetów III wieku, a także kształcenie specjalistów dla opieki geriatrycznej i wspieranie szkolenia pracowników socjalnych i wolontariuszy.

W dziedzinie kultury konieczne jest rozszerzenie w środkach masowego przekazu oferty publicznych programów dostosowanych do specyficznych potrzeb ludności w starszym wieku, wspieranie twórczości amatorskiej, a także tworzenie warunków do uczestnictwa tej generacji w turystyce i wypoczynku. Komitet uważa za konieczne przeciwstawienie się próbom likwidacji ogródków działkowych, z których korzysta blisko 1 mln osób starszych.

W dziedzinie aktywności społecznej za najważniejsze uważamy wspieranie organizacji integrujących różne generacje, a także społecznego ruchu hobbystycznego w obszarach zainteresowań i działań dostępnych dla tej kategorii wieku.

W dziedzinie aktywności zawodowej konieczne jest elastyczne określenie zawodów, zwłaszcza deficytowych na rynku pracy, w których należałoby wspierać zatrudnienie emerytów odpowiednich specjalności, stwarzając im możliwości zwiększenia zarobków z tego tytułu.

W dziedzinie mieszkalnictwa konieczne jest stworzenie korzystnych warunków zamiany mieszkań większych na mniejsze, a z drugiej strony - wspieranie budowy międzygeneracyjnych domów rodzinnych, a także rozwijanie samopomocy sąsiedzkiej (usługi mieszkaniowe). Uważamy też za konieczne wykorzystanie ustaleń Unii Europejskiej, zawartych w trzech kartach Ateńskich, w sprawie kształtowania powierzchni publicznej w sposób sprzyjający potrzebom emerytów oraz integracji różnych pokoleń uczestniczących w życiu społecznym.

W dziedzinie produkcji wyrobów i usług dostosowanych do specyficznych potrzeb tej grupy ludności konieczne jest wspieranie działań rozszerzających ofertę w tym zakresie, a szczególnie podaż sprzętu ułatwiającego życie seniorów (uchwyty, aparaty słuchowe, systemy alarmowe, a w przyszłości również roboty do zastosowania w czynnościach domowych).

W dziedzinie nauki konieczne jest aktywne wsparcie przez państwo badań naukowych nad problemami tej generacji ze szczególnym uwzględnieniem chorób wieku starczego oraz możliwości ograniczenia zjawiska zniedołężnienia i „wielochorobowości” tej populacji ludzi. Uważamy za celowe przystąpienie Polski do programu Unii Europejskiej „środowisko sprzyjające życiu”.

W ramach tych działań istnieje potrzeba całościowego uregulowania legislacyjnego szeregu tych problemów w taki sposób, aby stworzyć zachęty do spędzania w kraju okresu starości przez Polaków, którzy emigrowali za granicę. Nabiera to szczególnego znaczenia w obliczu przewidywanego wzrostu emigracji zarobkowej. Zachęty takie mogą stworzyć impuls do utrzymywania kontaktów z krajem.

W wymienionych wyżej dziedzinach konieczne jest przede wszystkim wykorzystanie doświadczeń i rozwiązań już sprawdzonych w innych krajach, a zwłaszcza funkcjonujących w nich odpowiednich programów rządowych.

Dla rozwiązywania tych problemów uważamy za konieczne powołanie państwowego zespołu do spraw seniorów. Jego pierwszym zadaniem powinno być opracowanie projektu programu polityki państwa w stosunku do tej generacji. Po przyjęciu przez wła-

dze państwowe (parlament i rząd) program ten powinien być jak najszybciej wcielony w życie. Następnie zaś zespół powinien zajmować się stałym monitorowaniem funkcjonowania tego systemu.

Równocześnie niezbędne jest jednoznaczne ustanowienie w ramach struktur rządowych organu odpowiedzialnego za całość kształt realizacji i koordynacji tego programu.

Komitet „Polska 2000 Plus” jest gotów udzielać wsparcia i uczestniczyć w kształtowaniu i realizacji tego programu. Ma to bowiem istotne znaczenie dla postępu cywilizacyjnego i jakości życia w Polsce.

Przewodniczący Komitetu Prognoz  
„Polska 2000 Plus”

/ - /

Prof. dr hab. Michał Kleiber  
Prezes Polskiej Akademii Nauk

Warszawa, 29 styczeń 2008 r.

***OPRACOWANIA EKSPERCKIE***

## **POLSCY SENIORZY W PRZYSZŁOŚCI**

Celem niniejszego opracowania jest zdefiniowanie kluczowych problemów związanych ze starzeniem się ludności Polski w najbliższych dekadach z punktu widzenia demografii. Proces starzenia się ludności definiować będziemy jako wzrost udziału seniorów wśród całej populacji kraju. Mówiąc o seniorach, odwoływać się będziemy przede wszystkim do wieku ekonomicznego jako cezurę pozwalającej na wyodrębnienie starości. Tym samym mianem seniorów będziemy obdarzać kobiety mające przynajmniej 60 lat i mężczyzn w wieku 65 lat i więcej. Okresem, który w niniejszym opracowaniu będzie nas interesować, będą najbliższe ćwierćwiecze, a zatem rokiem końcowym będzie rok 2030.

Na wstępie należy podkreślić dwie cechy procesu starzenia się ludności – jego nieuchronność i jego pozytywną wartość samą w sobie. Nieuchronność związana jest z inercyjnością procesów demograficznych, pogłębianą oddziaływaniem sytuacji nadzwyczajnych, tj. kryzysów społecznych o charakterze politycznym, ekonomicznym lub aksjologicznym, które to kryzysy oddziałują przede wszystkim na tzw. starzenie się od dołu piramidy wieku, czyli na relatywny wzrost ważności seniorów wskutek zmniejszania się skłonności do wydawania na świat potomstwa. Z kolei pozytywna wartość procesu starzenia się ludności wynika z faktu, iż proces ten jest świadectwem „dojrzałości” demograficznej danego społeczeństwa, tj. potwierdzeniem wysokiego poziomu rozwoju gospodarczego, bez którego niemożliwa jest redukcja umieralności.

Rezultatem obu powyższych cech jest z jednej strony powszechność procesu, z drugiej zaś zróżnicowanie poziomu i tempa zmian – widoczne również i w Polsce na poziomie regionalnym.



## 2. Przyczyny starzenia się ludności w Polsce

Generalnie wyróżnić można trzy demograficzne przyczyny starzenia się ludności – przemiany w sferze rozrodczości, umieralności i migracji.

W pierwszym przypadku podkreślić należy, iż w sytuacji ograniczania i odraczania decyzji prokreacyjnych, jaka ma miejsce w naszym kraju od końca lat 1980., nastąpiło gwałtowne zmniejszanie się liczby dzieci i młodzieży, co automatycznie przekłada się na wzrost relatywnego znaczenia seniorów. Współczynnik dzietności teoretycznej (tj. miara informująca o średniej liczbie dzieci wydawanych na świat przez kobietę) zbliża się w ostatnich latach do 1,2. Gdyby w latach 1990-2005 wielkość ta utrzymywała się na poziomie 2 (a dopiero wartość 2,1 zapewnia w długim okresie utrzymywanie się liczby ludności na niezmiennym poziomie), liczba dzieci i młodzieży byłaby obecnie wyższa o blisko 2 mln osób. Oznaczałoby to automatycznie niższy udział osób w wieku poprodukcyjnym o około 0,8 punktu (tj. o 1/20). Również i w przyszłości przewiduje się, iż współczynnik dzietności teoretycznej w Polsce pozostawać będzie na poziomie znacząco odbiegającym w dół od wielkości 2, co przyczyniać się będzie do przyspieszenia starzenia się ludności<sup>1</sup>.

Mówiąc o wpływie przemian w sferze umieralności na wydłużanie się trwania życia, podkreślić należy to, że wzrost długości trwania życia dokonuje się przede wszystkim poprzez wydłużenie okresu życia na starość. Przykładowo, pomiędzy latami 1990-1991 a rokiem 2005 trwanie życia noworodka płci męskiej wzrosło o 4,1 roku, zaś w przypadku płci żeńskiej o 3,1 roku. Jeśli

---

<sup>1</sup> Prognoza GUS z 2003 r. zakładała, że do roku 2010 dzietność w Polsce będzie się obniżać do 1,1 dziecka, zaś następnie podniesie się do roku 2020 do 1,2, i na tym poziomie będzie się utrzymywać do roku 2030. Rzeczywistość przedstawia się dużo lepiej, albowiem ostatnie dwa lata (2004, 2005) były okresem niewielkiego wzrostu skłonności do posiadania dzieci (wskazują na to również dane za pierwsze 8 miesięcy 2006 r.). Oczekiwać zatem należy, że liczba dzieci i młodzieży w nadchodzących latach będzie wyższa od spodziewanej, co oznacza nieco niższe tempo starzenia się ludności w porównaniu do oczekiwań płynących z prognozy GUS.

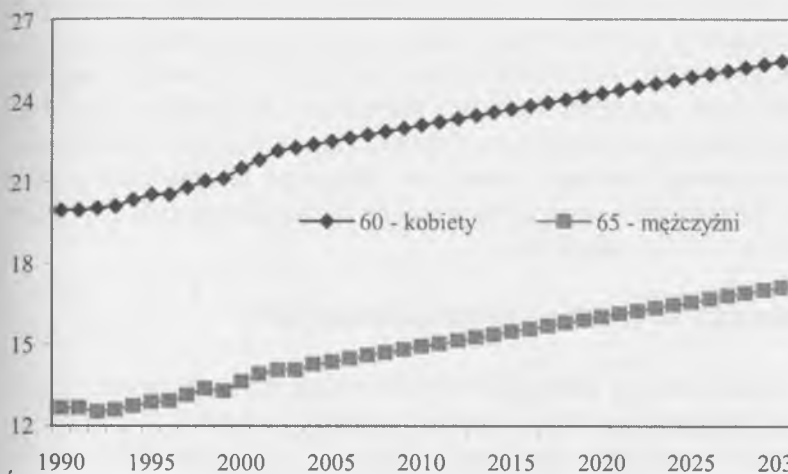
przypatrzymy się dokładniej, dzięki odwołaniu się do metod demografii potencjalnej, jak ten wzrost następuje, czyli jak ów wzrost był rozłożony na poszczególne etapy życia, to okazuje się, iż wśród mężczyzn jedynie 5,5% przyrostu wystąpiło w wieku 0-17 lat, w wieku produkcyjnym (18-64) było to 41,1%, zaś na wiek poprodukcyjny przypada aż 53,4% przyrostu. W zbiorowości kobiet – przede wszystkim z uwagi na szerszy przedział wieku poprodukcyjnego – skoncentrowanie przyrostu w zbiorowości seniorów było jeszcze bardziej widoczne, albowiem odpowiednie frakcje zmiany wynosiły: 5,2%, 21,2% i 73,5%. Również i w przyszłości oczekiwać należy utrzymywania się takiej tendencji – np. zakładając realizację założeń prognozy GUS mówiących, że trwanie życia pomiędzy rokiem 2002 a 2030 wzrośnie z 69,4 lat do 76,2 lat w przypadku mężczyzn i z 78,2 lat do 82,7 lat wśród kobiet i zakładając, iż tablice trwania życia w roku 2030 w Polsce będą tożsame z rzeczywistymi francuskimi tablicami dla takich samych wartości trwania życia noworodka<sup>2</sup> uzyskujemy: dla mężczyzn 73% przyrostu trwania życia byłoby skoncentrowane w wieku poprodukcyjnym. Dla kobiet odpowiednia wartość wynosi aż 92,1%.

Reasumując pomiędzy rokiem 1990 a 2005 okres życia w wieku poprodukcyjnym znacząco się wydłużył – o 2,7 roku w przypadku dalszego trwania życia kobiety mającej 60 lat i o 1,7 roku w przypadku mężczyzn mających 65 lat (zob. rys. 1). Zmiany w sferze umieralności są o tyle istotne, iż wskazują na znaczące wydłużanie się okresu starości. Trwanie życia mężczyzny mającego 65 lat pomiędzy 2005 a 2030 ma się bowiem – zgodnie ze wspomnianymi tablicami francuskim – wydłużyć z 14,37 lat do 17,13 lat, zaś liczba lat, jaką ma przed sobą 60-letnia kobieta z 22,65 lat do 25,47 lat. Ta pozytywna tendencja prowadzi do wzrostu liczby osób dożywających progu starości i coraz bardziej zaawansowanego wieku. Co więcej, patrząc na tempo zmian w ostatnich latach można oczekiwać, że rzeczywiste tempo wzrostu trwania życia będzie szybsze niż to założone w prognozie.

---

<sup>2</sup> Tablice te zostały wzięte z opracowania autorstwa J. Vallin i F. Mesle [2001] – dla kobiet są to tablice przekrojowe z roku 1999, zaś dla mężczyzn z roku 2003.

Rysunek 1. Dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn wchodzących w wiek poprodukcyjny w Polsce w latach 1990-2030



Źródło: tablice trwania życia z lat 1990-2005 i przewidywania na bazie prognozy GUS z 2003 r.

Rzeczywiste dane dla lat 1990-2005, dla dalszych lat wielkości obliczone przy założeniu liniowości zmian.

To co warto jest podkreślenia, tworzy fakt, iż mimo generalnie szybszego wzrostu trwania życia mężczyzn – z uwagi na to, że w populacji kobiet większa część przyrostu trwania życia skoncentrowana jest w wieku poprodukcyjnym – bezwzględna różnica pomiędzy liczbą lat, jaką mają do przeżycia mężczyźni i kobiety wychodzący z wieku produkcyjnego, nie ulegnie zmniejszeniu. Stanowi to przesłankę do oczekiwań w dalszej przyszłości wysokiej różnicy pomiędzy częstością deklarowania wdowieństwa przez reprezentantów obu płci.

Niezwykle trudno oceniać wpływ migracji na tempo procesu starzenia się ludności – przede wszystkim z uwagi na niską wiarygodność dostępnych danych. Domniemywać można, iż postępujący proces deurbanizacji kraju wskutek ujemnego dla miast salda migracji wewnętrznych miasto-wieś związany jest ze starzeniem się ludności miejskiej. W przypadku migracji zagranicznych – o których zwłaszcza głośno od chwili wejścia Polski do UE

i otwarcia niektórych rynków pracy dla naszych rodaków – bez wątpienia mamy do czynienia z silnym czynnikiem przyspieszającym starzenie się ludności, choć z uwagi na wzmiankowaną niską wiarygodność danych trudno dokonać choćby przybliżonego szacunku skali wpływu. Warto jednak zaznaczyć, iż emigracja przyczynia się do starzenia ludności dwojako – po pierwsze w chwili opuszczenia przez emigranta (zazwyczaj osobę młodą) kraju dotychczasowego zamieszkiwania, po drugie po jakimś czasie, gdyż dzieci emigrantów przyczynią się do powiększenia liczby ludzi młodych w kraju napływu.

## **2. Starzenie się ludności Polski do roku 2030**

Starzenie się ludności Polskich występuje od chwili rozpoczęcia długookresowych zmian modelu reprodukcji ludności, zwanych przejściem demograficznym, tj. od końca XIX wieku. Przykładowo, w Królestwie Polskim w 1848 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 3,4% ludności ogółem, na ziemiach wchodzących w skład II RP około roku 1900 – 6,2%, w 1931 r. – 7,8%, na obecnym obszarze Polski – w 1950 r. 8,3%, w 1970 – 13,0%, w 1990 – 15%, zaś w 2003 r. 17%.

Również wszystkie dotychczasowe polskie prognozy demograficzne wskazywały na postępujący proces starzenia się ludności. Niemniej warto podkreślić, że – z uwagi na coraz bardziej pesymistyczne założenia co do poziomu dzietności – im bliższa współczesności prognoza, tym wyższy w tym samym okresie jest spodziewany poziom zaawansowania tegoż procesu.

Najnowsza dostępna wersja projekcji ludnościowych GUS z 2003 r. w wariacie najbardziej prawdopodobnym przewiduje, że liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 5.765 tys. w 2002 r. do 9.597 tys. w 2030, tj. o 66,9%. Wyższe będzie przy tym tempo wzrostu liczby mężczyzn mających przynajmniej 65 lat (wzrost o 93,1%), niż kobiet w wieku 60 lat i więcej (53,9%) (tabela 1).

Tabela 1. Dynamika wzrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym w Polsce w latach 2002-2030

Kategoria	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Liczba osób w wieku poprodukcyjnym (w tys. osób)							
Ogółem	5765,0	5885,4	6430,6	7468,2	8539,7	9254,2	9597,0
Mężczyźni	1850,3	1919,6	1956,1	2354,8	2886,1	3365,3	3572,8
Kobiety	3914,8	3965,7	4474,5	5113,4	5653,6	5888,9	6024,2
Miasto	3483,9	3621,1	4109,9	4905,1	5624,2	5994,1	6077,9
Wieś	2281,2	2264,3	2320,7	2563,2	2915,5	3260,1	3519,1
Indeksy wzrostu (rok 2002 = 1,00)							
Ogółem	1	1,021	1,115	1,295	1,481	1,605	1,665
Mężczyźni	1	1,037	1,057	1,273	1,56	1,819	1,931
Kobiety	1	1,013	1,143	1,306	1,444	1,504	1,539
Miasto	1	1,039	1,18	1,408	1,614	1,721	1,745
Wieś	1	0,993	1,017	1,124	1,278	1,429	1,543
Indeksy wzrostu (rok poprzedni = 1,00)							
Ogółem	.	1,021	1,093	1,161	1,143	1,084	1,037
Mężczyźni	.	1,037	1,019	1,204	1,226	1,166	1,062
Kobiety	.	1,013	1,128	1,143	1,106	1,042	1,023
Miasto	.	1,039	1,135	1,193	1,147	1,066	1,014
Wieś	.	0,993	1,025	1,104	1,137	1,118	1,079

Źródło: [GUS, 2004] i obliczenia własne

Tempo wzrostu liczby seniorów nie będzie jednakowe w poszczególnych podokresach prognozy, z uwagi na wpływ czynnika kohortowego – dopływu w interesującym nas okresie najpierw generacji powojennego wyżu, a następnie nielicznych liczbowo generacji lat 1960. W przypadku kobiet – lata 2005-2015 mają się odznaczać najszybszym przyrostem ich liczby, w przypadku mężczyzn – z racji na wyższy wiek emerytalny są to lata 2010-2020. Po roku 2020 w przypadku kobiet i 2025 w przypadku mężczyzn następować będzie wyraźne wygaśnięcie tempa przyrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym.

Generalnie w większym stopniu dotknięte wzrostem liczby seniorów będą obszary miejskie w porównaniu z terenami wiej-

skimi. Jest to spowodowane dochodzeniem do progu starości tych jednostek – wchodzących przede wszystkim w skład generacji powojennego wyżu – które w latach 1960. i 1970. emigrowały na masową skalę ze wsi do miast.

Rezultatem przedstawionego powyżej przyrostu liczby seniorów będzie szybki wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym (tabela 2).

Tabela 2. Udział osób w wieku poprodukcyjnym w Polsce w latach 2002-2030 (jako % ludności ogółem)

Kategoria	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Ogółem	15,1	15,4	17,0	19,8	22,9	25,3	26,9
Mężczyźni	10,0	10,4	10,7	12,9	16,0	18,9	20,6
Kobiety	19,9	20,2	22,9	26,3	29,5	31,3	32,8
Miasto	14,8	15,4	17,8	21,6	25,4	28,0	29,6
Wieś	15,6	15,4	15,7	17,2	19,3	21,5	23,2

Źródło: obliczenia własne na podstawie [GUS, 2004]

Całe omawiane 25-lecie będzie więc okresem szybkiego podwyższania się udziału ludności w wieku poprodukcyjnym wśród ludności ogółem, przy czym druga dekada XXI wieku będzie pod tym względem przodować (efekt kohortowy). Proces starzenia się ludności przebiegać będzie niejednakowo wśród przedstawicieli obu płci. Choć w ujęciu względnym i w mniejszym stopniu bezwzględnie bardziej widoczny jest u mężczyzn, wciąż – również dzięki niejednorodności granicy wieku poprodukcyjnego – zdecydowanie wyższy udział seniorów występować będzie wśród kobiet, wśród których wzrośnie on z obecnych 20% do 33%. Jednocześnie do roku 2020 narastać będzie różnica pomiędzy stopniem starości demograficznej miast i wsi, co owocować będzie zdecydowanie wyższym udziałem seniorów na terenach miejskich.

Patrząc na powyższe wielkości, nasuwa się samoistnie pytanie, jak wygląda stopień zaawansowania starości demograficznej w Polsce na tle innych państw naszego kontynentu.

### 3. Starzenie się ludności Polski na tle innych krajów europejskich

Oceniając poziom stanu starości demograficznej w Europie w 2004 r. w oparciu o odsetek ludzi w wieku 65 lat i więcej, należy stwierdzić, iż średnio dla całego kontynentu kształtował się on na poziomie 15%, niemniej jednak w układzie przestrzennym był silnie zróżnicowany. W grupie kategorii państw o najwyższym udziale ludności najstarszej znalazły się (wszystkie wielkości w nawiasach – wspomniane udziały liczone w %): Włochy (19,2), Szwecja (17,2), Belgia (17,1), Niemcy (18,0), Grecja (17,5) i Bułgaria (17,1), natomiast wśród państw o najniższym odsetku ludności – Albania (8,3), Mołdawia (10,3), Macedonia (10,7), Słowacja (11,5), Polska (13,0), Irlandia (11,1), Islandia (11,8) i Cypr (11,9).

Perspektywy w tym względzie wskazują na powolne zmniejszanie się powyższych różnic w ujęciu względnym, choć nadal mają być widoczne, a nawet w ujęciu bezwzględnym większe. Zgodnie ze środkowym wariantem projekcji Narodów Zjednoczonych z 2004 r. [UN, 2005] w roku 2030 najwyższymi udziałami ludności w wieku 65 lat i więcej charakteryzować się mają: Włochy (29,1%), Niemcy (26,6%), Austria (26,0%), Belgia (24,9%), Francja (24,2%). Polska (21,8%) ma wciąż mieć udział ludności w wieku 65 lat i więcej poniżej średniej dla Europy (22,9%), choć będzie to udział wyższy niż ten dla Europy Wschodniej ogółem (20,4%). Wciąż na naszym kontynencie można będzie znaleźć przykłady krajów o zdecydowanie lepszej sytuacji demograficznej – np. Albania (14,9%), Irlandia (17,2%), Mołdawia (17,6%) czy Macedonia (18%).

Reasumując – sytuacja Polski na tle innych krajów europejskich ma być wciąż jeszcze korzystniejsza. Pamiętać jednak należy, iż przygotowana przez ONZ projekcja bazowała na założeniach o znacznie wyższej dzietności Polek w trakcie najbliższego ćwierćwiecza (zamiast 1,2 dziecka średnio na kobietę w latach 2025-2030 prognostycy Narodów Zjednoczonych przyjęli 1,48). Realizacja założeń GUS – choć jak wskazują ostatnie lata mało prawdopodobna, podczas gdy czas pokazuje tendencje bliższe tym założonym przez ONZ – prowadzi do znacznie gorszej sytuacji ludności Polski na tle innych krajów.

#### 4. Regionalne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności w Polsce

W nadchodzących dekadach poziom zawansowania starości demograficznej w Polsce charakteryzować się będzie silnym zróżnicowaniem przestrzennym (tabela 3). Wątek ten jest o tyle wart dłuższego rozwinięcia, iż oczekiwać należy, iż wraz z procesem określanym terminem „globalizacji” zwiększać się będzie waga rozwiązywania różnorodnych problemów społecznych na poziomie lokalnym.

Tabela 3. Udział ludności w wieku poprodukcyjnym w województwach w latach 2002-2030 (jako % ludności ogółem)

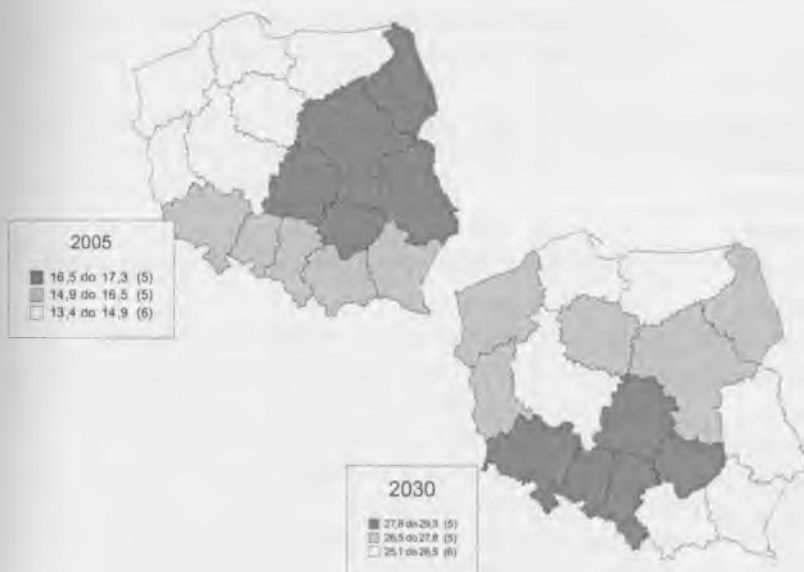
Województwo	2002	2005	2010	2015	2020	2030
Polska	15,0	15,4	17,0	19,8	22,9	26,9
w tym:						
Dolnośląskie	15,2	15,5	17,3	21,0	24,7	28,6
Kujawsko-pomorskie	14,0	14,4	16,1	19,2	22,4	26,5
Lubelskie	16,2	16,5	17,6	19,9	22,6	26,3
Lubuskie	13,3	13,6	15,3	18,9	22,6	26,7
Łódzkie	17,1	17,3	18,9	22,0	25,2	28,7
Małopolskie	15,0	15,5	16,7	18,8	21,3	25,3
Mazowieckie	16,6	16,8	18,1	20,7	23,5	26,7
Opolskie	15,0	15,7	17,4	20,2	23,4	28,6
Podkarpackie	14,5	14,9	15,9	18,1	20,7	25,1
Podlaskie	16,3	16,6	17,6	19,5	22,2	27,1
Pomorskie	13,4	13,5	15,7	18,8	21,9	25,6
Śląskie	14,8	15,7	17,8	21,1	24,7	29,3
Świętokrzyskie	16,7	17,0	18,1	20,9	23,9	27,8
Warmińsko-mazurskie	13,1	13,4	14,8	17,7	21,2	25,8
Wielkopolskie	13,6	13,8	15,4	18,5	21,5	25,3
Zachodniopomorskie	13,6	14,0	15,9	19,6	23,5	27,4

Zródło: obliczenia własne na podstawie [GUS, 2004]



W województwach łódzkim, śląskim, dolnośląskim i opolskim w roku 2030 udziały te zbliżą się do 30%, nigdzie jednak w skali całej jednostki administracyjnej nie przekroczą tej granicy. Jednocześnie w żadnej jednostce administracyjnej nie odnotowany zostanie poziom niższy niż 25% seniorów. Generalnie brakom zmian różnic w ujęciu bezwzględny towarzyszyć będzie zmniejszenie różnic w ujęciu względnym, co oznacza większą jednorodność województw pod względem poziomu starości demograficznej.

Rysunek 2. Udział osób w poprodukcyjnym wieku wg województw w latach 2005 i 2030 według prognozy GUS z 2003 r.



Jednocześnie nastąpi relatywne odmłodzenie obszarów Polski wschodniej, zaś województwa odznaczające się najwyższym stopniem starości demograficznej tworzyć będą w przyszłości zwarte skupisko w południowo-zachodniej części kraju. Dzięki wyższemu poziomowi dzietności województwa Polski południowo-wschodniej – choć tam trwanie życia jest najwyższe – mają przejść w perspektywie 25 lat z grupy jednostek o największym

stopniu zawansowania procesu starzenia się ludności do grupy o wartościach najniższych.

Interesująco w nadchodzących latach kształtować się będzie przebieg procesu starzenia się ludności w przekroju miasto-wieś (tabela 4).

Tabela 4. Udział ludności w wieku poprodukcyjnym w przekroju miasto-wieś w latach 2002-2030 według województw (jako % ludności ogółem)

Województwo	Rok									
	2002		2005		2010		2020		2030	
	miastowieś	wieś	miastowieś	wieś	miastowieś	wieś	miastowieś	wieś	miastowieś	wieś
Polska	14,8	15,6	15,4	15,4	17,8	15,7	25,4	19,3	29,6	23,2
w tym:										
Dolnośląskie	15,6	14,5	16,1	14,1	18,5	14,5	26,9	20,0	30,8	24,0
Kujawsko-pomorskie	14,3	13,7	14,9	13,5	17,5	14,0	25,2	18,4	29,6	22,4
Lubelskie	13,0	19,0	14,0	18,7	16,6	18,5	24,7	20,7	29,5	23,8
Lubuskie	13,3	13,4	13,8	13,2	16,2	13,8	24,7	19,3	29,0	23,3
Łódzkie	16,4	18,4	16,8	18,1	19,3	18,3	27,4	21,5	31,7	24,7
Małopolskie	15,4	14,8	16,2	14,8	18,4	15,0	25,0	18,0	29,1	22,2
Mazowieckie	16,5	16,8	17,0	16,6	18,9	16,6	25,5	19,9	28,7	23,4
Opolskie	14,2	16,1	15,1	16,4	17,9	16,9	25,8	20,9	31,0	26,1
Podkarpackie	12,9	15,6	13,7	15,6	16,1	15,8	24,3	18,4	29,4	22,5
Podlaskie	13,0	21,1	13,7	20,9	15,7	20,5	22,9	21,2	29,0	24,4
Pomorskie	14,6	11,0	15,3	11,0	17,7	11,6	25,0	16,2	28,9	20,4
Śląskie	14,7	15,6	15,5	15,9	18,1	16,6	26,0	20,6	31,0	24,6
Świętokrzyskie	14,8	18,4	15,7	18,1	18,4	17,9	27,4	21,2	32,0	24,8
Warmińsko-mazurskie	13,1	13,1	13,5	13,1	15,6	13,5	23,6	17,7	28,6	22,0
Wielkopolskie	14,0	13,2	14,3	13,0	16,7	13,8	23,9	18,4	27,8	22,4
Zachodnio-pomorskie	14,1	12,7	14,6	12,4	17,2	13,1	25,8	15,5	30,0	22,8

Zródło: obliczenia własne na podstawie [GUS, 2004]

W przypadkach miast odsetki osób w wieku emerytalnym w 2030 roku sięgną lub przekroczą 30% w sześciu województwach (tabela 4): w dolnośląskim, łódzkim, opolskim, śląskim, zachodniopomorskim i w świętokrzyskim. Cechą charakterystyczną struktury ludności według wieku w miastach w poszczególnych województwach w perspektywie 25 lat będzie stosunkowo małe zróżnicowanie udziałów osób w wieku poprodukcyjnym (minimum 27,8% woj. wielkopolskie, maksimum – 32% świętokrzyskie).

W roku 2030 odsetki osób w wieku emerytalnym na obszarach wiejskich będą w przypadku każdego województwa wyraźnie niższe niż w miastach (tabela 4). Różnice w tym względzie wahać się będą w przedziale 2-8 pkt. proc. Obecnie sytuacja taka występuje w 8 województwach. Podstawowymi czynnikami przyczyniającą się do takiej zmiany będzie z jednej strony wyższa dzietność odnotowana na wsi, z drugiej zaś strony procesy migracyjne (w ostatnich latach mamy do czynienia z ujemnymi dla miast saldami migracji wewnętrznych).

## 5. Podwójne starzenie się ludności i feminizacja starości

Kluczowymi cechami procesu starzenia się ludności w nadchodzących dekadach będzie podwójny charakter tego procesu i utrzymywanie się feminizacji starości.

W pierwszym przypadku chodzi o szybki przewidywany przyrost liczby osób bardzo starych, tj. mających przynajmniej 75 lat, w ramach populacji polskich seniorów. Zmiana ta z jednej strony wynika z kumulacji pozytywnych tendencji w sferze redukcji umieralności (o czym już mówiliśmy wcześniej), z drugiej strony związana jest z efektem kohortowym. Efekt ten związany jest z przesuwaniem się licznych generacji powojennego wyżu demograficznego do coraz starszych grup wieku. W perspektywie roku 2030 wiek 75 lat osiągną osoby urodzone przed 1955 – a zatem większość roczników powojennego wyżu. W rezultacie liczba osób bardzo starych wzrośnie pomiędzy rokiem 2002 a 2030 z 1 879 tys. na 4 046 tys. osób, zaś frakcja osób mających

przynajmniej 75 lat wśród wszystkich seniorów w wieku 65 lat i więcej z 28,9% na 38%.

Ogółem zgodnie z prognozą GUS udział osób bardzo starych zwiększyć się ma z 4,9% w 2002 r. do 11,3% w roku 2030. Nie dość, iż generalnie populacja seniorów podlegać będzie podwójnemu starzeniu się, dodatkowo najszybciej wzrastać będzie liczba osób najstarszych – a zatem tych mających 85 lat<sup>3</sup>, których liczba wzrośnie ponad dwukrotnie, zaś ich odsetek wzrośnie z poniżej 1% do 2,2%.

Sytuacja ta pociąga za sobą konieczność uwzględnienia bardzo dużych zmian w projektowaniu przyszłej polityki w sferze usług medycznych i – przede wszystkim – opiekuńczych. Przyjąć bowiem można, iż nawet w przypadku występowania poprawy stanu zdrowia i ograniczania poziomu niepełnosprawności populacji osób bardzo starych (o czym szerzej dalej) zmiany te nie w pełni zrekompensują wpływ czynnika demograficznego.

---

3 Wybór obu granic wieku jest oczywiście arbitralny, ale zgodnie z najnowszymi pracami anglojęzycznych gerontologów starość rozpoczynająca się w wieku 65 dzielona jest na trzy podokresy: wczesną – 65-74 lat (*young old*), średnią 75-84 lat (*old old*) i późną 85 i więcej lat (*the oldest old*). Podział ten nawiązuje do obserwacji stwierdzających, że pierwsze lata po osiągnięciu progu starości odznaczają się z reguły dobrym zdrowiem i pełną samodzielnością, druga dekada jest okresem występujących chorób chronicznych i zmniejszenia się stopnia samodzielności, zaś – jak wykazują liczne badania – po przekroczeniu wieku 85 lat w zasadzie każda jednostka potrzebuje stałego wsparcia ze strony innych. Pamiętać należy jednak, iż trwanie życia w Polsce jest zdecydowanie niższe niż to ma miejsce w krajach wysoko rozwiniętych, zdecydowanie wyższy jest również poziom deklarowanej niepełnosprawności. W rezultacie założyć można, iż obecnie w warunkach krajowych mamy do czynienia ze zdecydowaniem niższym niż w krajach rozwiniętych wiekiem, gdy powszechne stają się problemy zdrowotne.

Tabela 5. Liczba i wskaźnik feminizacji populacji osób bardzo starych w Polsce w latach 2002-2030

Rok	Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Wskaźnik feminizacji*	Udział wśród ludności (w %)
2002	75 lat i więcej	1879511	602283	1277228	212	4,9
	85 lat i więcej	329525	86211	243314	282	0,9
2010	75 lat i więcej	2433412	806100	1627312	202	6,9
	85 lat i więcej	508304	127997	380307	297	1,4
2020	75 lat i więcej	2568660	862662	1705998	198	6,8
	85 lat i więcej	724443	186369	538074	289	1,9
2030	75 lat i więcej	4046156	1504289	2541867	169	11,3
	85 lat i więcej	779631	205819	573812	279	2,2

\* liczba kobiet w przeliczeniu na 100 mężczyzn w danym wieku

Źródło: obliczenia własne na podstawie [GUS, 2004]

Jednocześnie utrzymywać się będzie wysoka feminizacja polskich seniorów. Pomimo wyższego tempa wzrostu liczby mężczyzn, populacja seniorów będzie odznaczać się zdecydowaną przewagą kobiet. Tym, co jest jednak bez wątpienia optymistyczne, jest wynikające z założenia o większej redukcji umieralności wśród mężczyzn powolne obniżanie się wskaźnika feminizacji, gdy za punkt wyjścia obierzemy poszczególne jednorodne grupy wieku (tabela 6).

Tabela 6. Wskaźniki feminizacji wybranych grup wieku seniorów w latach 2002-2030 (liczba kobiet przypadających na 100 mężczyzn w danym wieku)

Wiek	2002	2010	2020	2030
65-69	133	129	119	110
75-79	191	169	157	140
85-89	265	280	252	233

Źródło: obliczenia własne na podstawie [GUS, 2004]

W powyższych uznaniowo wybranych grupach wieku w każdym przypadku (poza najstarszymi w okresie 2002-2010) mamy do czynienia ze wzmiankowaną redukcją nadwyżki liczby kobiet. Choć zatem nadumieralność mężczyzn występować będzie nadal, można spodziewać się, iż może nieco zmniejszy się udział seniorów żyjących bez dotychczasowego partnera wskutek jego śmierci.

## **6. Zmiany struktury według stanu cywilnego i poziomu wykształcenia**

Niezwykle ważnymi zmianami, jakie będą mieć miejsce w nadchodzących dekadach, będzie modyfikacja struktur seniorów według stanu cywilnego i poziomu wykształcenia.

W pierwszym przypadku chodzi zarówno o pozytywne, jak i negatywne tendencje. Z jednej strony bowiem postępująca redukcja umieralności będzie skutkować odraczaniem momentu utraty żyjącego małżonka. Tym samym sytuacja jednostek w trzecim wieku zdecydowanie poprawi się. Mniej jednoznacznie należy oceniać zmianę z punktu widzenia sytuacji osób w czwartym wieku – późniejsza utrata życiowego partnera może oznaczać w takim przypadku konieczność rekompozycji ról społecznych i sieci wsparcia w wieku i stanie zdrowia, gdy jest to zdecydowanie trudniejsze.

Z drugiej strony należy oczekiwać w perspektywie nadchodzącego ćwierćwiecza znacznego wzrostu udziału rozwiedzionych seniorów. Chociaż zgodnie ze spisem z 2002 r. osoby po 60. roku

życia bardzo rzadko były rozwiedzione (3% mężczyzn i 3,5% kobiet), jeśli spojrzymy na przyszłych seniorów sytuacja wygląda inaczej. Przykładowo, w wieku 50-54 lat rozwiedzionych jest 6% mężczyzn i 7,7% kobiet. Rozwód pogarsza sytuację obojga dotychczasowych partnerów (ogranicza bowiem sieć wsparcia, eliminując najważniejszą osobę), ale silniej oddziałuje na mężczyzn, którzy bardzo często redukują kontakty z dziećmi, zmniejszając szansę na otrzymanie od nich pomocy w przypadku konieczności w starszym wieku.

Inną niezwykle ważną cechą, która ulegnie znaczącej zmianie, jest poziom wykształcenia populacji przyszłych seniorów. Wskutek naturalnego zastępowania wraz z biegiem czasu jednostek urodzonych w czasach odznaczających się relatywnie niskim prawdopodobieństwem pobierania nauki poza szkołą podstawową, znacznemu wzrostowi ulegnie odsetek seniorów lepiej wykształconych. Przykładowo, w przypadku polskich seniorów mających w roku 2002 65 lat i więcej jedynie 6,2% posiadało wykształcenie wyższe, 19,2% – policealne i średnie, 9,3% – zasadnicze zawodowe, 51,2% podstawowe ukończone, zaś 12,5% podstawowe nieukończone lub było bez wykształcenia szkolnego. Jeśli spojrzymy z kolei na osoby mające w roku 2002 40-44 lata – a zatem jednostki, które w roku 2030 będą w wieku 68-72 lata – odpowiednie wielkości przedstawiały się następująco: 11,8%, 38,3%, 35,3%, 11,8% i 0,5% [GUS, 2003: 75]. Powyższe wielkości, jak sądzę, nie wymagają komentarza.

Zmiana ta jest niezwykle istotna. Po pierwsze, wzrost udziału wykształconych seniorów przekłada się zazwyczaj na wzrost świadomości praw tej grupy wieku, tj. percepcję faktu starzenia się (uprzedzeń i praktyk dyskryminacyjnych z uwagi na wiek), uświadomienie sobie obowiązków sektora publicznego wobec osób starszych, itp. Po drugie, wzrost wykształcenia związany jest najczęściej z chęcią wydłużenia okresu aktywności – zawodowej, społecznej, politycznej – i mniejszą ważnością przypisywaną ograniczeniu się do sfery życia rodzinnego. Po trzecie, oczekiwać należy, że lepiej wykształceni seniorzy częściej korzystać będą z różnorodnych udogodnień technologicznych w komunikowaniu się i pozy-

skiwaniu informacji. Z jednej strony, wpłynie to zapewne na wzrost samoświadomości i zorganizowania osób starszych, a tym samym na pojawienie się organizacji silnie artykułujących potrzeby tej grupy, organizacji, które z uwagi na liczbę potencjalnych wyborców popierających ich żądania, mogą stać się ważnymi graczami uwzględnianymi przy budowie programów politycznych. Z drugiej strony, szersze korzystanie z „nowinek technologicznych” prowadzi może do ograniczenia kosztów związanych z procesem starzenia się ludności, dzięki powszechniejszemu odwoływaniu się do nowoczesnych technologii porad medycznych, które w przyszłości na poziomie porad codziennego życia w coraz większym stopniu będą świadczone poprzez systemy informatyczne.

## **7. Niepełnosprawność**

Niezwykle ważnym problemem związanym z procesem starzenia się ludności Polski, jest wynikający z tegoż procesu wzrost liczby osób niepełnosprawnych.

Seniorzy stanowią znaczną część wszystkich niepełnosprawnych. Według spisu z 2002r. liczba osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej wynosiła 2 615 tys. osób, w wieku 65 lat i więcej 2 050 tys. osób, zaś w wieku 80 lat i więcej 419 tys. osób. Oznacza to, iż jednostki wchodzące w skład powyższych trzech populacji skupiały odpowiednio 47,9%, 37,5% i 7,6% wszystkich osób deklarujących niepełnosprawność, choć jednocześnie osoby w wyszczególnionych grupach wieku stanowiły jedynie 16,9%, 12,7% i 2,2% ludności ogółem. Tak silna nadreprezentacja seniorów wśród osób niepełnosprawnych związana jest z silną korelacją pomiędzy wiekiem a odsetkiem osób deklarujących poważne i stałe problemy funkcjonowania (tabela 7).

Wobec oczekiwanego w przyszłości wzrostu liczby seniorów i silnego związku pomiędzy wiekiem a deklaracją niepełnosprawności, oczekiwać można szybkiego zwiększania się liczby niepełnosprawnych. Poniższa tabela dostarcza informacji o owej spodziewanej liczbie przy założeniu utrzymywania się odnotowanych w poszczególnych grupach wieku częstościach niepełnosprawno-



ści z roku 2002 i zmian demograficznych tożsamy z tymi opisanymi prognozą GUS z 2003 r.

Tabela 7. Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku według spisu z 2002 r. (w przeliczeniu na tysiąc osób w danym wieku)

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
0–14	27	30	23
15–19	31	35	27
20–29	33	38	27
30–39	50	57	43
40–44	98	107	89
45–49	158	166	151
50–54	254	258	250
55–59	326	363	292
60–64	353	408	308
65–69	358	368	351
70–74	414	414	415
75–79	461	458	463
80+	488	472	495

Źródło: [GUS, 2003a]

Oprócz wariantu podstawowego, opisanego powyżej, tabela 8 zawiera również obliczenia dokonane przy założeniu zmniejszenia się częstości deklarowanej niepełnosprawności do 2030 r. w stałym tempie o 2%, 1% i 0,5% rocznie.

Zgodnie z wariantem podstawowym, zakładającym utrzymanie się poziomu niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku liczba niepełnosprawnych w roku 2030 osiągnęłaby 7 243 tys., a zatem odnotowano by wzrost o 32,7%. Cały wzrost spowodowany byłby czynnikiem demograficznym i byłby napędzany procesem starzenia się ludności, a osłabiany zmniejszaniem się liczby ludności, zarówno ogółem, jak i w młodszych grupach wieku. W przypadku każdego z pozostałych wariantów – zgodnie z założeniem o spadku występowania niepełnosprawności – liczba interesujących nas osób jest mniejsza niż w wariantcie „zerowym”.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż już założenie o stałym jedno-procentowym spadku częstości występowania niepełnosprawności, prowadzące do zmniejszenia się tej częstości w roku 2030 o 24,6% w porównaniu z rokiem 2002, prowadzi do pełnego zre-kompensowania czynnika demograficznego. Tym niemniej nawet w tym wariantcie wystąpi znaczące „przetaszowanie” – a mianowicie wzrost odsetka niepełnosprawnych seniorów wśród wszystkich osób niepełnosprawnych.

Tabela 8. Liczba niepełnosprawnych (w tys. osób) w latach 2005-2030 według poszczególnych wariantów

Wariant podstawowy						
Wiek	2005	2010	2015	2020	2025	2030
ogółem	5680	6055	6344	6607	6919	7243
60+	2666	3041	3495	3923	4193	4403
65+	2141	2210	2525	2963	3401	3649
80+	502	634	717	755	749	1001
Wariant – 2%						
Wiek	2005	2010	2015	2020	2025	2030
ogółem	5346	5151	4878	4593	4348	4114
60+	2509	2587	2687	2727	2634	2501
65+	2015	1880	1942	2060	2137	2073
80+	473	539	552	525	470	569
Wariant – 1%						
Wiek	2005	2010	2015	2020	2025	2030
ogółem	5512	5587	5567	5514	5491	5466
60+	2587	2806	3067	3274	3327	3323
65+	2078	2040	2216	2473	2699	2754
80+	487	585	630	630	594	756
Wariant – 0,5%						
Wiek	2005	2010	2015	2020	2025	2030
ogółem	5596	5817	5944	6037	6166	6295
60+	2626	2921	3274	3585	3736	3827
65+	2109	2123	2366	2708	3031	3171
80+	495	609	672	690	667	870

Źródło: obliczenia własne

Ponieważ w każdym wariantcie mamy do czynienia z założeniem o stałym tempie zmian we wszystkich grupach wieku, w związku z tym pomiędzy poszczególnymi wersjami projekcji brak jest różnic co do rozkładu populacji osób niepełnosprawnych ze względu na wiek. Odpowiednie wielkości odnoszące się do wszystkich wariantów przedstawione są w tabeli 9.

Tabela 9. Udział niepełnosprawnych seniorów wśród wszystkich niepełnosprawnych do roku 2030 (w %)

Wiek	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Ogółem						
60+	46,9	50,2	55,0	59,3	60,5	60,7
65+	37,6	36,5	39,8	44,8	49,1	50,3
80+	8,8	10,4	11,3	11,4	10,8	13,8
Mężczyźni						
60+	40,1	44,0	49,3	54,0	55,3	55,6
65+	29,8	28,6	32,0	37,3	42,0	43,3
80+	5,2	6,3	6,8	6,9	6,6	9,1
Kobiety						
60+	53,0	55,9	60,4	64,4	65,4	65,5
65+	44,7	43,6	46,8	51,6	55,6	56,7
80+	12,0	14,2	15,3	15,5	14,6	18,0

Źródło: obliczenia własne

W perspektywie najbliższych 26 lat należy zatem oczekiwać stałego wzrostu odsetka seniorów w populacji niepełnosprawnych. Wzrost ów wynika z przemian demograficznych. Wzrost udziału ludzi starszych przekłada się samoczynnie na wzrost ich odsetka w populacji osób odczuwających różnorodne, poważne ograniczenia zdrowotne. Zwróćmy uwagę na fakt, iż wzrost ten najbardziej dynamicznie dokona się pomiędzy rokiem 2010 a 2020 i pomimo generalnie bardziej korzystnej dla mężczyzn ewolucji umieralności w większym stopniu będzie zauważalny w zbiorowości kobiet. Ostatecznie seniorzy w wieku 60 lat i więcej stanowią aż 3/5 całej zbiorowości niepełnosprawnych, osoby w

wieku 65 lat i więcej połowę tej populacji, zaś najstarsi (80 lat i więcej) 1/7 grupy osób z poważnymi, permanentnymi kłopotami zdrowotnymi.

Zaprezentowane w niniejszym opracowaniu warianty projekcji świadczą, iż „demografia nie jest przeznaczeniem”, przyszłość – choć kształtowana przez czynnik ludnościowy – nie jest przez niego całkowicie zdeterminowana. Choć w przypadku braku zmian współczynników niepełnosprawności należałoby – w przypadku realizacji najnowszej prognozy ludności GUS – oczekiwać wzrostu liczby osób niepełnosprawnych o 33%, już przyjęcie założenia o stałym, corocznym spadku współczynników niepełnosprawności o 1% prowadzi do kompensacji wpływu czynnika demograficznego. Zarówno doświadczenia krajów zachodnioeuropejskich i USA [Crimmins i wsp., 1997; Lutz, Scherbov, 2003], jak i fakt szybkiej poprawy struktury ludności według wykształcenia wskazują na realizm takiego rozwoju sytuacji.

Dodatkowym argumentem przemawiającym za możliwością obniżania poziomu niepełnosprawności jest moim zdaniem niezwykle duże przestrzenne zróżnicowanie deklarowanej niemożności samodzielnego funkcjonowania wśród seniorów (tabela 10).

Tabela 10. Województwa o ekstremalnych częstościach występowania niepełnosprawności według spisu z 2002 r.

Kategoria	55-64 lata	65-74 lata	75 lat i więcej
Liczba osób niepełnosprawnych na 1000 ludności ogółem			
Maksimum	495 (małopolskie)	557 (małopolskie)	685 (małopolskie)
Minimum	221 (opolskie)	294 (mazowieckie, opolskie)	394 (mazowieckie)
Srednia	345	385	484

Zródło: [GUS, 2003a]

Skoro istnieje tak duże zróżnicowanie przestrzenne w jednorodnych grupach wieku, gdzie trudno doszukiwać się istotnych różnic strukturalnych, oczekiwać można, iż poziom minimalny lub zbliżony do niego jest możliwy do osiągnięcia w pozostałych jednostkach administracyjnych.

Problem niepełnosprawności pogłębiony jest tym, iż w ostatnich kilku dekadach wyraźnie wzrastało natężenie niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku (tabela 11).

Tabela 11. Niepełnosprawność w Polsce w latach 1978-2002 (liczba osób deklarujących niepełnosprawność prawną i/lub biologiczną w przeliczeniu na 1000 osób danej płci i wieku)

Spis	Wiek				
	60-64	65-69	70-74	75-79	80 i więcej
Mężczyźni					
1978	261	254	267	310	360
1988	356	335	355	376	409
2002	408	368	414	458	472
Kobiety					
1978	202	207	234	274	327
1988	288	302	340	362	416
2002	308	351	415	463	495

Źródło [GUS, 1991: 37; GUS, 2003a]

Pozostaje otwartym pytanie o przyczyny takiego wzrostu – czy jest to wynik zaniku selekcji naturalnej (a zatem wydłużania się trwania życia), efekt generacji (demografii znana jest prawidłowość mówiąca, iż mężczyźni, którzy w trakcie dojrzewania doświadczali niedożywienia, podobnie jak kobiety mające podobne doświadczenia w okresie ciąży, odznaczają się gorszym stanem zdrowia i wyższą umieralnością; jest to prawdziwe również w przypadku osób niedożywionych w okresie życia płodowego – w takim przypadku możliwe, iż wzrost niepełnosprawności jest odroczoną konsekwencją II wojny światowej i powojennych problemów), czy może zmiana o charakterze mentalnym (o ile w przeszłości starość była utożsamiana jako okres ograniczenia normalnego funkcjonowania, co było traktowane jako stan „naturalny”, o tyle dziś coraz częściej starość traktowana jest jako etap życia, który może być przeżywany w pełnym zdrowiu – w takim

przypadku każde niedomaganie i objaw niesamodzielności opisywany jest jako „niepełnosprawność”).

## **8. Obciążenie ekonomiczne i potencjalne wsparcie**

Mówiąc o starzeniu się ludności jako o zagrożeniu dla ekonomicznego dobrobytu społeczeństwa, z reguły formułujący takie opinie odwołują się do tzw. wskaźników obciążenia. Przyjrzyjmy się zatem przewidywanym zmianom wskaźnika obciążenia ekonomicznego, tj. miary obliczonej na bazie wieku ekonomicznego<sup>4</sup>. Wielkość ta zazwyczaj jest interpretowana jako informacja o tym, ilu „utrzymywanych” żyje na koszt „ludności produktywnej”. Miara ta z uwagi na odwoływanie się do prawnej granicy wieku tej generacji, która nie pokrywa się zazwyczaj z rzeczywistym wiekiem podejmowania aktywności zawodowej, oraz na założenie, iż wszystkie jednostki w wieku produkcyjnym są „produktywne”, zaś jednostki pozostałe są „nieproduktywne”, nie dostarcza w rzeczywistości dokładnej informacji o obciążeniu pracujących – czy szerzej aktywnych zawodowo – jednostkami, które trzeba utrzymywać.

Porównując odpowiednie wielkości wskaźnika obciążenia ekonomicznego, informującego, ile osób w wieku poprodukcyjnym przypada na 100 osób w wieku produkcyjnym, prognostycy z GUS przewidują, iż w miejsce wielkości 24 odnotowanej w 2002 odnotowane zostaną 26 w roku 2010, 38 w 2020 i 46 w 2030. Oznacza to bardzo wysoki wzrost obciążeń wszelkiego typu daninami publicznymi ukierunkowanymi na pozyskanie środków na zabezpieczenie społeczne przyszłych seniorów. Podkreślić w tym miejscu należy jednak fakt, iż dynamicznemu wzro-

---

<sup>4</sup> Tym samym wyodrębnia się trzy grupy wieku – w zależności od prawnych granic wyznaczających minimalny wiek zdolności do pracy oraz normalny wiek emerytalny, tj. wiek w którym uzyskuje się prawo do pełnego świadczenia emerytalnego w sytuacji braku jakichkolwiek przywilejów – wiek przedprodukcyjny, produkcyjny i poprodukcyjny. Zgodnie z polskim prawem te trzy grupy wieku definiuje się odpowiednio: 0-17 ukończonych lat, następnie 18-59 lat dla kobiet i 64 lat dla mężczyzn i odpowiednio więcej niż 60 i 65 lat.

stowi wskaźnika obciążenia ludnością w wieku poprodukcyjnym towarzyszyć będzie częściowo kompensująca ów przyrost redukcja wartości wskaźnika obciążenia ludnością w wieku przedprodukcyjnym. Liczba dzieci i młodzieży w przeliczeniu na 100 osób w wieku 18-59K/64M zmniejszy się z 36 w roku 2002 do 28 w 2010, 27 w 2020 i 26 w 2030. Jednak – jak wspomniano – rekompensata jest tylko częściowa, albowiem: 1) z matematycznego punktu widzenia wskaźnik rośnie ogółem z 60 osób w wieku nieprodukcyjnym na każde 100 osób w wieku produkcyjnym do 72 w roku 2030; 2) wydatki publiczne przeznaczone na typowe dziecko (koszt nauki, opieki medycznej i pomocy rodzinie) są z reguły znacząco niższe od wydatków na typową osobę w wieku emerytalnym (świadczenie emerytalne lub rentowe<sup>5</sup>, opieka medyczna). Do powyższej listy należy jeszcze dodać bardzo prawdopodobne dalsze wydłużenie się okresu pobierania nauki, co – choć nie widoczne w przypadku wyboru wieku 18 lat jako początku wieku „produkcyjnego” – dodatkowo obniży skalę kompensacji.

Zmiany demograficzne przejawiać się będą również niekorzystnymi przemianami wskaźników wsparcia, tj. miar obciążenia *à rebours*, informujących o tym, ile jednostek potencjalnie zdolnych do udzielenia pomocy przypada na 100 osób należących do kategorii, w której występuje chęć czy konieczność uzyskania wsparcia. Jako najczęstszy przykład takiej miary obliczany jest współczynnik potencjału pielęgnacyjnego, obliczany jako stosunek liczby kobiet w wieku 45-64 lata (typowy wiek córek osób sędziwych) do liczby osób w wieku 80 lat i więcej. Informuje on o potencjalnej liczbie rodzinnych opiekunek sędziwych starców. Wielkość ta zgodnie z przewidywaniami GUS zmniejszy się ma z 572 kobiet na 100 starców w roku 2002 do 423 w 2010, 327 w 2020 i 263 w 2030. Wskazuje to jednoznacznie na konieczność

---

<sup>5</sup> Choć w przypadku świadczeń emerytalnych sytuację częściowo ratuje przeprowadzona reforma systemu emerytalnego, pamiętać należy, iż znacząca część seniorów pobierających te świadczenia nawet w roku 2030 uzyskała je w ramach starego systemu, zaś ci, którzy będą je pobierać z nowego – będą korzystać z systemu mieszanego, repartycyjno-kapitałowego, co nie oznacza likwidacji wpływu czynnika demograficznego, lecz jedynie pewne jego osłabienie.

rozbudowywania pozarodzinnych form opieki nad najstarszymi Polakami w przyszłości z uwagi na malejącą możliwość rodziny takiego wsparcia przez rodzinę (jak pamiętamy, z uwagi na częstsze rozwody należy oczekiwać w przyszłości dodatkowo bardziej rozpowszechnionego zaniku kontaktu pomiędzy dziećmi i ich rodzicami – zwłaszcza ojcami).

## **9. Wnioski**

Przedstawiony w niniejszym opracowaniu przebieg starzenia się ludności Polski w najbliższym ćwierćwieczu wskazuje na to, iż z uwagi na skalę zmian liczby i udziału starszych wiekiem Polaków należy stale i dokładnie monitorować zachodzące zmiany struktury ludności według wieku. Analizując dane odnoszące się do owych zmian, nie należy jednak wpadać w panikę. Oczekiwany wzrost liczby seniorów jest nieuniknioną konsekwencją długookresowych przemian w sferze umieralności i rozrodczości, której występowaniu mogłaby zaradzić na dłuższą metę jedynie zmiana modelu rodziny – upowszechnienie się modelu rodziny posiadającej dwoje i troje dzieci. Rozwiązania inne – przede wszystkim migracja – z różnych względów są tyleż krótkookresowe, co rodzące problemy innego rodzaju.

Jednocześnie zdawać sobie należy sprawę z tego, że „demografia nie jest przeznaczeniem”. Proces starzenia się ludności może być postrzegany jako realne społeczne zagrożenie jedynie wtedy, gdy założymy stałość związku pomiędzy wiekiem a fizyczną i psychiczną wydolnością organizmu. Prowadzone ostatnio badania przez demografów i specjalistów zdrowia publicznego badania wskazują jednak, że w krajach wysoko rozwiniętych wydłużaniu się trwania życia towarzyszy spowolnienie procesu starzenia się na poziomie jednostkowym, rezultatem czego późniejsze nadchodzenie przypadłości tradycyjnie utożsamianych ze starością [Vallin, Mesle, 2005]. Odroczeniu momentu występowania niepełnosprawności sprzyja podnoszący się poziom wykształcenia i świadomości zdrowotnej (tj. wiedzy na temat wpływu własnych zachowań na stan zdrowia) oraz postęp technologiczny dostarczają-



cy coraz doskonalszych technologii medycznych i „protez cywilizacyjnych” ułatwiających samodzielność<sup>6</sup>.

Z punktu widzenia analizowanych przemian, jakie mogą zachodzić w nadchodzących latach, największym zagrożeniem będzie moim zdaniem wzrastająca częstość braku współmałżonka wskutek rozwodu. Ten problem dotknie przede wszystkim mężczyzn, którzy z jednej strony zostaną „odcięci” od ważnej części sieci nieformalnego wsparcia emocjonalnego i rzeczowego (brak małżonki, gorszy kontakt z dziećmi i wnukami), z drugiej ich role społeczne w okresie starości zostaną dodatkowo ograniczone.

Z kolei najkorzystniejszą zmianą będzie wzrost poziomu wykształcenia seniorów. Tym samym oczekiwać należy większej chęci do wydłużenia kariery zawodowej, większej dbałości o własne zdrowie, częstszego odwoływania się w przypadku jakichkolwiek problemów zdrowotnych do nowoczesnych i tanich technologii informatycznych. W rezultacie większej świadomości konieczności przygotowania się do starości na poziomie jednostkowym i większej gotowości do odwoływania się do nietradycyjnych – czyli z reguły tańszych i mniej czasochłonnych – metod rozwiązywania problemów oczekiwać można wyraźnego złagodzenia konsekwencji starzenia się ludności w skali makro.

Postępujący rozrost populacji osób starszych, nie musi zatem automatycznie przekładać się na wzrost wszystkich obciążeń, choć niewątpliwie jest wyzwaniem zmuszającym do przemyślenia tak sposobów przygotowania się do starości na poziomie indywidualnym i zbiorowym, jak i bodźców zachęcających do wdrażania tych sposobów w życie.

Problemem niezbędnym jest również dokładniejszy monitoring przestrzennego zróżnicowania procesu starzenia się ludności. Już na poziomie województw widoczna dyspersja – będzie, jeszcze bardziej wyraźna w skali mniejszych jednostek administracyjnych. Stąd też należy monitorować przestrzenne zróżnicowanie

---

<sup>6</sup> „Protezą cywilizacyjną” jest nie tylko aparat słuchowy czy okulary, ale również kuchenka mikrofalowa czy centralne ogrzewanie, dzięki którym unika się konieczności przenoszenia ciężkiego opału, której to czynności często seniorzy nie są w stanie wykonać samodzielnie.

z uwagi na konieczność przygotowywania z wyprzedzeniem działań mających na celu kompensację zróżnicowanych kosztów starości demograficznej ponoszonych przez samorzady różnego szczebla w ramach zadań własnych. Jednocześnie śledzenie postępów procesu starzenia się ludności powinno zaowocować większym zaangażowaniem samorządów w odpowiednie przygotowanie szeroko rozumianej przestrzeni życiowej seniorów (choćby w najprostszej postaci: mała architektura – poręczce, ławki – czy dostosowanie środków komunikacji miejskiej).

Ogólnym zaś wnioskiem płynącym z niniejszego opracowania jest konieczność przygotowania się do tego, co społeczeństwo naszego kraju czeka, czy tego chcemy, czy nie. Podniesienie świadomości konieczności takiego przygotowania – na poziomie makro (w skali kraju), mezzo (w skali mniejszych jednostek administracyjnych) i mikro (na poziomie pojedynczych osób i rodzin) – jest niezwykle ważne, albowiem ułatwia i przyspiesza zgodę na niezbędne koszty.

Dr hab. Piotr Szukalski  
Profesor Uniwersytetu Łódzkiego

**Literatura:**

- Crimmins E., Saito Y., Ingegneri D., 1997, Trends in disability-free life expectancy in the United States, 1970–1990, „Population and Development Review”, vol. 23, nr 3, 555–572.
- GUS, 1991, NSP 1988, Inwalidzi w Polsce w latach 1978-1988, Warszawa, 330 s.
- GUS, 2003, NSP'2002. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna, ZWS GUS, 293 s.
- GUS, 2003a, NSP'2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Cz. I. Osoby niepełnosprawne, ZWS GUS, Warszawa, 227 s.
- GUS, 2004, Prognoza demograficzna na lata 2003-2030, Warszawa, ZWS GUS, 172 s.
- Lutz W., Scherbov S., 2003, Will population ageing necessarily lead to an increase in the number of persons with disabilities? Alternative scenarios for the European Union, “European Demographic Research Papers”, nr 3, 25 s.
- Szukalski P., 2004, Projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów do roku 2030, [w:] Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia, Wyd. UŁ, Łódź, 106-112.
- UN (United Nations), 2005, World population prospects. The 2004 revision. Vol. I: Comprehensive tables, New York, 763 s.
- Vallin J., Mesle F., 2001, Tables de mortalite francaises pour les XIXe et XXe siecles et projections pour le XXIe siecle, INED, Paris, 102 s. + CD.
- Vallin J., Mesle F., 2005, Convergence and divergence: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy, “Genus”, special issue Increasing longevity: causes, trends and prospects, 83-124.

## **PERSPEKTYWY ZDROWOTNE STARSZEJ POPULACJI**

Starzenie się charakteryzuje postępujący w miarę upływu lat ubytek sił życiowych, utrata zdolności reprodukcyjnych oraz wzrost umieralności, spowodowany głównie towarzyszącymi starości chorobami przewlekłymi. Powyższa charakterystyka zdaje się nadawać medycynie i czynnikom ściśle ze zdrowiem związanym bezwzględny priorytet w rozstrzygnięciu o losach ludzi starych, a także o kolejach losu grup ludzkich skupiających osoby o powyższych właściwościach. Twierdzenie to ma jednak większe uzasadnienie dla zdarzeń dziejących się na planie jednostkowym niż zbiorowym. W skali całej populacji stanowiącej właściwe tło dla formułowania polityki społecznej - lepiej dostrzegalne są luźniej ze zdrowiem związane zjawiska dynamiki ludnościowej. Dokładne rozdzielenie zdrowotnych i pozamedycznych wyznaczników przekształceń demograficznych w kierunku postępującej dominacji w społeczeństwie ludzi starych nie jest wprawdzie możliwe, ale wysiłek interpretacyjny jest konieczny ze względu na potencjalną zależność środków zaradczych od poznania etiologii zachodzących zjawisk – występujących w obu skalach, a więc w skali jednostek i całej populacji

### **1. Niemedyczne a zdrowotne determinanty upowszechniania się starości**

Przy odwiecznej powtarzalności zjawisk starzenia się biologicznego w ciągu ostatnich niespełna 200 lat w krajach wyżej rozwiniętych wystąpiło jednorazowe, ale nadal postępujące, zjawisko starzenia się składu wiekowego ludności. Fenomen ten był, przynajmniej początkowo, najwyżej w niewielkim stopniu związany ze zdrowiem, ponieważ inny, konkurencyjny względem spadku rodności (właściwego powodu przekształcenia) możliwy mechanizm tego procesu – zmniejszanie się umieralności z powodu chorób przewlekłych – zaczął się istotnie przyczyniać do prze-

dłużenia przeciętnego trwania życia dopiero od połowy XX wieku, usuwając w cień czynniki wcześniejsze, redukujące głównie umieralność dzieci i matek.

Na statyczny obraz przesunięcia się ku starości struktury wieku ludności wskutek spadku względnej liczby urodzeń nałożyły się w ciągu niewiele ponad 100 ostatnich lat skutki podwojenia się przeciętnego trwania życia mieszkańców bardziej rozwiniętej części świata, Również i ten ciąg zdarzeń, nie miał, przynajmniej początkowo, genezy zdrowotnej. Jego początki przypadły bowiem jeszcze na okres stosunkowo niskiej skuteczności medycyny. Swoistość niemedyceńskich determinant procesu przedłużania się życia może być jednak kwestionowana, ponieważ aktualne powtarzanie się zjawiska wzrostu przeciętnego trwania życia w krajach rozwijających się odbywa się przy większym niż w przeszłości (i doświadczeniu rozwiniętego świata) udziale sposobów swoiście medycznych. Ponadto – co oczywiste – zdrowie nie jest tożsame z medycyną i ważną rolę w jego naprawie odgrywają warunki zdrowotne, szczególnie bytowe, a także znajdujące się poza sferą bezpośredniego wpływu lekarzy – nawyki zdrowotne.

Spór o pierwszeństwo sfery oddziaływań medycyny w stosunku do wpływu czynników prozdrowotnych traci jednak współcześnie na ostrości w obliczu konieczności radzenia sobie z bezprecedensowymi następstwami wieloczynnikowo uruchomionego demograficznego żywiołu starzenia się populacyjnego. Jego kształt jest w wielu krajach podobny. Przyrost przeciętnej długości życia rozpoczął się na przykład w XIX-wiecznej Anglii od nader trwałego wielowiekowego pułapu około 35 lat, przy udziale ludzi w wieku powyżej 60. roku życia zredukowanym do około 8% składu ludności. Na początku lat 90., przy przeciętnym trwaniu życia w Wielkiej Brytanii równym 76 lat odsetek osób w wieku powyżej 60 lat wyniósł już nieco ponad 20%, a w Szwecji udział 60-latków sięgał w podobnym czasie 23% składu ludności [1]. Trzeźwe oceny nie zapowiadają rychłego ustania tendencji do przybywania liczby ludzi starych. Niektórzy przewidują ustalenie się nowej równowagi populacyjnej nie wcześniej niż w połowie obecnego wieku, przy udziale osób po 60-siątce mającym sięgać

wówczas co najmniej 1/3 składu populacji [1]. Ocena ta może się jednak okazać zawyżona. W innych bowiem projekcjach względna liczba osób po sześćdziesiątce ma się do niego zbliżyć w krajach najwyżej rozwiniętych, już około roku 2025, nawet się z nim zrównując w tymże czasie w Japonii [2].

Przemiany te spowodowały powstanie w drugiej połowie ubiegłego stulecia, szczególnie w krajach uprzemysłowionych, rosnącej liczebnie grupy ludzi „trzeciego wieku”, z całym potencjałem (i bagażem) problemów stwarzanych przez zdefiniowane na wstępie cechy starości. Na całym świecie czyni się niezbędne wysiłki oszacowania rozmiarów wieloaspektowych potrzeb (oraz korzyści) wynikających z coraz liczniejszej obecności w społeczeństwie osób mających już wprawdzie poza sobą szczyt sprawności psychofizycznej, ale wyróżniających się doświadczeniem w wymiarze społecznym, a nawet – czego się można domyślać – wymierną sumą dodatnich cech somatycznych, których posiadanie wynika z okoliczności pomyślnego przetrwania wcześniejszych zagrożeń zdrowotnych.

Ocena tych potrzeb nie jest jednoznacznie tożsama z prognozą ostrzegawczą. W latach 80., dopuszczono nawet koncepcję redukcji chorobowości w sytuacji postarzenia się populacyjnego [3] opartą na fakcie (lub pragnieniu) pomyślnych przemian zdrowotnych towarzyszących procesowi starzenia się per se w miarę postępu cywilizacyjnego. Nie brakuje argumentów na korzyść takiej optymistycznej konstatacji. Szacuje się na przykład, że w ciągu ostatnich 30 lat umieralność z powodu chorób układu krążenia – głównego patogennego towarzysza starości – zmalała w krajach najwyżej rozwiniętych aż o 70% [4]. Fakt ten bowiem nie jest może dokładnym potwierdzeniem redukcji przejawów starości w samej jej istocie, ponieważ postęp w zmniejszeniu umieralności wynika w przeważającym stopniu z pomyślniej ewolucji występowania chorób na tle starości – zjawiska być może rozłącznego ze starzeniem się biologicznym (patrz niżej). Na korzyść pomyślniej perspektywy przemian w zdrowiu w społeczeństwach współczesnego świata mogą także przemawiać wyniki światowego badania The Global Burden of Disease Study [5]

(mimo licznych braków metodycznych tego przedsięwzięcia), ujawniające wyższą przeciętną liczbę lat życia bez (rozmaicie stopniowanych) przejawów niepełnosprawności w społeczeństwach krajów bardziej (a więc z dalej posuniętym procesem starzenia się populacyjnego) niż gorzej rozwiniętych. Informacja ta nie jest jednak dokładnym odwzorowaniem sytuacji stwarzanej przez proces starzenia się populacyjnego w tym samym miejscu i czasie i w tych samych grupach ludności, będący bardziej nawarstwianiem się przejawów świeżego inwalidztwa na występujące już wcześniej deficyty sprawności, szczególnie inwalidztwa nie zagrażającego bezpośrednio życiu pacjenta, w postaci np. otępienia w chorobie Alzheimera. Otępienie typu alzheimerowskiego – najczęstsza przyczyna demencji starczej – jest wprawdzie schorzeniem o znanej morfologii (wewnątrz - i zewnątrzkomórkowe gromadzenie się w mózgu dwóch patologicznych rodzajów białek), ale o nieznanym mechanizmie, nie powodującym wszelako (przynajmniej w zestawieniu z otępieniem naczyniowym) szczególnie wysokiej śmiertelności (umieralności w chorobie), pozwalającym na wieloletnie trwanie w stanie głębokiego ograniczenia świadomości. Otępienie (obu rodzajów) nie przekracza, na szczęście 3% osób do 75 roku życia, ale sięga już co najmniej 1/5 wśród osób w dziewiątej dekadzie życia, a nawet połowy – u osób powyżej 95. roku życia.[6]. Szacuje się, że, przy dotychczasowym braku postępu leczniczego, w Europie, liczącej obecnie 7 milionów przypadków choroby Alzheimera do roku 2050 liczba ta przynajmniej się podwoi. W Polsce, przy obecnej orientacyjnej liczbie około 200 tysięcy przypadków demencji starczej, należałoby po upływie analogicznego okresu spodziewać się nawet pół miliona przypadków otępienia chyba, że przyrost ten okaże się mniej nasilony wobec, wciąż mniejszego w zestawieniu z przeciętną europejską, stopnia zestarzenia się polskiego społeczeństwa.

Do wzrostu częstości inwalidztwa typu starczego przyczyniają się nieuchronnie także inne schorzenia powodujące niepełnosprawność (i w równym, co otępienie, stopniu nieuleczalne) takie jak choroba Parkinsona, starcze zwyrodnienie siatkówki (AMD), zwyrodniające zapalenia stawów itp., nie wspominając o klasycz-

nych chorobach na tle starości, (rak, miażdżyca itp.), przynoszących zniechęcenie i śmierć w różnych, nieraz złożonych, kombinacjach. Następstwa chorób z głównego nurtu przemian typu starczego wymagają jednak, obok oceny udziału w losach społecznych starzejącego się społeczeństwa, także próby wnikięcia w głębsze mechanizmy starości i towarzyszącej jej patologii. Epidemiologia i prognostyka choroby Alzheimera posłużyły tutaj jedynie do zaprzeczenia zbyt łatwemu optymizmowi w kwestii dalszych kolei starzenia się populacyjnego.

## **2. Perspektywy przeciwdziałania starości i związanym z nią chorobom**

Trzy sprawy wymagają bardziej szczegółowego rozpatrzenia:

a) Powstaje na wstępie pytanie jakie są szanse rozwiązań oparte na powiązaniach typu etiologicznego.

W poszukiwaniu sposobów zaradczych na dokuczliwość starości próbuje się oddzielić ją samą od zjawisk patologicznych z różną mocą ze starością związanych. Pierwsze z tych zadań jest trudniejsze do oceny przy pomocy istniejących faktów. Jeden z twórców gerontologii, Leonard Hayflick, wyraził przekonanie, że postęp w zwalczaniu (skutków) starości w ostatnich dwóch wiekach najwyżej niewiele zmienił w kolejach jej samej, przyczyniając się jedynie do poprawy rokowania co do życia i sprawności w gronie jej śmiertelnej asysty [7]. Ten sam fakt posłużył autorowi tych słów do zadeklarowania optymizmu w kwestii szansy oddzielenia starości od dotychczas nieodłącznie towarzyszących jej schorzeń. Zdaniem autora jest to równie prawdopodobne, co dokonane już wcześniej prawie całkowite wykorzenienie porażenia dziecięcego (czy – całkowite – ospy naturalnej). Wszelako, różnica we wrażliwości na choroby między dzieciństwem a starością nie jest tożsama pod względem ścisłości, powiązań. „Dziecięcość” wielu schorzeń wynika po prostu z jej wczesnego „otwarcia” na zakaźne patogeny pozostawiające, po przechorowaniu, trwałą odporność. Charakter powiązania starości i jej chorobowego otoczenia jest zapewne znacznie bardziej złożony i nie



jest nawet pewne, czy można w ogóle obie te sfery ściślej rozgraniczyć. Dochodzą nawet złowieszcze sygnały o genetycznie uwarunkowanej nierozdzielności „współzawodniczących demonów” nowotworzenia i starości, ustanowionej, w drodze ewolucji, w celu ochrony organizmów długowiecznych i obdarzonych rezerwą komórek odnawialnych (tzw. macierzystych), mających także uboczną właściwość przemiany nowotworczej, przed przedwczesną umieralnością z powodu nowotworów złośliwych.[8]. Obronę przed wcześniej (tzn. przed zakończeniem cyklu reprodukcyjnego) występującymi nowotworami mogłyby, w myśl takiego zapatrywania, zapewnić same mechanizmy starości, dysponujące, zgodnie ze swoim przeznaczeniem, umiejętnością wstrzymywania proliferacji komórkowej – głównej właściwości nowotworzenia. Mocną stroną powyższej hipotezy jest możliwe powiązanie jej treści z samą istotą starości mogącej być, w znacznym zakresie, wytworem (czy produktem ubocznym) swoistego biologicznego „handlu koźmi”, w przebiegu którego „sprzedawało by się” interes mniej ewolucyjnie „ważnych” organizmów znajdujących się w późniejszej fazie życia, za cenę uchronienia przed marginalizacją osobników młodych i zdolnych do reprodukcji [9]. Jednak w ostatnim czasie pierwszeństwo w uzasadnieniu ewolucyjnego sensu starości oddano (eksperymentalnie) konkurencyjnej względem „handlu koźmi” (czyli „przeciwstawnego plejotropizmu”) koncepcji usprawiedliwiającej występowanie starości prostszym mechanizmem stopniowego gromadzenia się mutacji somatycznych, utrwalających się mimo najczęściej niekorzystnych właściwości takiej przemiany, wskutek wzrastającej ilości i mocy działania współzawodniczących przyczyn zgonów [10]. Koncepcji „współzawodniczących demonów” nie jest także „po drodze” z wynikami obserwacji występowania nowotworów wśród osób w wieku stu i więcej lat, z której wynika, że średni wiek wystąpienia nowotworu jest u nich o 20 lat wyższy niż u starców nie dożywających równie zaawansowanego wieku [11]. Oczywisty fakt wzrostu częstości nowotworów z wiekiem usiłuje się natomiast tłumaczyć skutkami starzenia się tkankowego podłoża struktur nabłonkowych (tzw. stromy), wytwarzającego z bie-

giem czasu „sprzyjający klimat” dla rozwoju zmian nowotworowych. Wreszcie, niektórym dziedzicznym zespołom przedwczesnego starzenia się (progerii typu Hutchinsona-Guilforda, zespołowi Cockayne'a) nie towarzyszy zwiększone ryzyko rozwoju nowotworów złośliwych [12]. Jednak genetyka starości i nowotworów, choć w oczywisty sposób wzajemnie powiązana, kryje wciąż zbyt wiele niewiadomych, aby stanowić mocniejszą podstawę do działań zaradczych, dających się skutecznie wykorzystać w opóźnianiu występowania jednego, lub obu elementarnych zjawisk starzenia się i nowotworzenia.

Wydaje się natomiast, że nie istnieją zasadnicze przesłanki dla zdeterminowanego genotypowo „obowiązkowego” sprzężenia starości i miażdżycy. W obu głównych odmianach przedwczesnego starzenia się (progerii),: zespołu Hutchinsona-Guilforda i zespołu Wernera, mimo ich odmiennego genetycznego uwarunkowania i różnic w charakterze zaburzeń (lamina A wobec genu o nazwie WRN, zakłócenie mechanizmów rozwojowych wobec bardziej autentycznego przedwczesnego starzenia się), dochodzi w obu chorobach do przedwczesnego rozwoju miażdżycy i częstych zgonów z powodu chorób na tle miażdżycowym [13]. Natomiast w niektórych innych zespołach chorobowych, którym towarzyszą objawy przedwczesnego starzenia się (ataxia teleangiectasia [14], zespół Downa [15]) miażdżycy nie zdarza się częściej niż w ogólnej populacji, co może świadczyć o możliwej rozłączności obu stanów. (Tej konkluzji zdają się przeczyć badania na modelach zwierzęcych, mogące świadczyć o zależności miażdżycy od wewnątrzustrojowych procesów starzenia się komórkowego, [16]). Zresztą do sprawdzenia stopnia współdziałania starości i miażdżycy dzieli nas zapewne droga krótsza, niż do wytestowania hipotezy o sprzężeniu starości i nowotworów, ponieważ istniejące „konwencjonalne” środki zwalczania miażdżycy są w przeważającej mierze skuteczniejsze od wciąż niepewnych rezultatów ograniczania ekspansji nowotworów złośliwych.

W poszukiwaniu wspólnego mianownika dla chorób sprzężonych ze starością zwrócono uwagę na występowanie w jej toku częstego fenomenu odkładania się wewnątrztkankowych złogów,

takich jak cholesterol i podobne substancje w blaszkach miażdżycowych, beta-amyloidu w tkance mózgowej chorych z zespołem Alzheimer'a, huntingtyny w przypadku szczególnej późnej odmiany płasawicy, specyficznych złogów w starczej siatkówce itp., gromadzących się w swoistych strukturach wewnątrzkomórkowych służących w prawidłowych warunkach do ich usuwania (lizozomach) i zapewne mniej wydolnych w starości [17]. Autorzy tego (oczywistego) spostrzeżenia zwrócili uwagę na (w aktualnej chwili hipotetyczną) możliwość posłużenia się, w celu rozpuszczenia złogów, jakąś metodą biologicznego ich wytrawiania, np. przez bakterie znane skądinąd z niezawodnej umiejętności rozkładania zwłok. Niezależnie od technicznej realności tego pomysłu, w innym miejscu [18] zwrócono jednak uwagę na podstawową trudność w jego realizacji, wynikającą z niewielkiej siły związku między wielkością inkryminowanych złogów a klinicznym zaawansowaniem mających leżeć u ich podłoża zaburzeń (np. stopniem otępienia), sugerując raczej opcję poszukiwania mechanizmów poprzedzających odkładanie się przypisywanych starości zbędnych relikwów przemiany materii.

b) Powstaje z kolei pytanie jakie są konwencjonalne sposoby zwalczania patologicznych korelatów starości.

Można mnożyć przykłady wciąż niezrealizowanych sposobów zwalczania skutków i korelatów starości opartych na awangardowej wiedzy, które zostaną w końcu jakoś skutecznie zastosowane w celu uwolnienia ludzi starych od uciążliwości „trzeciego wieku”. Jednak wielu elementarnych niedociągnięć można się dopatrzeć już śledząc wykorzystanie rutynowej pomocy medycznej przeznaczonej dla ludzi starych nawet w najwyższej rozwiniętych krajach świata. Z wykonanego przed 10 laty przez korporację RAND przeglądu badań nad efektywnością amerykańskiej służby zdrowia wynika, że tamtejsza jakość opieki nad pacjentami cierpiącymi na choroby przewlekłe (rozumiana jako stopień zgodności opieki z zawodowymi standardami) nie przekracza 50% pożądanego stanu [19]. Badanie to nie ograniczało się wyłącznie do ludzi starych, ale można mieć pewność, że efektywność opieki

nad pacjentami w zaawansowanym wieku musiała być jeszcze istotnie niższa. Medycyna amerykańska cieszy się dobrą sławą potwierdzoną np. faktem znacznie niższej umieralności w przedziale wiekowym odpowiadającym zaawansowanej starości (80 i więcej lat) będącej nader czułą miarą jakości opieki nad starcami, niż częstość zgonów w tym samym wieku w krajach zachodu Europy [2]. Istotną część niedociągnięć opieki stanowiły w tym badaniu zaniechania, np. szczepienia przeciwko grypie u osób w wieku 65 i więcej lat były wykonywane w USA u tylko około połowy osób objętych takim wskazaniem. Najgroźniejszą formą zaniechania bywa, w przypadku ludzi starych, niedostateczna opieka szpitalna nad obłożnie chorym pacjentem. Dane amerykańskie z cytowanego źródła mówią w tym przypadku o wyższej niż przeciętna jakości. Trudno mieć wyobrażenie o jakości opieki medycznej nad ludźmi starymi w Polsce, gdzie podobnie jak w znakomitej większości innych krajów, badań efektywności opieki się nie wykonuje. Istnieje jednak z pewnością jakaś gradacja zaniechań opieki, najniższa w Ameryce Północnej, nieco wyższa na zachodzie Europy i zapewne jeszcze istotnie wyższa w naszej części świata, biorąc pod uwagę niskie zarobki personelu i inne względy, nie wykluczając pospolitej w kraju dyskryminacji ludzi starych oraz leczniczego priorytetu dla młodych i sprawnych.

Istnieje jednak ciemniejsza strona skądinąd pożądanego rozwoju świadczeń medycznych i społecznych dla ludzi starych, uświadamiająca konieczność kompleksowych rozwiązań narastających problemów starości. Ocenia się, że przy obecnym, niezmiennym systemie opieki lekarskiej nad ludźmi w wieku 65 i więcej lat przeznaczony do opieki nad nimi amerykański fundusz Medicare zbankrutuje już w roku 2019, a tamtejszy system Opieki Społecznej – w roku 2042. Wziąwszy pod uwagę wielkie możliwości materialne społeczeństwa amerykańskiego należy sądzić, że kryzys ekonomiczny instytucji zajmujących się wieloaspektową opieką nad ludźmi starymi w nadal dość ubogim kraju, takim jak Polska, może rozpocząć się nawet w znacznie bliższej przyszłości. Rozpatrywanie takich dylematów nie może się odbywać jedynie na planie usług medycznych. Nie ulega bowiem wątpliwości, że

stanowią one istotną część składową szeroko rozumianych kosztów: materialnych, ludzkich i moralnych. W krótkim przeglądzie możliwości racjonalizacyjnych w tym zakresie, ograniczę się do przejawionego w całości niniejszej wypowiedzi ducha technokracji (jako przeciwnego bieguna – z samej natury paliatywnej – postawy opiekuńczej).

W sferze najprostszego wariantu podejścia oszczędnościowego działalności profilaktycznej – najskuteczniejsze metody ochrony zdrowia ludzi starych sięgają wieku oddalonego o dziesiątki lat wstecz od progu starości. Najprostszym przykładem zagrożenia powstającego w młodości i realizującego się z nieomylną bezwzględnością w starości jest nałóg palenia papierosów. Jego skutki zdrowotne wykrywalne są w młodości jedynie przy zastosowaniu czułych metod pomiarowych np. umożliwiających wykrycie nawet małych różnic w sprawności oddechowej między palącymi a wolnymi od nałogu. Kilkudziesięcioletnia obserwacja losów lekarzy angielskich dowodzi jednak, że z powodu chorób związanych z paleniem umiera około 2/3 wytrwałych palaczy [20]. Umieralność z powodu raka płuca – jednego z najbardziej ewidentnych skutków palenia – w Polsce ustępuje w skali europejskiej natężeniu tego zjawiska jedynie na Węgrzech, przy czym przeważająca większość zgonów przypada, oczywiście, na lata (nieszczególnie zaawansowanej) starości. Rak płuca nie przysparza inwalidów: dystans czasowy dzielący rozpoznanie od śmierci mierzy się raczej w tygodniach niż miesiącach czy latach. Podobnie bywa z innymi nowotworami złośliwymi luźniej niż rak płuc skojarzonymi z paleniem, np. rakiem krtani, trzustki, pęcherza moczowego, nerki itp. Większość tych nowotworów nie należy, z różnych względów, do kategorii schorzeń dostępnych wczesnej diagnostyce pozwalającej, dzięki zastosowanej w porę interwencji, uprzedzić ekspansję choroby. Wiele innych chorób związanych z paleniem nie kończy się rychłą śmiercią, ale upośledza na wiele lat (jak to się dzieje np. w przypadku rozedmy płuc, choroby wieńcowej itp.) wydolność organizmu. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza częstość palenia w Polsce obniżyła się o około połowę (do 30%), ale wciąż zajmujemy pod tym względem w Euro-

pie jedno z czołowych miejsc. Co prawda nasilenie palenia maleje w starości, co w istotnym stopniu redukuje zagrożenie ze strony chorób wywoływanych paleniem tytoniu, ale prawdziwe korzyści w tym względzie daje bądź niepalenie, bądź pozbycie się nałogu jeszcze w młodości [20].

Postęp medycyny wydłuża listę chorób możliwych do uniknięcia (także) w okresie starości. Zaliczono do nich niedawno raka szyjki macicy, którego natężenie w populacji kobiecej można (z pewnością znacznie) ograniczyć na drodze zastosowania szczepionki przeciwko wirusom ludzkiego brodawczaka [21]. Do obniżenia umieralności z powodu tego nowotworu przyczynia się także wydajny przesiew umożliwiający wczesne wyleczenie, ale w Polsce nie przebiega on zbyt sprawnie, co powoduje rosnące, w stosunku do Zachodu, opóźnienie w redukcji umieralności z tej, wciąż stosunkowo częstej w kraju, przyczyny zgonu [22].

Przy gorszym zrozumieniu przyczyn wszystkich pozostałych nowotworów złośliwych, główną opcją w miarę skutecznego ich zwalczania pozostaje wczesna diagnostyka i radykalna terapia. Metody te wykazują sprawdzoną skuteczność w „sztandarowych” przypadkach raka sutka, okrężnicy, czy skóry (także szyjki macicy, patrz wyżej). W przypadku wielu innych nowotworów postawiona w porę diagnoza jest już dokonaniem bardziej „loteryjnym”, co we wciąż drastycznym zakresie obniża pożądaną efektywność zwalczania chorób nowotworowych. Awangardowe pomysły wykrywania zmian nowotworowych przy pomocy „punktowych” sond wewnątrzkomórkowych, nie wychodzą wciąż poza fazę eksperymentalną, w istotnej części z powodu trującego charakteru tworzywa, jakim są z konieczności drobiny ciężkich metali. Najczęstszym ograniczeniem dokonywanego konwencjonalnie przesiewu jest trudna dostępność zaatakowanego rakiem narządu, ale inną – także elementarną – przyczyną trudności bywa inwazyjny charakter rozrostu, utrudniający dopadnięcie nowotworu we wczesnej, jeszcze lokalnej, fazie rozwoju. Wzgląd ten paraliżuje działalność przesiewową w kierunku raka płuca, żołądka, trzustki i innych narządów. W innych nowotworach takich jak np. białaczki nie jest znana faza lokalna ich rozwoju, której istnienie mo-

głoby otworzyć drogę do działań uprzedzających, analogicznych do stosowanych do zwalczania nowotworów o litym utkaniu. Wszystkie te problemy, obok zagmatwanych uwikłań etiologicznych najpospolitszych nowotworów sprawiają, że znaczna część nadziei leczniczych pokładana jest w metodach zawansowanej terapii typu przeszczepów (czy autoprzeszczepów) szpikowych, chirurgicznego usuwania przerzutów itp. Być może to właśnie z zastosowaniem takich metod można wiązać nadzieje na przyszłe bardziej systemowe rozwiązania w zwalczaniu nowotworów.

Natomiast już dziś dysponujemy nader przemyślnymi metodami powstrzymywania prekursorów chorób na tle miażdżycowym (choć wciąż nie ich samych). Coraz powszechniej i skuteczniej leczy się wczesne stadia nadciśnienia tętniczego i obniża we krwi poziom lipidów. Poprawia się także skuteczność leczniczego odraczania (mikroangiopatycznych) powikłań cukrzycy. Rozpowszechniają się także coraz szerzej paliatywne metody chirurgiczne, szczególnie sposoby pomostowania i udrażniania chorobowo zmienionych tętnic. Wszystko to jednak daleko odbiega od oczekiwań w postaci uwolnienia się od głównych chorób na tle miażdżycowym. Na pewno wiedza o szkodliwości diety wysokotłuszczowej musiała się przyczynić do aktualnego stopnia obniżenia chorobowości i umieralności na główne choroby układu krążenia, ale nie spowodowała dotąd zasadniczego przełomu w ich występowaniu. Przy wszystkich zaletach umiarkowania w jedzeniu ludzkie doświadczenie w tym względzie daleko odbiega od wyników eksperymentalnych dowodzących znacznego przedłużenia życia po zastosowaniu pełnodoborowej diety niskokalorycznej u wielu gatunków ssaków [23].

O tym, że rezultaty zastosowania dotychczasowych metod zwalczania miażdżycy nie spełniają wielu oczekiwań świadczy m.in. propozycja powszechnego podawania środków przeciwcholesterolowych – statyn – wszystkim osobom w wieku 55 i więcej lat.. Statyny są, jak na środki obniżające poziom lipidów, stosunkowo mało toksyczne, ale w sporadycznych przypadkach uszkadzają tkankę mięśniową i wątrobową, co nakazuje ostrożność w ich masowym stosowaniu. Wszelako, dokonane niedawno przez

laboratoria Pfitzera podsumowanie wyników kilkudziesięciu eksperymentów leczniczych testujących bezpieczeństwo zastosowania statyn u osób w wieku 65 i więcej lat, wskazuje, że leczenie to nie powoduje, nawet w szerokim zakresie dawek, działań ubocznych częściej, niż w przypadku leczenia symulowanego (z użyciem placebo) [24]. Ostatnie podsumowania eksperymentów profilaktycznych i leczniczych z udziałem statyn zdają się jednak ograniczać użyteczność stosowania tych leków do sfery zapobiegania nawrotom a nie pojawiania się chorób na tle miażdżycowym [25], przynajmniej w przypadku kobiet oraz starszych mężczyzn.

Inną popularną metodą powstrzymywania miażdżycy jest liberalne polecenie umiarkowanego picia wina – metody, której skuteczność potwierdza wiele dość rygorystycznie sprawdzonych dowodów badawczych. Wskazanie to podało jednak ostatnio w wątpliwość dość wiarygodne spostrzeżenie, że osoby ze skłonnością do unikania alkoholu mają już wyjściowo mniej korzystny repertuar cech usposabiających do chorób na tle miażdżycowym (lub uwalniających od nich) w zestawieniu z osobami mniej fundamentalistycznie odnoszącymi się do zwyczaju picia [26].

Zagrożenie ze strony chorób na tle miażdżycowym zwielokrotnia obecność nadciśnienia tętniczego, zaburzenia o znacznym zasięgu, ale łatwego do wykrycia i leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Bezobjawowość tego zaburzenia długo powstrzymywała znaczną część lekarzy przed terapią wczesnych stadiów nadciśnienia, ale szala przechyla się stopniowo na korzyść postawy promującej aktywne wykrywanie i zapobiegawczo ukierunkowane leczenie, przynajmniej wśród „wiekowej” klienteli podstawowej pomocy lekarskiej. W Polsce sytuacja w tej mierze jest odległa od stanu zapewniającego przyśpieszony ubytek chorób na tle miażdżycowym (mimo wieloaspektowo kształtowanej malejącej umiERALNOŚCI z powodu chorób układu krążenia). Z doświadczeń krajów przodujących pod względem aktywnego zwalczania nadciśnienia (np. Szwecji) wynika, że jego powodzenie oraz jakość zależy w znacznym stopniu od współpracy lekarzy pierwszego kontaktu z chorym z kardiologicznymi ośrodkami specjalistycznymi, uzupełniającymi czynności diagnostyczno-różnicowe



i wspomagającymi działalność terapeutyczną ośrodków mniej wyrafinowanych pod względem świadczenia pomocy fachowej.

W kraju stopniowo upowszechnia się, także w starości, na wzór zachodni, skłonność do aktywnego wypoczynku (i mało absorbujących zajęć ruchowych). Jego społeczne zróżnicowanie wskazuje na daleko posunięty w takim postępowaniu elitaryzm oraz warunkowaną materialnie dostępność.

c) Wreszcie trzeba omówić działania pielęgnacyjne, opiekuńcze i paliatywne

Naszkieowane tutaj aktywne zasady przeciwdziałania głównym problemom zdrowotnym starości stanowią tylko niewielką część zapobiegawczych, leczniczych i opiekuńczych powinności należnych od społeczeństwa rosnącej grupie ludzi starych. Szczególnie jaskrawe, w zastosowaniu do starości, ograniczenia możliwości medycyny rozumianej jako dziedzina rządząca się zasadami naukowo podbudowanej skuteczności, kierują uwagę na niezbędną i nieuchronną rolę opiekuńczą rodzin, agend medycznych i niemedycznych, wolontariuszy i prywatnych opiekunów. Jak żadna inna, dziedzina ta wymaga inicjatyw zintegrowanych rodzących się w wielu miejscach. Wskazują na to formy opieki geriatrycznej w krajach wyżej rozwiniętych.

Światowe tendencje w opiece leczniczej i opiekuńczej nad ludźmi starymi charakteryzuje dążność do utrzymania starej osoby chorej lub niesprawnej jak najbliżej środowiska domowego oraz podtrzymania sieci jego (jej) kontaktów społecznych. Poza uzasadnieniem merytorycznym, z „rozproszoną” opieką geriatryczną wiążą się – nie zawsze w praktyce osiągane – efekty oszczędnościowe. Głównym rozwiązaniem umożliwiającym tę strategię są rozmaite instytucje opieki dziennej i domowej. Proste rozwiązania oferuje w tej mierze np. brytyjski dzienny szpital geriatryczny, zapewniający pacjentom przede wszystkim pomoc socjalną, kontakt z innymi ludźmi, zajęcia rekreacyjne, posiłki oraz transport z i do domu. Ponadto ośrodki te, działające w ramach Narodowej Służby Zdrowia (NHS), świadczą usługi medyczne (konsultacje lekarskie, zabiegi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, terapia zajęcio-

wa, logopedia itp.). Dzielne szpitale geriatryczne mieszczą się co prawda zwykle w szpitalach ogólnych lub w stacjonarnych ośrodkach geriatrycznych, ale ich ważnym zadaniem jest właśnie przyspieszenie wypisu starszych pacjentów ze szpitala, na drodze przejścia ich z oddziałów lub zatrzymania osób skierowanych z domu do szpitala wskutek pogorszenia stanu zdrowia. Najważniejszym zadaniem medycznym szpitala dziennego jest przywracająca wieloraką sprawność działalność rehabilitacyjna.

Mimo wielu rzeczywistych i potencjalnych zalet dziennego szpitala geriatrycznego słyszy się także o jego wadach, takich jak kosztowność transportu, czy brak świadectw zysku materialnego w stosunku do tradycyjnej hospitalizacji.

Na gruncie francuskim (ale także w Holandii, czy Kanadzie) działa, podobna do poprzedniej, instytucja hospitalizacji domowej, odpowiadająca, w zakresie funkcji, dosłownie swojej nazwie. Działający w jej ramach klinicyści przejmują, w warunkach domowych, funkcje terapeutów szpitalnych. Hospitalizacja domowa jest wprawdzie rozwiązaniem bardziej klinicznym, niż opisany szpital dzienny, ale i ona także oferuje świadczenia udzielane regularnie w szpitalu, ale także możliwe do wykonania „w marszu” – zarówno w drodze do szpitala, jak i w drodze powrotnej. W tym celu tworzone są w szpitalu ekipy lekarsko-pielęgniarskie, na wzór grup składających ambulatoryjne wizyty domowe. Także i ta forma opieki geriatrycznej nie przynosi oszczędności finansowych w zestawieniu z regularną hospitalizacją, ale badania ankietowe ujawniają lepszą tolerancję przez pacjentów wariantu domowego.

„Udomowienie” opieki nad osobami starymi przybiera w Stanach Zjednoczonych formę opieki długoterminowej (Long Term Care) mającej charakter agendy opóźniającej moment przyjęcia starego pacjenta do zakładu opiekuńczego. Opieka domowa świadczona w tym trybie jest płatna (fee for service), przy możliwej refundacji niektórych (niezbędnych) świadczeń. Ponadto w USA działa system poszerzonej opieki nad osobami w wieku podeszłym (Comprehensive Care for Elderly) – przewidującej także możliwość doraźnego leczenia ostrych przypadków zachorowań w przychodni lub szpitalu. System „poszerzony”, wskutek nieja-

sności co do źródeł finansowania, jest jednak uważany za mało wydajny. Lepszą opinią cieszy się program całościowej opieki nad ludźmi starymi (PACE – Program, Allinclusive Care for Elderly), łączący funkcję odraczania chwili umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczym ze zintegrowaną opieką nad pacjentem zlokalizowanym w każdym miejscu (dom, ośrodek pomocy dziennej, zakład opiekuńczy i szpital). Program spełnia zarówno funkcje opiekuńcze, jak i lecznicze. Jest kontraktowany przez instytucje ubezpieczeniowe (Medicare, Medicaid), pod warunkiem zrzeczenia się świadczeń z jakiegokolwiek innego tytułu. Świadczenia w ośrodkach PACE są dostępne całodobowo i nie ograniczają się jedynie do interwencji w nagłych zachorowaniach. Instytucja PACE ma ponadto programy rehabilitacyjne i socjalne, zapobiegające rozwojowi poczucia izolacji, a także odciąża i wspiera rodzinę chorego, stale sprawującą opiekę. Z systemem tym łączy się nadzieje na potanieenie opieki geriatrycznej dzięki racjonalizacji potrzeb zdrowotnych ludzi starych i związanej z nią redukcji częstości hospitalizacji i pobytu w domach opieki.

Amerykański system opieki geriatrycznej dysponuje ponadto mechanizmem przyspieszenia wypisu pacjenta ze szpitala, uruchamianym przez ośrodki opieki przejściowej (Transitional Care Centers) tworzone w celu rehabilitacji pacjenta i przygotowania go do powrotu do domu. Centra, ściśle związane ze szpitalem, lokalizowane są na terenie zakładu opiekuńczego i traktowane jako agenda rehabilitacji poudarowej, ortopedycznej i innej – oraz jako „przechowalnia” dla pacjentów samotnych, hospitalizowanych bez względu na przyczynę. Z uwagi na redukcję, dzięki tej formie pomocy, częstości powtórnych przyjęć do szpitala, działalność ośrodków opieki przejściowej zmniejsza o kilkadziesiąt procent koszty opieki nad starymi pacjentami zagrożonymi hospitalizacją.

### **3. Sytuacja w opiece geriatrycznej w Polsce**

Sytuację polską w opiece geriatrycznej charakteryzuje ograniczony rozwój jej form otwartych na dostęp zewnętrznego świa-

ta. W zestawieniu z krajami bogatszymi, cierpimy także na niedobór zakładów zamkniętych. Według informacji dr Jarosława Derejczyka, prezesa polskiego Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii, w roku 1993 dysponowano w kraju, w zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych, 7 łózkami na 10 tys. mieszkańców, wobec blisko 40 na 10 tys. we Francji, czy Wielkiej Brytanii. Wcześniejsze plany doprowadzenia aktualnej liczby takich łóżek w Polsce do ponad 20 na 10 tys. zastąpiono jednak propozycją osiągnięcia wskaźnika o ponad 1/5 niższego, odpowiadającego bardziej realistycznie wciąż mizernym środkom przeznaczanym w kraju na cele zdrowotne. Od finansowych standardów opłat ustalanych dla szpitali, zakładów opiekuńczych i hospicjów przez geriatryczne ciała doradcze ich wycena dokonywana przez Narodowy Fundusz Zdrowia odbiega więc drastycznie. Mimo tych przeszkód obserwuje się w Polsce szybki rozwój instytucji opieki zamkniętej nad ludźmi starymi. Między rokiem 2000 a 2003 liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych wzrosła o 50%, liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych – o 70%, a liczba hospicjów – o 80%. W przeliczeniu na łóżka wzrost wymienionych instytucji wyniósł w tym samym okresie odpowiednio: 39%, 63% i 100%, co może świadczyć o wzmagającym się zapotrzebowaniu na miejsca starczego odosobnienia, lub o braku inicjatyw promujących aktywizację ludzi starych.

Oprócz ubóstwa inwestycyjnego i braków instytucjonalnych w Polsce sprawowanie skutecznej opieki medycznej nad ludźmi starymi utrudniają także w Polsce niedociągnięcia kadrowe i organizacyjne. Znacznie gorzej niż na Zachodzie kształtuje się stan kadr w zakresie geriatrii: według posłanki Elżbiety Radziszewskiej z sejmowej Komisji Rodziny i Spraw Kobiet frakcja specjalistów od starości wynosi w kraju 3 na 100 tys. ludności, wobec np. 30 na 100 tys. w Belgii. Trudno jest znaleźć nawet kandydatów na ordynatorów oddziałów geriatrycznych i kierowników zespołów klinicznych w tej dziedzinie medycyny. Owo ubóstwo kadrowe jest w części skutkiem braku przyszłościowego planu rozwiązywania zdrowotnych problemów starości, ale w jakiejś mierze jest również odzwierciedleniem niewdzięcznej roli geriatry

jako terapeuty trudnych do odwrócenia stanów klinicznych, które stanowią w wieku starczym często końcowy etap procesów rozpoczynających się o całe dekady wcześniej i znajdujących się w okresie starości poza zasięgiem możliwości profilaktycznych, leczniczych, a nawet rehabilitacyjnych współczesnej medycyny. Innym problemem jest nielatwy do określenia zakres umiejętności specjalisty od chorób starości, ponieważ zbiegają się na jej gruncie wszystkie najważniejsze wątki aktualnej nauki o zdrowiu, co stanowi zaiste trudny do ogarnięcia obszar tematyczny. Nie rezygnując z możliwie najszerszej wiedzy należy także przyznać geriatrom status nadzorczy nad zasięgiem działań medycznych zabiegających się z rodzajami reaktywności specyficznymi dla starczego organizmu: wiadomo np., że wdrożenie tych samych procedur medycznych łączy się w starości z większym niebezpieczeństwem powikłań, niż we wcześniejszych okresach życia, a te same choroby są bardziej niebezpieczne „w tandemie”, niż wtedy gdy występują rozłącznie, jak to ma miejsce np. w przypadku powikłań naczyniowych cukrzycy (jednej z chorób schyłku życia), czy w wielu innych, typowych dla starości, złożonych stanach chorobowych. Kwalifikacje zawodowe geriatry powinny stać się także przydatne w kreowaniu polityki zdrowotnej, zwłaszcza dotyczącej określania społecznej i zdrowotnej wagi przypadłości wybiórczo swoistych dla schyłku życia, nie zawsze docenianych przez przedstawicieli głównego nurtu medycyny. Należą do nich np. uciążliwe dla wielu lekarzy częste wizyty ludzi starych, które wszelako spełniają zapewne istotną rolę psychoterapeutyczną i powinny zyskać równoprawny udział w rozkładzie czynności lekarzy rodzinnych (i innych). Wreszcie, niezbędny jest specjalista od bardziej już wąsko pojmowanych działań naprawczych charakterystycznych dla starości, na których gorzej znajdują się lekarze funkcjonujący zawodowo na szerokim obszarze przypadłości wieku dojrzałego. Wszystko to wymaga rozbudowy mocy kadrowych geriatrii, na wzór krajów o starszej od naszej strukturze wiekowej ludności.

Do kłopotów w sprawowaniu opieki medycznej nad ludźmi starymi w istotnym stopniu przyczynia się ich bardzo częste ubó-

stwo materialne. Najdrastyczniej problem ten przejawia się na polu dostępności leków, które nader często są dla wielu osób starych po prostu za drogie. Trudności związane z udostępnianiem leków przedstawicielom „trzeciego wieku” stanowią istną kwadraturę koła, ponieważ proste zwolnienie emerytów z opłat za leki przeciąża mechanizmy refundacyjne na skalę krwotoku fiskalnego powodującego katastrofalne ubytki w części budżetu państwa przeznaczonego na zdrowie. Wszelkie pomysły przerzucania na pacjentów obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej (łącznie z rejestrem przepisanych leków) nieodmiennie kończą się fiaskiem z racji braku nawyku poszanowania przez polskie społeczeństwo wszelkiej formalnej dokumentacji, znajdującego wyraz m.in. w nędznym stanie znacznej części rodzimych statystyk zdrowotnych. Na domiar złego idea zwolnień z wszelkich opłat za świadczenia zdrowotne doznała w ostatnich latach uszczerbku w wielu krajach regionu europejskiego, gdzie – na wzór szwedzki – promuje się symboliczne (w zamierzeniu) opłaty za elementarne świadczenia medyczne, łącznie z receptami. Zwolennicy takiego rozwiązania (np. w Czechach) sygnalizują, po wprowadzeniu takich opłat, znaczną redukcję sumy świadczeń, łącznie z realizacją recept. Jak to się ma do rzeczywistej racjonalizacji sumy usług medycznych, pozostaje jednak do głębszego sprawdzenia.

Może, w bieżącej sytuacji braku entuzjazmu dla rozwiązań systemowych, pomocne okażą się półśrodki w zwiększaniu dostępności leków dla ubogich starców. Obejmują one: z jednej strony przekonywanie do kupowania tańszych wersji tych samych leków, a z drugiej systematyczne obniżanie cen leków, szczególnie z repertuaru środków wspomagających zwalczanie chorób na tle starości. Drugi sposób szerszego udostępniania leków przez obniżenie cen znalazł już precedens w globalnych próbach obniżania w krajach Trzeciego Świata cen preparatów antyretrowirusowych w zwalczaniu zakażenia wirusem nabytego braku odporności (HIV), co może świadczyć o (w dużej mierze teoretycznej) możliwości skłonienia firm farmaceutycznych do dalszych ustępstw w obniżaniu cen leków. Wszelako specyfiki lecznicze wspomagające zwalczanie chorób przewlekłych stanowią ważą

podstawę zysków przemysłu i wynegocjowanie znaczniejszych upustów w cenach leków przeciwniażdżycowych, cytostatycznych itp. może się okazać niemożliwe, przynajmniej do czasu ich ostatecznego potaniaenia na zasadzie działania mechanizmów rynkowych, jak to ma aktualnie miejsce np. z cenami w elektronice.

Połowiczne sposoby radzenia sobie z niedostępnością leków zapewne nie wystarczą do przewyciężenia trwałego ich niedoboru w środowisku ludzi starych. W walce z nią nieuniknione wydaje się reaktywowanie mechanizmów wybiórczej oceny możliwości płatniczych emerytów, z możliwością kontrolowanego zwalniania najuboższych z opłat za leki.

#### **4. Priorytety polityki zdrowotnej w opiece nad ludźmi starymi w Polsce**

Polityka zdrowotna w stosunku do ludzi starych wymaga przyjęcia kilku priorytetów:

a) Przegląd możliwości oddziaływania na stan zdrowia ludzi starych, w obliczu narastającej „eksplozji populacyjnej” starości, ujawnia potrzebę jednoczesnego działania zaradczego na wielu frontach skupiających siły agend medycznych, społecznych i politycznych. Jak zwykle, wiele z tych opcji ma charakter konkurencyjny w ubieganiu się o zawsze ograniczone zasoby materialne, kadrowe i inne. Racjonalność, pozwalająca uprzedzić nadciągającą katastrofę, każe już na wstępie odrzucić pokusę uznania interesów ludzi starych za drugorzędne. Niewykonalność takiej moralnej akrobacji uzmysławiają już na wstępie przytoczone wcześniej aktualne i przewidywane proporcje składu wiekowego ludności, przypominające, że w strefie „trzeciego wieku” umiejscowi się wkrótce trzecia część ludności. Wstępna refleksja podpowiada pilną potrzebę materialnego zagospodarowania przynajmniej części potencjału kreowanego przez tę wielką masę ludności. Trudność, na jaką napotykają próby mechanicznego podwyższania progu wieku emerytalnego wynika z postępującego różnicowania się elementów sprawności psychofizycznej po osiągnięciu połowy szóstej dekady życia. Takie materialne realia podsuwają myśl

o potrzebie jednostkowo zróżnicowanego podejścia do wiekowego kresu aktywności zawodowej, którego element „giętki” dopuszczałby możliwość dalszego zatrudnienia. W procesie rekrutacji do takiej „armii ochotniczej” należałoby uwzględnić także ocenę stanu zdrowia, ale zdrowie nie powinno się stawać, w takim hipotetycznym układzie, mechaniczną przeszkodą na drodze do przedłużenia zatrudnienia.

b) Kolejnym priorytetem w walce z konsekwencjami szybkiego starzenia się ludności, powinna stać się rozbudowa funkcji opiekuńczych systemu geriatrycznego, którego „zbrojnym ramieniem” są zamknięte zakłady opieki. Chociaż należy zachować świadomość korzyści społecznych i innych gwarantowanych przez system opieki otwartej, domowej, dziennej itp., to powinno się jej nadać rangę raczej parytetu niż priorytetu, bowiem – wnioskując z dostępnych liczb – aspekt humanitarny opieki pozostaje, być może aktualnie w kraju główną potrzebą społeczną. Sądząc z przeglądu międzynarodowych sposobów „otwierania” opiekuńczych enklaw systemu opieki nad starcami, dążność taka niesie ze sobą wprawdzie szansę zmniejszenia kosztów świadczeń medycznych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, ale osiągnięcie korzyści ekonomicznych z takich ulepszeń jest nie lada sztuką wymagającą wprężenia, dla ich realizacji, wielu złożonych elementów systemu medycznego.

c) Kolejnym frontem walki ze zdrowotnymi skutkami (jednostkowego) starzenia się powinno być zapobieganie rezygnacji z korzystania z różnych, pożądaných lub koniecznych form świadczeń medycznych przeznaczonych dla ludzi starych. Owe potencjalne możliwości zawarte są zarówno w ofertach skierowanych do użytkowników systemu zdrowotnego, jak i pozostają w gestii oferentów pomieszczonych w tym systemie. Pierwsze z tych źródeł działań (i potencjalnych zaniechań ze strony użytkowników świadczeń) obejmuje szeroki zakres usług profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych: od szczepień, przez wielokierunkowe badania przesiewowe, po usuwanie skutków już zaistniałych szkód zdrowotnych. Pewna ich część została już ściśle scharakteryzowana we wcześniejszych fragmentach ni-

niejszego tekstu. Niektóre z tych działań są raczej specyficzne dla starości (np. coroczne szczepienia przeciwko grypie, przesiew w kierunku raka gruczołu krokowego, profilaktyczne przyjmowanie statyn (z zamiarem przeciwstawienia się miażdżycy), umiarkowane picie wina (z tymże zamierzeniem) itp. Inne natomiast powinny być przedmiotem stałego dozoru w całym okresie dojrzałego życia jak np. (walka z używkami, szczepienia przeciw ludzkiej odmianie brodawczaka, liczne przesiewy w celu wykrycia nowotworów złośliwych, zapobiegawczy system leczenia nadciśnienia tętniczego, wykrywanie oraz próby odwrócenia skutków zespołu metabolicznego (wstępnej fazy rozwoju cukrzycy typu drugiego), zapobieganie licznym zagrożeniom ze strony środowiska pracy, i wiele innych racjonalnych działań. Normą społeczną jest u nas ciągle niewykorzystanie propozycji pomocy typu profilaktycznego, takich jak oferty przesiewu w kierunku raka u kobiet, poszukiwania raka okrężnicy itp.

Zaniechania systemu medycznego (jako przeciwieństwo zaniedbań ze strony użytkowników świadczeń) są znacznie trudniejsze do opisanego i wykorzenia, ponieważ często są wpisane w milczący kontekst rutynowego postępowania zawodowego. Repertuar tego rodzaju zaniechań jest także (zapewne) bogaty: od godnego potępienia (i gorzej) uchylania się od udzielenia pomocy w stanach naglących, po lakoniczność informacji na temat dawkowania leków. Zaniechania tego typu pogarszają zapewne rokowanie co do życia i zdrowia, ale mogą także utrudniać wprowadzanie otwartych form opieki nad ludźmi starymi.

d) Nawet najlepsze oszacowanie potrzeb zdrowotnych ludzi starych nie wystarczy do systematycznego wdrożenia racjonalnych form opieki, jeżeli zalecone przez nie działania nie zostaną ujęte w system dający materialną podstawę do zastosowania uzyskanej wiedzy. Różne elementy pożądanego działań są, w sposób nieunikniony, rozproszone w rejestrach czynności rozmaitych służb. Na przykład czynności przesiewowe mające na celu wczesne wykrycie nowotworów są, w stanie względnie zintegrowanym, umiejscowione w aparacie działań onkologii, ale już np. elementy wczesnej diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego



(a więc także choroby w przeważającym stopniu dotykającej ludzi starych), mieszczą się w zakresie czynności podstawowej opieki medycznej, otwartej opieki kardiologicznej, czy szpitala. Rolę integracyjną w (organizacyjnym) skupieniu rozproszonych elementów opieki geriatrycznej powinny spełniać narodowe programy zdrowotne. W ich obrębie wciąż znacznie łatwiej jest jednak znaleźć plany ugruntowywania zdrowia dzieci i młodzieży, czy programy podtrzymania właściwej kondycji osób w wieku produkcyjnym, niż dopatrzeć się zintegrowanych inicjatyw opieki nad populacją „trzeciego wieku”. Potrzeba koordynacji działań na rzecz zachowania zdrowia ludzi starych skłoniła Światową Organizację Zdrowia do przedstawienia w roku 2002 w Madrycie zrębów „Ramowej polityki dotyczącej aktywnego starzenia się” [27]. Także autorzy projektu polskiego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015 wprowadzili do rejestru jego celów operacyjnych postulat „tworzenia warunków do zdrowego i aktywnego życia ludzi starszych. Jednak tezę tę należy uważać bardziej za deklarację intencji, niż paradygmat działania, ponieważ brakuje dotychczas szczegółów zaplanowanej aktywności na polu uzdrawiania ludzi starych [28]. Trudno także dopatrzeć się nawiązań do zintegrowanego działania na rzecz ochrony zdrowia ludzi starych w chronologicznie nieco wcześniejszym amerykańskim narodowym programie zdrowotnym „Zdrowi ludzie 2010” [29]. Zacznie jednak nieuchronnie przybywać scalonych programów poprawy zdrowia ludzi starych, szczególnie w okresie przyśpieszonego starzenia się populacyjnego w drugiej dekadzie bieżącego wieku, spowodowanego wchodzeniem w okres starości osób urodzonych w okresie globalnego wzrostu liczby ludności po drugiej wojnie światowej.

Przesłanki właściwego programowania opieki nad ludźmi starymi w Polsce powinny uwzględniać zarówno swoiste cechy sytuacji krajowej, jak i reguły uniwersalne, limitowane przez aktualny zasób wiedzy oraz materialne i techniczne możliwości jego wykorzystania.

W próbach radzenia sobie z narastającym ciężarem biologicznych następstw starości należy pamiętać o trudnościach, jakie stwarzają złożone mechanizmy konstituowania się chorób na tle

starości. Problemy te zjawiają się już u progu wystąpienia wielu chorób przewlekłych. Stosunkowo prosty jest paradygmat zapobiegania chorobom „odtytoniowym”, przypominający nieco zasady zwalczania chorób zakaźnych. Ale już przy analogicznych próbach zapobiegania np. rakowi piersi – nowotworowi o dość dobrze poznanym profilu czynników ryzyka – wykorzystanie całej dostępnej na ten temat wiedzy przynosi efekt zapobiegawczy tylko niewiele różny od uzyskanego na zasadzie losowej [32]. Podobnie skromny efekt zapobiegawczy uzyskuje się nawet w przypadku o wiele częstszych, niż nowotwory, chorób na tle miażdżycowym. Małe indywidualne szanse uniknięcia chorób towarzyszących starości wynikają m.in. z ich złożonej patogenezy, rozmywającej odosobniony wpływ pojedynczych czynników na proces inicjacji choroby. Realia te nie przekreślają wprawdzie możliwości zapobieżenia wielu jednostkowym przypadkom chorób na tle starości. Zmniejszają jednak niezawodność działań zaplanowanych jako profilaktyka zindywidualizowana. Nie przekreśla to potencjalnej osiągalności efektów zamierzonych jako korzyści jednostkowe, np. stosowanie kondomów wyraźnie zmniejsza występowanie raka szyjki macicy, a wczesne przerwanie palenia nieodmiennie redukuje prawdopodobieństwo zachorowania na raka płuca. Jednak dotychczasowa fragmentaryczność wiedzy na temat mechanizmów rozwoju chorób przewlekłych na ogół sprowadza profilaktykę chorób na tle starości do luźniej ukierunkowanych akcji, dających się pozytywnie ocenić dopiero w skali wielkich liczb.

Nieco lepsze rezultaty przynosi indywidualizacja wczesnej diagnostyki niektórych chorób przewlekłych oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie. Ocena istotnego ich wkładu w odzyskiwanie zdrowia i opóźnianie powikłań wielu chorób waha się w szerokich granicach, ale negatywne doświadczenia krajowe dowodzą przynajmniej wyczuwalnego wpływu zaniechań na opóźnienie korzystnej ewolucji niedoborów zdrowia, możliwych do uniknięcia na drodze konsekwentnej terapii wczesnych stanów chorobowych, takich jak powolne spadki przedwczesnej umieralności z powodu niektórych rodzajów raka, czy opóźnienia w tempie ubywania zgonów z powodu chorób krążenia [22]. Wydaje się, że problem wczesnej diagnostyki jest coraz szerzej doceniany w środowisku onkologicznym w Polsce. Zwalczanie natomiast

wcześniejszych stadiów chorób układu krążenia wciąż oczekuje na szerszą inicjatywę zarówno w kręgu medycyny rodzinnej, jak i wśród kardiologów. Nie istnieje także żaden system wczesnego wykrywania w populacji polskiej wzrastającej liczby przypadków cukrzycy typu 2.

Umiarkowane tylko powodzenie w leczeniu chorób na tle starości w ich bardziej zaawansowanych fazach jest negatywnym doświadczeniem nie tylko polskich ośrodków leczniczych. Żmudna terapia cytostatyczna, obok zastosowania wcześniej wymienionych wielorakich sposobów zwalczania nowotworów, z wolna zwiększa pulę pacjentów praktycznie wyleczonych z (różnych postaci) raka, ale powszechne doświadczenie uczy, że skuteczne leczenie nowotworów w fazie uogólnienia rysuje się wciąż bardziej jako perspektywa, niż codzienna rutyna. Aktualne postępy w budowaniu modeli biologicznych sugerują wprawdzie możliwość przywrócenia ekspresji genu (p53) znanego dotąd wyłącznie z tłumienia (supresji) procesu powstawania nowotworów, również do celu powstrzymania już postępującej ekspansji szczególnego rodzaju chłoniaka u myszy [33], ale efekt powyższy okazał się, przynajmniej na razie, jedynie przejściowy. Perspektywa znalezienia odpowiednika ludzkiego dla takich molekularnych manipulacji wydaje się wprawdzie odległa. Jednakże choćby eksperymentalne odwrócenie postępu rozwiniętego już raka może stanowić, po długoletniej stagnacji w tej dziedzinie, krok w kierunku bardziej efektywnego zwalczania nowotworów.

## **5. Wnioski**

Dotychczasowe osiągnięcia medycyny w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych schyłku życia łączyły się, w przeważającej mierze, z umiejętnością przewycięzania ich zewnętrznych przyczyn: chorób zakaźnych, skutków wadliwych zachowań zdrowotnych, zaniedbań opieki medycznej itp. Oparciem dla takich działań jest prosta dyrektywa przeciwstawiająca niekorzystne wpływy egzogenne interesowi zdrowotnemu rozumianemu jako ustanowiona, przez wieloletnie doświadczenie ewolucyjne, integralność środowiska wewnętrznego, mierzona czynnością

sprawnością i długowiecznością. Z uwikłaniami zdrowotnymi starości związane są jednak także racje bardziej zrównoważone pod względem interesu zdrowotnego jednostek i grup. Jedną z nich mogą być ustanowione w sposób naturalny następstwa ewolucji gospodarki energetycznej w starości: od bezpośredniego wykorzystania nośników energii, typowego dla młodszej fazy życia (np. użycia gotowej do spalania glukozy), w stronę gromadzenia jej zapasów (w formie depozytu w tkankach węglowodanów czy tłuszczów o złożonej budowie). Zmiana ta przynosi korzyść osobom w młodszym wieku, które w przeciwnym razie musiałyby ostro rywalizować ze starszym pokoleniem, o środki przetrwania [34]. Z drugiej strony, takie przestawienie starczego metabolizmu na tory „oszczędnego genotypu” (thrifty genotype) [35] prowadzi, w warunkach spotykanego współcześnie nadmiaru podaży energii, do ułatwionego tycia, cukrzycy (typu 2), zaburzeń gospodarki tłuszczowej i innych zakłóceń [36] torujących z kolei drogę chorobom na tle starości. Nie stanowi to jeszcze samo przez się przeszkody uniemożliwiającej usuwanie zewnętrznych przyczyn starczych schorzeń: (wcześniej wspomniano o sposobach radzenia sobie z nimi na szerokim froncie zmagania z zaburzeniami typu „degeneracyjnego”). Utrwalone w odległej przeszłości przedstawienie mechanizmów przemiany materii na tory wiodące także (tzn. obok bezpośredniego nacisku głodu i innych zagrożeń środowiskowych) do biologicznego starzenia się nie rokuje jednak najlepiej postępom w jego rychłym odroczeniu. Niejasną perspektywę dającego się przewidzieć przewyciężenia chorób przewlekłych jeszcze bardziej mąci potencjalna równoważność chorób na tle starości oraz jej samej: współczesne myślenie o tym dopuszcza bowiem pogląd, że obie jakości stanowią w istocie rzeczy tylko przeciwstawne aspekty tego samego zjawiska starzenia się biologicznego [37]. Nie unieważnia to wysiłków na rzecz opanowania patologicznych przejawów starości: ich sojusznikiem okazuje się bowiem ta sama złożoność towarzyszących jej zjawisk, która wiodła ścieżki łatwego sukcesu.

Prof. dr hab. Jan Kopczyński  
Dr Cecylia Łabanowska  
Akademia Medyczna w Warszawie

## **Literatura**

1. Lasset P. Interpreting the demographic changes. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B* (1997).
2. Vaupel JW. The remarkable improvements in survival at older ages, *j.w.*
3. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N. Engl. J. Med.* (1980).
4. Anonim. Rising to the global challenge of chronic disease epidemic. *The Lancet* (2006).
5. Murray CJL, Lopez AD. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: *The Lancet* (1997).
6. Wancata J, Musalek M, Alexandrowicz R, Krautgartner M. Number of dementia sufferers in Europe. *Eur. Psychiatry* (2003).
7. Hayflick L. How and why we age. *Exper. Geront.* (1998).
8. Campisi J. Cancer and ageing: rival demons? *Nature Rev* (2003).
9. Williams GC. Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence. *Evolution* (1957) 11.
10. Huhes KA, Alipaz AJ, Drnevich JM, Reynolds RM. A test of evolutionary theories of aging. *P.N.A.S* (2002).
11. Andersen SL, Terry DF, Wilcox MA, Babineau T, Malek K, Perls TT. Cancer in the oldest old. *Mech. Aging. Devel.*(2005).
12. Puzianowska-Kuznicka M, Kuznicki J. Genetic alterations in accelerated ageing syndromes. Do they play role in natural ageing? *I.J.B.C.B* (2005).
13. Prolla TA. Multiple roads to the aging phenotype: insights from the molecular dissection of progerias through DNA microarray analysis. *Mech. Aging Devel.* (2005).
14. Erusalimsky JD, Kurz DJ. Cellular senescence in vivo: its relevance in ageing and cardiovascular disease. *Exper. Geront.* (2005).
15. Licastro F, Marocchi A, Penco S, Porcellini E, Lio D, Dogliotti G, Corsi MM. Does Down's syndrome support the homocysteine theory of atherogenesis? Experience in elderly subjects with trisomy 21. *Arch. Geront, Geriat.* (2006).
16. Fenton M, Huang H-L, Hong Y, Hawe E, Kurz DJ, Erusalimsky JD. Early atherogenesis in senescence-accelerated mice. *Epxer. Gerontol.* (2004).
17. Grey, de ADNJ, Alvarez PJJ, Brady RO, Cuervo AM, Jerome GW, McCarty PL, Nixon RA, Rittman BE, Sparrow JR. Medical bioremediation: Prospects for the application of microbial catabolic diversity to aging and several major age-related diseases. *Ageing Res. Rev.* (2005).

18. Slow EJ, Graham RK, Hayden MR. To be or not to be toxic: aggregations in Huntington and Alzheimer disease. *Trends in Genetics* (2006).
19. Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of health care in the United States? *The Milbank Quart.* (1998).
20. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *Brit. Med. J.* (2004).
21. Anonim. Should HPV vaccines be mandatory for all adolescents? *The Lancet* (2006).
22. Kopczyński J, Wojtyniak B, Goryński P, Lewandowski Z. The future of chronic diseases. *Centr. Eur. J. Publ. Hlth* (2001).
23. Phelan JP, Rose MR. Why dietary restriction substantially increases longevity in animal models but won't in humans. *Aging Res. Rev.* (2005).
24. Hey-Hadavi JH, Kuntze E, Luo D, Silverman P. Tolerability of Atorvastatin in a population aged  $\geq 65$  years: a retrospective pooled analysis of results from fifty randomized clinical trials. *Am.J. Geriat. Pharmacol.* (2006).
25. Sirtori CR, Calabresi L. Are lipid-lowering guidelines evidence-based? *The Lancet* (2007).
26. Naimi TS, Brown DW, Brewer RD, Giles WH, Mensah G, Serdula M et al. Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking U.S. adults. *Am. J. Prev. Med.* (2005).
27. United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002. B. Priority direction II: Advancing health and well-being into old age, internet.
28. Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny. Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015. Warszawa (2006).
29. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Public Health and Science. Healthy People 2010 Objectives: draft for public comments. Office for Disease Prevention and Health Promotion, Washington D.C (1998).
30. World Health Organization, Regional Office for Europe. European health for all data base (HFA-DB). Updated: January 2007.
31. Challenges of building a future society – the role of science and technology in an aging society with fewer children., internet.
32. Colditz GA. From epidemiology to cancer prevention: implications for the 21<sup>st</sup> century. *Cancer Causes Control* (2007).
33. Martins CP, Brown-Swigard L, Evan GI. Modeling the therapeutic efficacy of p53 restoration in tumors. *Cell* (2006).

34. Zafon C. Ageing purpose: another thrifty genotype. *Med. Hypoth.* (2003].
35. Neel JV. Diabetes mellitus: a "thrifty genotype" rendered detrimental by "progress"? *Am. J. Hum. Genet.* (1962).
36. Neel JV, Weder AB, Julius S. Type II diabetes, essential hypertension, and obesity as "syndromes of impaired genetic homeostasis": the "thrifty genotype hypothesis enters 21<sup>st</sup> century. *Perspect. Biol Med.* (1998).
- 37 Hayden EC. Age research: A new angle on "old". *Nature* (2007).

## UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE I PIEŁĘGNACYJNE WOBEC PROCESU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Zmiany demograficzne i społeczne w Polsce powodują konieczność zreformowania systemu ubezpieczenia społecznego, zarówno pod względem zasad udzielania świadczeń, jak i ich finansowania. Obecny system, skonstruowany na zasadzie repartycji, okazuje się niewydolny i w dużym stopniu absorbuje środki z budżetu państwa. Jednocześnie dalsze podnoszenie wysokości składek na ubezpieczenia może wpływać niekorzystnie na sytuację gospodarczą, m.in. w wyniku wzrostu kosztów pracy. W przypadku ubezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego znaczne koszty w budżecie państwa generowane są także w następstwie obowiązujących zasad ustalania wysokości i pobierania składek od osób ubezpieczonych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego<sup>1</sup>.

### 1. Wpływ procesów demograficznych i sytuacji społeczno-ekonomicznej na ubezpieczenie społeczne

Proces demograficznego starzenia się społeczeństwa polskiego, wywołany spadkiem liczby urodzeń oraz systematycznym wydłużaniem się czasu trwania życia, przynosi poważne konsekwencje dla polityki socjalnej państwa:

- Od 2008 r. oczekuje się systematycznego zwiększania się liczby osób osiagających granicę wieku emerytalnego (co jest konsekwencją dużej liczby urodzeń w okresie wyżu demograficznego pod koniec lat 40. i w pierwszej połowie lat 50. XX wieku) i wzrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym (wy-

---

<sup>1</sup> W 2006 r. udział wydatków na dotacje do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w wydatkach budżetu państwa ogółem wyniósł 11%, a do Funduszu Emerytalno-Rentowego – 6,7%. Mały Rocznik Statystyczny 2007, GUS, Warszawa 2007, tab. 22 (270).



nikającego dodatkowo z przedłużającego się czasu trwania życia w Polsce);

- Pod wpływem spadku liczby urodzeń w ostatnich dwudziestu latach zmniejsza się liczba osób pracujących i opłacających składki na ubezpieczenie społeczne. Proces ten jest dodatkowo spotęgowany przez niekorzystną sytuację na rynku pracy. Wprawdzie notuje się stopniowy spadek liczby zarejestrowanych bezrobotnych, ale towarzyszy temu zwiększenie liczby osób migrujących za granicę (zwłaszcza młodych) w poszukiwaniu zatrudnienia. Czynniki te mogą prowadzić do zmniejszenia wysokości wpływów ze składek do kas ubezpieczenia społecznego, podczas gdy zmiana struktury demograficznej społeczeństwa pociąga za sobą wzrost wydatków;
- Na skutek późniejszego podejmowania pracy zawodowej i wcześniejszego wieku jej zakończenia skraca się okres aktywności zawodowej. Powoduje to skrócenie okresu opłacania składki co potęguje występujące trudności. W rezultacie pogorszenie relacji między liczbą zawodowo czynnych i opłacających składki a liczbą świadczeniobiorców;
- Wydłuża się przeciętny czas trwania życia, co prowadzi do stałego zwiększania się przeciętnej liczby świadczeniobiorców w jednostce czasu (np. w ciągu roku) oraz wydłuża się przeciętny okres pobierania świadczenia;
- Wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia wpływa równocześnie na zwiększenie liczby osób niesamodzielnych, w stosunku do których szczególnie potrzebne są nie tylko świadczenia lecznicze, ale i pielęgnacyjne. Proces ten – paradoksalnie – po części spowodowany podniesieniem jakości świadczeń zdrowotnych, które pozwalają na ratowanie życia chorych i ofiar urazów oraz wypadków. Nie zawsze jednak umożliwia to powrót do wcześniejszego poziomu sprawności i samodzielności.

Wobec perspektywy braku środków na wypłacenie przez coraz dłuższy okres świadczeń emerytalnych, finansowanych dotychczas na podstawie metody repartycji i dotowanych z budżetu państwa, należy poszukać takiej możliwości, która pozwalałaby

na częściowe przynajmniej zachowanie zasady społecznej, ale równocześnie zwiększałyby odpowiedzialność ubezpieczonych za ich własny los. Możliwość taką stwarza zastosowanie w pewnym zakresie metody kapitałowej, czyli skonstruowanie systemu mieszanego, składającego się z kilku elementów, zbudowanych na zasadach metody repartycyjnej i kapitałowej<sup>2</sup>. Wprowadzony w Polsce w 1999 r. zreformowany system ubezpieczenia emerytalnego składa się trzech filarów. Niestety, należy obawiać się, że przewidziane świadczenia będą charakteryzowały się nie tylko niskim poziomem, ale i niską stopą zastąpienia.

Spowodowane jest to kilkoma przyczynami. Jedną z nich jest stosunkowo niska składka inwestowana w drugim filarze (7,3%), która nie pozwala oczekiwać na wysokie świadczenie w przyszłości. Wprawdzie analizy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wskazują, że osoby, które odprowadzają składki do II filara dysponują po sześciu latach wyższym kapitałem, niż osoby, które w 1999 r. nie zdecydowały się na przejście do zreformowanego systemu emerytalnego, ale podlegająca inwestowaniu składka nie pozwala w przypadku ubezpieczonych osiągających dochody na poziomie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce na uzyskiwanie wysokiej emerytury. Większość składki na ubezpieczenie emerytalne (12,22%) przeznaczana jest na finansowanie wypłaty bieżących świadczeń, ale w istniejącej sytuacji demograficznej można obawiać się, że w niedalekiej przyszłości konieczne okaże się zwiększenie dotacji z budżetu państwa do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z przeznaczeniem na finansowanie wypłaty emerytur. Kwoty składek zapisywane są na kontach indywidualnych, ale ze względu na oczekiwane pogorszenie relacji pomiędzy liczbą opłacających składki a liczbą świadczeniobior-

---

<sup>2</sup> Na temat problemów związanych z finansowaniem świadczeń emerytalnych pisze obszernie M. Żukowski, *Reformy emerytalne w Europie*, Wyd. AE, Poznań 2006. Zob. też S. Golinowska, *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*, Poltext, Warszawa 2000; T. Szumlicz, *Reforma systemu zabezpieczenia społecznego: ku rozwiązaniom ubezpieczeniowym*, w: *Reformy społeczne. Bilans dekady*, red. M. Rymsza, ISP, Warszawa 2004; *Nowe dylematy polityki społecznej*, red. S. Golinowska, M. Boni, CASE, Warszawa 2006.

ców, w coraz większym stopniu państwo będzie musiało unieść ciężar zapewnienia należnych świadczeń przez dofinansowanie funduszu emerytalnego. Na wysokość świadczeń emerytalnych w przyszłości będzie miała wpływ stosunkowo słabe w społeczeństwie uświadomienie potrzeby dodatkowego ubezpieczenia się w ramach trzeciego filara. Wiedza o tym, że III filar jest w istocie integralnym elementem systemu ubezpieczenia emerytalnego w Polsce jest znikoma. Wynika stąd stosunkowo niewielka liczba osób, które dodatkowo zawarły umowę ubezpieczeniową w ramach tego filara. Ponadto, biorąc pod uwagę niewysoki poziom zamożności społeczeństwa, wartość zawieranych umów jest często niższa niż wynikałoby to z szacowanych potrzeb. Brak jest czytelnej i konsekwentnej polityki emerytalnej, czego najnowszym przejawem są projekty rozwiązań dotyczących możliwości wycofania się z OFE, emerytur pomostowych oraz mechanizmu dokonywania wypłat emerytur z II filara. Fakt, że tego rodzaju decyzje, jak zasady wypłacania emerytur z OFE nie są jeszcze przygotowane, świadczy o braku koncepcji sposobu dalszego reformowania systemu ubezpieczenia emerytalnego.

Należy podkreślić jeszcze stosunkowo słabe zaangażowanie państwa we wspieranie inwestycji ludności w ramach III filara. Przewidziane w ustawie lub uruchamiane później instrumenty skłaniające pracobiorców do dodatkowego ubezpieczenia (pracownicze programy emerytalne, indywidualne konta emerytalne) nie przynoszą dotąd oczekiwanych efektów. Brakuje skutecznych instrumentów, zachęcających społeczeństwo do oszczędzania na emeryturę w III filarze. Rozstrzygnięcia na rzecz ubezpieczonych wymaga konflikt między aktualnymi dochodami budżetu państwa a przyszłymi dochodami emerytów. Brak wspomnianych instrumentów wskazuje na brak spójnej polityki emerytalnej państwa, co jest szczególnie ważne w obliczu oczekiwanego gwałtownego wzrostu liczby emerytów w najbliższych 20 latach.

Wprowadzona w 2007 r. zmiana w wysokości opłacanej przez ubezpieczonego składki na ubezpieczenie rentowe oraz spodziewane w 2008 r. obniżenie takiej składki opłacanej przez pracodawcę może spowodować zaburzenia stabilności systemu za-

bezpieczenia społecznego. Ograniczenie wysokości składki na ubezpieczenie rentowe może w konsekwencji wpłynąć niekorzystnie na sytuację dochodową niektórych gospodarstw domowych z osobami starszymi. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż wśród 1.386 tys. osób otrzymujących rentę rodzinną są i takie, zwłaszcza starsze, dla których renta rodzinna jest jedynym źródłem utrzymania. Zmniejszenie wysokości tych świadczeń, co może być konsekwencją obniżenia wysokości składki ubezpieczeniowej, może doprowadzić do zwiększenia liczby świadczeniobiorców pomocy społecznej, w tym tych, którzy pobierają świadczenia finansowane nie z budżetu samorządu terytorialnego, ale z budżetu państwa. W efekcie oszczędności budżetu mogą okazać się bardzo niewielkie. Ponadto ewentualne zmniejszenie wysokości składki na ubezpieczenie rentowe mogłoby być dokonane razem z wprowadzeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Dzięki temu możliwe byłoby zachowanie niezmiennego obciążenia większości ubezpieczonych składkami na ubezpieczenie społeczne.

## 2. Ubezpieczenie pielęgnacyjne – idea i finansowanie

Ubezpieczenie pielęgnacyjne jest nowym filarem ubezpieczeń społecznych. W postaci samodzielnego funduszu ubezpieczeniowego wprowadzono je dotychczas jedynie w Niemczech, Holandii i Japonii. Celem utworzenia tego funduszu było w każdym z wymienionych krajów zapobieżenie eksplozji wydatków ubezpieczenia chorobowego – najlepiej ten sens oddaje nazwa japońskiego ubezpieczenia: na wypadek finansowania kosztów długotrwałej opieki medycznej<sup>3</sup>. Drugi powód to wzrastające obciążenie instytucji pomocy społecznej świadczeniami pieniężnymi na pokrycie kosztów świadczeń pielęgnacyjnych, za które musiała płacić osoba pielęgnowana lub jej rodzina. Koszty te w większości

---

<sup>3</sup> Zob. J. Leowski, Ubezpieczenia zdrowotne w Japonii, „Przewodnik Menedżera Zdrowia” 2001, nr 1, s. 19 i n.

przypadków znacznie przewyższały możliwości pielęgowanego i jego najbliższego otoczenia zobowiązanego do alimentacji<sup>4</sup>.

Dodatkowym powodem wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne jest zmiana struktury i funkcji rodziny, która na skutek zmian na rynkach pracy i wynikających stąd coraz częściej procesów migracyjnych nie jest w stanie własnymi siłami zorganizować pielęgnacji i zagwarantować jej należytego poziomu. Podnosi się również poziom wyposażenia w urządzenia i sprzęty do pielęgnacji. Coraz częściej ich obsługa wymaga dodatkowych kwalifikacji, toteż zwiększa się potrzeba zatrudnienia wykwalifikowanych opiekunów. Kolejną wreszcie przyczyną zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne to fakt, że okres korzystania z tych świadczeń ulega wydłużeniu. W rezultacie zasoby ludzkie (rodzina i pracownicy instytucji opiekuńczych, służby zdrowia, pomocy społecznej oraz wolontariusze) są postawione przed koniecznością sprostania coraz większemu zapotrzebowaniu na świadczenia.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno kierować się kilkoma zasadami, które wyznaczają niejako jego charakter i wskazują na płynące z jego wprowadzenia konsekwencje dla całego społeczeństwa. Można do nich zaliczyć co najmniej 6 zasad:

Pierwsza to powszechny i obowiązkowy charakter. Ryzyko niesamodzielności, aczkolwiek najczęściej ujawnia się w starości, występuje bowiem również w innych grupach wieku. Stąd wynika idea objęcia nim wszystkich osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub ubezpieczenia zdrowotnego na zasadzie obowiązkowej.

Dругa zasada to solidaryzm społeczny. Leży ona u podstaw filozofii ustalania wysokości składki i zakresu świadczeń. Zgodnie z tą zasadą uzasadnione wydaje się wprowadzenie repartycyjnej zasady finansowania świadczeń. Oznacza to, że stosunkowo niska składka opłacana przez wszystkich ubezpieczonych powinna być wystarczająca do sfinansowania relatywnie wysokich kosz-

---

<sup>4</sup> Zob. P. Błędowski, Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w RFN, „Polityka Społeczna” 1998, nr 4.

tów świadczeń dla stosunkowo mało licznej grupy świadczeniobiorców. W przyszłości należałoby rozważyć celowość wprowadzenia metody kapitałowej lub – co jest łatwiejsze do wprowadzenia w życie – umożliwić zawieranie umów na ubezpieczenie dodatkowe, płatne ze środków własnych ubezpieczonego.

Trzecia zasada to samorządność. W ubezpieczeniu społecznym i zdrowotnym nie wymaga ona specjalnego uzasadnienia. Dobrze działają te instytucje ubezpieczenia społecznego, które funkcjonują pod nadzorem przedstawicieli ubezpieczonych i płatników. W przypadku ubezpieczenia pielęgnacyjnego, gdyby zrezygnować z opłacania części składki przez pracodawcę, w instytucjach nadzorujących działanie Kasy Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego miejsce pracodawców powinni zająć przedstawiciele usługodawców.

Czwarta zasada to prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego. Ma to służyć realizacji dwóch celów. Z jednej strony powinno być wyrazem uznania podmiotowości osoby niesamodzielnej w stosunku do Kasy Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego. Kasa, podejmując decyzje w sprawie rozmiaru i rodzaju świadczeń, powinna, o ile to możliwe, uzgodnić je z ubezpieczonym lub jego ustawowym przedstawicielem. Z drugiej strony taką możliwość należy traktować jako instrument służący zapewnieniu równoważnej pozycji ubezpieczonego wobec świadczeniodawcy. W przypadku niestaranego wypełniania obowiązków, braku punktualności czy niskiej jakości świadczeń ubezpieczony powinien mieć prawo zmiany świadczeniodawcy. Oznacza to wprowadzenie mechanizmów rynkowych do świadczeń społecznych.

Piątą zasadą to zapewnienie równego dostępu do świadczeń. Jest to jedno z najważniejszych zobowiązań zaciąganych przez Kasę Pielęgnacyjną wobec ubezpieczonych. Szczególnie w początkowym okresie funkcjonowania tego ubezpieczenia będzie to trudnym zadaniem. Dlatego należałoby rozważyć przyjęcie dwóch form świadczeń: rzeczowej (tj. udzielanej przez profesjonalne placówki i instytucje zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej i domach pomocy

społecznej) oraz finansowej (przeznaczonej przede wszystkim na zapewnienie przez ubezpieczonego we własnym zakresie świadczeń pielęgnacyjnych). Szczególnie w początkowym okresie funkcjonowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego, kiedy sieć placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie będzie dostatecznie rozbudowana, należałoby zadbać o zapewnienie dostępu do świadczeń finansowych.

Szosta zasada to prymat opieki domowej nad stacjonarną i rehabilitacji nad pielęgnacją. Wynika to nie tylko z przesłanek ekonomicznych (opieka domowa jest z reguły tańsza od zakładowej, a profilaktyka wymaga mniejszych nakładów niż leczenie), ale przede wszystkim lepiej uwzględnia potrzeby osoby niesamodzielnej, dla której przebywanie w znanych jej domowych warunkach może często kojarzyć się z poczuciem bezpieczeństwa. Rehabilitacja ma szczególne znaczenie w przypadku niepełnosprawności. Zaniedbanie (ze strony osoby niepełnosprawnej lub placówki ochrony zdrowia) zabiegów rehabilitacyjnych prowadzić bowiem może do powstania niesamodzielności, której można byłoby zapobiec, gdyby stosowano rehabilitację.

Wskazane zasady nie wyczerpują listy wszystkich, jakimi powinno kierować się społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne. Należy jednak zaliczyć je do najważniejszych, gdyż stanowią swego rodzaju podstawę, na której można skonstruować system ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Warto zwrócić uwagę, że wynika z nich konieczność ścisłej współpracy ubezpieczenia pielęgnacyjnego i zdrowotnego.

Ta ścisła współpraca dotyczy jednak nie tylko podmiotów polityki zdrowotnej, ale i podmiotów administracji publicznej.

W szczególności powinna ona dotyczyć realizacji takich zadań, jak:

- a) tworzenie warunków do funkcjonowania społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego,
- b) analiza i ocena potrzeb osób niesamodzielnych,
- c) współpraca podmiotów administracji publicznej w zakresie organizacji usług pielęgnacyjnych,

- d) współpraca w zapobieganiu powstania niesamodzielności,
- e) finansowanie świadczeń w trybie i na zasadach określonych w przepisach,
- f) przyczynianie się do rozbudowy bazy dla udzielania świadczeń pielęgnacyjnych.

Administracja państwowa powinna wziąć na siebie obowiązek sfinansowania kosztów powstawania infrastruktury Kasy Pielęgnacyjnej (obiekty, wyposażenie, etaty dla pracowników centrali i oddziałów wojewódzkich). Na jej barkach spoczywa obowiązek stworzenia ram prawnych i finansowych dla opracowania, wdrażania, realizacji i finansowania projektów działań prewencyjnych i rehabilitacyjnych, a także możliwość egzekwowania pożądaných zmian i upowszechnienia wiedzy o zagrożeniach. To ostatnie dotyczy wiedzy o urazach, wypadkach, chorobach oraz badania przyczyn niesamodzielności i szacowania jej rozmiarów oraz ekonomicznych skutków w przyszłości.

Jakkolwiek w środowisku gerontologów powszechne jest przekonanie o potrzebie wprowadzenia tego rodzaju ubezpieczenia społecznego, to idea ta napotyka na opór ze strony odpowiedzialnych za finanse publiczne oraz przedsiębiorców oceniających poszczególne decyzje pod kątem ich wpływu na koszty pracy. Problemy, związane z wprowadzeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego są bardzo różnorodne.

Jednym z nich jest odróżnienie świadczeń pielęgnacyjnych od opiekuńczych i leczniczych oraz ustalenie zasad ich finansowania. Wymaga to bardzo precyzyjnego zdefiniowania osoby niesamodzielnej, czyli takiej, której przysługiwałyby świadczenia finansowane z ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Obecnie w ramach pomocy społecznej udzielane są świadczenia opiekuńcze, adresowane do osób nie mogących zaspokoić swoich potrzeb związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i specjalistyczne usługi opiekuńcze, których beneficjentami są osoby chore psychicznie. Świadczenia pielęgnacyjne powinny obejmować usługi opiekuńcze, ale ich główną część powinny stanowić takie świadczenia zdrowotne, które nie są nakierowane na proces terapii, lecz mają na celu utrzymanie organizmu w jego dotychczasowym stanie



lub spowolnienie następującego pogorszenia oraz zapobieganie powstawaniu nowych deficytów związanych z brakiem samodzielności. Zależnie od skali niesamodzielności należałoby wprowadzić trzy poziomy uprawnień do świadczeń (grupy pielęgnacyjne).

Dla podjęcia decyzji o ewentualnym wprowadzeniu społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego decydujące znaczenie ma wiedza o spodziewanej obecnie i w przyszłości liczbie osób potrzebujących tego rodzaju świadczeń. Oszacowanie liczby osób wymagających świadczeń pielęgnacyjnych jest trudne ze względu na brak jednoznacznej definicji osoby niesamodzielnej i różną metodologię prowadzonych badań empirycznych. Nową wiedzę na ten temat przynosi zrealizowane przez GUS badanie stanu zdrowia społeczeństwa<sup>5</sup>. W jednym z modułów tego badania zawarte zostały pytania o poziom samodzielności. Obecne szacunki pokazują że osób częściowo lub całkowicie niesamodzielnych jest w Polsce około 1,5 do 1,8 miliona. Nawet, gdyby okazało się, że faktyczna liczba bliższa jest dolnej granicy szacunków, należy uznać ją za wysoką i wymagającą interwencji ze strony podmiotów polityki społecznej, a zwłaszcza państwa. Dotychczasowa polityka wypłacania dodatków pielęgnacyjnych do świadczeń dla osób, które osiągnęły 75. rok życia jest bardzo kosztowna i nieefektywna, gdyż dodatek ten traktowany jest raczej tylko jako swego rodzaju uzupełnienie dochodu, natomiast jego wysokość nie umożliwia zaspokojenia faktycznych potrzeb związanych z pielęgnacją. Należałoby zatem stopniowo odejść od przyznawania tych dodatków.

Wybór metody finansowania uzależniony jest od przyjętej przez państwo opcji. Wydaje się że największe szanse na społeczną akceptację ma zasada repartycji. Ubezpieczeniem powinno się objąć identyczny krąg osób, jak w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego. Ze względu na pewne podobieństwo w stosunku do tego ubezpieczenia, należałoby przyjąć podobną zasadę, co w finansowaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne, to znaczy

---

<sup>5</sup> Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r., GUS, Warszawa 2007.

składkę opłaca ubezpieczony z własnych dochodów. Należałoby jednak bezwzględnie dążyć do tego, aby składka była odprowadzana przez wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem, włącznie z rolnikami indywidualnymi. Przemawia za tym wiele argumentów, ale bodaj najważniejszy to ten, iż ryzyko niesamodzielności, mimo że dotyka najczęściej osób starszych, dotyczy również ludzi młodych, a co więcej okres korzystania przez nich ze świadczeń pielęgnacyjnych jest zazwyczaj znacznie dłuższy niż w przypadku ludzi starych. Objęcie obowiązkiem opłacania składki z własnych dochodów wszystkich grup ubezpieczonych oznaczałoby z kolei krok w stronę odejścia od nienaturalnej sytuacji, w której państwo za pośrednictwem dotacji finansuje większość świadczeń dla jednej grupy zawodowej.

Z ewentualnym wprowadzeniem społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego wiąże się potrzeba uregulowania zasad udzielania świadczeń i organizacji rynku usług pielęgnacyjnych. Świadczenia przysługujące ubezpieczonym powinny być udzielane w dwóch formach: pieniężnej i usług. W pierwszym przypadku świadczeniobiorca byłby zobowiązany do zapewnienia sobie usług w niezbędnym zakresie przy wykorzystaniu wypłacanego mu lub jego opiekunowi zasiłku pielęgnacyjnego. W drugim natomiast kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego powinna określać na podstawie stopnia niesamodzielności zakres udzielanych usług. Usługi te powinny być świadczone w miejscu zamieszkania lub w zakładzie opieki długoterminowej.

Rozszerzenie zakresu osób uprawionych do świadczeń pielęgnacyjnych udzielanych przez przygotowanych do tego pracowników powinno wpłynąć pozytywnie na sytuację na rynku pracy. Powstałyby nowe miejsca pracy, nie tylko w sektorze ochrony zdrowia (w którym działałyby instytucje, organizacje pozarządowe oraz firmy prywatne udzielające świadczeń pielęgnacyjnych zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w placówkach zamkniętych), ale i szeroko pojętych usług bytowych. Popyt na świadczenia pielęgnacyjne – niewątpliwie wzrastający w kolejnych latach – może zatem pozytywnie wpłynąć na sytuację makroekonomiczną, o ile stworzone zostaną takie warunki, by podjęcie pracy

w zakresie usług pielęgnacyjnych było opłacalne i stanowiło atrakcyjną alternatywę na przykład wobec poszukiwania pracy za granicą. Przy założeniu, że w każdym powiecie powstałoby tylko 10 agencji i zakładów pielęgnacyjnych, jedynie w tych firmach powstałoby ponad 40 tys. miejsc pracy, z których część mogłyby objąć osoby bezrobotne po stosunkowo krótkim przeszkoleniu i przygotowaniu zawodowym. Istnieją zatem szanse na wzrost zatrudnienia w branży, która charakteryzować się będzie dobrą koniunkturą (dużym zapotrzebowaniem na świadczenia pielęgnacyjne) przez co najmniej kilkadziesiąt lat, więc zapewnia stabilność zatrudnienia.

Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno zapewnić wszystkim ubezpieczonym osobom niesamodzielnym świadczenia na minimalnym społecznie akceptowanym poziomie. Świadczenia wykraczające poza standard powinny być finansowane w całości przez świadczeniobiorcę lub osoby zobowiązane do jego alimentacji. Stworzenie możliwości dodatkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego (które powinno być komplementarne wobec podstawowego zakresu świadczeń finansowanych z ubezpieczenia społecznego) powinno być dopuszczone wraz z uchwaleniem ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Ustawa powinna bowiem zagwarantować zakres świadczeń podstawowych, decydujących o godności i zaspokojeniu najważniejszych potrzeb osoby niesamodzielnej, ale nie będzie mogła rozwiązać jej wszystkich problemów związanych z egzystencją. Konieczne może okazać się zatem zapewnienie dodatkowych świadczeń, które mogą być finansowane w ramach ubezpieczenia dodatkowego.

Dopuszczenie prywatnych kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest zależne od wprowadzenia w Polsce prywatnych kas ubezpieczenia zdrowotnego. W większości krajów, stosujących podział na ubezpieczenie społeczne i prywatne, ubezpieczenie prywatne jest możliwe dla osób legitymujących się dostatecznie wysokimi dochodami. Ewentualne wprowadzenie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce mogłoby pociągnąć za sobą wprowadzenie prywatnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, któ-

rym objęty zostałby identyczny krąg ubezpieczonych<sup>6</sup>. Istnieje jednak ryzyko, że kasy prywatne gromadziłyby ubezpieczonych o małym stopniu ryzyka niesamodzielności i wysokich dochodach, co mogłoby pogorszyć sytuację finansową kas pielęgnacyjnych.

Jednym z najważniejszych zagadnień związanych z wprowadzeniem społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest takie ustalenie wysokości składki, by gwarantowała ona sfinansowanie wszystkich niezbędnych świadczeń, a jednocześnie by uniknąć jej częstego podwyższania. Wiele przyczyn natury demograficznej, społecznej i ekonomicznej sprawia, że można wskazać rozmaite zagrożenia dla wysokości składki. Niezależnie od tego, w jaki sposób i w jakiej wysokości byłaby ona ustalona, składka powinna spełniać co najmniej 3 warunki:

- a) Jej wysokość powinna pozostawać w określonej proporcji do składki na ubezpieczenie zdrowotne. W tych krajach, w których ubezpieczenie to funkcjonuje, nie przekracza ona 10% składki na ubezpieczenie chorobowe (obejmujące wydatki na koszty leczenia i zasiłki chorobowe). Jak się wydaje, zachowanie tej proporcji w Polsce może okazać się niemożliwe. W pracach zespołu powołanego przez ministra zdrowia do przygotowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym przyjęto, że składka ta ma wynosić 2% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne. Z tego powodu zamieszczona wyżej uwaga o zbytnim pośpiechu związanym ze zmniejszeniem wysokości składki na ubezpieczenie rentowe: 2%, o które obniżono opłacaną przez ubezpieczonych część składki można było wykorzystać na sfinansowanie składki pielęgnacyjnej;
- b) Składka powinna być pobierana od wszystkich ubezpieczonych w określonej proporcji do dochodu lub innej podstawy wymiaru składki (w przypadku rolników indywidualnych mogłaby to

---

<sup>6</sup> Por. Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2006/2007, PKV, Bonn, Köln 2007; Hintergrundinformation zur Pflegeversicherung, PKV, Köln 2006; H. Riedl, Private Compulsory Long-Term Insurance in Germany, PKV, Köln 2006; Bericht: Pflegetatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandsergebnisse, Statistisches Bundesamt, Bonn 2003.

być równowartość części kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego). Powinna być obliczana w identyczny sposób, jak składka na ubezpieczenie zdrowotne, to jest od dochodu pomniejszonego o składkę na ubezpieczenie społeczne;

- c) Objęcie prawem do korzystania ze świadczeń powinno być poprzedzone co najmniej rocznym okresem opłacania składki. Ten okres karencji jest niezbędny dla stworzenia rezerwy Kasy Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego na sfinansowanie nieplanowanych wcześniej świadczeń.

Mimo to należy obawiać się, że wysokość składki będzie musiała ulegać korygowaniu w górę w miarę zmian demograficznych. Wśród najważniejszych czynników, powodujących zagrożenie dla stabilności składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne, należy wymienić następujące czynniki:

Pierwszy to demograficzne starzenie się społeczeństwa, co pociąga za sobą wzrost liczby osób niesamodzielnych, zarówno z racji zwiększenia liczby osób starych, jak i wydłużenia czasu trwania życia.

Drugi to wzrost liczby osób w wieku emerytalnym pociągający za sobą wzrost liczby osób, dla których podstawą wymiaru składki jest wysokość emerytury i relatywne zmniejszenie udziału osób opłacających składkę obliczaną od wynagrodzenia, z reguły wyższego niż emerytura.

Trzeci to zmiana systemu emerytalnego, co prawdopodobnie spowoduje zmniejszenie wysokości emerytur (składka obliczana od I i II filara), a zatem prawdopodobne jest zmniejszenie składki w porównaniu ze składką od emerytów ze starego systemu.

Czwarty to wzrost liczby osób migrujących za granicę, co pociąga za sobą spadek liczby opłacających składki.

Piąty to prawdopodobny w przyszłości wzrost kosztów świadczeń pielęgnacyjnych, związany m.in. ze wzrostem kosztów pracy (stopniowy wzrost wynagrodzenia) i podnoszeniem poziomu technicznego wyposażenia służb udzielających świadczeń pielęgnacyjnych.

Szósty to utrzymująca się wysoka liczba zarejestrowanych bezrobotnych, od których pobierana jest niska składka (w takim przypadku składka opłacona jest z budżetu).

Siódmy to zmniejszenie z czasem w przypadku odejścia od wypłacania zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych w obecnej formie dochodu ubezpieczenia pielęgnacyjnego o zasiłki pielęgnacyjne, które miałyby być przekazywane przez ZUS do funduszu za świadczeniobiorców społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Ostatni to duże ryzyko, że niedostatecznie przygotowany system orzecznictwa spowoduje na wstępie napływ znacznej liczby osób, którym przyznane będzie prawo do świadczeń (zwłaszcza zasiłków).

Mimo tych zagrożeń uchwalenie i wprowadzenie w życie ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym powinno przynieść wiele korzyści, wśród których najważniejsze wiążą się z uzyskaniem środków finansowych na świadczenia pielęgnacyjne, na które zapotrzebowanie będzie wzrastało coraz szybciej oraz z poprawą sytuacji na rynku pracy i stworzeniem alternatywy dla części osób rozpatrujących możliwość wyjazdu za granicę w poszukiwaniu zatrudnienia.

### 3. Podsumowanie

Państwo odgrywa decydującą rolę w gwarantowaniu ciągłości oraz zachowania realnej wartości świadczeń społecznych. Można przewidywać, że rola ta w kolejnych latach będzie musiała wzrosnąć. Dotyczy to przede wszystkim wzrastających wydatków na świadczenia emerytalne i coraz większego ich udziału w wydatkach socjalnych państwa.

Aby spowolnić wzrost obciążenia finansowego państwa należałoby wprowadzić udogodnienia finansowe dla osób dodatkowo inwestujących we własną emeryturę. Konieczne jest precyzyjne sformułowanie i konsekwentne przestrzeganie w długim okresie założeń polityki emerytalnej państwa. Ustalenie takich założeń wymaga ponadpartyjnego porozumienia i odejścia od traktowania polityki społecznej jako pola przetargów i licytacji pomiędzy par-

tiami. Konieczna również staje się edukacja ekonomiczna społeczeństwa.

Zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego obywateli wymaga także wprowadzenia nowego elementu ubezpieczeń społecznych, jakim jest ubezpieczenie pielęgnacyjne. Stanowi to zarówno szansę na lepsze zaspokojenie potrzeb osób niesamodzielnych, jak i na odciążenie Narodowego Funduszu Zdrowia od wydatków pielęgnacyjnych, które w kolejnych latach będą się okazywały coraz wyższe.

Realizacji funkcji państwa w zapewnieniu bezpieczeństwa socjalnego starszych wiekiem obywateli musi towarzyszyć nie tylko racjonalne podejście do polityki świadczeń pieniężnych, ale i zapewnienie dobrych warunków do rozwoju usług bytowych i socjalnych, które mogą być kupowane przez ubezpieczonych na rynku.

Dr hab. Piotr Błędowski  
Profesor Szkoły Głównej Handlowej

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA I ZATRUDNIENIE LUDZI STARSZYCH

Rozważania obejmują dwie grupy problemów. W pierwszej, próbujemy zbadać stan i przyczyny niskiej aktywności zawodowej ludzi starszych (55–64). W drugiej, przedstawione są elementy programu zwiększenia zatrudnienia osób w wieku przedemerytalnym i emerytalnym.

### 1. Diagnoza

Analiza porównawcza aktywności zawodowej według wieku wskazuje, że w Polsce po osiągnięciu wieku przedemerytalnego następuje w Polsce gwałtowny spadek aktywności zawodowej<sup>1</sup>. Ogólne wskaźniki zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata w porównaniu z osobami w wieku 25–54 lata zmniejszają się ponad dwukrotnie z 71,8% do 28,1%, a w przypadku kobiet aż ponad trzykrotnie, co ilustruje tabela 1.

Tabela 1. Wskaźniki zatrudnienia według wieku i płci w 2006 r. (w %)

Grupy wieku	15–64	15–24	25–55	55–64
Ogółem	54,5	24,0	71,8	28,1
mężczyźni	60,9	26,9	78,3	38,4
kobiety	48,2	21,0	65,3	19,0

Źródło: GUS, Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności Polski, IV kwartał 2006, Warszawa 2007 r.

<sup>1</sup> Główną miarą aktywności zawodowej są wskaźniki zatrudnienia. Odpowiadają one na pytanie – jaki procent osób zdolnych do pracy w wieku 15–64 aktualnie pracuje (według metodologii OECD i EUROSTATU).



Spadek aktywności zawodowej osób w wieku mniej mobilnym (55–64) jest uniwersalną prawidłowością we wszystkich krajach OECD i UE. Jednakże tempo spadku wskaźników zatrudnienia w tej grupie wieku jest bardzo różne.

Aby określić miejsce Polski wśród krajów UE i OECD zbadaliśmy ogólne średnie wskaźniki zatrudnienia obejmujące całą populację ludzi zdolnych do pracy (15–64 lata) oraz osób starszych w wieku 55–64 lata (tabela 2).

Podzieliłiśmy kraje na trzy grupy:

- A. Kraje o najwyższych wskaźnikach zatrudnienia (powyżej 70%);
- B. Kraje o wysokich i średnich wskaźnikach zatrudnienia (64%–70%) oraz
- C. Kraje o niskich i najniższych wskaźnikach zatrudnienia (poniżej 64%).

Z analizy takiej wynika, że kraje o najwyższych ogólnych wskaźnikach zatrudnienia cechuje także wysoka aktywność zawodowa osób starszych. W pierwszej grupie krajów ogólny średni wskaźnik zatrudnienia osób starszych (55–64) wynosił 60%, a w trzeciej grupie tylko 37%.

W Polsce ogólny wskaźnik zatrudnienia osób starszych wyniósł w 2006 r. tylko 28,1% był najniższy wśród 30 krajów OECD i prawie o połowę niższy niż średni krajów OECD.

Wskaźniki zatrudnienia mężczyzn w starszym wieku były oczywiście wyższe niż kobiet. W Polsce pracowało tylko 19,0% kobiet w wieku 55–64, a blisko 80% nie pracowało. Wskaźnik ten był o połowę niższy niż średni w krajach ODCE, niższe wskaźniki zatrudnienia kobiet odnotowano tylko w Słowacji (15,7%) oraz w Turcji (20,8%). W tym wieku (55–64) pracowało jedynie 38,4% mężczyzn i był to najniższy wskaźnik zatrudnienia wśród 24 krajów poddanych analizie (tabela 2). Średni wskaźnik w krajach UE-15 wynosił 53,1%, a w krajach OECD osiągnął 62,3%.

Tabela 2. Wskaźniki zatrudnienia ogółem i osób starszych w 2005 r. (od najwyższych do najniższych)

Kraj	Wskaźnik zatrudnienia		Mężczyźni		Kobiety	
	Ogółem	55-64	Ogółem	55-64	Ogółem	55-64
UE (15)	65,4	43,9	73,1	53,1	57,8	35,0
UE (19)	64,0	42,4	71,5	51,8	56,5	33,4
OECD (ogółem)	65,5	51,8	75,1	62,3	56,1	41,7
<b>A. Kraje o najwyższych wskaźnikach (Wz) (wyższych niż 70%)</b>						
Szwajcaria	77,2	65,0	77,2	74,8	70,4	55,4
Dania	75,5	59,8	80,1	66,8	70,8	52,9
Norwegia	75,2	67,6	78,3	73,1	72,0	62,1
Szwecja	73,5	69,5	73,5	71,6	71,8	55,4
Wielka Brytania	72,6	56,8	72,6	65,7	66,8	48,2
Kanada	72,5	54,8	76,7	63,1	68,3	46,8
USA	71,5	60,8	71,5	67,0	65,6	55,1
Holandia	72,0	44,8	78,8	56,3	65,0	34,4
<b>B. Kraje o wysokich i średnich Wz (64%-70%)</b>						
Japonia	69,3	63,9	80,4	78,9	58,1	49,4
Austria	68,6	31,8	75,4	41,3	62,0	22,9
Finlandia	68,0	52,6	69,4	52,5	66,5	52,7
Portugalia	67,5	50,5	73,4	58,1	61,7	43,7
Irlandia	67,1	51,7	76,2	65,7	58,0	38,4
Niemcy	65,5	45,5	71,4	53,6	59,6	37,6
Czechy	64,8	44,6	73,3	59,4	56,3	31,0
Hiszpania	64,3	43,1	64,4	59,7	51,9	27,4
<b>C. Kraje o niskich i najniższych Wz (poniżej 64%)</b>						
Francja	62,3	40,7	67,8	43,8	56,9	37,6
Belgia	61,0	61,0	67,7	41,3	54,1	23,0
Grecja	60,3	41,6	74,5	58,8	46,2	25,8
Słowacja	57,7	30,4	64,8	47,9	50,9	15,7
Włochy	57,5	31,4	69,7	42,7	45,3	20,8
Węgry	56,9	33,0	63,1	40,6	51,0	26,8
Polska*	54,5	28,1	60,9	38,4	48,2	19,0
Turcja	45,9	30,8	68,2	45,3	23,7	16,9

\* 2006 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: OECD, Employment Outlook, Paris 2006 r.

Powstaje w tym świetle pytanie dlaczego aktywność zawodowa osób starszych w Polsce jest tak niska? Można tu sformułować dwie hipotezy.

Pierwsza zakłada, że główną przyczyną małej aktywności osób starszych w Polsce jest niski ustawowy wiek emerytalny (kobiety 60 lat, mężczyźni 65 lat). Aby więc zwiększyć aktywność zawodową tych osób, trzeba podwyższyć ustawowy wiek emerytalny, szczególnie kobiet, zrównując go z wiekiem emerytalnym mężczyzn. Hipotezy tej nie można udowodnić na podstawie danych porównawczych przedstawianych w tabeli 3. Z analizy tej wynika, że nie ma ścisłego związku między ustawowym wiekiem emerytalnym a średnim rzeczywistym wiekiem przechodzenia na emeryturę. Według dostępnych danych najniższy ustawowy wiek emerytalny występuje w Japonii (60/60), Turcji (60/58), Grecji (58/58), a kraje te należą do grupy o najwyższej (Japonia) lub wysokiej aktywności zawodowej osób starszych, znacznie wyższej niż w Polsce. W niektórych krajach rzeczywisty średni wiek przechodzenia na emeryturę jest wyższy niż wiek ustawowy (Japonia, Szwajcaria, Turcja, Grecja).

W większości krajów ludzie przechodzą na emeryturę przed osiągnięciem ustawowego wieku emerytalnego. Do tej grupy krajów należy Polska. Rozbieżność jest tu szczególnie duża (wykres 1). Średni rzeczywisty wiek przejścia na emeryturę kobiet wyniósł 56,1 lat, a mężczyzn 59,4 lat. Niższy rzeczywisty wiek przejścia na emeryturę odnotowano jedynie w trzech krajach (Francja – tylko w przypadku mężczyzn, Belgia, Węgry).

Drugą hipotezę można wiązać z poziomem bezrobocia. Spotać można poglądy, że przyspieszona dezaktywizacja osób starszych prowadzi do zmniejszenia ogólnej stopy bezrobocia, a szczególnie stopy bezrobocia osób starszych. Analiza porównawcza obala tę hipotezę. Kraje o najwyższym rzeczywistym wieku przechodzenia na emeryturę i najwyższych wskaźnikach zatrudnienia miały najniższe stopy bezrobocia (grupa A ogółem 4,9% i 3,4% w wieku 55–64 lata). Grupa krajów o najniższym rzeczywistym wieku emerytalnym (C) miała najwyższe średnie stopy bezrobocia (ogółem 8,8% i 6,3% w wieku 55–64).

Tabela 3. Ustawowy, rzeczywisty przeciętny wiek przechodzenia na emeryturę, na tle zatrudnienia i stopy bezrobocia w krajach OECD w 2005 r.

Kraj	Średni rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę		Ustawowy wiek emerytalny		Wskaźnik zatrudnienia w wieku 55-64		Stopa bezrobocia w %	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	Ogółem	w wieku 55-64
A. Kraje o najwyższym rzeczywistym wieku przechodzenia na emeryturę (63 lata i więcej)								
Japonia	69,6	65,7	60	60	78,9	49,4	4,4	4,1
Szwajcaria	66,6	63,2	65	63	74,8	55,4	4,5	3,8
USA	65,0	62,9	67	67	67,0	55,1	5,1	3,3
Norwegia	63,7	62,3	67	67	73,1	62,1	4,6	1,7
Irlandia	63,2	62,2	65	65	65,7	38,7	4,3	2,9
Kanada	63,1	61,4	65	65	63,1	46,8	6,8	5,4
Wielka Brytania	63,1	61,0	65	60	65,7	48,2	4,7	2,7
Średnia nieważona (1-7)	64,9	62,7	64,9	63,9	69,8	50,8	4,9	3,4
B. Kraje o średnim wieku (62–62,9 lat)								
Turcja	62,5	61,9	60	58	45,3	16,9	10,5	3,4
Dania	62,2	61,1	67	67	66,8	52,9	4,8	4,9
Grecja	62,2	57,7	58	58	58,8	25,8	9,8	3,4
Szwecja	62,1	61,9	67	67	66,8	52,9	6,4	4,9
Portugalia	62,0	61,5	65	65	58,1	43,7	7,6	6,2
Średnia nieważona (8-12)	62,2	60,8	63,4	63,0	59,2	38,4	7,8	4,6
C. Kraje o niskim i najniższym wieku (poniżej 62 lat)								
Finlandia	61,6	61,4	63-68	63-68	52,5	52,7	8,4	6,8
Holandia	61,1	60,3	65	65	56,3	34,4	4,8	4,0
Niemcy	60,9	60,4	65	65	53,6	37,6	9,5	12,7
Hiszpania	60,7	60,2	65	65	59,7	27,4	9,2	6,1
Austria	60,0	58,6	65	60	41,3	22,9	5,2	3,6
Włochy	59,6	59,2	65	60	42,7	20,8	7,7	3,5
Polska	59,4	56,1	65	60	37,9	21,4	17,8	11,2
Francja	58,2	58,0	60	60	43,8	37,6	9,5	6,8
Belgia	57,8	55,9	60-65	60-65	41,3	23,0	8,4	4,4
Węgry	57,8	56,0	62	62	40,6	26,8	7,2	3,9
Średnia nieważona (13-22)	59,7	58,3	63,5	62,0	48,0	30,5	8,8	6,3

Kraj	Średni rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę		Ustawowy wiek emerytalny		Wskaźnik zatrudnienia w wieku 55-64		Stopa bezrobocia w %	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	Ogółem	w wieku 55-64
Średnia nieważona (1-22)	62,3	60,6	63,9	63,0	57,2	39,2	7,2	4,8
Unia Europejska (15)	60,5	59,1	64,8	63,8	53,1	35,0	7,9	6,1

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: OECD Employment Outlook, 2006; Komisja Europejska, Joint Report by the Commission and Council on Adequate and Sustainable Pension, 2003.

Wśród 22 krajów poddanych analizie Polska miała w 2005 r. niezwykle niskie wskaźniki zatrudnienia i najwyższą ogólną stopę bezrobocia (17,8%) i 11,2% osób w wieku 55–64 lata.

Powstaje więc pytanie jakie czynniki przyczyniły się do przyspieszenia dezaktywizacji osób starszych w Polsce i co uczynić, aby procesy te odwrócić

Można postawić tezę, że konieczne jest odwrócenie polityki przyspieszonej dezaktywizacji osób starszych dominującej w okresie transformacji.

W okresie tym nastąpiła ogólna dezaktywizacja ludności w wieku produkcyjnym. Ogólny wskaźnik zatrudnienia zmniejszył się z 80% w 1989 r. do 59% w 2005 r.<sup>2</sup> Wskaźnik ten zmniejszył się o 1/4. Wskaźniki zatrudnienia ludności w wieku 55-64 zmniejszyły się mniej więcej o połowę. Od 1990 r. prowadzona była świadoma polityka dezaktywizacji osób w wieku przedemerytalnym<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Mierzony metodą autorską:  $Wz = \frac{PR}{L_{18-59/64}} \times 100$ ; gdzie PR – pracujący;  $L_{18-59/64}$  – ludność produkcyjna wg polskiej definicji.

<sup>3</sup> W styczniu 1990 r. weszła w życie Ustawa o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunku pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy (Dz.U. z dnia 27 stycznia 1990 r., nr 4).

Wykres 1. Średni rzeczywisty i ustawowy wiek przechodzenia na emeryturę oraz wskaźniki zatrudnienia (2005 r.)



W styczniu 1990 r. wprowadzono w życie powszechne prawo do wcześniejszych emerytur; pracownicy mogli przejść na pełną emeryturę bez względu na wiek, jeżeli osiągnęli do dnia rozwiązania stosunku pracy okres zatrudnienia, wynoszący łącznie z okresami równorzędnymi zaliczonymi do okresu zatrudnienia co najmniej 35 lat dla kobiet i 40 lat dla mężczyzn<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 stycznia 1990 r. (Dz.U. z dnia 27 stycznia 1990 r., nr 4).

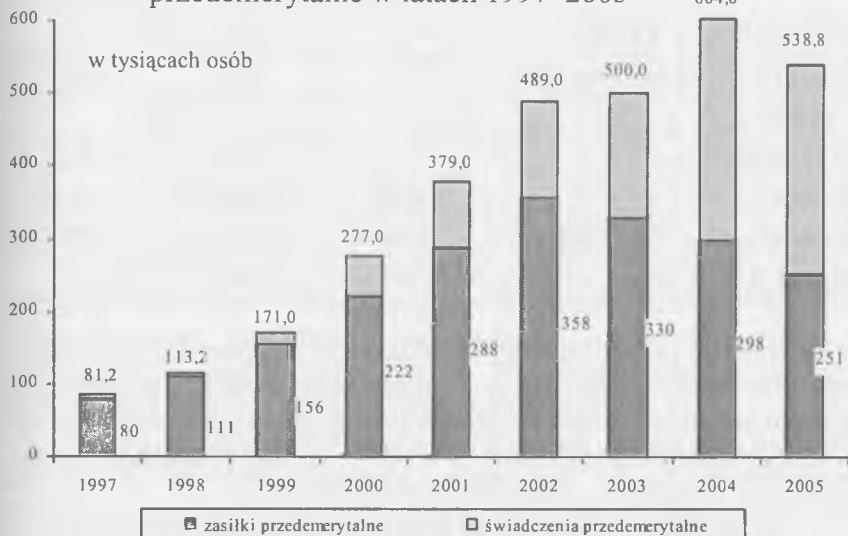
W pierwszym okresie transformacji nastąpił gwałtowny wzrost liczby emerytów i rencistów, co ilustruje wykres 2. W czterech latach przeciętna liczba emerytów i rencistów zwiększyła się o 1,9 mln osób, tj. o 28%. W tym samym okresie liczba osób w wieku poprodukcyjnym zwiększyła się tylko o 340 tys. osób. Gwałtowny wzrost liczby emerytów ilustruje skalę dezaktywacji ludności w wieku zdolności do pracy. Liczba emerytów i rencistów zwiększyła się prawie sześciokrotnie więcej niż ludność w wieku poprodukcyjnym. Większość (82%) przechodzących na emerytury i renty była w wieku produkcyjnym (18–59/64).

Ustawa wprowadzająca prawo do wcześniejszych emerytur obowiązywała do grudnia 1996 r. Od stycznia 1997 r. weszły w życie nowe zasady dezaktywacji osób w wieku przedemerytalnym obejmujące zasiłki przedemerytalne i świadczenia przedemerytalne. W latach 1997–2005 liczba osób uzyskujących zasiłki i świadczenie przedemerytalne zwiększyła z 81 tys. do 539 tys. w 2005 r. (patrz wykres 3).

Wykres 2. Przeciętny roczny przyrost netto liczby emerytów i rencistów w Polsce w latach 1985–2005 (w tys.)



Wykres 3. Liczba osób otrzymujących zasiłki i świadczenia przedemerytalne w latach 1997–2005



W rezultacie tej polityki w okresie 16 lat liczba emerytów i rencistów oraz otrzymujących zasiłki i świadczenia przedemerytalne zwiększyła się o 3,1 mln osób, a ludność w wieku poprodukcyjnym zwiększyła się tylko o 1,1 mln osób. Oznacza to, że 2 mln osób przeszło na wcześniejsze emerytury i renty (tabela 4).

Tabela 4. Emeryci i renciści w latach 1989-2005 (w tys. osób)

Osoby pobierające	1989	2005	Przyrost w tys.
Emerytury – ZUS	2268	4168	+1900
Renty (ZUS) z tytułu niezdolności do pracy	2152	2014	-138
Renty rodzinne – ZUS	1001	1342	+341
Emerytury – KRUS	950	1272	+322
Renty (KRUS) z tytułu niezdolności do pracy	399	329	-70

Osoby pobierające	1989	2005	Przyrost w tys.
Renty rodzinne – KRUS	7	44	+37
Zasiłki i świadczenia przedemerytalne	-	539	+539
Renty socjalne	-	238	+238
<b>Ogółem</b>	<b>6.827</b>	<b>9.946</b>	<b>+3.119</b>
<b>Ubezpieczeni w ZUS i KRUS</b>	<b>14.696</b>	<b>14.713</b>	<b>+17</b>
<b>Relacja A/B w %</b>	<b>46%</b>	<b>68%</b>	<b>x</b>

Politykę przyspieszonej dezaktywizacji zaprojektowały i zrealizowały rządy o orientacji neoliberalnej, budując gigantyczne państwo socjalne. W 2005 r. łączna liczba emerytów, rencistów itp. osiągnęła prawie 10 mln osób. W 1989 r. na 100 pracujących przypadało 39 emerytów i rencistów, a w 2005 r. aż 77.

U podstaw wdrożenia tej polityki leżało kilka motywów:

- a) Dążenie do sztucznego zmniejszania rzeczywistej skali wzrostu bezrobocia. Gdyby bowiem tej polityki nie prowadzono bezrobocie byłoby ponad 1,5 razy większe i osiągnęłoby w 2005 r. ok. 4,7 mln osób. W okresie transformacji w gospodarce narodowej zlikwidowano blisko 5 mln miejsc pracy (netto)<sup>5</sup>.
- b) Zamiar stworzenia warunków (na koszt podatników) do zmniejszenia zatrudnienia w przedsiębiorstwach i wymiany pracowników (lepiej płatnych) na młodszych (gorzej płatnych).
- c) Uważano, że pozbycie się z przedsiębiorstw ludzi starszych ułatwi prywatyzację i restrukturyzację.

## 2. Założenia programu zwiększenia zatrudnienia osób starszych

Punktem wyjścia tego programu jest nowa sytuacja demograficzna. W najbliższych pięcioleciach nastąpi spadek ludności

<sup>5</sup> Szerzej: M. Kabaj, *Ekonomia tworzenia i likwidacji miejsc pracy. Dezaktywizacja Polski?*, Wyd. IPiSS, Warszawa 2004.



w wieku produkcyjnym w wieku 18-59/64 lat i wzrost liczby osób w wieku emerytalnym, co ilustruje tabela 5.

Z prognozy ludności według wieku wynikają ważne wnioski dla naszych rozważań. W okresie 25 lat (2006–2030) ludność w wieku przedprodukcyjnym (0–17) lat zmniejszy się o 2,6 mln osób, tj. o 33%. W rezultacie wystąpi głęboki spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym (18–59/64) aż o 3,6 mln osób, tj. o 15%. Najszybciej wzrośnie liczba ludności w wieku poprodukcyjnym (60/65 i więcej lat), o 3,7 mln osób, tj. o 62%.

Prognoza demograficzna nie uwzględnia niezwykle ważnego czynnika – emigracji zarobkowej Polaków. Obecnie około 2 mln Polaków pracuje zagranicą, a więc ludność produkcyjna pracująca w Polsce zmniejszyła się aż o 8,2%. Większość Polaków pracujących za granicą jest w wieku mobilnym (18–44) lat.

Ocena ubytku zasobów pracy wymaga prognozy emigracji zarobkowej Polaków w okresie najbliższych 15–20 lat. Prognoza emigracji zarobkowej nasuwa wiele trudności. Wielkość emigracji zarobkowej zdeterminują trzy trudno przewidywalne czynniki:

- a) Pierwszy to, poziom płac w Polsce i w krajach Unii Europejskiej;
- b) Drugi to, sytuacja demograficzna w krajach UE;
- c) Trzeci to, odpowiedź na pytanie – jaki procent obecnych i przyszłych emigrantów zarobkowych postrzeżga ten wyjazd jako emigrację definitywną lub stałą. Wiedza na temat tych trzech czynników jest bardzo uboga. Płace w Polsce rosną i będą rosły szybką niż w krajach UE, ale obecnie luka jest zbyt wielka, aby oczekiwać, że w okresie 15–20 lat nastąpi ich zrównanie. W krajach Europy, a w UE w szczególności, wystąpi szybki spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym (o 60 mln osób) i wzrost ludności w wieku poprodukcyjnym (o 44 mln osób, tj. o 38%). Kraje UE będą dążyły do „uzupełnienia” zasobów pracy przez imigrację (patrz załącznik 1). I wreszcie, częściowe badania planów emigrantów zarobkowych nie są korzystne dla polskiego rynku pracy. Szacunki sugerują, że około po-

łowa respondentów gotowych wyjechać za granicę do pracy postrzegają ten wyjazd jako emigrację definitywną lub stałą<sup>6</sup>.

Tabela 5. Prognoza ludności Polski według wieku, 2005–2030

Ludność w wieku	2005		2010		2015		2020		2030		Przyrost (2006–2030)	
	wmln	w%	wmln	w%	wmln	w%	wmln	w%	wmln	w%	wmln	w%
A. Przedprodukcyjnym (0–17)	7,9	20,7	6,8	17,9	6,3	16,8	6,1	16,4	5,3	14,8	-2,6	-329
B. Produkcyjnym (18–59/64)	24,4	63,9	24,7	65,2	23,8	63,3	22,6	60,8	20,8	58,3	-3,6	-148
C. Poprodukcyjnym (60/65 i więcej)	5,9	15,4	6,4	16,9	7,5	19,9	8,5	22,8	9,6	26,9	+3,7	+623
Ogółem	38,2	100,0	37,9	100,0	37,6	100,0	37,2	100,0	35,7	100,0	-2,5	-6,5

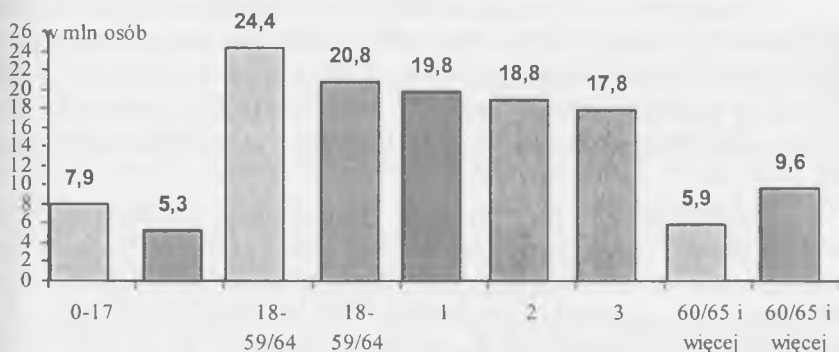
Źródło: GUS, Rocznik Statystyczny 2005, Warszawa 2006.

W projekcji łącznej potencjalnej podaży pracy w Polsce przyjmujemy trzy warianty (patrz wykres 4):

- Wariant pierwszy jest niezwykle optymistyczny. Zakłada bowiem, że po 2010 r. nastąpi spadek emigracji zarobkowej Polaków z 2 mln zł w 2007 r. do 1 mln, czyli o połowę. Potencjalna podaż zasobów zmniejszy się o 3,6 mln osób w stosunku do 2005 r. (pracowało wówczas zagranicą ok. 1 mln Polaków).
- Wariant drugi zakłada stabilizację emigracji zarobkowej na poziomie 2 mln osob (stan faktyczny w 2007 r.). Łączna potencjalna podaż zasobów pracy zmniejszy się o 4,6 mln osób, czyli o 20%.
- Wariant trzeci, bardzo niekorzystny dla Polski, ale prawdopodobny, zakłada, że emigracja zarobkowa zwiększy się w okresie do 2015 r. do 3 mln osób, a łączna potencjalna podaż pracy w Polsce zmniejszy się aż o 5,6 mln osób, tj. o 24%. A więc ponad 5 mln osób przestanie wytwarzać dla Polski dochód narodowy, płacić podatki i składki na ZUS, którego potrzeby gwałtownie wzrastają, w rezultacie zwiększenia się ludności w wieku poprodukcyjnym o 3,7 mln osób, czyli o 62%.

<sup>6</sup> J. Kowaleski, *Mobilność przestrzenna*, w: E. Kryńska (red.), *Mobilność zasobów pracy*, IPiSS, Warszawa 2000, s. 82.

Wykres 4. Prognoza ludności Polski według wieku (z uwzględnieniem trzech wariantów emigracji zarobkowej)



□ 2005

▨ 2030, wariant nieuwzględniający emigracji zarobkowych

■ 2030, wariant (1) zakładający, że w 2030 r. 1 mln Polaków będzie pracowało za granicą

■ 2030, wariant (2) zakładający, że w 2030 r. 2 mln Polaków będzie pracowało za granicą

■ 2030, wariant (3) zakładający, że w 2030 r. 3 mln Polaków będzie pracowało za granicą

Wszystkie warianty prognozy ukazują znaczny ubytek potencjalnej podaży zasobów pracy, spowodowany czynnikami demograficznymi, a także masową emigracją zarobkową.

Należy także uwzględnić fakt, że już obecnie zachwiane zostały proporcje między liczbą emerytów i rencistów a liczbą ludności pracującej. Gdyby więc nie nastąpiła radykalna zmiana polityki emerytalnej, to liczba emerytów i rencistów może zwiększyć się do 13 mln i zbliżyć do liczby pracujących. Grozi to poważnym kryzysem systemu ubezpieczeń społecznych i finansów publicznych (większe wydatki i mniejsze dochody ze składek i podatków).

Warto dodać, że dotychczas przyspieszone procesy przechodzenia na emeryturę były zdeterminowane głównie przez politykę społeczno-gospodarczą i rynek pracy (masowe, strukturalne bezrobocie), a nie przez czynniki demograficzne. W najbliższych dekadach większą rolę będą odgrywać czynniki demograficzne, na które politycy nie mają dominującego wpływu. Gdyby więc kontynuowano politykę dezaktywizacji osób w wieku przedemerytalnym w

warunkach starzejącego się społeczeństwa doprowadziłoby to do kryzysu systemu ubezpieczeń społecznych.

Dodatkowym czynnikiem będzie przedłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia, co wydłuża okres pobierania emerytury. Już obecnie kobieta przechodząca na emeryturę w wieku 56,1 lat<sup>7</sup> będzie ją pobierać średnio przez 25,6 lat, a mężczyzna przechodzący na emeryturę w wieku 59,4 lat<sup>8</sup> będzie ją pobierał średnio przez 18,1 lat.

Dodatkowym, pozytywnym społecznie, czynnikiem, ale wpływającym negatywnie na stan finansów systemu ubezpieczeń społecznych, będzie dalsze przedłużenie przeciętnej długości życia. Prognoza demograficzna przewiduje trzy scenariusze długości życia ludności. Scenariusz podstawowy przewiduje, że długość życia obu płci łącznie zwiększy się z 75,1 lat w 2005 r. do 76,9 lat w 2010 r., do 78,7 lat w 2020 r. i 80,3 lat do 2030 r.<sup>9</sup>

Negatywne skutki przedstawionych powyżej procesów można ograniczyć przez radykalną zmianę polityki zatrudnienia i aktywizację zawodową ludzi starszych w wieku przedemerytalnym i emerytalnym.

Prawidłowością jest, że w miarę przedłużania się długości życia zwiększa się okres aktywności zawodowej ludności. Jest to konieczne, gdyż średni okres pobierania emerytury przedłuży się o 5,2 lat w 2030 r. w porównaniu z 2005 r.; ten dodatkowy okres trzeba sfinansować dłuższym okresem płacenia składki emerytalnej.

Ponadto, starsi pracownicy muszą zastąpić część młodszego pokolenia, która wyemigrowała z Polski oraz zmniejszenia się liczby osób w wieku zdolności do pracy.

Niezbędne jest więc częściowe zrekompensovanie luki pokoleniowej w systemie ubezpieczeń społecznych w rezultacie wyjazdu za granicę 2–3 mln osób, które będą płacić składki poza Polską. Zwiększenie aktywności zawodowej ludzi starszych może zmniejszyć niebezpieczeństwo kryzysu systemu ubezpieczeń społecznych.

<sup>7</sup> Średni rzeczywisty wiek przechodzenia kobiety na emeryturę w Polsce.

<sup>8</sup> Średni rzeczywisty wiek przechodzenia mężczyzny na emeryturę w Polsce.

<sup>9</sup> GUS, *Prognoza demograficzna na lata 2003–2030*, Warszawa 2004, s. 23.

Tak więc głównym celem programu na rzecz poprawy sytuacji demograficznej powinno być zwiększenie stopy zatrudnienia we wszystkich kategoriach wieku.

Jest to cel zgodny ze Strategią Lizbońską, która stwierdza: Państwa Członkowskie mają na celu osiągnięcie pełnego zatrudnienia przez wprowadzenie w życie podejścia opartego na wszechstronnej polityce, włączając środki oddziaływania na popyt i podaż i w ten sposób podniesienie stopy zatrudnienia dla osiągnięcia wyznaczonych w Lizbonie i Sztokholmie celów polityki, co powinno przyczyniać się do osiągnięcia przez Unię Europejską średniej:

- całkowitej stopy zatrudnienia 70% w 2010 r.,
- stopy zatrudnienia kobiet 60% w 2010 r.,
- stopy zatrudnienia na poziomie 50% starszych pracowników (w wieku 55–64 lata) w 2010 r.<sup>10</sup>.

W tym świetle należy rozpatrzyć dwie projekcje aktywizacji ludzi starszych.

Jeżeli chodzi o punkt wyjścia to docelowe wskaźniki przyjęte w Strategii Lizbońskiej nie będą przez Polskę osiągnięte do 2010 r. ze względu na niezwykle niski ich poziom w roku bazowym.

Rządową projekcję, czyli pierwszą projekcję przedstawia „Strategia rozwoju kraju, 2007–2015”, przyjęta przez Radę Ministrów w listopadzie 2007 r. (s. 47), zakłada się w niej następujące wskaźniki docelowe:

Wskaźnik	Wartość wskaźnika w roku bazowym (2005)		Polska Zakładana wartość wskaźnika	
	UE 25	Polska	2010	2015
Wskaźnik zatrudnienia: (%)				
osób w wieku 15–64 lata	63,8	53,0	57,0	62,0
kobiet w wieku 15–64 lata	56,3	47,0	51,0	53,0
osób w wieku 55–64 lata	42,5	29,1	31,0	38,0
osób niepełnosprawnych	38,0	13,7*	18,0	25,0
Stopa bezrobocia osób w wieku 15–24 lata (%)	18,5	34,6	26,0	18,0

<sup>10</sup> Europejska strategia pełnego zatrudnienia i lepszej pracy dla wszystkich. Decyzja Rady z dnia 22 lipca 2003 r. (2003/578/UE).

Strategia rządowa przewiduje więc bardzo niewielki wzrost wskaźnika zatrudnienia ludzi starszych z 29,1% w 2005 r. do 31% w 2010 r. i 37% w 2015 r. Oznacza to, że jeszcze w 2015 r. wskaźnik zatrudnienia w Polsce będzie o 5,6 pkt. proc. niższy niż średni w krajach UE w 2005 r.

Na tym tle przedstawić można inną projekcję o charakterze autorskim. W tym celu opracowałem alternatywną prognozę wzrostu zatrudnienia ludzi starszych, która umożliwiałaby osiągnięcie docelowego wskaźnika zatrudnienia w 2015 r., ustalonego przez Strategię Lizbońską (50%) na 2010 r., czyli z pięcioletnim opóźnieniem. Według tej projekcji zatrudnienie osób w wieku 55–64 lat powinno zwiększyć się z 1 162 tys. w 2005 r., do 2 792 tys. w 2015 r. (tabela 6).

Tabela 6. Prognoza ludności w wieku 55–64 lata i projekcja zatrudnienia do 2015 r.

Rok	Ludność w wieku 55–64 (w tys.)	Wskaźnik zatrudnienia w % Projekcja:		Zatrudnienie osób w wieku 55–64 (w tys.)		Przyrost zatrudnienia osób w wieku 55–64 (w tys.)		
		(a)	(b)	(a)	(b)	okres	(a)	(b)
Rok bazowy 2005	3994	29,1	29,1	1162	1162	x	x	x
Projekcja 2010	5243	31,0	36,0*	1625	1887	2006–2010	463	725
2015	5585	38,0	50,0**	2122	2792	2011–2015	497	905
Przyrost w tys. 2006–2015	1591	x	x	960	1630	x	x	x

(a)- rządowa; (b) - autorska

\* Średnia dla 15 krajów UE w 1995 r. (15 lat opóźnienia).

\*\* Średnia dla 25 krajów UE przyjęta w Strategii Lizbońskiej na 2010 r. (5 lat opóźnienia).

Źródło: Obliczono na podstawie: GUS, Prognoza demograficzna na lata 2003–2030, Warszawa 2004.

Według tej projekcji wskaźnik zatrudnienia osób starszych w 2010 r. powinien osiągnąć 36%, a przyrost zatrudnienia 725 tys.

osób. W 2015 r. powinniśmy w tym celu osiągnąć wskaźnik zatrudnienia przewidziany przez Strategię Lizbońską na 2010 r. dla 27 krajów UE (opóźnienie pięcioletnie). Łączny przyrost zatrudnienia osób starszych do 2015 r. powinien wynieść 1,6 mln, czyli prawie dwukrotnie więcej niż zakłada projekcja rządowa. Szybszy wzrost zatrudnienia osób starszych jest niezbędny z ważnych powodów, które przedstawiono wyżej.

Czy osiągnięcie takiego wzrostu zatrudnienia aktywizacji zawodowej ludzi starszych (55-64), emerytów i rencistów będzie możliwe w dużym stopniu zadecyduje system zachęt. Ale występują bariery na tej drodze. Stąd problem ten wymaga oceny.

Polskie regulacje prawne nie stwarzają większych barier zatrudnienia emerytów i rencistów. Ustawa o emeryturach i rentach<sup>11</sup> stwierdza, że emeryci, którzy ukończyli 60 lat (kobiety) lub 65 lat (mężczyźni) mogą podejmować pracę zarobkową bez żadnych ograniczeń (art. 103). W odniesieniu do pozostałych emerytów (tzw. wczesnych) ustawa wprowadziła pewne ograniczenia dochodowe: w razie osiągnięcia przychodu w kwocie przekraczającej 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia<sup>12</sup>, ostatnio ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, świadczenie ulega zmniejszeniu o kwotę przekroczenia<sup>13</sup>.

Ustalono jednak maksymalne kwoty zmniejszeń, które wynoszą:

- a) dla emerytury i renty z tytułu całkowitej niezdolności do prac – 413,37 zł,
- b) dla renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy – 310,05 zł,
- c) dla renty rodzinnej, do której uprawniona jest jedna osoba – 351,38 zł.

Jeżeli natomiast emeryt lub rencista osiągnie przychód przekraczający 130% przeciętnego wynagrodzenia, jego emerytura lub renta ulega zawieszeniu.

---

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z dnia 30 grudnia 1998 r., nr 162, poz. 1118).

<sup>12</sup> Aktualnie 1896,46 zł.

<sup>13</sup> Ustawa o emeryturach i rentach, art. 104, pkt 8.

W przypadku osób dorabiających do zasiłków i świadczeń przedemerytalnych dopuszczalna kwota przychodu wynosi 1190 zł miesięcznie, a graniczna kwota wynosi 1662 zł.

Ocena skuteczności tych zachęt i ograniczeń jest utrudniona, gdyż o zatrudnieniu emerytów nie decydują tylko emeryci, ale głównie przedsiębiorcy. W 1995 r. pracowało legalnie 304 tys., a w 2005 r. już tylko 222 tys. emerytów i rencistów, czyli 2,8% zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w pełnym i niepełnym wymiarze czasu; najwyższy udział zatrudnienia emerytów odnotowano w obsłudze nieruchomości i firm (9,8%) i w ochronie zdrowia (3%)<sup>14</sup>.

Liczba pracujących emerytów i rencistów według BAEL (Badania aktywności ekonomicznej ludności) jest w Polsce także bardzo niska. W 2006 r. pracowało (według BAEL) 339 tys. emerytów i rencistów. Stanowiło to tylko 2,3% ogólnej liczby pracujących w gospodarce narodowej. Co więcej, od wielu lat obserwujemy malejącą liczbę pracujących emerytów i rencistów. W 1992 r. pracowało 764 tys. osób, w 1998 r. jeszcze 604 tys. osób<sup>15</sup>. Liczba pracujących emerytów i rencistów obniżyła się mniej więcej o połowę.

Jest rzeczą naturalną, że część emerytów i rencistów podejmuje pracę także w szarej strefie. W 2004 r. w szarej strefie pracowało w Polsce ogółem 1317 tys. osób, a 33% miało 45 lat lub więcej<sup>16</sup>. Według moich przybliżonych szacunków około 22% pracujących w szarej strefie, czyli blisko 300 tys. osób, to emeryci i renciści. A więc liczba pracujących w szarej strefie była zbliżona do liczby emerytów i rencistów pracujących legalnie.

Badanie GUS ujawnia pięć powodów podejmowania pracy nie rejestrowanej przez emerytów i rencistów (w wieku 60 lat lub więcej). Są to:

- a) brak możliwości znalezienia pracy rejestrowanej (63% wskazań),

<sup>14</sup> GUS, Roczniki Statystyczne 2001 i 2006.

<sup>15</sup> GUS, Aktywność Ekonomiczna Ludności Polski 1993–2006 (dane za IV kwartał).

<sup>16</sup> GUS, *Praca nierejestrowana w Polsce w 2004 r.*, Warszawa 2005.



- b) niewystarczające dochody (49%),
- c) wysoka składka ubezpieczeniowa (emerytalna i rentowa – 17%),
- d) podatki zniechęcające do rejestrowania dochodów,
- e) możliwość utraty niektórych dochodów i świadczeń (np. możliwość zmniejszenia lub utraty całej emerytury).

Spośród blisko 6 mln osób pobierających emerytury i renty z ZUS, co najmniej co czwarty mógłby pracować. Oznacza to mniej więcej 1,5 mln dodatkowych pracowników. Powrót takiej armii emerytów i rencistów do czynnego życia zawodowego może wyeliminować wiele pojawiających się obecnie niedoborów pracowników, szczególnie mających wykształcenie zawodowe, zasadnicze i średnie. Aktywizacja emerytów i rencistów wymaga usunięcia wszystkich barier i stworzenia mocnych zachęt do podejmowania przez nich pracy, a także dla przedsiębiorców, aby sięgnęli po ten wielki potencjał ludzki. Powstaje więc pytanie, jakie uruchomić środki, aby zwiększyć znacząco zatrudnienie ludzi w starszym wieku?

### 3. Siedem głównych elementów programu

W projekcie przyszłego programu trzeba uwzględnić co najmniej 7 głównych jego części składowych.

#### a) Zwiększenie dostępności miejsc pracy dla osób starszych

W ostatnich dwóch latach nastąpiła radykalna poprawa na rynku pracy w Polsce. Zmniejszyło się bezrobocie. Zwiększyła się liczba dostępnych miejsc pracy, a więc poprawiły się także warunki zatrudnienia ludzi starszych. Jednakże wskaźniki zatrudnienia osób w wieku 55–64 lat nie tylko nie wzrosły, ale spadły z 29,1% w 2005 r. do 28,1% w 2006 r. Trzeba pamiętać, że sytuacja na rynku pracy w Polsce jest wielce zróżnicowana. W 2007 r. w 80 powiatach stopa bezrobocia przekroczyła 20%, a więc była wysoka. Z kolei także w 80 powiatach stopa bezrobocia była niższa niż 10%.

Jak pogodzić te dane z rosnącym niedoborem fachowców na rynku pracy, na który wskazują powszechnie przedsiębiorcy? Odpowiedź na to pytanie nie nasuwa szczególnych trudności. Na polskim rynku pracy występują zawody nadwyżkowe i deficytowe. Do niedawna, gdy ogólne bezrobocie przekraczało 3 mln osób, niemal wszystkie zawody miały charakter nadwyżkowy. W ostatnim okresie zwiększa się liczba zawodów deficytowych. Sondaż wskazuje liczne zawody nadwyżkowe. W urzędach pracy na jedną ofertę pracy dla ekonomisty było 8 chętnych. Na jedną ofertę dla asystenta ekonomisty aż 25 chętnych. Natomiast zmieniła się radykalnie sytuacja w zawodach robotniczych. Na jednego robotnika budowlanego czekały 3 oferty pracy, na jednego tynkacza – 73 oferty pracy, na murarza budowlanego – 3 oferty, na piekarza – 2 oferty, na jednego kierowcę samochodu ciężarowego – 50 ofert pracy.

Skąd więc biorą się niedobory pracowników w warunkach ponad 11% bezrobocia? Wydaje się, że procesy, które się pojawiły na rynku, tworzą swoisty syndrom polskiego rynku pracy. Na ten syndrom składają się trzy procesy:

W ostatnich latach przeciętna liczba pracujących w gospodarce narodowej zwiększyła się o 208 tys. osób (w przeliczeniu na pełne etaty). Z badań popytu na pracę wiemy, że aż 65%-70% wzrostu zatrudnienia koncentruje się na robotnikach wykwalifikowanych i technikach.

W okresie ostatnich trzech lat pracę za granicą podjęło dodatkowo 1,164 mln Polaków. Według szacunku, 75%-80% emigrantów zarobkowych ma wykształcenie zawodowe (zasadnicze i średnie), co zwiększyło drenaż polskiego rynku pracy z fachowców (szczególnie dotyczy to robotników budowlanych).

Najwyższy wpływ na powstałe dysproporcje miała reforma edukacyjna, którą realizuje się konsekwentnie od 2000 r. Autorzy reformy założyli, że tylko 20% absolwentów gimnazjów powinno kończyć szkoły zawodowe, a 80% szkoły ogólnokształcące. Proporcje te nie mają odpowiednika w innych krajach. Są więc fikcją. W krajach UE 60% absolwentów szkół podstawowych lub gimnazjalnych kończy szkoły zawodowe, w Niemczech – 77%,

w Szwajcarii, Austrii, na Węgrzech i w Czechach ponad 70%. Ale polską reformę realizowano konsekwentnie. W latach 2000-2006 zlikwidowano 4541 szkół zawodowych, tj. 45% stanu z 2001 r. Liczbę uczniów zasadniczych szkół zawodowych zmniejszono z 542 tys. w roku szkolnym 2000/01 do 232 tys., w 2006 r., tj. 57%, o ponad 60% zmniejszono liczbę uczniów szkół budowlanych. Z kolei liczbę uczniów techników zmniejszono z 964 tys. do 503 tys., tj. o 48%. Spowodowało to odpowiedni spadek liczby absolwentów w warunkach rosnącego popytu krajowego i zagranicznego na ich kwalifikacje i pracę.

Drogi wyjścia z tej sytuacji zidentyfikowano w opracowanym programie zwiększenia liczby dostępnych miejsc pracy. Osiągnięcie celów Strategii Lizbońskiej wymaga bowiem utworzenia do 2010 r. co najmniej 1 miliona nowych miejsc pracy (netto).

W ramach tego programu zakłada się uruchomienie 14 programów szczegółowych umożliwiających tworzenie nowych, atrakcyjnych miejsc pracy w gospodarce i zmniejszenie tempa wzrostu emigracji zarobkowej<sup>17</sup>. Utworzenie do 2010 miliona nowych miejsc pracy zwiększyłoby zapotrzebowanie na pracę także dla ludzi w wieku przedemerytalnym i umożliwiłoby powrót wielu z nich na rynek pracy.

#### b) Poprawa kwalifikacji i szans zatrudnienia osób starszych

Z wielu badań i analiz wynika, że ludzie starsi z dużym doświadczeniem zawodowym, napotykać bariery nowoczesnej wiedzy, umiejętności poruszania się w warunkach gospodarki opartej na wiedzy i społeczeństwa informacyjnego. Ich poziom formalnego wykształcenia jest niższy niż młodszych pokoleń. Wśród pracujących w wieku 55-64 lata aż 21,5% ma wykształcenie podstawowe, a tylko 6% w grupie wieku 25-44 lata. Z drugiej strony, ponad 50% osób starszych (55-64 lata) ma wykształcenie zasadnicze lub średnie zawodowe, na które istnieje rosnący popyt na rynku pracy.

<sup>17</sup> Szerzej M. Kabaj, *Założenia umowy społecznej w zakresie tworzenia miejsc pracy*, w: *Umowa społeczna, gospodarka, praca, rodzina, dialog*, red. J. Wratny IPiSS, 2006.

Co czwarta osoba w tym wieku ma wykształcenie wyższe. Jest to więc ważny potencjał wykształcenia, kwalifikacji i doświadczenia.

Szczególną rolę w zwiększaniu szans zatrudnienia ludzi starszych może odegrać szkolenie i kształcenie ustawiczne w systemie pozaszkolnym. Liczba pracujących objętych szkoleniem jest w Polsce znacznie mniejsza niż w innych krajach OECD. Tabela 5 obejmuje osiem krajów które publikują informacje o liczbie objętych kształceniem (szkoleniem) ustawicznym w okresie roku poprzedzającym badanie. Największą rangę kształceniu ustawicznemu nadaje Finlandia (46%), Szwajcaria (38%), USA (38%) i Norwegia (37%). W krajach tych pracujący mają szanse przeszkolenia (przekwalifikowania raz na 2 do 3 lat. W Polsce szanse te mają pracujący raz na 6 lat.

Tabela 7. Procent pracujących objętych kształceniem ustawicznym (Job-related training) w gospodarce w wybranych krajach\*

Kraj	Grupy wieku				
	15-24	25-34	35-44	45-64	ogółem
Finlandia	.	51	49	40	46
Francja	.	43	27	11	27
Kanada	.	32	35	23	30
Niemcy	.	33	29	21	27
Norwegia	.	40	42	30	37
Szwecja	.	36	33	41	36
Szwajcaria	.	42	41	34	38
USA	.	37	43	33	38
Polska**	39	15	11	8	15

\* Procent pracujących objętych doksztalcaniem (job-related training) w okresie roku poprzedzającego badanie.

\*\* 2005 r.; szacunek własny na podstawie GUS, Aktywność ekonomiczna ludności Polski w IV kwartale 2005 r.

Źródło: OECD, Education and Employment, Paris 1999, s. 51.

Wyniki badań sugerują, że odsetek uczestniczących w kształceniu ustawicznym w wieku mniej mobilnym (45-64)

zmniejsza się, ale nie w sposób znaczący. Średnio obniża się on z 35% do 29%. W Polsce szanse przeszkolenia osób w wieku mniej mobilnym są dwukrotnie niższe niż średnie. Jedynie co ósmy pracujący ma szanse przeszkolenia w ciągu roku, w pozostałych krajach – co trzeci. Istnieje ścisły związek między odsetkiem pracowników uczestniczących w kształceniu ustawicznym, a średnią rzeczywistą wieku przechodzenia na emeryturę oraz wskaźnikiem zatrudnienia osób starszych. Większość krajów o wysokim udziale kształcenia ustawicznego osób starszych należy do pierwszej (najwyższej) grupy aktywności zawodowej. Kraje te prowadzą politykę aktywizacji osób starszych (utrzymanie wysokich wskaźników zatrudniania osób starszych i zniechęcenie do przechodzenia na wcześniejsze emerytury – szerzej patrz załącznik 2).

### c) Zwiększenie roli urzędów pracy

W ramach rządowego programu aktywizacji ludzi w wieku 50 i więcej lat przewidziano zwiększenie środków na szkolenia i kształcenie ustawiczne. Poza tym bezrobotnym powyżej 50. roku życia urząd pracy powinien w okresie 6 miesięcy przedstawić propozycję zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, szkolenia, zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych lub robót publicznych (art. 50 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz.U. z dnia 1 maja 2004 r., nr 99).

Ułatwienia te byłyby korzystne dla ludzi starszych, gdyby je realizowano w praktyce, ale w szerszym zakresie.

Liczba zarejestrowanych bezrobotnych powyżej 50. roku życia we wrześniu 2007 r. wynosiła 375 tys. Stopa bezrobocia była zbliżona do średniej dla całej populacji bezrobotnych (11,6%). Istnieje kilka powodów, aby tę grupę bezrobotnych traktować w sposób szczególny.

Według szacunków, opartych na danych urzędów pracy, można oceniać, że tylko 12% zarejestrowanych bezrobotnych w wieku 50 i więcej lat otrzymało ofertę aktywizacji zawodowej

w okresie 6 miesięcy<sup>18</sup>. Był to niezwykle niski stopień realizacji tej ustawowej zasady.

Powstaje pytanie – jak to jest możliwe, że ustawowe obowiązki władz publicznych nie były w dostatecznym stopniu realizowane? Odpowiedź na to pytanie może być związana z tym, że urzędnicy byłego Ministerstwa Gospodarki i Pracy (MGiP) poprawili tę ustawę „w drodze interpretacji”. W dokumencie powielonym pt. „Pytania i odpowiedzi” dotyczącym ustawy (z dnia 20.04.2004 r.)<sup>19</sup> „złagodzone” te zapisy w następujący sposób: „zwrot powinien należeć jako pewne wskazanie dla powiatowych urzędów pracy, nie jest to podstawa do ewentualnych roszczeń wobec urzędu pracy” (s. 22). W ten sposób MGIP poinformowało urzędy pracy w Polsce, że mogą, ale nie muszą realizować wytycznych ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy!

Aby zwiększyć zatrudnienie osób starszych, urzędy pracy powinny spełnić trzy warunki.

Pierwszy to powinny być zobowiązane do przedstawiania bezrobotnym w wieku 50 i więcej lat oferty aktywizacji w okresie 6 miesięcy. Odsetek bezrobotnych objętych tą zasadą powinien osiągnąć do 2010 r. 80%–90%, tak jak w innych krajach „starej” UE;

Drugi to – objęcie szkoleniami co najmniej 50% bezrobotnych w tym wieku i organizowanie tych szkoleń na podstawie trójstronnych umów szkoleniowych, tzn. w ścisłej współpracy z pracodawcami;

Trzecie to – głęboka reforma urzędów pracy. Trzeba dokonać zmian strukturalnych tak, aby co najmniej 50% pracowników zajmowało się pośrednictwem pracy i poradnictwem zawodowym.

---

<sup>18</sup> Warto dodać, że w krajach „starej” Unii 80–90% bezrobotnych otrzymuje oferty pracy zgodnie z wytycznymi Traktatu Amsterdamskiego (tzn. w okresie 6 miesięcy).

<sup>19</sup> MGIP, Departament Rynku Pracy, Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Pytania i odpowiedzi. Stan prawny na dzień 30.09.2004 r.

Wtedy zaś konstytucyjne prawo obywateli do doradztwa zawodowego będzie realizowane.

#### **d) Usunięcie barier prawnych zatrudnienia ludzi starszych**

Jedną z barier zatrudniania osób starszych jest rozszerzenie (uszczywnienie) ochrony pracowników w wieku przedemerytalnym przed zwolnieniem z pracy. Do końca maja 2004 r. obowiązywała zasada, że pracodawca nie może wypowiedzieć umowy o pracę pracownikowi, któremu brakuje nie więcej niż 2 lata do nabycia prawa do emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Kodeks pracy, art. 39).

Od 1 czerwca 2004 r. okres ochronny zwiększono do czterech lat, a więc pracodawca nie może zwolnić kobiety wieku 55–59 lat, a mężczyzny w wieku 60–64 lata. Z tych powodów pracodawcy niechętnie przyjmują do pracy osoby starsze, które zbliżają się do akcentowanego wyżej wieku przedemerytalnego. Warto dodać, że ochrona osób w wieku przedemerytalnym nie jest stosowana w razie ogłoszenia upadłości lub likwidacji firmy (art. 41). Łagodzą to nieco negatywny wpływ nadmiernej ochrony przed zwolnieniem. Jednakże czteroletnia ochrona pracowników w wieku przedemerytalnym jest głównym czynnikiem ograniczającym szanse zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata. Trzeba ten przepis zmienić, jeżeli chcemy zwiększyć zatrudnienie osób starszych.

#### **e) Elastyczna granica wieku emerytalnego – zachęty dla osób starszych**

Analizy porównawcze ustawowego i rzeczywistego wieku przechodzenia na emeryturę sugerują, że w większości krajów występują różne formy wcześniejszych lub opóźnionych emerytur (patrz załącznik 3). Jest to ważne z punktu widzenia indywidualnych możliwości i zdolności do pracy, preferencji itd. Jest to także korzystne dla gospodarki. Następuje bowiem naturalna selekcja pracowników z punktu widzenia zdolności i motywacji do dalszej pracy.

W Polsce nie trzeba przedłużać ustawowego wieku emerytalnego, aby zwiększyć zatrudnienie osób starszych. Należy jednak

zmienić przepisy regulujące i motywujące do wcześniejszej lub opóźnionej emerytury.

Osoby, które osiągają ustawowy wiek emerytalny powinny być zachęcane do przedłużenia aktywności zawodowej przez zwiększenie przyszej emerytury, nie tylko dzięki większej liczbie lat pracy, ale także przez zwiększenie jej przyrostu, np. z 1,3% do 3% lub 5% za każdy dodatkowy rok pracy. Natomiast osoby odchodzące na wcześniejsze emerytury (poza górnikami i niektórymi nielicznymi grupami zawodów) powinny uzyskiwać emeryturę obniżoną np. o 3%–5% za każdy rok wcześniejszej emerytury<sup>20</sup>. Stworzy to naturalną motywację do przedłużenia aktywności zawodowej ludzi starych, niezwykle ważną w warunkach mniejszego przyrostu (lub spadku) zasobów pracy.

Należy także całkowicie zwolnić osoby starsze, szczególnie po osiągnięciu wieku emerytalnego, z płacenia składki rentowej. Składka ta nie ma uzasadnienia, gdyż osoba, która uzyskała prawo do emerytury i nadal pracuje, nigdy nie uzyska renty, więc składka ta nie ma odpowiednika w potencjalnych korzyściach.

#### **f) Zachęty dla przedsiębiorców**

Wzrost zatrudnienia ludzi starszych zależy nie tylko od ich postaw, aktywności, ale także od przedsiębiorców; od tego, czy będą zainteresowani zwiększeniem zatrudnienia tej grupy osób. Szczególne znaczenie mogą mieć następujące 3 działania.

Pierwsze to – zwolnienie pracodawców z płacenia składki rentowej za ludzi w wieku emerytalnym.

Drugi to – zwolnienie z płacenia składki na Fundusz Pracy za osoby zatrudnione w wieku 55 lat i więcej.

Trzecie to – pokrywanie w całości kosztów przekwalifikowania i szkolenia osób starszych przez urzędy pracy. Szkolenie powinno być organizowane głównie na podstawie trójstronnych

---

<sup>20</sup> Podobne rozwiązania wprowadzono ostatnio w niektórych krajach UE; na przykład w Finlandii osobom pracującym powyżej minimalnego wieku emerytalnego emerytura zwiększa się o 4,5% za każdy rok pracy („European Journal of Social Security” 2005, nr 3, s. 227–250).

umów szkoleniowych. Obecnie tylko 10% szkoleń jest organizowanych w tej formie i dlatego ich efektywność jest niska.

### **g) Elastyczne formy zatrudnienia osób starszych**

Ludziom starszym przechodzącym na emeryturę należy stworzyć większe szanse miękkiego lądowania (soft landing). W większym niż obecnie stopniu trzeba rozwijać elastyczne formy zatrudnienia: pracę w niepełnym wymiarze czasu, pracę na czas określony, pracę na zlecenie itp. Należy utrzymać zasadę nie ograniczania możliwości pracy po osiągnięciu pełnego wieku emerytalnego. Ma to także tę zaletę, że osoby te będą ciągle płacić składki emerytalne i podatki.

\*

Przedstawiony wyżej program działania wymaga zdecydowanej woli politycznej decydentów i determinacji i konsekwencji w jego realizacji, szeregu zmian legislacyjnych rozszerzających ukierunkowane na ten cel zachęty ekonomiczne i społeczne i stworzenie sprzyjającego temu klimatu. Jest to jednak możliwe i realne jeżeli taki wysiłek zostanie uruchomiony.

Prof. dr hab. Mieczysław Kabaj  
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych



## Załącznik 1

## Prognoza ludności Europy według wieku do 2030 r.

Ludność w wieku	2005		2010		2020		2030		Przyrost (2006– 2030)	
	w mln	w %	w mln	w %	w mln	w %	w mln	w %	w mln	w %
A. 14 lat i mniej	115	15,8	111	15,3	107	15,0	101	14,5	-14	-12,2
B. 15–64 lata	497	68,3	497	68,5	471	66,0	437	62,6	-60	-12,1
C. 65 lat i więcej	116	15,9	118	16,2	136	19,0	136	22,9	+44	+37,9
Ogółem	728	100,0	726	100,0	714	100,0	698	100,0	-30	-4,1

Źródło: Obliczono na podstawie: GUS, Rocznik Statystyki Międzynarodowej 2006, Warszawa 2007, s. 58.

## Załącznik 2

## Zachęty do zatrudniania ludzi starszych w wybranych krajach

W większości krajów OECD i UE, niezależnie od sytuacji na rynku pracy, rządy zachęcają do przedłużania aktywności zawodowej osoby starsze. Panuje przekonanie, że osoby te mają wieloletnie doświadczenie zawodowe, są zdyscyplinowane i nie są już obciążone wychowywaniem dzieci. Stanowią więc bezcenny kapitał ludzki, który trzeba w optymalnym stopniu wykorzystać dla rozwoju społeczno-gospodarczego. Co więcej, zatrudnienie osób starszych zmniejsza wydatki na zasiłki, pomoc społeczną; zwiększa podatki i składki, a także pobudza dodatkowo popyt na dobra i usługi. Oto kilka przykładów stosowania zachęt do zatrudnienia ludzi starszych<sup>1</sup>.

Austria: Zniesiono składkę na ubezpieczenie od bezrobocia opłaconą przez osoby powyżej 55. roku życia. Od 2000 r. rząd rekompensuje co najmniej 50% utraconego dochodu osób starszych pracujących w niepełnym wymiarze czasu.

Belgia: Od 1996 r. pracodawcy, którzy zatrudnią osoby w wieku powyżej 50 lat, które były bezrobotne co najmniej sześć miesięcy, mogą żądać obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne 50% w okresie pierwszego roku zatrudnienia tych osób, następnie 25% bez ograniczenia czasu.

Dania: Wśród krajów UE najwyższe wskaźniki zatrudnienia osiągnęła Dania: ogólny wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata wyniósł prawie 60%; pracowało aż 67% mężczyzn w tym wieku i 53% kobiet (w UE-15 46%). W latach 2000–2001 wprowadzono w sektorach publicznych zachęty dla przedsiębiorców do zatrudniania osób starszych (powyżej 48. roku życia, długotrwale bezrobotnych) w wysokości około 16 tys. USD.

Finlandia: Prywatne i publiczne firmy mogą otrzymać dotację na zatrudnienie osób bezrobotnych w wieku 55–59 lat.

Francja: W ramach Contrat Initiative Emploi (CIE) istnieją dodatki dla przedsiębiorców, którzy zatrudniają osoby bezrobotne w wieku powyżej 50. roku życia. Dotacje umożliwiają zwolnienie przedsiębiorstw ze składki na ubezpieczenie społeczne w okresie 24

<sup>1</sup> Opracowano na podstawie: OECD, *Employment Outlook*, Paris 2003, s. 164 i dalsze.

miesiący. W przypadku osób bezrobotnych dłużej niż 12 miesięcy w wieku 50–64 lata dotacje wypłacane są przez cały okres.

Niemcy: Wprowadzono zachęty do zatrudniania starszych pracowników (w wieku 55 lat i więcej). Pracodawcy są zwolnieni z płacenia składki na ubezpieczenie od bezrobocia (3,25%). Wprowadzono także (w 2002 r.) zachęty do szkolenia osób w wieku powyżej 50 lat. Koszt szkolenia tych osób pokrywa w całości Federalny Instytut Zatrudnienia. Program jest adresowany głównie do pracowników pracujących w małych i średnich firmach o zatrudnieniu do 100 osób.

Grecja: Firmy zatrudniające pracowników w wieku 55 lat lub więcej otrzymują dotację przez okres 12 miesięcy.

Włochy: Pracodawcy zatrudniający starszych pracowników są zwolnieni z płacenia składki na ubezpieczenie społeczne przez okres 12 miesięcy.

Hiszpania: Od 1997 r. pracodawcy zatrudniający pracowników w wieku powyżej 45 lat płacą niższą składkę na ubezpieczenie społeczne.

Szwecja: W 2000 r. wprowadzono program „Special Employment Subsidies”, który umożliwia wypłacanie w okresie 24 miesięcy 75% kosztów pracy do maksymalnej kwoty około 65 USD dziennie lub 1300 USD miesięcznie.

Wielka Brytania: Wprowadzono program pod nazwą „New Deal 50 plus”. Osoby w wieku 50 lat lub więcej otrzymują dotacje przez okres 6 miesięcy lub więcej. Dotacja wynosi tygodniowo GBP 75 dla każdego pracownika objętego programem, zatrudnionego w pełnym wymiarze (30 godzin tygodniowo) i GBP 50 zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu (16–29 godzin) w okresie sześciu miesięcy.

Japonia: Rząd japoński wprowadził różne zachęty dla starszych pracowników, realizowane w ramach Ustawy stabilizującej zatrudnienie starszych pracowników. Zachęty mogą otrzymać przedsiębiorstwa, które zatrudniają pracowników po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego (60 lat) albo zatrudniają starszych pracowników. Wysokość dotacji, które otrzymują przedsiębiorcy, waha się od 2300–4500 USD rocznie. Pracodawcy, którzy opóźniają okres przejścia na emeryturę swoich pracowników, mogą otrzymać od 300 tys. do 500 tys. jenów w okresie pięciu lat.

## Załącznik 3

### Możliwości przejścia na wcześniejszą emeryturę i łączenia jej z pracą w wybranych krajach

W większości krajów Europy istnieją dwie granice przechodzenia na emeryturę: (1) wiek minimalny i (2) wiek przejścia na pełną emeryturę, co ilustruje tabela 1. Między jedną a drugą granicą mieści się pole swobodnego wyboru.

Tabela 1. Okres przechodzenia na wcześniejsze emerytury w wybranych krajach

Kraj	Wiek minimalny	Wymagany staż pracy	Wiek maksymalny (przejście na pełną emeryturę)
1. Austria (1993)	61,5 (M) 56,5 (K)	37,5	65
2. Belgia (2001)	55 (M i K)	25	65
3. Dania (1994)	60–65	25	67
4. Finlandia (1989)	58	15	65
5. Francja (1996)	55	25	60
6. Hiszpania (1984)	60	30	65
7. Niemcy (1996)	55	36	65
8. Niderlandy (1980)	60	36	65
9. Norwegia (1997)	62	10	65

Źródło: OECD, Employment Outlook, Paris 2003, s. 161–163.

W wielu krajach UE prowadzi się politykę łączenia niepełnej (wczesnej) emerytury z zatrudnieniem w niepełnym wymiarze czasu. Oto niektóre przykłady owego łączenia.

Austria: Na wcześniejszą niepełną emeryturę można przejść w wieku. 61,5 lat (mężczyźni) i 56,5 (kobiety) równocześnie pracując w niepełnym wymiarze czasu (40% do 60% normalnego czasu pracy). Program kończy się po osiągnięciu przez pracownika 65. roku życia.

Belgia: Od 1994 r. wprowadzono możliwość uzyskania wcześniejszej emerytury połączonej z zatrudnieniem w wymiarze pół pełnego etatu. Z możliwości tej mogą skorzystać osoby, które osiągnęły 55. rok życia i przepracowały co najmniej 25 lat.

Dania: Wcześniejsza emerytura w wieku 60–65 lat, po 25 latach zatrudnienia. Zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu. Zmienna liczba godzin pracy. Proporcjonalna wcześniejsza emerytura i wynagrodzenie za zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu lub wolne od opodatkowania wynagrodzenie, jeżeli pracownik opóźni w całości wcześniejszą emeryturę.

Finlandia: Prawo do wcześniejszej emerytury w wieku 58 lat (do 65. roku życia) i zatrudnienie do 16–28 godzin tygodniowo bez znaczącego zmniejszenia emerytury.

Francja: Wcześniejsza emerytura w wieku 55 lat, po 25 latach pracy w sektorze publicznym, zatrudnienie w wymiarze 50% czasu pracy i wynagrodzenie 30% płacy podstawowej.

Hiszpania: Wcześniejsza emerytura w wieku 60 lat po 30 latach pracy; zatrudnienie w wymiarze 50% godzin pracy. Emerytura zmniejszona, proporcjonalna do redukcji godzin pracy.

Holandia: Stopniowe przechodzenie na emeryturę (świadczenie w zmniejszonej wysokości) i zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu, wymagany wiek – 60 lat.

Niemcy: Wcześniejsza emerytura i zmniejszenie godzin pracy do 50%, wiek 55 lat, staż pracy 36 lat. Praca w wysokości co najmniej 70% poprzedniego pełnego wynagrodzenia. Pracodawca zatrudniający nowych starszych pracowników otrzymuje rekompensatę, stanowiącą różnicę między aktualną liczbą godzin (50%) i płacą (70%) i 90% składki płaconej przez pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu w okresie do sześciu lat.

Norwegia: Częściowa emerytura w wieku 62 lat, zatrudnienie w zmniejszonej liczbie godzin.

## **INTERNET A POPULACJA OSÓB STARSZYCH**

Szeroką ekspansję internetu zapoczątkowało utworzenie w 1989 roku World Wide Web, czyli światowej sieci. Jej wynalazca Timothy Berners-Lee opracował ją dla Laboratorium Fizyki Cząstek Elementarnych (CERN) w Genewie. WWW umożliwia dostęp do dokumentów zwanych stronami WWW rezydującymi na serwerach na całym świecie [1, 2]. Dostępne w ten sposób pliki są plikami multimedialnymi zawierającymi tekst, obrazy graficzne, wideo, animacje i dźwięki. To właśnie stanowiło przełom w stosunku do sytuacji poprzedniej, gdy jedynym środkiem komunikacji w internecie był tekst. W 1993 roku powstała pierwsza przeglądarka sieci WWW Mosaic. Jej oprogramowanie opiera się na idei hiperłączy, które pozwalają na przenoszenie się w dowolnej kolejności pomiędzy stronami WWW.

Warto zacytować stwierdzenie T. Berners-Lee, który powiedział: „Siłą WWW jest jej uniwersalność. Dostęp przez każdego, niezależnie od rodzaju niesprawności, jest podstawowym atutem”[3].

Pierwsza zorganizowana obecność w internecie ludzi starszych miała miejsce już w 1986 roku, gdy w USA powstała sieć seniornet.com. Dziś ponad 60% Amerykanów powyżej 65 roku życia uważa, że Internet uczynił ich życie ciekawszym [4].

### **1. Internet dla osób starszych na świecie i w Polsce**

Według danych Eurostatu w Unii Europejskiej (UE) z internetu korzysta 18% osób w wieku emerytalnym [4]. W Norwegii odsetek ten wynosi 41%, w Niemczech 31%, Wielkiej Brytanii 28 %, a w Polsce jedynie 10%. UE przyjęła program e-Inclusion mający zwiększyć liczbę osób korzystających z internetu w grupach zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym emerytów.

Badania ankietowe przeprowadzone w Polsce dają różne wyniki w odniesieniu do liczby seniorów korzystających z Inter-

netu. Według badań Megapanel PBI/Gemius [5] tylko 3,71% to seniorzy, którzy przekroczyli 55 rok życia.

Wyniki tych badań wskazują jednak na bardzo ciekawą tendencję - mianowicie liczba seniorów aktywnych w sieci powoli, lecz systematycznie, rośnie i w ciągu ostatnich dwóch lat (2005-2006) zwiększyła się o 7%. Nie są to wprawdzie oszałamiające wielkości. Dla porównania w Wielkiej Brytanii z sieci korzysta 38,7% dojrzałych ludzi, zaś w będących światowym liderem technologii internetowych USA aż 67,3%. Prognozy dotyczące obecności naszych rodzimych seniorów w wirtualnym świecie są jednak bardzo optymistyczne. Szacuje się, że w ciągu najbliższych kilku lat liczba starszych internautów znacznie wzrośnie, bo w dojrzały wiek wejdą dzisiejsi 30, 40-latkowie, dla których komputer wraz z dostępem do sieci jest naturalnym elementem życia, analogicznie jak dla wcześniejszych pokoleń, radio czy książka.

Wspomniane wyżej badania Megapanel [5] definiują typowego polskiego internautę – seniora jako mężczyznę, mieszkającego w mieście, posiadającego wyższe wykształcenie i średnio zamożnego. Jego miesięczne dochody mieszczą się w przedziale 1000-2000 złotych. Statystyczny polski senior – internauta z siecią jest już wprawdzie nieco obeznany. Z internetem bowiem styka się już od kilku lat, ale dopiero na rencie lub emeryturze ma okazję do większej aktywności w sieci. Seniorzy w sieci poszukują bardzo szerokiego wachlarza informacji – aktualności z kraju i ze świata oraz informacji prawno-gospodarczych. Przeglądają także strony poświęcone budownictwu i nieruchomościom oraz kulinariom, motoryzacji i turystyce.

Obecnie w Polsce z internetu korzysta prawie trzykrotnie mniej osób prywatnych niż w najbardziej rozwiniętych krajach świata (np. w Szwecji 82% mieszkańców korzysta z internetu) [6]. Dostęp do internetu ma tylko ok. 24% gospodarstw domowych (na 41%, które są wyposażone w komputer). Ocenia się, że wskaźniki te są co najmniej trzykrotnie niższe dla terenów wiejskich i dla grupy wiekowej osób starszych. W ostatnich latach rozwój technologii IT w Polsce następował znacznie wolniej niż w innych krajach. W programach rządowych prawie zupełnie za-

pomniano o konieczności dotarcia w tym względzie do osób powyżej 50 lat, stanowiących przecież ponad 30% społeczeństwa. Brak dostępu do technologii IT będzie prowadził do pogłębienia społecznego wykluczenia tych ludzi. Dla przykładu w USA wskaźnik osób w wieku ponad 65 lat korzystających z internetu skoczył od 2000 roku o 47%, co czyni ta grupę najszybciej rosnącą grupą użytkowników. W 2004 ponad 22% Amerykanów w wieku powyżej 65 lat korzystało z tej technologii.

## **2. Możliwości wykorzystania internetu przez osoby starsze**

Można postawić pytanie co internet może zaofiarować osobom starszym. Istnieje tutaj szeroki zakres możliwości, z których najważniejsze można ująć w 7 punktach.

### **a) Przeciwdziałanie cyfrowemu wykluczeniu (ang. digital divide)**

Ludzie starsi są jedną z grup narażonych na wykluczenie cyfrowe, co oznacza, że mają utrudniony dostęp do technologii informatycznych (ICT), które w coraz większym stopniu upowszechniają się w wielu obszarach życia codziennego (urzędy, banki, zakupy, przekazywanie informacji) [7]. Ponieważ znajomość komputera staje się niezbędna, aby w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, Unia Europejska aktywnie wspiera programy umożliwiające osobom starszych zdobycie umiejętności korzystania z technologii informatycznych. Podejmowane są także działania mające na celu dostosowanie nowych technologii do potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych. Wiele barier i trudności można rozwiązać projektując sprzęt i oprogramowanie uwzględniając możliwości i ograniczenia osób mniej sprawnych (programy umożliwiające korzystanie z komputera i internetu osobom niedowidzącym czy niedosłyszącym, z ograniczoną sprawnością ruchową rąk itp.). W 2007 r. z inicjatywy UE spore środki zostały przeznaczone na wypracowanie rozwiązań w zakresie wykorzystania nowych technologii w organizacji opieki nad

osobami starszymi (technologie służące zachowaniu dobrej kondycji i zdrowia oraz umożliwiające seniorom niezależne życie).

W Europie działa sieć skupiająca 160 organizacji i instytucji z różnych krajów – EDeAN – Europejska Sieć na rzecz Projektowania dla Wszystkich i Dostępności Nowych Technologii (The European Design for All e-Accessibility Network). Zadaniem tej platformy jest przeciwdziałanie cyfrowemu wykluczeniu różnych grup, w tym seniorów. W Wielkiej Brytanii powstała natomiast Koalicja przeciw Wykluczeniu Cyfrowemu powołana przez firmy działające w obszarze nowych technologii i organizację Citizens Online. Koalicja podjęła m.in. działania, które mają zapewnić dostępność sprzętu (komputery, telefony komórkowe, telewizja) dla osób niepełnosprawnych i starszych. Opracowana została karta zasad e-Inclusion (włączenie do świata nowych technologii).

#### **b) Umożliwienie komunikacji z rodziną i znajomymi**

Samotność szczególnie dotyka ludzi starszych. Masowa emigracja ludzi młodych jeszcze bardziej pogłębia to zjawisko. Rozwiązaniem może być poczta elektroniczna (ang. e-mail), czy nowoczesne komunikatory (Gadu-Gadu, Skype), dzięki którym można bezpłatnie rozmawiać z ludźmi z całego świata. Obecnie dostępne oprogramowanie (Skype) pozwala na darmowe połączenie wideotelefoniczne.

#### **c) Zapewnienie telemonitoringu , zdalnej opieki domowej i telerehabilitacji (e-zdrowie)**

Cechą charakterystyczną państw wysokorozwiniętych jest stały wzrost populacji osób starszych. Zjawiskiem dominującym w tej populacji w aspekcie medycznym jest wielochorobowość, czyli jednoczesne występowanie wielu chorób przewlekłych (choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby układu oddechowego, cukrzyca i inne). Powoduje to, że leczenie osoby starszej wymaga podejścia kompleksowego i powinno być prowadzone przez lekarza, czy ośrodek, który ma wiedzę i doświadczenie w prowadzeniu leczenia osób starszych.



Dane z niektórych krajów wskazują, że leczenie chorób przewlekłych pochłania około 60% ogólnych kosztów opieki zdrowotnej. Dlatego tak istotna jest próba ograniczenia wzrostu kosztów w tej grupie społecznej. Jest to możliwe przez telemonitorowanie istotnych parametrów (tzw. życiowych), ocenę ich przez lekarza i odpowiednio wczesną interwencję. Jak wykazały badania takie postępowanie pozwala uniknąć zaostrzeń stanów chorobowych i hospitalizacji, co oczywiście obniża koszty opieki. Korzyści dla starszych pacjentów to łatwiejszy dostęp do opieki zdrowotnej i lepsza jakość tej opieki.

We współczesnym społeczeństwie polskim liczba ludzi w starszym wieku jest niewspółmiernie wielka w stosunku do liczby specjalistów geriatrów, czy liczby ośrodków mających doświadczenie w leczeniu osób starszych [8]. Wydaje się, że dostęp do tego typu specjalistów jest trudny nie tylko dla samych osób starszych, ale także dla lekarzy stykających się zawodowo z ludźmi starszymi. Zwiększenie dostępności do lekarzy geriatrów może być jednym z najlepiej ukierunkowanych działań programów e-zdrowia. Wiele problemów związanych z leczeniem konkretnych chorób, jak nadciśnienie czy cukrzyca, u osób starszych wynika z problemów z dotarciem do lekarza. Osoby starsze z założenia mniej sprawne ruchowo, często odkładają wizytę w przychodni i uzyskanie porady do ostatniego momentu, gdy dokuczający im problem zdrowotny uzyska natężenie większe niż próg niechęci do pokonania długiej i męczącej drogi do ośrodka zdrowia. Również bagatelizowanie problemu i niemożność uzyskania szybkiej i łatwej porady w odpowiednim czasie doprowadza do eskalacji konkretnych problemów zdrowotnych. Jeśli do tego dodamy obraz polskiej, przeciążonej pracą służby zdrowia, która nie jest w stanie zapewnić wszystkim osobom starszym rzetelnej i ciągłej opieki w domu, to łatwo dojdziemy do wniosku, że technologie ICT, które zapewnią pacjentowi częstszy kontakt z lekarzem, nie zmuszając osoby starszej do nadmiernego wysiłku, znacznie poprawią jego komfort życia.

Istotną rolę w tej dziedzinie może spełnić Telemonitoring. W przypadku użycia nowych technologii – jak wynika z doświad-

czeń wielu krajów UE – osoby starsze są początkowo niechętne wobec wszelkich urządzeń monitorujących, gdyż czują się obserwowane. Jednak wykazanie korzyści z monitoringu diametralnie zmienia sytuację i powoduje pełną akceptację podejmowanych działań [9]. Telemonitoring może być prowadzony wszędzie tam, gdzie osoby starsze lub ich rodziny mają dostęp do internetu [8]. Rozważając możliwości wykorzystania telemonitoringu domowego do poprawy jakości życia osób starszych wygodnie jest zrobić przegląd istniejących na rynku urządzeń. Z łatwo dostępnych rozwiązań w ofercie firm odnajdujemy systemy monitorujące z dziedziny:

- kardiologii (ciśnieniomierz, EKG, waga),
- diabetologii (glukometr),
- pulmonologii (pulsoksymetr, spirometr).

Z technicznego punktu widzenia każdy nowoczesny system telemonitoringu domowego musi składać się z kilku elementów:

- Urządzenie diagnostyczne wykorzystywane przez pacjenta,
- Łącze i urządzenie do transmisji danych (obecnie typowo urządzenia GSM – telefon komórkowy),
- Łącze do internetu,
- Centralna baza danych,
- Oprogramowanie klienckie pozwalające na łączenie z bazą i oglądanie wyników pomiarów używane przez lekarza zajmującego się pacjentem.

Wydaje się, że przy obecnym poziomie rozwoju internetu i aplikacji sieciowych niezasadne jest tworzenie dodatkowego oprogramowania po stronie klienta (architektura systemu informacyjnego typu klient-serwer) w ramach projektów, gdy przeglądarki stron www i same aplikacje internetowe mogą doskonale spełnić to zadanie spełniając normy bezpieczeństwa przy użyciu nowoczesnych, szyfrowanych protokołów transmisji danych.

Coraz bardziej rosnącą rolę odgrywa też telekonsultacja (zdalna opieka domowa)

Problemem, który w znacznym stopniu można rozwiązać przy użyciu zaawansowanej technologii ICT, jest utrudniony dostęp dla osób starszych i często niepełnosprawnych ruchowo nie

tylko do specjalisty, ale często także do lekarza rodzinnego [8]. Częściowo w rozwiązaniu tego problemu mogą pomóc technologie pozwalające na przesyłanie głosu i obrazu na odległość przez internet. Możliwość widzenia rozmówcy jest przy udzielaniu porady medycznej nieoceniona zarówno dla pacjenta jak i dla lekarza, który może dodatkowo dzięki temu zauważyć u pacjenta niepokojące objawy. Ta futurystyczna wydawałoby się wizja, jest znakomicie funkcjonującą rzeczywistością w bogatszych krajach, gdzie odległości do pokonania są dużo większe niż w Polsce. Podnoszony tu problem dehumanizacji kontaktów lekarz-pacjent nie zawsze jest do końca uzasadniony. Przedstawiona technologia jest znacznie lepszą alternatywą w stosunku do samego telefonu i nie ma na celu zastąpienia osobistego kontaktu lekarza z pacjentem, a tylko zapewnienie pacjentowi lepszej drogi do uzyskania drobnej porady, co pozwoli mu nie narażać się niepotrzebnie na trudy podróży do ośrodka zdrowia.

Podobnie szybko rośnie znaczenie telerehabilitacji. Jedną z pierwszych instytucji, która podjęła telerehabilitację jest Instytut Kardiologii w Aninie. Ta forma rehabilitacji dotyczy pacjentów z chorobami układu krążenia np. po przebytych zawałach serca. Pacjent wykonuje ćwiczenia w domu pod nadzorem lekarza kardiologa, który dzięki transmisji sygnałów (EKG, tętno) z aparatury pomiarowej przez sieć może śledzić z Instytutu jego stan i wydawać polecenia dotyczące przebiegu ćwiczeń. Można przewidywać, że ten rodzaj rehabilitacji rozszerzy się na inne specjalności medyczne (np. choroby narządów ruchu).

Podsumowując wykorzystanie internetu jako powszechnie dostępnego medium, gdzie można w ramach różnych projektów gromadzić dane medyczne osób starszych udostępniając je w razie potrzeby pilnej interwencji medycznej jest dobrym rozwiązaniem. Można też wykorzystać internet jako znakomitą platformę do szerzenia wiedzy na temat osób starszych zarówno wśród społeczeństwa jak i szeroko pojętego środowiska medycznego. Zarówno tworzenie baz danych medycznych ludzi starszych, jak i tworzenie różnego typu serwisów i programów edukacyjno-eksperymentalnych dostępnych w internecie może przynieść

ogromne korzyści przy niewielkich kosztach, o ile nie pominiemy tak istotnych aspektów projektów jak promocja i używanie otwartych standardów. Internet można też wykorzystać jako ułatwienie dostępu do lekarzy geriatrów.

Wynikające z procesu starzenia pogorszenie funkcji poznawczych [9], obejmujące między innymi wolniejsze przyswajanie nowych umiejętności i trudniejsze zapamiętywanie, powoduje, że osoby starsze są mniej otwarte na korzystanie z technologii ICT. Musi to być uwzględnione przy wdrażaniu nowych rozwiązań.

Ograniczeniem dla korzystania z technologii ICT przez osoby starsze może być zjawisko autodyskryminacji i brak motywacji, nasilany przez obecność depresji. Dla badań efektywności wsparcia opieki przez technologie ICT konieczne jest wybranie grupy osób pozytywnie zmotywowanych lub wprowadzenie nowych rozwiązań z uwzględnieniem koniecznej poprawy motywacji.

Niechęć osób starszych wobec wdrażanych rozwiązań w oparciu o technologie ICT może wynikać z obawy przed dehumanizacją opieki. Jest więc ważne zrozumienie przez osoby starsze, że celem podejmowanych działań jest jedynie wsparcie sprawujących opiekę osób, a nie ich zastąpienie.

#### **d) Kształcenie na odległość (e-nauczanie)**

Obecnie osoby starsze stanowią około 13% polskiego społeczeństwa, a według prognoz po upływie dekady seniorzy będą już stanowić 17% ogółu ludności w Polsce [5].

Osoby te są szczególnie predestynowane do uczestniczenia w kursach kształcenia na odległość / e-nauczania (ang. e-learning) ze względu na ograniczenia typowe dla podeszłego wieku. O nauczaniu na odległość mówimy w sytuacji [10], gdy wykładowcę i słuchaczy dzieli czas, odległość lub oba te czynniki jednocześnie. E-nauczanie najprościej można określić jako nauczanie przy użyciu sieci internet (ang. internet enabled learning). Nauczanie to może się odbywać w sposób synchroniczny, gdy jest prowadzone przez wykładowcę w czasie rzeczywistym lub asynchroniczny, gdy o tempie nauki decyduje słuchacz.

Obecna faza e-nauczania zrewolucjonizowała je i pozwoliła na stworzenie wielowymiarowego wirtualnego środowiska szkoleniowego (ang. learning environment). Transmisja przez internet wykładu prowadzonego przez wykładowcę w czasie rzeczywistym nie stanowi problemu.

E-nauczanie ma szereg ważnych zalet. Zapewnia dostęp do wiedzy „o każdej porze i z każdego miejsca”. Oszczędza czas i środki związane z przemieszczaniem się. Pozwala na naukę słuchaczy o różnym stopniu zaawansowania i stymuluje kształcenie różnymi metodami. Dostosowuje tempo nauczania do możliwości słuchacza. Rozwija umiejętności wymagane do korzystania z internetu.

Biorąc pod uwagę powyższe zalety można sądzić, że e-nauczanie jest bardzo dobrze dopasowane do wymagań ludzi starszych i może znaleźć zastosowanie w powstających Uniwersytetach Trzeciego Wieku.

W ciągu ostatnich lat zainteresowanie kształceniem wśród osób indywidualnych wyraźnie wzrosło, w czym całkiem niepośledni udział mają również osoby dojrzałe. Według danych z badania zrealizowanego przez Ipsos [5] w styczniu 2006 roku, 45% Polaków jest zainteresowanych poszerzeniem swoich kwalifikacji i umiejętności. Od ostatniego badania zrealizowanego 6 lat temu odsetek ten wzrósł o połowę. W 2000 roku tylko 31% Polaków wyrażało zainteresowanie poszerzeniem swoich kwalifikacji. W grupie tej z roku na rok znajduje się coraz więcej seniorów. Wzrost zainteresowania szkoleniami wśród Polaków w ciągu ostatnich lat jest bardzo wyraźny w każdej grupie wiekowej. Najsilniejszą grupą zainteresowaną poszerzeniem swoich kwalifikacji są wciąż ludzie młodzi - w wieku 25-29 lat. Szczególnie interesujący jest jednak bardzo wyraźny wzrost zainteresowania poszerzeniem wiedzy wśród osób starszych: w grupie wiekowej od 50 do 59 lat jest on dwukrotny - z 16% w 2000 roku do 30% w 2006 roku, wśród osób powyżej 59 roku życia aż siedmiokrotny: z 2% w 2000 roku do 14% w 2006. Osoby po 50 roku życia są najbardziej zainteresowane wiedzą ogólnospołeczną (24%) i rozwijaniem hobby (21%). Najwięcej osób chce uczyć się języków ob-

cych, poszerzać specjalistyczne kwalifikacje zawodowe, poszerzać kwalifikacje potrzebne do zdobycia pracy oraz rozwijać hobby. Seniorzy też chętnie uczestniczą w kursach informatycznych.

W wyniku starań o włączenie ludzi starszych do systemu kształcenia powstały tzw. Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW) - praktyczne formy edukacji ludzi starszych, istotne i potrzebne z uwagi na zachodzące w świecie zmiany demograficzne i ich konsekwencje [5]. Ideą UTW jest włączenie emerytów do kształcenia ustawicznego oraz propagowanie aktywności społecznej. Ważnym celem działań jest stymulowanie rozwoju osobowego oraz intelektualnej, psychicznej i fizycznej sprawności osób starszych. Prowadzona jest działalność edukacyjna, kulturalna, twórcza i krajoznawczo - turystyczna, propagująca aktywny tryb życia oraz upowszechniająca profilaktykę gerontologiczną. Uniwersytety te mają w Polsce ponad 25-letnią tradycję. Pierwszy powstał z inicjatywy prof. Haliny Szware w 1975 r. w Warszawie przy Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Mimo, że naczelną zasadą przy ich tworzeniu było ich zakładanie przy uczelniach wyższych i ściśle powiązanie z uniwersytetem, wyższą szkołą pedagogiczną, czy akademią medyczną, to zaczęto również przyjmować inne formy organizacyjne, np. w postaci stowarzyszeń.

Jeszcze kilka lat temu seniorzy zgłaszali największy popyt na zajęcia ruchowe, artystyczne, wykłady o medycynie, zdrowiu i historii. Dziś jest zupełnie inaczej. Domagają się oni zajęć z informatyki i kursów języków obcych. W Polsce jest obecnie blisko 110 uniwersytetów III wieku. Z myślą o osobach mieszkających w małych ośrodkach tworzone są więc coraz liczniejsze uniwersytety „wirtualne” (np. Otwarty Uniwersytet Ekonomiczny), gdzie poprzez sieć osoby starsze lub niepełnosprawne i przez to pozbawione kontaktu z innymi mogą uczestniczyć w różnego rodzaju seminariach i wykładach.

#### **e) Ćwiczenie sprawności umysłowej poprzez gry komputerowe**

Wszyscy wiemy, że trzeba regularnie ćwiczyć umysł, by był jak najdłużej sprawny [7]. Stymulowanie aktywności intelektualnej jest szczególnie ważne w starszym wieku. Umysł można gim-

nastykować na wiele sposobów. Polscy Seniorzy najczęściej sięgają po krzyżówki, rebusy, szachy czy czytanie książek. Natomiast w Japonii popularność wśród seniorów zdobywa specjalnie zaprojektowana gra komputerowa adresowana do osób powyżej 45 roku życia, która ma zwiększać sprawność umysłową, a nawet opóźnić nadejście demencji i choroby Alzheimera. Gra dla seniorów pod nazwą „Brain Age” zaprojektowana przez uznanego neurofizjologa jest produktem firmy Nintendo. Pierwszy nakład gry rozszedł się w Japonii błyskawicznie. Konsole do gry w stanęły m.in. w poczekalniach i na oddziałach kilku japońskich szpitali. Osoba, która gra w „Brain Age” ma za zadanie jak najszybciej i jak najdokładniej rozwiązać różnego typu zadania i łamigłówek, polegające między innymi na głośnym czytaniu klasyki literatury, wykonywaniu prostych ćwiczeń matematycznych, rysowaniu czy odpowiadaniu na podchwytliwe pytania. W ten sposób określany jest „wiek umysłowy” grającego. Trzydziestolatek może się okazać intelektualnym starcem, podczas gdy umysł emeryta może odznaczać się sprawnością młodzieńca. W tym roku gra ma wejść na rynki europejskie.

#### **f) Usługi przez internet typu zakupy, operacje bankowe itp.**

Niemieccy seniorzy bardzo chętnie kupują w internecie [7]. Bez wychodzenia z domu zamawiają produkty spożywcze, bilety lotnicze czy wakacyjne wycieczki. Specjalnie dla starszych klientów w 1993 roku powstała sieć sklepów pod marką „Senio” z możliwością robienia zakupów przez internet. Sklep oferuje osobom starszym sprzęt i urządzenia użytku codziennego dostosowane do specyficznych potrzeb starszego, często mniej sprawnego klienta np. telefony z dużą, czytelną klawiaturą, systemy alarmowe, elektroniczne urządzenia wspomagające osoby niedowidzące i niedosłyszące, sprzęt do rehabilitacji, wózki na zakupy etc. Produkty w sklepie mają pomóc seniorom żyć jak najwygodniej i samodzielnie radzić sobie w wykonywaniu codziennych czynności. Sklep internetowy można odwiedzić pod adresem wykazywanym w internecie.

### **g) Telepraca**

Dostosowanie środowiska pracy do potrzeb osób starszych wymaga zarówno wielu działań natury organizacyjnej, np. zapewnienie elastycznego czasu pracy, możliwość zmniejszenia wymiaru godzinowego, wyodrębnienie zadań mniej obciążających fizycznie, wykorzystujących doświadczenie oraz mających charakter syntetyczny (a nie analityczny) jak również technicznej, a zwłaszcza przygotowania stanowisk oraz uniwersalnych narzędzi (sprzętu i oprogramowania) dostępnych dla możliwie dużej grupy pracowników z różnymi ograniczeniami i niesprawnościami typowymi dla starszego wieku. Ważne ułatwienie zatrudnienia osób starszych wynika z rozwoju technik informacyjnych oraz telekomunikacyjnych stwarzających możliwość telepracy [11].

Wraz z rozwojem środków informacyjnych i telekomunikacyjnych rozszerza się zakres stosowania telepracy. Ograniczone początkowo możliwości łączności telefonicznej i telefaksowej rozszerzyła sieć internetowa, która w wersji szerokopasmowej umożliwia pozostającym w domu pracownikom nawet udział w telekonferencjach. Z telepracy mogą korzystać osoby starsze i niepełnosprawne wykonujące bardzo wiele zawodów [12]. Telepraca wnosi istotne korzyści dla pracodawcy i pracobiorcy jak też szersze korzyści społeczne, w tym ekologiczne [13].

Korzystanie w toku pracy na odległość z zaawansowanej struktury teleinformatycznej narzuca szereg wymagań technicznych dotyczących oprogramowania oraz sprzętu telekomunikacyjnego i informatycznego. Szczególny problem stanowi wymiana danych poufnych pomiędzy domowym stanowiskiem pracy a siedzibą firmy/urzędu [14]. Z punktu widzenia starszego i niepełnosprawnego pracownika bardzo ważna jest ergonomia stanowiska pracy zapewniającego efektywną pracę z komputerem.

### **3. Warunki wykorzystania internetu przez osoby starsze**

Są dwa podstawowe warunki wykorzystania Internetu przez osoby starsze. Pierwszy to dostępność łącza do Internetu, sprzętu i oprogramowania, drugi to umiejętność posługiwania się komputerem.



Co do pierwszego warunku najbardziej korzystne dla osób starszych byłyby oczywiście preferencyjne warunki, na których mogliby nabyć lub wynająć sprzęt i opłacić łącze do internetu. Warto tutaj opisać inicjatywę brytyjską bezpłatnego pozyskiwania sprzętu dla osób starszych [6].

W Londynie znaleziono prosty sposób na bezpłatne pozyskanie komputerów dla osób starszych. Projekt realizowany jest przez Maxitech – przedsiębiorstwo zajmujące się recyklingiem sprzętu elektronicznego we współpracy z organizacją społeczną Age Concern przy wsparciu burmistrza Londynu. Burmistrz zachęca firmy, które mają co najmniej 30 niepotrzebnych ale sprawnych komputerów o określonych parametrach, do przekazania ich firmie Maxitech. Firma czyści i konserwuje komputery, a następnie przekazuje do organizacji seniorskich w Londynie i bezpośrednio osobom starszym. W prace nad odnawianiem sprzętu zaangażowani są bezrobotni, którzy przechodzą w ten sposób szkolenie. Program ruszył w czerwcu 2006 r. W rezultacie co miesiąc do osób starszych ma trafiać 100 komputerów. Pomysł ten jest jak najbardziej godny polecenia również w Polsce. Drugi warunek dotyczący umiejętności posługiwania się komputerem jest coraz szerzej spełniany poprzez organizację kursów komputerowych dla seniorów. A oto przykłady takich kursów.

Firma UPC Polska organizuje bezpłatne kursy podstaw internetu dla seniorów. Cieszyły się one tak wielkim zainteresowaniem, że trzeba było tworzyć listy rezerwowe i organizować kolejne edycje (w sumie było ich już ponad 20) [5]. Kursy komputerowe organizują także kluby seniora, Uniwersytety Trzeciego Wieku i wiele organizacji pozarządowych. Organizatorzy takich zajęć podkreślają olbrzymie zaangażowanie seniorów i ich wielki zapał do nauki. Starsze osoby początkowo bardzo obawiają się kontaktu z komputerem (zazwyczaj dlatego, że boją się go uszkodzić), ale już po krótkim czasie uznają, że obsługi tego urządzenia można się nauczyć równie szybko, jak choćby pilota do telewizora czy odtwarzacza DVD. Ludzie starsi nabywają umiejętności nawigowania po sieci, odbierania i wysyłania poczty elektronicznej i obsługi najpopularniejszych komunikatorów.

Kursy dla seniorów, a dokładnie Akademia e-Seniora zrodziła się z projektu prospołecznego, który firma UPC prowadzi od wielu lat o nazwie Tęczowa Akademia UPC [15]. Wtedy też powstały pierwsze pracownie UPC w kilku miastach w Polsce. W całej Polsce jest dwanaście pracowni. Plan był taki, że w 2007 roku w każdej pracowni zostanie przeszkolonych 120 osób. A Akademia e-Seniora jest tylko jednym z projektów, które w ramach tej pracowni będą realizowane. Przy każdej akcji wykorzystywana jest pracownia internetowa UPC.

Kursy internetowe dla seniorów prowadzi także Miejska Biblioteka Publiczna we Wrocławiu, która jest lokalnym partnerem firmy UPC Polska.

Program „Internet dla 50 i więcej lat”, zrealizowany przez Fundację Wspomagania Wsi [6] na terenie gmin wiejskich województwa zachodniopomorskiego, pokazał, że starsi mieszkańcy tych terenów są bardzo zainteresowani możliwością opanowania umiejętności obsługi komputera i korzystania z internetu. Od września do grudnia 2005 na szesnastogodzinnych, specjalnie dostosowanych kursach przeszkolono ponad 220 osób. Część uczących się zainteresowana była opanowaniem nowych umiejętności w celu podniesienia swoich szans przy ubieganiu się o pracę. Sporo absolwentów kursów to jednak osoby będące dawno na emeryturze, nawet w wieku powyżej 75 lat.

Szkolenia prowadzili przede wszystkim lokalni instruktorzy odpowiednio przygotowani przez Fundację. Praktyczna nauka wspomagana była specjalnie opracowanymi podręcznikami. Program finansowany był przez Fundusz Inicjatyw Obywatelskich i ze środków własnych Fundacji Wspomagania Wsi.

Podane przykłady dowodzą, że w dziedzinie szkoleń osób starszych w zakresie podstaw internetu sytuacja w Polsce rozwija się pomyślnie.

W Polsce są prowadzone badania na temat interfejsów komputerowych dla ludzi starszych.

W 33 konkursie projektów badawczych MNiSW został zakwalifikowany do finansowania projekt dr inż. Zbigniewa Wiśniewskiego z Politechniki Łódzkiej, „Ergonomiczność interfejsów aplikacji i serwisów internetowych przeznaczonych dla osób

starszych i niepełnosprawnych – opracowanie zasad budowy i narzędzi walidacji”.

#### 4. Programy Unii Europejskiej

Aktualnie trwają przygotowania do uruchomienia w ramach 7-go Programu Ramowego Unii Europejskiej specjalistycznego programu badawczego: „otoczenie sprzyjające życiu” „Ambient Assisted Living” w skrócie AAL. Tematyka dotyczy badań nad zastosowaniem technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT) dla zwiększenia samodzielności i komfortu życia ludzi starszych (powyżej 65 roku życia). Komisja Europejska zdecydowała, że program AAL uzyska dofinansowanie w oparciu o artykuł 169 Traktatu o UE. Oznacza to, że 50% budżetu będzie pochodzić z budżetu państw członkowskich, a 50% zapewni UE.

Program ma na celu sprostanie wyzwaniom demograficznym (starzenie się społeczeństw), które stoją przed wszystkimi państwami rozwiniętymi.

Przystąpienie do programu AAL będzie możliwe tylko dla krajów, które podpiszą odpowiednią deklarację. Decyzja o przystąpieniu Polski zapadnie w 2008 roku.

Program ten stanowi wielką szansę dla rozwoju w Polsce badań na rzecz ludzi starszych i należy mieć nadzieję, że decyzja rządu w tej kwestii będzie pozytywna.

#### 5. Wnioski

W innym rozdziale tej książki wspomniano 4 główne problemy osób starszych w Polsce:

- podstawy materialne
- zmniejszająca się sprawność fizyczna
- poczucie osamotnienia i izolacja
- wielochorobowość.

W niniejszym rozdziale wykazano, że wykorzystane sieci internet i technologii komunikacyjnych i informacyjnych (ICT) może przynieść, przynajmniej częściowe, rozwiązanie każdego ze wspomnianych problemów. Podstawy materialne ludzi starszych

mogą ulec poprawie dzięki możliwości telepracy. Zmniejszającej się sprawności fizycznej można zapobiegać przez rehabilitację na odległość, czyli telerehabilitację. Szanse stwarzane przez nowoczesne komunikatory i internet zapobiegają izolacji. Internet umożliwia telemonitoring starszych pacjentów, co daje lepszy dostęp do usług ochrony zdrowia, szybszą interwencję w razie potrzeby i zapobiega w wielu przypadkach hospitalizacjom.

Szczególnego zainteresowania wymagają programy Unii Europejskiej (np. AAL) zapobiegające zjawiskom cyfrowego wykluczenia zagrażającego osobom starszym. Programy te stanowią szansę rozwoju badań naukowych na rzecz ludzi starszych w Polsce.

Prof. dr hab. Robert Rudowski  
Akademia Medyczna w Warszawie

### Bibliografia

1. Grabowski M. Medyczny Internet, w: Rudowski R. (red.), *Informatyka Medyczna*, PWN, Warszawa 2003, 219-242.
2. Microsoft Encyklopedia komputerowa, IV wydanie, Mikom 2002, Warszawa.
3. Berners-Lee T. Web Accesibility Initiative (WAI), internet.
4. Rychter M. Internet.
5. Buniewicz A., Gadin G. Internet o siwych włosach,
6. Steppa T.M., Brodziński M. Moherowe berety e-mailują, internet.
7. Dobre praktyki, internet.
8. Rudowski R., Rzepka R. Możliwości zastosowania technologii ICT w celu rozwiązywania problemów medycznych osób starszych, w: Rudowski R. (red.), *Uwarunkowania realizacji programu badawczo-rozwojowego AAL w Polsce – komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym*, Warszawa 2007, 67. Ekspertyza wykonana na zlecenie i sfinansowana przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
9. Wieczorkowska-Tobis K. Problemy mentalne związane z korzystaniem z technologii ICT przez osoby starsze, w: *Uwarunkowania realizacji programu badawczo-rozwojowego AAL w Polsce – komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym*, Warszawa 2007, 101.

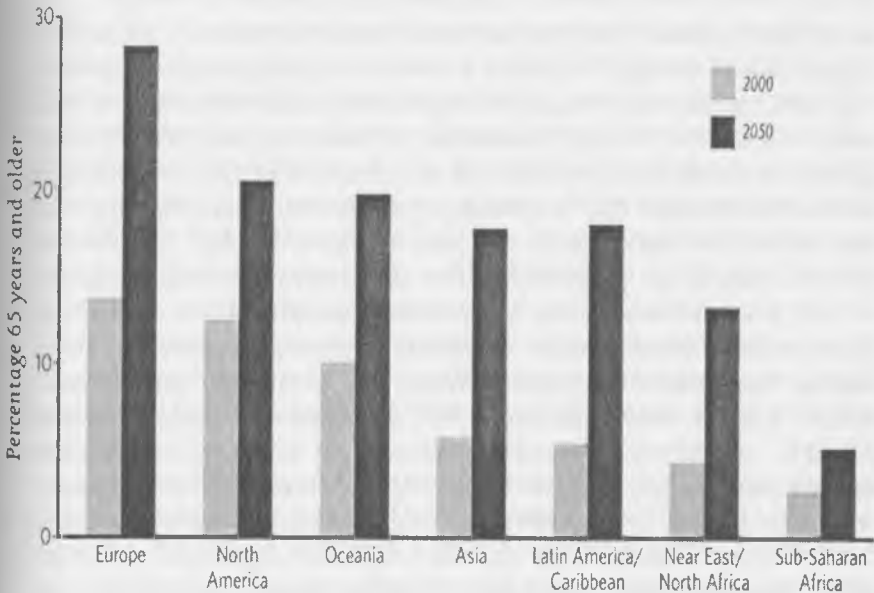
10. Rudowski P. Multimedia i e-nauczanie medycyny, w: Rudowski R. (red.), *Informatyka Medyczna*, PWN, Warszawa 2003, 198-218.
11. Buczkowski T. Możliwości zastosowania technologii (w tym ICT) w celu rozwiązywania problemów osób starszych, w: *Uwarunkowania realizacji programu badawczo-rozwojowego AAL w Polsce – komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym*, Warszawa 2007, 78.
12. Przewodnik po telepracy, Lisowska E. (red.), Warszawa 2007, internet.
13. Goodman J., Alakeson V., Jorgensen B., *Encouraging Green Telework*, Forum for the Future for Sun Microsystems, December 2004.
14. Department of Justice Telework Guide, January 2006; internet.
15. internet.wiadomosci24.pl

## ROBOTY W SŁUŻBIE LUDZI STARSZYCH

Z prognozy ogólnego wzrostu liczby ludności świata wynika, że w wielu krajach liczba obywateli będzie się zmniejszała. Związane jest to przede wszystkim ze zmniejszeniem liczby urodzeń. Problem ten dotyczy głównie krajów wysokorozwiniętych i niektórych krajów znajdujących się na szybkiej ścieżce rozwoju. Jego konsekwencją jest starzenie się społeczeństw, którego wynikiem będzie konieczność utrzymywania coraz większej rzeszy ludzi starych przez coraz mniejszą liczbę ludzi pracujących zawodowo. Zjawisko dodatkowo potęgowane jest zwiększeniem długowieczności obywateli tych krajów dzięki postępowi w medycynie, ogólnej higienie oraz sposobach odżywiania się.

Zapewne Japonia będzie pierwszym krajem, który zetknie się z powyższym problemem w szerokiej skali. W każdym bądź razie już obecnie rząd Japonii przykłada dużą wagę do zaradzeniu temu wyzwaniu. W roku 2005 po raz pierwszy od II wojny światowej liczba obywateli Japonii zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego. Stało się to o dwa lata wcześniej niż przewidywała prognoza z 2002 roku przygotowana przez Japoński Narodowy Instytut Badań nad Społeczeństwem i Ubezpieczeniami Społecznymi (National Institute of Population and Social Security Research). W 1994 roku w Japonii 14% społeczeństwa stanowili ludzie powyżej 65. roku życia, natomiast w 2004 roku ten odsetek stanowił już 19,5%. Z prognoz ONZ wynika, że liczba ludności Włoch i Niemiec zacznie się zmniejszać w 2010 roku, Chin w 2030, natomiast Francji i Tajlandii w 2040. Szczegółową prognozę starzenia się społeczeństw przedstawia rysunek 1. Podobne trendy obserwowane są w Polsce.

Rysunek 1. Prognoza starzenia się społeczeństw poszczególnych regionów świata



Źródło: United Nations Population Fund (UNFPA) za US Bureau of the Census, 2000.

Z rysunku wynika, że we wszystkich regionach czeka nas wzrost udziału ludzi w wieku 65 i więcej lat w całej populacji świata w perspektywie 2050 roku. Trzeba się więc do tego przygotować już obecnie.

### 1. Możliwości przeciwdziałania procesom starzenia się społeczeństw

Możliwości przeciwdziałania powstałej i narastającej fali starzenia się niektórych społeczeństw upatruje się w przedłużeniu aktywności zawodowej ludzi starszych oraz zachęceniu ludzi młodszych do posiadania większej liczby dzieci.

W tej pierwszej kwestii kładzie się nacisk na utrzymanie społeczeństwa w dobrej kondycji fizycznej do późnej starości

i uruchamia zmierzające w tym celu działania. Pierwsze z nich to zapewnienie lepszej opieki medycznej (np. poprzez dobór leków na podstawie predyspozycji genetycznych pacjenta). Drugi to intensyfikacja badań nad przyczynami, zapobieganiem i leczeniem raka i chorób mózgu. Trzeci to rozwój medycyny regeneratywnej, a w tym badań nad sztucznymi organami i zastosowaniem w nich nanomateriałów. Kolejny kierunek to badania nad przyczynami długowieczności oraz starzeniem się. Przewiduje się, że niezbędna będzie techniczna lub biotechnologiczna replikacja starzejących się zmysłów – szczególnie wzroku, słuchu i dotyku. Już obecnie 60 tys. ludzi na świecie żyje ze sztucznym zmysłem słuchu, w którym odtwarzane są za pomocą urządzenia technicznego funkcje ucha środkowego, a sygnały wytwarzane przez to urządzenie bezpośrednio przekazywane są układowi nerwowemu, dzięki czemu mózg pacjenta może odbierać i interpretować dźwięki. Najnowsze badania wskazują, że komórki centralnego układu nerwowego jednak zachowują zdolność do neurogenezy w wieku dojrzałym człowieka, co daje nadzieję na regenerację uszkodzonych części tego układu (rdzenia kręgowego i mózgowia). Badania nad sztucznymi zmysłami muszą być rozszerzone o badania nad usprawnieniem układu ruchu człowieka – przykładowo nad protezami sterowanymi mioprądami. Jednak do wydłużenia aktywności zawodowej ludzi w podeszłym wieku nie wystarczy utrzymanie ich w dobrej kondycji fizycznej. Potrzebne są programy wspomagające możliwość kształcenia się przez całe życie (lifelong learning) oraz edukacji na odległość.

Tym, którym powyższe środki nie umożliwią pracy zawodowej, trzeba będzie zapewnić odpowiednią opiekę. Dobrą rolę mogą tu spełnić roboty zmniejszające potrzebny wysiłek i pracochłonność czynności związanych z taką opieką. Należy tu podkreślić, że głównym problemem ludzi starszych jest samotność, zapominanie oraz utrata zdolności do wykonywania niektórych czynności dnia codziennego, a więc potrzebny jest głównie nadzór nad osobą w podeszłym wieku. Wszystkie te funkcje mogą przejąć na siebie roboty, co odciążąłoby w istotny sposób młodszych

członków rodziny, umożliwiając im skoncentrowanie się na pracy zawodowej.

Ludzie młodszy będą zachęceni do posiadania większej liczby dzieci, jeżeli opieka nad nimi będzie wymagała mniej wysiłku – w szczególności chodzi tu znów o nadzór. Ponieważ opieka nad dziećmi, prowadzenie domu oraz opieka nad starszymi spoczywa na ludziach młodych, należy z jednej strony stworzyć im warunki ułatwiające wywiązywanie się z tych obowiązków, a z drugiej strony wytworzyć atrakcyjne warunki do podejmowania pracy zawodowej (np. przez telepracę). Przede wszystkim należy uczynić prace domowe oraz obowiązki opiekuńcze mniej uciążliwymi do wykonania. Roboty stanowią rozwiązanie techniczne tego problemu, ale potrzebne są także żłobki, przedszkola, szkoły z zajęciami pozalekcyjnymi oraz świetlice zarówno dla dzieci jak i osób starszych. Dopiero synergia tych środków zaradczych rozwiąże problem.

Wszystkie powyżej wymienione rozwiązania wymagają prowadzenia intensywnych badań naukowych w wielu dziedzinach wiedzy, a to oznacza konieczność zwiększenia nakładów finansowych na badania oraz rozwój kadry naukowej. Ten drugi czynnik jest szczególnie istotny, gdyż w wielu krajach, z jednej strony, obserwuje się zmniejszenie zainteresowania młodych ludzi naukami podstawowymi i technicznymi, a z drugiej strony, odnotowuje się chęć redukcji niedoborów kadry własnej poprzez tworzenie różnego rodzaju zachęt dla utalentowanych obcokrajowców do podejmowania pracy we własnych instytucjach naukowych i przemyśle. Oznacza to jedynie geograficzne przemieszczenie problemu, a nie jego rozwiązanie. Jest to szczególnie niebezpieczne dla Polski, której potencjał edukacyjny i naukowy nie jest zbyt znaczny, a inklinacja społeczeństwa do czynienia wysiłków na rzecz poznania wiedzy ścisłej nie nadmierna.

Dlatego szczególnie należy się zainteresować rozwiązaniami technicznym, które mogą zaradzić tej sytuacji.



## **2. Fazy rozwoju robotów wspomagających ludzi niepełnosprawnych**

Potrzeby ludzi niepełnosprawnych i ludzi w podeszłym wieku w wielu przypadkach są bardzo podobne. Obie grupy charakteryzują się pogorszeniem zdolności lokomocyjnych i manipulacyjnych oraz zmniejszoną zdolnością do odbioru niektórych bodźców ze środowiska. Początkowo robotycy koncentrowali się na potrzebach ludzi, którzy utracili kończyny albo stracili zdolność poruszania nimi, a więc gałąź robotyki, która jest przedmiotem tych rozważań, wyewoluowała z protetyki. Od zarania dziejów usiłowano zaradzić problemom wynikającym z utraty kończyn w czasie działań wojennych lub w wyniku wypadków. Później prace te rozszerzono na niepełnosprawność wynikającą z utraty poszczególnych zmysłów, a w szczególności słuchu i wzroku.

Robotycy usiłowali przede wszystkim rozwiązać powyższe wspomniane problemy osób niepełnosprawnych. Ze względu na małą moc obliczeniową i duże rozmiary komputerów sprzed połowy lat 80. XX wieku pierwsze pomysły koncentrowały się na rozwiązaniach mechanicznych nie wymagających rozbudowanych układów sterowania. Prace ogniskowały się na budowie protez kończyn górnych i dolnych oraz egzoszkieleatów dla paraplegików, a nadto manipulatorów sterowanych ruchami głowy dla tetraplegików. Również już wówczas prowadzono prace nad stacjonarnymi manipulatorami sterowanymi komputerowo wspomagającymi codzienne czynności osób niepełnosprawnych. Wtedy dostrzeżono istotny wpływ informacji pozyskiwanych ze środowiska za pomocą czujników na łatwość korzystania przez pacjentów z konstruowanych mechanizmów. Ogólne kierunki badawcze wytyczone w tamtym czasie nie uległy zasadniczym modyfikacjom do dziś. Zmieniły się natomiast dostępne środki techniczne dzięki miniaturyzacji elementów elektronicznych oraz istotnie rozwinięto wiedzę dotyczącą metod sterowania robotami. W rozwoju tej dziedziny można wyróżnić etapy, w których prace badawcze koncentrują się na coraz bardziej zaawansowanych technicznie urządzeniach. Etapy te obejmują:

- stacjonarne stanowiska do obsługi pacjentów (najczęściej jest to manipulator przytwierdzony do blatu stołu, przy którym usadowiony jest pacjent),
- wózki z zamontowanymi manipulatorami – całość sterowana manetką przez pacjenta usadowionego na wózku, co umożliwia mu swobodne przemieszczanie się po powierzchniach płaskich oraz pozyskiwanie przedmiotów będących w zasięgu manipulatora,
- roboty mobilne wyposażone w manipulatory, swobodnie wędrujące po pomieszczeniach, sterowane komendami głosowymi pacjenta usadowionego, przykładowo, w swoim łóżku,
- asystenci człowieka – roboty uzbrojone w multum różnorodnych czujników umożliwiających w dużej mierze autonomiczne operowanie w mieszkaniach i biurach, a nawet w fabrykach, dzięki czemu mogą realizować samodzielnie dość złożone polecenia człowieka,
- kompani człowieka – roboty charakteryzujące się wysokim poziomem sztucznej inteligencji, dzięki czemu są zdolne do postrzegania swego otoczenia oraz nawiązywania konwersacji z użytkownikiem i autonomicznego wykonywania jego poleceń.

Asystenci człowieka lub jego kompani stanowią roboty osobiste, które są podklasą robotów usługowych. Roboty usługowe, jak sama nazwa wskazuje, przeznaczone są do świadczenia różnorodnych usług na rzecz ludzi. Mają one spełnić taką rolę w usługach jak roboty przemysłowe w fabrykach. Widać stąd, że badania prowadzące do stworzenia asystentów i kompanów służą nie tylko rozwiązaniu problemów ludzi w podeszłym wieku, ale ogólnie obywateli – wszyscy jesteśmy konsumentami różnorodnych usług niezależnie od wieku i stanu zdrowia, nie wspominając o tym, że wszyscy podlegamy starzeniu się.

Asystenci i kompani w stosunku do osób starszych mogą pełnić wiele funkcji. Przykładowo są to:

- monitorowanie osoby starszej – wykrywanie sytuacji nienormalnych wskazujących na zasłabnięcie lub wypadek; wtedy wzywają pomoc bliskich lub lekarzy przez telefon,

- dostarczanie rozrywki poprzez prowadzenie dialogów,
- pilnowanie rozkładu dnia – przypominanie o zażywaniu leków oraz rutynowych czynnościach higienicznych i fizjologicznych,
- przygotowywanie posiłków i sprzątanie po nich,
- przynoszenie i odstawianie przedmiotów, np. książek z półek,
- udzielanie informacji dzięki dostępowi do zasobów internetu, np. na temat pogody lub programu telewizyjnego.

Należy zwrócić uwagę, że wiele z wymienionych czynności potrzebna jest także przy nadzorze nad dziećmi. W stosunku do tej grupy wiekowej roboty mogłyby także spełniać rolę edukacyjną. Mogłyby bez irytacji i zmęczenia odpowiadać na niekończące się pytania typu „dlaczego?”.

### 3. Aktualny stan badań nad robotami usługowymi

Roboty usługowe, a więc i roboty osobiste i kompani człowieka, nie mogą działać w ten sam sposób jak roboty przemysłowe, bo nie byłyby w stanie bezpośrednio współdziałać z ludźmi. W zatłoczonych pomieszczeniach zostałyby wręcz sparaliżowane. Rozwiązanie tego problemu upatruje się w wyposażeniu takich robotów w bogactwo czujników oraz odpowiednio inteligentne systemy sterujące, które umożliwią im bezpieczne zachowanie w pobliżu człowieka. Oczywiście lekkie konstrukcje są tu szczególnie pożądane, gdyż redukują w znaczny sposób niepożądane skutki kolizji z ludźmi.

Roboty usługowe, operując w otoczeniu przeznaczonym pierwotnie dla człowieka, muszą dysponować podobnymi możliwościami ruchowymi i percepcyjnymi jak człowiek. Dotyczy to w szczególności dwuręczności. Stworzone dla nas i przez nas otoczenie wykorzystuje fakt, że jesteśmy przez ewolucję wyposażeni w dwie ręce. Takie też muszą być roboty operujące w naszym otoczeniu. Sprawne manipulowanie dwoma rękoma wymaga wyczuwania sił i momentów sił, przy zetknięciu się końcówki manipulatora z obiektem. Oburęczna manipulacja tworzy zamknięty (poprzez obiekt) łańcuch kinematyczny. Brak dokładnej znajomo-

ści parametrów modelu kinematycznego manipulatorów oraz uchwyconego obiektu prowadzi do nieprecyzyjnych ruchów. Ponieważ obiekt nie jest swobodny, skutkuje to nadmierną kumulacją sił reakcji w łańcuchu, co w konsekwencji może prowadzić do zniszczenia manipulatorów lub obiektu. Dlatego tak ważne jest wyczuwanie tych sił przez czujniki i dokonywanie bieżących korekt ruchu. Algorytmy sterowania pozycyjno-siłowego nadal są doskonałe, ale już obecnie otwieranie butelek, dwuręczne odsuwanie szuflad, otwieranie drzwi zamkniętych na klamkę lub obracanie ścianek kostki Rubika nie przedstawiają nadmiernych problemów. Roboty również potrafią posługiwać się instrumentami muzycznymi. Opracowany na Uniwersytecie Waseda WABOT już w latach 70. XX wieku potrafił odczytywać nuty z partytury i grać na elektronicznej klawiaturze. Obecnie roboty potrafią grać na trąbce dmąc powietrze w instrument oraz grać na skrzypcach. Istotne jest również odtworzenie zmysłu dotyku w palcach. Konstruowane są dłonie cztero- i pięciopalczaste, z palczkami wyczuwającymi zarówno siły normalne do ich powierzchni, jak i siły ścinające, co jest szczególnie istotne przy manipulowaniu delikatnymi przedmiotami.

Jednym z najistotniejszych problemów jest koordynacja układu ręka-oko, czyli stworzenie odpowiednio szybkich serwo-mechanizmów wizyjnych. Główną przeszkodą jest tu czas rozpoznawania obrazów. Zadanie to jest rozwiązywane efektywnie jedynie dla dość prostych i powoli poruszających się obiektów. Obiekty o złożonych kształtach lub rzucone w kierunku robota są bardzo trudne do uchwycenia, ze względu na wielką obliczeniowość algorytmów rozpoznawania takich przedmiotów oraz bardzo krótki czas na podejmowanie decyzji. Wprawdzie już w latach 80. XX wieku stworzono robota grającego w ping-ponga, ale dla ograniczenia prędkości piłeczki musiano dwukrotnie podwyższyć siatkę, a i stół musiał być o połowę węższy niż standardowy. Ponadto piłeczka ping-pongowa jest niezmiernie łatwa do rozpoznania, szczególnie że dodatkowo poczyniono założenia co do jednolitości tła. Obecnie tło ma być naturalne, a obiektem może być kubek.

Co do sposobów lokomocji nie ma już takiej jednoznacznej wskazówki, jakie rozwiązanie przyjąć. Ze względu na to, że nasze pomieszczenia są płaskie, a przemieszczanie się na kołach jest energetycznie bardziej wydajne niż chodzenie, preferowane są platformy jezdne na kołach. Opracowano także omnikoła, aby umożliwić ruch robota we wszystkich kierunkach bez ograniczeń (samochody tego nie potrafią, bo ruch koła prostopadle do jego płaszczyzny nie jest możliwy bez poślizgu). Koła jednak nie są dostosowane do chodzenia po schodach. Stąd drugim nurtem badawczym jest rozwój maszyn kroczących. Stosowane są rozwiązania o różnej ich liczbie, ale obecnie preferowana jest dwunożność. Japończycy zwracają uwagę na antropomorficzność robotów i rozwijają konstrukcje dwunożne – humanoidalne (np. P3 czy ASIMO Hondy, QRIO firmy Sony, rodzina robotów Toyoty zwanych partnerami lub HRP-2 zbudowany przez Kawada Industries, a wykorzystywany w wielu rządowych programach badawczych Japonii). Dla robotów tych chodzenie po schodach, a nawet taniec lub niezbyt szybki bieg nie są już problemem. Gwoli przypomnienia, bieg różni się od chodu tym, że co najmniej przez chwilę osoba lub maszyna porusza się ruchem balistycznym, przy obu nogach oderwanych od ziemi.

Obecne roboty mobilne potrafią dość sprawnie nawigować w znanym otoczeniu dzięki posiadaniu map rastrowych lub topologicznych. Ponieważ otoczenie rzadko jest niezmienne, bo poruszają się w nim ludzie i przestawiane są w nim ruchome meble, nie można polegać na raz zapamiętanej mapie. Konieczne jest wykorzystanie czujników takich jak kamery, skanery laserowe lub sonary, do detekcji dodatkowych przeszkód. Niestety roboty muszą sobie radzić również w całkiem nieznanym otoczeniu. W takim przypadku stosowane są techniki SLAM (ang. Simultaneous Localisation and Mapping), umożliwiające tworzenie mapy na bieżąco w trakcie przemieszczania się robota. Sama mapa zajętości przestrzeni nie jest wystarczająca dla wykonywania zadań. Robot musi być w stanie określić jaka jest funkcja pomieszczenia, w którym się znajduje. Poszukiwanie lodówki w łazience, w celu zaserwowania schłodzonego napoju, wydaje się bezcelowe. Tak

więc etykietowanie obiektów i tworzenie map semantycznych jest obecnie kolejnym polem intensywnych badań. Badania te dotyczą również rozpoznawania przedmiotów codziennego użytku, np. naczyń kuchennych lub sztucców. Wykonanie najprostszych czynności w kuchni, bez tej umiejętności, jest niemożliwe. Korzysta się tu z osiągnięć uzyskanych na polu rozpoznawania i przetwarzania obrazów, gdyż najczęściej głównym źródłem informacji o otoczeniu są kamery. Niemniej jednak robotycy mają istotny wkład w rozwój tej dziedziny. Klasyczne rozpoznawanie obrazu zakłada obserwację sceny przez nieruchomą kamerę. Na gruncie robotyki rozwinęła się technika zwana aktywną wizją, gdzie dzięki zdolności do celowego przemieszczania kamery można uzyskać dodatkową wiedzę (inny punkt widzenia lub zbliżenie) lub wyeliminować niekorzystne oświetlenie. Czasami bardzo złożone i czasochłonne algorytmy obliczeniowe, mające na celu usunięcie zakłóceń i szumu pomiarowego, eliminowane są przez prostą modyfikację punktu widzenia.

Oprócz sprawnego przemieszczania się w pomieszczeniach oraz zdolności do rozpoznania swego otoczenia, istotna jest umiejętność robota do nawiązania kontaktu z człowiekiem (tzw. techniki HCI – Human-Computer Interaction). Ludzie komunikują się ze sobą przede wszystkim za pomocą mowy, ale środki pozawerbalne pełnią również istotną rolę. Gesty, mimika, postawa ciała niosą ze sobą informację uzupełniającą. Dlatego rozwijane są techniki porozumiewania się multimodalnego. Dzięki kamerom rozpoznawany jest wyraz twarzy interlokutora, a to umożliwia identyfikację jego nastroju (gniew, zdziwienie, smutek, wesołość etc.). Rozpoznawanie gestów jest szczególnie istotne, gdyż umożliwia rozpoznawanie komend wydawanych językiem migowym. Oczywiście główna część ośrodków badawczych zajmuje się rozpoznawaniem mowy. Istotnym jest wyodrębnienie mówcy zwracającego się do robota, jeżeli w pomieszczeniu toczą się inne rozmowy. Ponadto trzeba odfiltrować ciszę między wyrazami i wypowiedziami nie absorbując do tego nadmiernie mocy obliczeniowej komputera. Główną trudnością w rozpoznawaniu mowy jest dostosowanie się do sposobu wypowiedzania słów przez

różnych rozmówców. Szybkość mowy, akcentowanie, wady wymowy, błędy gramatyczne czynią tę dziedzinę badań szczególnie trudną. Rozpoznawanie języka naturalnego, a więc rozumienie, co zostało powiedziane, jest końcową fazą przetwarzania mowy. Wymaga ona zastosowania technik sztucznej inteligencji, a więc systemów z bazą wiedzy dla reprezentacji historii i kontekstu wypowiedzi.

Synteza mowy jest już dobrze zbadaną dziedziną o istniejących produktach komercyjnych. Z punktu widzenia badań przy syntezie mowy istotne jest uzyskanie naturalnego jej brzmienia, a więc właściwej prozodii (akcentu, intonacji i iloczasu). Oczywiście nie chodzi tu o odtwarzanie nagranych wcześniej wypowiedzi, ale zdolność do tworzenia całkiem nowych wypowiedzi na podstawie tekstu generowanego przez układ sterowania robotem. Stosuje się dekompozycję difonową (łączyć części dwóch kolejnych fonemów) lub korpusową (tworząc duże bazy danych dźwiękowych). W pamięci komputera nie wystarczy przechowanie dźwięku związanego z pojedynczymi fonemami, ze względu na istnienie alofonów, czyli różnych reprezentacji dźwięku zależnie od kontekstu. W związku z tym potrzebne są gładkie przejścia między dwoma lub trzema fonemami, co powiększa liczbę kombinacji, bo w języku polskim mamy 37 fonemów. Te same zbitki fonemów różnie brzmią na początku, w środku lub na końcu wyrazu. Im więcej fonemów obejmuje stosowana reprezentacja tym więcej czasu potrzeba na dopasowanie do tekstu, a tu chodzi o dialog między robotem a człowiekiem, a więc dla naturalnego zachowania robota i brzmienia jego mowy wszystko musi się dziać szybko.

Układy sterowania robotów to układy do przetwarzania gigantycznych ilości informacji. Na podstawie tych informacji robot decyduje o swym zachowaniu. Musi planować swoje działania. Rozwijane są różne techniki planowania z zakresu sztucznej inteligencji. Plan zazwyczaj jest konstruowany przez kolejne uściślanie. Na początku w języku logiki opisywany jest stan zastany oraz stan pożądaný. Następnie ze zbioru dostępnych operatorów wybierane są te, które modyfikują sytuację zastaną tak, aby spełniony

był jakiś z warunków końcowych lub warunków pośrednich wiodących do końcowych. W ten sposób tworzone jest drzewo rozwiązań. W trakcie tego sprawdzanych jest wiele ślepych zaułków. Czyni to cały proces bardzo pracochłonnym. Opisany tu najprostszы wariant budowy planu nie bierze pod uwagę, że posiadana informacja może być niepełna lub sprzeczna. Wtedy dodatkowo korzysta się metod probabilistycznych lub logiki rozmytej.

Ponieważ planowanie jest czasochłonne, a nagłe sytuacje powstające w środowisku wymagają szybkich reakcji robota, stosuje się w niższych warstwach układu sterowania sterowanie behawioralne, w którym wykrycie odpowiedniej kombinacji odczytów z czujników uruchamia pewną reakcję prostą. Ponieważ reakcje mogą być powiązane z różnymi zestawami czujników, czasami muszą one być uruchamiane równolegle. Wtenczas stosuje się różne techniki ich kompozycji. W zależności od potrzeb można stosować techniki antagonistyczne („zwycięzca bierze wszystko”) lub kooperatywne (superpozycyjne).

Wreszcie roboty powinny korzystać ze swoich doświadczeń, a więc uczyć się na swoich błędach. Najprostszym wariantem jest wykorzystanie sztucznych sieci neuronowych, gdzie sieć trenowana jest na przygotowanych przykładach, a dzięki swej zdolności do uogólniania (aproksymacji) jest w stanie decydować w sytuacjach uprzednio niespotkanych. W ten sposób można robota nauczyć rozpoznawać, np. butelki. Niemniej jednak istotne jest, aby robot nie tylko mógł nauczyć się rozpoznawać określone przedmioty, ale również wykonywania wskazanych czynności. Prowadzi się obecnie badania nad programowaniem robotów poprzez pokazywanie. Powiedzmy, że chcemy nauczyć robota kucharza gotować ryż. Wtedy pokazujemy mu ile wody należy nalać do garnka, ile ryżu do niego nasypać, jak uruchomić grzejnik i gdzie umieścić garnek. W trakcie pokazywania możemy dodatkowo robota instruować werbalnie podając przykładowo czas trwania poszczególnych operacji powtarzalnych, np. mieszania. W razie niejasności robot może zadawać nam pytania pomocnicze. Przykładowo może chcieć wiedzieć, czy do garnka należy wlać wodę gorącą czy zimną.

Asystenci i kompani człowieka będą musieli dysponować wszystkimi powyższymi podsystemami jednocześnie. Każdy z tych podsystemów odznacza się wielką złożonością sam w sobie. Integracja wszystkich tych podsystemów w jeden spójny system sterujący wymaga odpowiednich narzędzi z dziedziny inżynierii oprogramowania. Należy tu podkreślić, że roboty są systemami czasu rzeczywistego, co oznacza, że ich oprogramowanie sterujące nie tylko ma za zadanie realizować odpowiednie funkcje, ale musi to dodatkowo robić w odpowiednim reżymie czasowym. Układ sterowania nie może zająć się rozpoznawaniem komendy głosowej zapominając o wystawieniu nowej wartości zadanej dla siłowników znajdujących się w nogach, bo robot poddając się działaniu siły grawitacji runie na ziemię, z wszelkimi konsekwencjami nie tylko dla siebie, ale i otoczenia. Filmy z badań pełne są takich spektakularnych katastrof. Aby do nich nie dochodziło trzeba zastosować najnowsze osiągnięcia z dziedziny inżynierii oprogramowania. Badania tu koncentrują się nad powtórным użyciem oprogramowania (ang. reuse). Dzięki zastosowaniu programowych struktur ramowych dostarczających odpowiednich wzorców architektury oraz wzorców programowych uzyskuje się odpowiednio niezawodne programy sterujące. Tradycyjnie informatycy tworzyli program realizujący wymagane funkcje – czasami bardzo złożone. Tutaj tworzy się oprogramowanie pod nieznane w chwili jego tworzenia funkcje. Jest to oprogramowanie, które przez programistę aplikacyjnego jest jedynie dostosowywane do specyficznych funkcji. Tworzenie tego typu oprogramowania wymaga o wiele większych kwalifikacji niż te, które potrzebne są do pisania programów dedykowanych pojedynczemu zadaniu. Programowe struktury ramowe do sterowania robotów są rozwijane szczególnie aktywnie, ponieważ roboty o bardzo różnym przeznaczeniu wymagają tych samych elementów oprogramowania.

Prowadzone są również badania nad egzoszkieletami, a więc urządzeniami stanowiącymi jakby zewnętrzny szkielet dla człowieka. Egzoszkielety mogą być używane przez niepełnosprawnych przywracając im funkcje ruchowe, ale również przez ludzi całkiem sprawnych, np. przez żołnierzy na polu walki.



Zwiększają one siłę mięśni i szybkość ruchu człowieka czyniąc z niego supermana. Tego typu stroje mogą być również stosowane przez pielęgniarzy do transportu chorych lub na budowach do transportu materiałów. Już istnieją komercyjne rozwiązania sprzedawane przez szereg firm.

#### 4. Problemy techniczne rozwoju robotów osobistych

Urzeczywistnienie wizji robotów osobistych współdziałających z ludźmi wymaga rozwiązania szeregu problemów technicznych. Do najistotniejszych należą:

- usprawnienie zdolności do nawigowania we wnętrzach budynków (mieszkania, biura) lub w otoczeniu miejskim (chodniki, parki),
- udoskonalenie umiejętności manipulacyjnych, tak aby, przykładowo, umożliwiały sprawne (szybkie) otwieranie słoików czy butelek lub krojenie pomidorów,
- zapewnienie bezpieczeństwa działania – zgodnie z prawami Asimowa robot nie ma prawa uszkodzić człowieka poprzez swoje działanie lub narazić go na uszkodzenie poprzez zaniechanie działania,
- rozszerzenie zdolności do komunikacji z człowiekiem, szczególnie jeżeli robot ma być zajmującym kompanem,
- obniżenie kosztów wytwarzania (zapewne koszt ten częściowo zostanie zmniejszony poprzez masowość produkcji, ale należy również pomyśleć o modularyzacji zarówno części mechanicznych jak i oprogramowania, co także wpływa na redukcję kosztów projektowania i wytwarzania oraz serwisowania),
- rozbudowa zdolności postrzegania – zdolności robota do samodzielnego działania uwarunkowane są możliwościami do zdobywania informacji sensorycznej o otoczeniu, a w szczególności o zachodzących w nim zmianach, oraz umiejętnością przetwarzania tej informacji do postaci użytecznej do sterowania zachowaniem robota,
- rozwój metod sterowania obejmujący: podejmowanie decyzji,

logiczne i symboliczne rozumowanie w oparciu o niepewną i niedokładną informację i wiedzę, oddziaływanie na otoczenie, reprezentację otoczenia,

- zmniejszenie ciężaru konstrukcji, szczególnie poprzez zastosowanie nowych lekkich a sztywnych materiałów,
- zapewnienie energii (np. baterie, ogniwa paliwowe), dzięki czemu roboty będą w stanie operować autonomicznie przez długie okresy,
- zdolność do zdobywania doświadczenia w miarę życia robota, czyli umiejętność uczenia się zapewniającego adaptację do otoczenia,
- zwiększenie niezawodności.

Obecnie wszystkie te zagadnienia są przedmiotem intensywnych badań laboratoriów naukowych na świecie. Na podkreślenie zasługuje fakt, że prace te są prowadzone również przez koncerny przemysłowe. W Europie i Stanach Zjednoczonych powstają nowe firmy robotyczne, natomiast w Japonii przodują koncerny znane z innych form działalności, np.: Honda, Sony, Toyota.

## **5. Wnioski**

Kierunki działania dla złagodzenia skutków procesów starzenia się, wymienione we wstępie, mają przeciwdziałać różnym negatywnym aspektom starzenia się społeczeństw, tworzą sieć wzajemnych powiązań o charakterze sprzężeń zwrotnych wzmagających wzajemnie swą skuteczność. Należy je więc traktować holistycznie, starając się je wprowadzić w życie wspólnie, a nie zamiennie. Podkreślenie to jest istotne, ponieważ większa część niniejszego studium była poświęcona zdolnościom robotyki do zaradzenia niektórym problemom. Niewątpliwie roboty będą stanowiły istotny czynnik przy rozwiązaniu problemów ludzi starszych, ale nie jedyny. Należy też zwrócić uwagę, że rozwiązania techniczne zastosowane w robotach osobistych, czyli asystentach i kompanach ludzi starszych, będą wykorzystane w innych urządzeniach tego typu, a w szczególności w robotach usługowych, przez co przyczynią się do zmniejszenia uciążliwości życia co-

dziennego i pracy w wielu dziedzinach działalności ludzkiej, a więc ułatwią życie również ludziom młodszym. Zdolności robotów usługowych można także będzie wykorzystywać w fabrykach – spowoduje to radykalne zmiany w produkcji – szczególnie mało- i średnioseryjnej. Cechy robotów usługowych umożliwią zastosowanie ich w małych warsztatach, bez konieczności kosztownego dostosowywania tych zakładów do możliwości robota. Robot sam się przystosuje do swego nowego otoczenia. Będzie programowany przez pokazywanie – innymi słowy będzie przyuczany do swego nowego zawodu. Należy tu też podkreślić współgranie technologii informacyjnych i komunikacyjnych z wprowadzaniem coraz bardziej uzdolnionych robotów. Te pierwsze będą stanowiły niewyczerpane zasoby informacji dla robotów, a te drugie umożliwią im przekazywanie na odległość swych spostrzeżeń oraz wzywanie pomocy innych robotów lub ludzi, jeżeli to będzie niezbędne.

Urzeczywistnienie powyżej nakreślonej wizji uzależnione jest od stosunku społeczeństwa nie tylko do robotów, ale szerzej do nauki, a szczególnie nauk technicznych. Inżynierowie będą potrzebni nie tylko do wytwarzania tych urządzeń, ale również do ich serwisowania, a w końcu i utylizacji nie szkodzącej środowisku. Zdolności robotów zależą od prowadzonych badań w wielu dyscyplinach naukowych. Istotny brak naukowców i inżynierów uniemożliwi nie tylko przeciwdziałanie zagrożeniom związanym ze starzeniem się społeczeństwa, ale również zepchnie kraje, w których brak ten wystąpi najwyraźniej, na margines światowej gospodarki, z konsekwencjami cywilizacyjnymi dla tego społeczeństwa.

Dr hab. Cezary Zieliński  
Profesor Politechniki Warszawskiej

## WARUNKI ŻYCIA I MIESZKANIOWE OSÓB STARSZYCH

Studium niniejsze dotyczy dwóch podstawowych problemów życia człowieka starszego, a mianowicie warunków życiowych i mieszkaniowych. Zaczynam od tych pierwszych.

### 1. Warunki życiowe osób starszych

Punktem wyjścia dla prognozowania zmian w warunkach życia osób starszych jest analiza aktualnej sytuacji.

Sytuacja socjalno-bytowa ludzkie starych jest zróżnicowana zależnie od wielu czynników, w tym stanu zdrowia, fazy starości i sytuacji rodzinnej. Można jednak wyodrębnić jej pewne ogólne, charakterystyczne cechy.

- a) Niemal cała populacja osób starszych posiada obecnie własne źródło utrzymania (96,2% - GUS 2003), którym są przede wszystkim emerytury i renty. W 2002 roku z emerytur utrzymywało się 64,4% osób w wieku 60 lat i więcej, renty inwalidzki były źródłem utrzymania 13,5 %, a renty rodzinne – 8,2% (GUS 2003).
- b) Stałość dochodów i mniejsza liczb osób utrzymujących się z nich powodują, że osoby starsze – przeciętnie – w mniejszym stopniu są zagrożone ubóstwem niż rodziny wychowujące dzieci. Zagrożenie ubóstwem narasta jednak wraz wiekiem. Ryzyko popadnięcia w ubóstwo wynika ze stosunkowo płytkiego poziomu zamożności, wyczerpywania się zasobów finansowych i materialnych gromadzonych w okresie aktywności zawodowej. Faza życia osób starszych powoduje, że jeśli znajdują się w sferze ubóstwa, to ma ono charakter trwały ze względu na brak perspektywy zmiany sytuacji poprzez własną aktywność. Ten stan bezradności sprawia, że znacznie częściej u ludzkie starych występuje brak poczucia bezpieczeństwa socjalnego i obawy przed zagrożeniem biedą.

- c) Istnieje uzasadniona obawa o zwiększenie się zagrożenia nie-samodzielnością materialną seniorów w przyszłości. W Polsce przeprowadzono reformę systemu emerytalno-rentowego, polegającą na przejściu z systemu repartycyjnego (opartego na formule *pay as you go*) do systemu kapitałowego i rozszerzeniu dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych. Szacuje się jednak, że w systemie ubezpieczeń obowiązkowych stopa zastąpienia płacy przez emeryturę będzie niższa niż obecnie. Wynikać to będzie z krótszego stażu pracy spowodowanego okresami bezrobocia oraz przerwami w pracy z innych powodów (m.in. kobiet rezygnujących z pracy w celu opieki nad dziećmi). Dążenie do rozszerzenia skali pracy w elastycznych formach, a zwłaszcza w niepełnym wymiarze czasu oznacza niższy poziom wynagrodzeń indywidualnych i płacenie mniejszych składek, a w następstwie – mniejsze zasoby kapitałowe w systemie emerytalnym. Jednocześnie, na skutek wydłużenia się ludzkiego życia, nagromadzony kapitał będzie musiał starczyć przez dłuższy czas, co oznacza mniejsze wypłaty jednostkowe. Dotyczyć to będzie zwłaszcza osób najmniej zarabiających oraz kobiet. Kobiety przechodząc wcześniej na emeryturę, mając okresy przerwy w zatrudnieniu spowodowane obowiązkami rodzinnymi będą otrzymywały niższe świadczenia. Innymi słowy, osoby, które nie zdołają wypracować sobie odpowiednio wysokiego świadczenia i nie będą zabezpieczone w inny sposób, mogą być zagrożone ubóstwem. Będą musiały stać się podopiecznymi pomocy społecznej lub w większym stopniu korzystać z pomocy swoich dzieci.
- d) Problemy materialne osób starszych wynikają z narastających wraz z wiekiem potrzeb zdrowotnych, których zaspokojenie wymaga zwiększonych wydatków na leki, opiekę medyczną, rehabilitacyjną, w tym nierzadko – na zakup sprzętu rehabilitacyjnego. To również nasilające się potrzeby zapewnienia sobie opieki, którą nie zawsze mogą sprawować członkowie rodziny. Wydłużonemu okresowi trwania ludzkiego życia w mniejszym stopniu będzie towarzyszyć poprawa kondycji

- zdrowotnej. Oznacza to wzrost wspomnianych potrzeb pociągających za sobą konieczne wydatki.
- e) Sytuację osób starszych cechuje obecnie większa, niż wśród młodszej generacji samodzielność mieszkaniowa. Nie zawsze jest to jednoznaczne z dobrymi warunkami mieszkaniowymi. Są to częściej mieszkania w starych zasobach, o niższym standardzie wyposażenia w instalacje techniczne, wymagające remontów. Mieszkania nie zawsze dostosowane są do potrzeb i możliwości osób starszych. W pierwszym przypadku chodzi o niedostosowanie warunków lokalowych do potrzeb związanych z wiekiem i ograniczoną mobilnością (mieszkania na piętrze, w domach bez windy, wymagających ogrzewania piecowego itp.). Z drugiej strony chodzi o mieszkania, których koszty eksploatacji pociągają za sobą wydatki, trudne do ponoszenia przez osoby starsze. Przyszła sytuacja mieszkaniowa osób starszych kształtować się będzie pod wpływem dwóch, aktualnie występujących tendencji: poprawy standardu warunków mieszkaniowych ogółu ludności Polski oraz trudności w dostępie do własnych mieszkań. W pierwszym przypadku może to zaowocować korzystnymi zmianami w tym zakresie dla przyszłych seniorów. W drugim oznaczać może zatrzymywanie mieszkań przez starsze osoby nawet wówczas, gdy koszty eksploatacyjne przekraczają ich możliwości finansowe z uwagi na chęć lub konieczność przekazania ich młodszemu pokoleniu. Zwiększyć się może wspólne zamieszkiwanie kilku generacji. Pozytywnym skutkiem wspólnoty mieszkaniowej byłaby możliwość bezpośredniej opieki nad osobą starszą. Większość współczesnych zasobów mieszkaniowych nie jest jednak przystosowana (ze względu na wielkość powierzchni, liczbę pokoi) do zamieszkiwania w nich rodzin wielopokoleniowych.
- f) Konsumpcja i związane z nią wydatki gospodarstw domowych osób starszych wynikają z potrzeb członków tych gospodarstw, które są uwarunkowane fazą życia i sytuacją życiową oraz poziomem dochodów. Największą część w strukturze wydatków stanowią wydatki niezbędne, związane z za-

spokojeniem potrzeb żywnościowych i opłacaniem kosztów użytkowania mieszkania. Wydatki na żywność gospodarstw domowych osób starszych stanowią wyższy udział – niż w innych gospodarstwach domowych – w strukturze wydatków. Należy brać pod uwagę, że stan zdrowia osób starszych wymusza często stosowanie diety, co nierzadko oznacza spożywanie produktów wysokiej jakości, a więc droższych. Pozostała część, traktowana jako fundusz swobodnej decyzji obciążona jest koniecznością ponoszenia wydatków na ochronę zdrowia, które w sytuacji osób starszych i dotkniętych dysfunkcją zdrowia nabierają charakteru wydatków niezbędnych. Wydatki na ochronę zdrowia stanowią poważne obciążenie dla osób starszych. Zwiększając się one wraz z wiekiem, któremu towarzyszy pogarszanie się stanu zdrowia. Mimo priorytetowego traktowania wydatków na ochronę zdrowia zdarzają się sytuacje, że brak pieniędzy uniemożliwia zaspokojenie tych potrzeb. Utrudniony jest dostęp do usług medycznych w ramach bezpłatnej opieki zdrowotnej. Osoby starsze eliminowane są z części badań, zabiegów lekarskich i dostępu do deficytowych lub drogich leków ze względu na swój wiek. Osobom starszym nie starcza już pieniędzy na zaspokojenie potrzeb kulturalnych, rekreacyjnych, wypoczynkowych. Koszty zaspokojenie potrzeb kulturalnych, wypoczynkowych, transportu okazują się niewspółmierne do możliwości finansowych osób starszych. Ogranicza to ich uczestnictwo w różnych formach życia społecznego i osłabia integrację społeczną. Ważną barierą jest też stan zdrowia i częste przypadki niepełnosprawności osób starszych.

- g) Wejście w okres starości oznacza często pogłębienie się biernego stylu wykorzystania czasu wolnego (charakterystycznego zresztą dla większości dorosłych Polaków) oraz mniejszy udział w wypoczynku i rekreacji. Czas wolny spędza się najczęściej w formach „domocentrycznych” (telewizja, radio, odpoczynek bierny). Dla części osób starszych są to spacer, rzadziej inne formy aktywnej rekreacji. Na tym tle pozytywnie zaznacza się jedna z form spędzania czasu wolnego cha-

rakterystyczna dla starszego pokolenia, jakim jest praca w ogródkach, w tym pracowniczych ogródkach działkowych. Według stanu z 2006 r. liczba działek (pracowniczych ogródków działkowych) wyniosła blisko 1 mln (967.506). Emeryci i renciści stanowią 50-60% działkowców. Liczbę użytkowników należy pomnożyć przez innych, starszych członków rodziny. Ten sposób spędzania czasu wolnego obejmuje zatem około 1-1,2 mln osób w starszym wieku. Uprawianie działki ma nie tylko walor rekreacyjny. Jest to forma aktywności fizycznej na świeżym powietrzu i miejsce wypoczynku. Uczestnictwo w życiu zbiorowości sąsiedzkiej na terenach działkowych, nawet jeżeli ogranicza się do sporadycznych kontaktów, sprzyja integracji i zapobiega poczuciu osamotnienia. Dla osób zaangażowanych w różne funkcje w ramach Polskiego Związku Działkowców jest to forma działalności społecznej. Jakkolwiek obecnie w większym stopniu niż poprzednio działki pełnią funkcje wypoczynkowe nie można jednak pomijać naturalnych pożytków uzyskiwanych z upraw warzyw i owoców, wzbogacających konsumpcję osób starszych i wpływających na ograniczenie wydatków na żywność.

- h) Charakteryzując osoby starsze jako konsumentów należy zwrócić uwagę na to, że wysokiemu udziałowi wydatków na żywność w wydatkach ogółem towarzyszy „wewnątrzdomowy” sposób zaspakajania tych potrzeb, tzn. przygotowywanie i spożywanie posiłków. Sprzyja temu także pozyskiwanie przez część starszych osób produktów żywnościowych z własnych ogródków i działek. Osoby starsze nie korzystają z usług gastronomicznych, biorąc pod uwagę obecną ofertę usług w tym zakresie (zanik barów mlecznych i tanich jadłodajni). Towarzyszy temu niski stopień korzystania z uczestnictwa w kulturze i aktywnym spędzaniu czasu wolnego ze względów finansowych i mniejszą aktywność życiową (ruchową) oraz ofertę usług niedostosowaną do stanu zdrowia lub „kieszeni” osoby starszej. Lukę tę, jak wspomniano wyżej, wypełnia możliwość skorzystania z wypoczynkowych walorów ogródków działkowych.



Wybory na rynku dokonywane są z priorytetowym traktowaniem kryterium cen. Postawy rynkowe tej populacji charakteryzuje trudne przystosowanie się do zmian przy jednoczesnej łatwiejszej podatności na nierzetelne zachowania rynkowe. Cechy skrajne to, z jednej strony daleko idąca nieufność, stanowiąca barierę w przystosowaniu się do zmiennych uwarunkowań rynkowych, z drugiej – łatwowierność i naiwność powodująca narażenie na wykorzystanie przez nieuczciwych oferentów. Jak dotychczas rynek towarów i usług nie jest dostosowany do potrzeb osób starszych oraz ich możliwości finansowych. Oferuje głównie dobra i usługi dla ludzi młodszych i znajdujących się w wieku pełnej mobilności. Brak jest wystarczającej podaży artykułów dobrej jakości po niskiej lub umiarkowanej cenie dla zaspokojenia potrzeb osób starszych. Zakup artykułów trwałego użytkowania przekracza niekiedy możliwości finansowe seniorów. Ze względu natomiast na wiek i ograniczone środki finansowe utrudniony jest dostęp do kredytów bankowych. Również tych, które można by przeznaczyć na remont lub zamianę mieszkania.

Obecny wzorzec konsumpcji osób starszych kształtował się pod wpływem nawyków nabytych w okresie niedoborów dóbr i usług. Zmiany rynkowe zmieniają postawy i zachowania również osób starszych. Nie można zatem pomijać konieczności uelastycznienia oferty rynkowej. Większa liczba i udział w strukturze ludności osób starszych powinna stanowić wyzwanie dla rynku dóbr i usług zaspakajających ich potrzeby. Te oczekiwania ze strony konsumentów i szerszy zakres oferty rynkowej z drugiej strony napotykać mogą na barierę niskich dochodów osób starszych, ograniczającą możliwość zaspokojenia potrzeb na oczekiwanym poziomie i powodować poczucie deprivacji (faktycznej i subiektywnej). Z drugiej strony można oczekiwać, że wystąpią wyższe oczekiwania konsumentów, co do zakresu i jakości oferty rynkowej jako następstwo wyższego poziomu wykształcenia przyszlých seniorów (obecnie ludności w wieku produkcyjnym).

- i) Współczesne procesy migracji zarobkowych oznaczać mogą powroty migrantów do Polski, jako kraju pochodzenia, na okres starości. Uzyskane poprzez pracę za granicą zasoby finansowe oraz wyższe świadczenia powracających powinny stanowić zachętę do rozwoju rynku dóbr i usług o wyższym standardzie (w tym mieszkaniowych, wypoczynkowych, zdrowotnych) „wchłaniających” te zasoby. Rozwój takiego rynku może też być mechanizmem przyciągającym osoby starsze z innych krajów od spędzenia „jesieni życia” w naszym kraju, a przynajmniej – do okresowego wykorzystania oferowanych usług.

## **2. Miejsce starszego człowieka w rodzinie i układy międzygeneracyjne**

Miejsce starszego człowieka w rodzinie jest określone przez wiele czynników.

a) Jedną z cech charakteryzujących sytuację osób starszych w Polsce stanowią silne związki oparte na wzajemnej wymianie międzygeneracyjnej. Ma ona charakter materialny i pozamaterialny. W wymiarze rodzinnym przepływy transferów prywatnych przebiegają częściej od starszego do młodszego pokolenia, a więc odwrotnie niż redystrybucja dochodów w skali makro, polegająca na transferowaniu zasobów publicznych od młodszego – aktywnego ekonomicznie pokolenia na rzecz ludności w wieku poprodukcyjnym. Jak wynika z badań budżetów gospodarstw domowych gospodarstwa emerytów i rencistów częściej przekazują część posiadanych środków na rzecz innych osób (pozycja „przekazywane dary”). Inny rodzaj pomocy, to udostępnienie mieszkania. W 2002 r. 3,2 mln gospodarstw domowych mieszkało niesamodzielnie. Liczba ta zwiększyła się o 800 tys. w porównaniu z 1988 rokiem.

Najbardziej powszechną formą pomocy świadczoną przez starsze pokolenie jest opieka nad wnukami. Obecna sytuacja na rynku pracy powoduje, że matki pracujące zawodowo nie chcą lub nie mogą przerwać (nawet okresowo) pracy. Dla części rodzin

ograniczony jest dostęp do żłobków i przedszkoli ze względu na brak infrastruktury oraz koszty.

Sprawowanie opieki nad wnukami łączy się z uczestnictwem w procesie ich wychowania. Dziadkowie przekazują młodszemu pokoleniu potoczną wiedzę o świecie, dzielą się swoimi doświadczeniami, kultywują tradycje narodowe i rodzinne. Ale ten obraz dziadków jako źródła wiedzy ulega zmianie. Szybki rozwój technologii informatycznych, za którymi nie nadąża wiedza starszych osób powoduje osłabienie autorytetu dziadków w oczach wnuków i brak „wspólnego języka”. Ale jest również tak, że następuje wzajemna wymiana korzyści. Również wnuki stają się źródłem wiedzy dla dziadków o dokonujących się przemianach technicznych, cywilizacyjnych i kulturowych.

Inną formą pomocy są usługi w prowadzeniu gospodarstwa domowego, świadczone najczęściej w sytuacji wspólnego zamieszkania, ale też na rzecz rodziny pracującej zawodowo córki (synowej, wnuczki).

b) Dominujący kierunek pomocy od starszej do młodszej generacji nie oznacza, że osoby starsze nie potrzebują pomocy jak również, że jej nie otrzymują. Dzieci świadczą usługi opiekuńcze wobec starszego pokolenia w przypadku choroby i niepełnosprawności związanej z wiekiem. Rzadziej jest to pomoc finansowa. Jednak zakres potrzeb osób starszych jest większy w porównaniu z udzielaną pomocą. Z badań Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że pomocy finansowej potrzebuje 38% gospodarstw domowych emerytów i rencistów, ale korzysta z niej 11%, w tym 12,6% gospodarstw domowych potrzebuje pomocy w formie usług pielęgnacyjnych, a korzysta – 8,4% (za: Graniewska red. 1999).

c) Na procesy starzenia się ludności należy patrzeć w szerszym kontekście procesów demograficznych, a głównie – zmian w modelach rodziny.

Następują zmiany w modelu dzietności. Współczesna rodzina to rodzina małodzietna, z jednym lub dwójką dzieci. Coraz częściej występuje bezdzietność małżeństw, w tym – z wyboru. Zwiększa się liczba młodych osób, które wybierają samotne życie.

Oznacza to, że w przyszłości zmniejszy się liczba powiązań rodzinnych.

Zwiększa się liczba rodzin niepełnych (osób samotnie wychowujących dzieci). Rozstanie partnerów powoduje często zerwanie więzi z rodzicami rozwiedzionych małżonków, a przynajmniej ograniczenie kontaktów. Dotyczy to niekiedy także kontaktów wnuków z dziadkami. W obu przypadkach żyjący dłużej dziadkowie będą mieli kontakt z mniejszą liczbę wnuków.

Nasilające się procesy migracji zagranicznych są udziałem młodego pokolenia. Narastać może oddalenie przestrzenne między starszą i młodszą generacją, i towarzyszące temu niekiedy – oddalenie emocjonalne.

Narastanie zjawiska oddalenia emocjonalnego może być też następstwem przemian o charakterze aksjologicznym występujących w młodym pokoleniu: przywiązywania mniejszego znaczenia do wartości rodzinnych, nasilania się indywidualizmu, konsumeryzmu, egoizmu.

Zmiany te oznaczać mogą wzrastającą liczbę przypadków samotności osób starszych. Powstaje pytanie o to, czy skutki zmian w modelu rodziny, w jej strukturze prowadzące do zmniejszania się sieci powiązań rodzinnych, jak również oddalenie przestrzenne generacji sprzyjać będą rozszerzeniu pomocy ze strony młodszej generacji na rzecz seniorów w sytuacji zwiększonych potrzeb wynikających z czynników społeczno-ekonomicznych, ale również z wydłużonego okresu życia, któremu towarzyszyć będzie zwiększenie potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych.

d) Starzenie ludności oznacza wyzwanie dla polityki społecznej. Potrzebny jest rozwój metod zwiększania bezpieczeństwa socjalnego osób starszych, takich jak dodatkowe ubezpieczenia, inwestycje kapitałowe, lokaty. Obecnie są one mało popularne w Polsce. Bariery w ich upowszechnieniu są zarówno ograniczone dochody ludności jak i brak nawyków indywidualnej przyczynowości, ale również bariery instytucjonalne (np. odmowy udzielania kredytów przez banki).

Dla „młodszych” seniorów powinny być stworzone warunki do ich większej aktywności. Formą tego jest możliwość dłuższego okresu pracy zawodowej.

Należy promować różne formy aktywności nieprofesjonalnej, wykorzystując jeden z ważnych kapitałów będący udziałem osób starszych – kapitał wolnego czasu. Może to dotyczyć różnych sfer. Na przykład osoby starsze mogą wykonywać usługi opiekuńcze, na zasadach częściowej odpłatności lub jako wolontariusze. Usługi opiekuńcze mogą obejmować dzieci spoza rodziny i być sprawowane na zasadach pomocy sąsiedzkiej, ale też w formach bardziej sformalizowanych. Usługi mogą obejmować pomoc innym osobom starszym.

Zwiększeniu udziału osób starszych w opiece nad dziećmi w ramach pomocy rodzinnej może służyć rozszerzenie uprawnień do urlopów wychowawczych na dziadków. Takie rozwiązanie istnieje na Węgrzech, chociaż dotyczy ono sytuacji braku rodziców biologicznych. Świadczy to jednak o szerokim sposobie myślenia o formach opieki nad dzieckiem.

Emeryci mogą być inicjatorami różnych działań kulturalnych, oświatowych, rekreacyjnych w miejscu zamieszkania.

Ważną rolę odgrywać powinna edukacja przez całe życie i edukacja zdrowotna, pozwalające na zachowanie aktywności intelektualnej i fizycznej. Jest rzeczą niezwykle istotną, aby ludzie starsi, jeżeli chcą, mieli dostęp do edukacji i mogli zdobywać wiedzę. To pozwala im na lepsze zrozumienie zmian zachodzących w otoczeniu, a przez to zwiększa możliwość samodzielnego rozwiązywania określonych problemów życiowych. Niezbędne jest upowszechnienie – zwłaszcza w małych ośrodkach miejskich i na wsi – dostępu do edukacji osób starszych, co może spowodować zniwelowanie różnic międzypokoleniowych w poziomie wykształcenia i zapobiegać dyskryminacji ludzi starszych. Dużą rolę w tym zakresie mogą odegrać środki masowego przekazu, z uwagi na ich siłę oddziaływania i dostępność przekazywanych informacji.

Instytucje prowadzące edukację dla osób starszych powinny włączać te osoby do systemu kształcenia ustawicznego, aktywizować słuchaczy pod względem intelektualnym, psychicznym

i fizycznym oraz prowadzić edukację i profilaktykę gerontologiczną.

W aktywizowaniu osób starszych w działaniach na rzecz środowiska lokalnego dużą rolę może odegrać wolontariat.

e) Procesy starzenia się ludności zwracają uwagę na konieczność innego podejścia do polityki rodzinnej i uwzględniania w niej jej zadań wobec starszych członków rodziny.

Potrzebne jest zredefiniowanie polityki rodzinnej i uwzględnienie w niej tworzenia warunków sprzyjających realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej wobec starszego pokolenia. Wiąże się to z określeniem stopnia bezpośredniej pomocy państwa (zaangażowania środków publicznych) dla osób starszych i stopnia wspierania rodziny realizującej zadania wobec tych osób. Pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej może przybierać różne formy:

Jedną z nich może być pomoc na rzecz wspierania zadań opiekuńczych świadczonych w ramach środowiska rodzinnego, ale bez bezpośredniego zaangażowania członka rodziny. Za formami tymi przemawiają także względy ekonomiczne. Pomoc w miejscu zamieszkania jest na ogół mniej kosztowna niż pomoc w wyspecjalizowanych placówkach. Temu celowi może służyć rozwój usług opiekuńczych w domu pacjenta, pomoc w przystosowaniu mieszkania do potrzeb osoby starszej, rzeczowa pomoc w postaci wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, rozwój usług transportowych i gastronomicznych. Wsparciu wydatków związanych z opieką służyć powinny świadczenia opiekuńcze. Zapoczątkowanie tworzenia systemu ubezpieczeń pielęgnacyjnych staje się teraz palącą potrzebą.

Inną formą pomocy może być system wspierania w sytuacji, gdy zadania opiekuńcze i pielęgnacyjne sprawowane są bezpośrednio przez członka rodziny. Może to się wiązać z koniecznością korzystania ze zwolnień opiekuńczych z pracy w szerszym zakresie (obecnie – ograniczenie do 14 dni w roku). Rozszerzenie uprawnień w tym zakresie powinno znaleźć się w systemie uprawnień pracowniczych mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi. Rodzinni opiekunowie powinni

mieć także zapewniony system poradnictwa i wsparcia obejmujący sytuacje, gdy potrzebna jest pomoc fachowców dla wykonania zadań opiekuńczych wobec osoby starszej, ale również pomoc polegającą na wsparciu psychicznym i fizycznym samego opiekuna, na jego okresowym zastępstwie. Powinny być rozwijane działania na rzecz kształtowania pozytywnych postaw wobec osób starszych i na rzecz wewnątrzrodzinnej integracji.

f) Należy stworzyć system przygotowania do tej fazy życia w starości, adresowany do młodego pokolenia. W wymiarze ekonomicznym chodzi o indywidualną przezorność i tworzenie materialnego zabezpieczenia na starość. Formą realizacji tego celu mogą być ubezpieczenia oraz różne formy oszczędzania oparte na specjalnych zachętach. W wymiarze zdrowotnym – chodzi o edukację zdrowotną i upowszechnianie zdrowego stylu życia. W wymiarze kulturowym – chodzi o kształtowanie pozytywnych postaw wobec własnej starości i starości innych osób.

Wiąże się to z tworzeniem nie tylko *polityki na rzecz osób starszych ale i aktywnej polityki z udziałem osób starszych*.

### 3. Warunki mieszkaniowe ludzi starych i możliwość opieki w miejscu zamieszkania

Sytuację osób starszych cechuje obecnie większa, niż wśród młodszej generacji samodzielność mieszkaniowa. Jak wynika z danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. blisko 80% gospodarstwa domowych, w których głowa gospodarstwa przekroczyła 60 lat użytkuje samodzielnie mieszkania<sup>1</sup>.

Dane te nie w pełni obrazują sytuację mieszkaniową osób starszych. Odnoszą się tylko do grupy tworzącej gospodarstwo domowe, którego „głowa” posiada określoną cechę – w tym przypadku wiek. Z samej definicji gospodarstwa domowego wynika,

<sup>1</sup> W porównaniu z danymi Mikrospisu z 1995 r. odsetek gospodarstw domowych osób starszych użytkujących samodzielnie mieszkania obniżył się z 90%. Tendencja spadku odsetka gospodarstw domowych samodzielnie użytkujących mieszkanie ma charakter ogólny, charakteryzujący zmiany sytuacji mieszkaniowej w Polsce.

że jest to zespół osób mieszkających razem i wspólnie utrzymujących się. Z tego względu, badania nie obejmują osób, które spełniają kryterium wieku, ale nie są traktowane jako głowa gospodarstwa, wchodzą w skład innych gospodarstw domowych jako ich członkowie.

Sytuacja mieszkaniowa, a w ślad za nią – życiowa osób starszych jest zróżnicowana zależnie od typu gospodarstwa domowego tworzonego przez osoby starsze. Inaczej pod tym względem przedstawia się sytuacja gospodarstw jednoosobowych, a więc tworzonych przez starsze osoby samotne, inaczej wieloosobowych, w skład których wchodzi osoba starsza. Zaznaczyć trzeba, że rozważania zostały oparte na danych dotyczących gospodarstw domowych, w których osoba starsza pełni rolę „głowy tego gospodarstwa” Nie obejmują one zatem wszystkich przypadków wspólnego zamieszkiwania osób starszych z innymi osobami. Częstotliwość pozostawiania w jednoosobowych gospodarstwie domowym wzrasta wraz z wiekiem. Według danych spisu z 2002 roku 29,7% gospodarstw, których głowa gospodarstwa była w wieku 60-69 lat, to były gospodarstwa domowe jednoosobowe. Gospodarstwa takie tworzyło 42,8% w grupie tych, w których osoba pełniąca rolę głowy gospodarstwa była w wieku 70-79 lat i odpowiednio 57,9% – gospodarstw osób mających 80 i więcej lat. Samotne zamieszkanie i gospodarowanie oznacza brak możliwości bezpośredniej pomocy w codziennym życiu ze strony współmieszkańców.

Samodzielne gospodarowanie osób starszych dotyczy w większym stopniu mieszkańców miast. Jednoosobowe gospodarstwa domowe o wieku głowy gospodarstwa wynoszącym 60-69 lat tworzyło 32,5% gospodarstw miejskich i 23,7% – wiejskich, w wieku 70-79 lat – 44,4% gospodarstw miejskich i 40,0% wiejskich, a w wieku 80 lat i więcej 62,8% gospodarstw miejskich i 56,0% wiejskich. Ta „samotność” ekonomiczna i mieszkaniowa mieszkańców miast ma swój dodatkowy wymiar. Środowiska miejskie są w większym stopniu zatowizowane. Samotna, starsza osoba, jeżeli nie może liczyć na bliską rodzinę, w mniejszym stopniu może mieć wsparcie w pomocy sąsiedzkiej niż mieszkańcy wsi,

gdzie w większym stopniu mamy do czynienia z solidarnością środowiskową chociażby ze względu na osobiste znajomości.

W ponad czwartej części (28,6%) wieloosobowych gospodarstwa domowych osób mających 70-79 lat żyją osoby w wieku 15-39 lat, które ze względu na fazę życia i związaną z tym kondycję psychofizyczną mogą być pomocne osobom starszym. W przypadku gospodarstw domowych z osobą w wieku 80 i więcej lat gospodarstw takich jest 25,4%. Przypadki wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego przez osoby w wieku 80 lat i więcej z osobą relatywnie młodszą są częstsze w miastach (29,2%) niż na wsi (19,6%). Może być to rezultat upowszechniającej się praktyki zamieszkiwania w mieszkaniach należących do osób starszych przedstawicieli młodszego pokolenia, którzy w przyszłości mogą stać się posiadaczami takiego mieszkania.

Osoby starsze najczęściej zamieszkują mieszkania w oparciu o tytuł własności. Dotyczy to zarówno osób żyjących w jednoosobowych jak i w wieloosobowych gospodarstwach domowych (częściej w tych drugich). Jest to najczęściej własność budynku, rzadziej – własność mieszkania.

Jednoosobowe gospodarstwa domowe tworzone przez osoby starsze częściej niż gospodarstwa wieloosobowe zajmują mieszkania z tytułu najmu, najczęściej mieszkania będące własnością gminy (dawne – kwaterunkowe). Wśród gospodarstw wieloosobowych częstsze są przypadki zajmowania mieszkań spółdzielczych. Częstotliwość korzystania z mieszkań najmowanych od gminy zwiększa się wraz z wiekiem osoby starszej. Ilustruje to tabela 1.

Tabela 1. Gospodarstwa domowe zamieszkujące w mieszkaniach według wieku głowy gospodarstwa oraz tytułu zajmowanego mieszkania

Tytuł zajmowanego mieszkania	Gospodarstwa domowe jednoosobowe o wieku głowy			Gospodarstwa domowe wieloosobowe o wieku głowy		
	60-69 lat	70-79 lat	80 i więcej lat	60-69 lat	70-79 lat	80 i więcej lat
Własność	36,5	42,6	41,4	51,0	53,1	52,9
- budynku	23,0	27,3	28,7	39,3	38,1	28,6
- mieszkania	13,5	15,3	12,7	11,7	15,0	13,5



Tytuł zajmowanego mieszkania	Gospodarstwa domowe jednoosobowe o wieku głowy			Gospodarstwa domowe wieloosobowe o wieku głowy		
	60-69 lat	70-79 lat	80 i więcej lat	60-69 lat	70-79 lat	80 i więcej lat
Spółdzielcze prawo do lokalu	28,5	18,9	14,0	26,4	16,3	12,4
Najem mieszkania:	20,1	18,7	18,1	15,5	19,2	20,6
w tym:						
- od osoby fizycznej	3,0	3,5	4,9	1,6	2,2	3,3
- od gminy	13,1	11,7	10,0	10,4	13,8	14,2
Z tytułu pokrewieństwa	13,1	18,5	25,0	6,6	10,8	13,6

Źródło: obliczenia własne na podstawie GUS 2003

Samodzielność mieszkaniowa osób starszych nie jest jednoznaczna z dobrymi warunkami mieszkaniowymi. Jak wspomniano wyżej są to dość często mieszkania w starych zasobach. W mieszkaniach znajdujących się w budynkach wybudowanych przed 1945 rokiem zamieszkiwało w 2002 roku 22,3% gospodarstw domowych osób w wieku 60-69 lat; 30,2% – w wieku 70-79 lat i 44,6% osób w wieku 80 lat i więcej. Częściej mieszkańcami takich mieszkań były osoby tworzące jednoosobowe gospodarstwo domowe (odpowiednio według wieku głowy gospodarstwa: 26,2%; 32,4% i 39,6%) niż zamieszkujące w wieloosobowych gospodarstwach domowych (odpowiednio według grup wieku głowy gospodarstwa: 20,7%; 28,5% i 37,5%).

Są to najczęściej mieszkania o niższym standardzie wyposażenia w instalacje techniczne. Co istotne dla podkreślenia trudności życia osób starszych, w mieszkaniach o niższym standardzie częściej zamieszkują osoby tworzące gospodarstwa jednoosobowe oraz osoby ze starszych grup wieku (tabela 2).

W znacznie gorszej sytuacji znajdują się osoby starsze, zamieszkałe na wsi. W mieszkaniach wyposażonych w wodociąg, ustęp i łazienkę zamieszkiwało tylko 56,7% jednoosobowych gospodarstw domowych tworzonych przez osoby w wieku 60-69 lat, 49,2% – z osobą w wieku 70-79 lat i 39,4% z osobą w wieku powyżej 80 lat. Co piąta osoba w wieku 60-69 lat tworząca jedno-

osobowe gospodarstwo domowe zajmowała mieszkanie bez wodociąg (19,9%). W mieszkaniach takich zamieszkiwało 22,4% osób w wieku 70-79 lat i 29,9%, (a więc blisko co trzecia osoba) w wieku 80 lat i więcej.

Tabela 2. Gospodarstwa domowe osób starszych zamieszkujące w mieszkaniach według stopnia wyposażenia mieszkań w instalacje

Mieszkania wyposażone w:	Gospodarstwa domowe jednoosobowe o wieku głowy			Gospodarstwa domowe wieloosobowe o wieku głowy		
	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
Wodociąg, ustęp, łazienkę	80,2	73,6	64,8	87,5	80,5	72,3
Wodociąg <sup>2</sup>	12,8	17,1	21,5	8,5	13,3	18,4
Bez wodociągu	6,6	8,9	13,3	3,6	5,9	8,9

Zródło: obliczenia własne na podstawie GUS 2003

Nieco lepszą sytuację mają osoby starsze, tworzące gospodarstwa wieloosobowe. I w tym przypadku pogorszenie wskaźników świadczących o standardzie mieszkania następuje wraz ze wzrostem wieku głowy tych gospodarstw. Mieszkanie wyposażone w wodociąg, ustęp i łazienkę posiadały gospodarstwa domowe osób: 75,1% gospodarstw domowych z głową w wieku 60-69 lat; 63,6% w których osoba pełniąca rolę głowy miała 70-79 lat i 51,8% z głową w wieku 80 lat i więcej. W mieszkaniach nie posiadających wodociągu zamieszkiwało odpowiednio: 8,9%, 13,6% i 19,8% wieloosobowych gospodarstwa domowych z osobą starszą jako głową gospodarstwa.

Prowadzenie samodzielnego jednoosobowego gospodarstwa domowego oznacza najczęściej spełnienie standardu zamieszkiwania co najwyżej jednej osoby w pokoju. W mieszkaniach takich zamieszkiwało 84,6% gospodarstw o wieku głowy gospodarstwa 60-69 lat, 83,6% z głową w wieku 70-79 lat i 81,6% gospodarstw

<sup>2</sup> Z ustępem ale bez łazienki, z łazienką ale bez ustępu oraz bez obu tych instalacji.

osób w wieku 80 lat i więcej. Pozostali, mimo, że prowadzą własne gospodarstwa domowe zamieszkiwali z innymi osobami, przy czym charakter tej wspólnoty zamieszkania nie został zidentyfikowany. Mogą to być osoby spokrewnione, ale nie gospodarujące wspólnie z osobą starszą, jak również osoby nie spokrewnione np. opiekunowie.

Osoby starsze, tworzące gospodarstwo wieloosobowe rzadziej mogą samodzielnie zajmować przynajmniej jeden pokój (odpowiednio: 57,3% w wieku 60-69 lat, 58,5% w wieku 70-79 lat i 55,2% w wieku 80 lat i więcej). Przynajmniej z jedną osobą w pokoju zamieszkuje: 20,7% gospodarstw domowych o wieku głowy: 60-69 lat; 23,4% osób w wieku 70-79 lat i 27,8% w wieku 80 lat i więcej.

Brak powtarzalnych badań dotyczących warunków życia seniorów powoduje konieczność odwołania się do badań z 1997 r. dla zilustrowania innych problemów związanych z warunkami zamieszkania osób starszych (GUS 1998). Można oceniać, że tempo pozytywnych zmian pod tym względem nie było na tyle duże, aby w znaczącym stopniu ograniczyło wagę zidentyfikowanych wówczas problemów, takich jak m.in. niedostosowanie warunków lokalowych do potrzeb związanych z wiekiem i ograniczoną mobilnością (mieszkania na piętrze, w domach bez windy, wymagających ogrzewania piecowego itp.). Zajmowane mieszkania miały takie niedogodności jak ogólny stan, powodujący konieczność przeprowadzenia kapitalnego remontu (według cytowanych badań zwracało na to uwagę ponad 40% badanych). Mieszkania miały szczególne wady: były zbyt ciemne lub zawilgocone. Potrzeba remontu, niski standard wyposażenia był niewątpliwie następstwem tego, że znaczna część zasobów mieszkaniowych zajmowanych przez osoby starsze pochodziła sprzed 1945 roku.

Wady, na które szczególnie zwracają uwagę osoby starsze to również położenie mieszkań w sferze narażonej na hałas, zanieczyszczenia, w miejscach zagrożonych przestępczością i wandalizmem, co powoduje obniżone poczucie bezpieczeństwa mieszkańców, zwłaszcza wśród osób starszych.

Potwierdza to również rozpoznanie specjalistów mieszkalnictwa, którzy zwracają uwagę na negatywne cechy zasobów mieszkaniowych zajmowanych przez osoby starsze, nawet tych wybudowanych po 1945 roku (Zaniewska, Thiel 2004). Dotyczy to zarówno samych mieszkań, charakteryzujących się nieelastycznym układem, uniemożliwiającym lub pociągającym za sobą wysokie koszty zmiany, pozwalającej na lepsze dostosowanie lokalu do potrzeb osoby starszej. Małe balkony uniemożliwiają przebywanie na nich osób, które ze względu na ograniczoną z wiekiem mobilność nie mogą korzystać z kontaktu z wolną przestrzenią w innej formie. W budynkach do 5 kondygnacji brak jest wind. Brak jest urządzeń umożliwiających przemieszczanie się osób z dysfunkcją ruchu (np. podjazdów). Na to nakładają się niedostatki finansowe właścicieli budynków ograniczające przeprowadzenie nie tylko modernizacji, ale nawet niezbędnych remontów. O możliwościach przerzucenia kosztów takich prac na mieszkańców, w tym przypadku na osoby starsze trudno mówić. Nie pozwalają im na to bieżące dochody, a ponadto mają oni utrudniony dostęp do kredytów i często obawy przed zaciąganiem zobowiązań finansowych na dużą skalę.

Cześć osób starszych uznaje swoje mieszkanie za zbyt małe (jakkolwiek są to opinie wyrażane rzadziej niż w przypadku osób młodszych, będących w stadium rozwoju a nawet stabilizacji liczebności rodziny). Osoby starsze natomiast częściej, niż w przypadku młodszych wyrażają opinie, że zajmowane przez nie mieszkania są za duże w stosunku do ich potrzeb. Sadzić można, że jest to opinia rodzin znajdujących się w fazie „pustego gniazda”, a przede wszystkim starszych osób samotnych. „Zbyt duże mieszkanie” oznacza najczęściej konieczność ponoszenia zwiększonych opłat za jego użytkowanie. Wydatki związane z opłatami z tego tytułu (czynsz, opłaty za energię elektryczną, gaz itp.) stanowią poważne obciążenie budżetów gospodarstw domowych osób starszych. Najpoważniejsze obciążenie stanowią koszty eksploatacji mieszkań, w tym opłaty za nośniki energii oraz opłaty za użytkowanie mieszkań. Pozostają one też często w sprzeczności ze standardem technicznym tych mieszkań.

Udział wydatków mieszkaniowych w wydatkach ogółem gospodarstw domowych przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Udział poszczególnych kategorii wydatków mieszkaniowych w wydatkach ogółem gospodarstwa domowego według wieku głowy gospodarstwa domowego [w %].

Grupa wieku	Suma wydatków mieszkaniowych (w04)	Opłaty za użytkowanie mieszkania lub domu (w041)	Konserwacja mieszkania lub domu (w043)	Inne usługi związane z zamieszkiwaniem (w044)	Nośniki energii (w045)	Koszty eksploatacji mieszkania (w043+w044+w045)
60-69 lat	24,4	5,7	2,5	2,5	13,6	18,7
70-79 lat	24,7	5,2	2,6	2,5	14,4	19,4
80 i więcej	24,3	4,7	2,4	2,4	14,8	19,6
Ogółem	21,6	5,4	2,4	2,4	11,4	16,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych GUS z 2004 r.

Przyszła sytuacja mieszkaniowa osób starszych kształtować się będzie pod wpływem dwóch, aktualnie występujących tendencji: poprawy standardu warunków mieszkaniowych ogółu ludności Polski oraz trudności w dostępie do własnych mieszkań, ze względów finansowych. W pierwszym przypadku może to zaowocować korzystnymi zmianami pod tym względem dla przyszłych seniorów. Dotyczyć to będzie przede wszystkim tych, którzy ze względu na swoją sytuację materialną będą mogli poprawić swoje warunki mieszkaniowe.

Poprawa warunków mieszkaniowych rozumianych szerzej – jako kształtowanie przestrzeni mieszkalnej uwzględniającej potrzeby starszych osób może odnosić się nie tylko do tych, którzy ze względu na zasobność finansową będą mogli uzyskać optymalne warunki mieszkaniowe, a których – jak można oceniać – będzie mniejszość. Chodzi o odpowiednie zagospodarowanie otoczenia budynków w sposób „przyjazny” osobom starszym, a więc zno-

szenie barier architektonicznych, wprowadzenie rozwiązań pozwalających na poprawę dostępu do usług i opieki, stwarzających szanse na utrzymanie samodzielności i na integrację.

Pomysł na tworzenie specjalnych osiedli czy budynków dla osób starszych nie wydaje się zasadny ze względu na możliwość izolacji środowiskowej. Nie zyskałby także akceptacji ze strony seniorów, którzy „cenią sobie samodzielność zamieszkiwania we własnym mieszkaniu, ale samodzielność blisko dzieci, rodziny, znajomych” (Zaniewska, Thiel, 2004) dającą im poczucie bezpiecznej starości.

Obecnie dość powszechna jest praktyka zatrzymywania mieszkań przez starsze osoby nawet wówczas, gdy koszty eksploatacyjne przekraczają ich możliwości finansowe z uwagi na chęć lub konieczność przekazania ich młodszemu pokoleniu. Zwiększyć się może zasięg wspólnego zamieszkiwania dwóch generacji. Pozytywnym skutkiem wspólnoty mieszkaniowej jest możliwość bezpośredniej opieki nad osobą starszą. Większość współczesnych zasobów mieszkaniowych nie jest jednak przystosowana (ze względu na wielkość powierzchni, liczbę pokoi) do zamieszkiwania w nich rodziny wielopokoleniowej. Potrzebne jest zatem tworzenie warunków na rzecz możliwości przeprowadzenia adaptacji istniejących mieszkań (specjalne linie kredytowe), a przede wszystkim rozwój mieszkalnictwa w formach ułatwiających wspólne zamieszkiwanie rodzin wielopokoleniowych. Niezbędne jest również wprowadzenie i promowanie mechanizmów rotacji (zamiany) mieszkań ułatwiających – z jednej strony dostosowanie ich do potrzeb, ale i możliwości (głównie finansowych) osób starszych, a z drugiej – do wspólnego zamieszkania z potencjalnymi opiekunami.

Opieka nad osobą starszą w środowisku domowym i rodzinnym wydaje się być „przyszłością” polityki społecznej na rzecz osób starszych. Pomoc w miejscu zamieszkania ma wielkie znaczenie psychologiczne. Stary człowiek unika stresu związanego ze zmianą miejsca zamieszkania. Za formami tymi przemawiają także względy ekonomiczne. Pomoc w miejscu zamieszkania jest na ogół mniej kosztowna niż pomoc w wyspecjalizowanych placów-

kach. Temu celowi może służyć rozwój usług opiekuńczych w domu pacjenta, co może wiązać się również z koniecznością odpowiedniego przystosowania mieszkania, ale również z odpowiednim zagospodarowaniem przestrzeni najbliższego osiedla (rozwój usług medycznych, rehabilitacyjnych lub transportowych pozwalających na dowiezenie pacjenta do odpowiednich ośrodków).

Lokalizacja mieszkań dla osób starszych powinna umożliwiać im kontakt z rodziną i znajdować się na obszarach o poziomie infrastruktury niezbędnej dla ludzi w podeszłym wieku.

Wiąże się to z organizowaniem domów dziennego pobytu dla ludzi starszych. Tworzenie ich wymaga pobudzenia inicjatyw lokalnych, zarówno władz samorządowych jak i organizacji pozarządowych. Nie zawsze wiąże się to z koniecznością budowy nowych obiektów, a raczej wykorzystaniem i dostosowaniem istniejących zasobów oraz z przygotowaniem ludzi do prowadzenia i obsługi takiego domu. Ogólnie rzecz ujmując, koncepcja rozwiązań w mieszkalnictwie na rzecz osób starszych powinna być podporządkowana naczelnej zasadzie tworzenia warunków sprzyjających ich aktywności, samodzielności i integracji.

Bardzo trudną sprawą do rozwiązania, głównie ze względów psychospołecznych jest zapewnienie godziwych warunków mieszkaniowych osobom, których nie stać na utrzymanie mieszkania. Wprawdzie, jak wspomniano, osoby starsze bronią się przed zagrożeniem eksmisją, pokrywając zobowiązania związane z korzystaniem z mieszkania nawet kosztem wyrzeczeń, nie zawsze można jednak uniknąć sytuacji przekroczenia bariery możliwości utrzymania mieszkania. Eksmisja takich osób nawet do mieszkań socjalnych jest połączona z ryzykiem traumatycznych przeżyć dla takiej osoby. Łagodniejszym sposobem, jak się wydaje, byłyby starania o uniknięcie takich sytuacji poprzez propozycję wcześniejszej zamiany mieszkania, na mieszkania o charakterze socjalnym, gwarantujący jednak godziwy standard warunków mieszkaniowych.

Rozwiązania zmierzające do poprawy warunków mieszkaniowych osób starszych doczekały się bogatej literatury przedmiotu, specjalnych programów i przykładów dobrych praktyk. Te

ostatnie częściej można spotkać w krajach zachodnich. Jest to zarówno przejaw realizacji celu – poprawy jakości życia wszystkich członków społeczeństwa, ale również (a często przede wszystkim) dostosowywania warunków życia i funkcjonowania społeczeństwa do procesów jego starzenia się. Obecnie jest najwyższa pora, aby również w Polsce doczekały się realizacji programy polityki mieszkaniowej uwzględniającej postanowienia Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej, w myśl której (cyt. za: Zralek 2004) jedną z naczelnych zasad pełnego uczestnictwa w życiu społecznym jest „umożliwienie osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne m.in. poprzez zapewnienie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb i stanu zdrowia lub zapewnienie stosownej rozmowy przy adaptacji ich mieszkań”.

Doc. dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska  
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

### Literatura

- Balcerzak-Paradowska B., *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*, IPiSS, Warszawa 2004.
- Balcerzak-Paradowska B., *Rodzina i polityka rodzinna wobec osób starszych*, w: Frąckiewicz L. (red), *W obliczu starości*, ROPS Województwa Śląskiego, Katowice 2007.
- Błądowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa 2002.
- CASE UNDP, *Ku godnej, aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym Polska, 1999*, Warszawa 1999.
- Czepulis-Rutkowska Z., *Systemy emerytalne z poziom zabezpieczenia materialnego emerytów*, IPiSS, Warszawa 2000.
- Dyczewski L., *Wież między pokoleniami w rodzinie*, Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.



- Frąckiewicz L., *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności w: Frąckiewicz L. (red) Proces starzenia się ludności w Polsce i jego społeczne konsekwencje*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice 2002.
- Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, I Kongres demograficzny w Polsce, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2002.
- Frąckiewicz L. (red.), *W obliczu starości*, ROPS Województwa Śląskiego, Katowice.
- Graniewska D. (red.), *Warunki życia emerytów i rencistów*, IPiSS, Warszawa 1999.
- GUS, *Warunki życia ludności w 1997 r.*, Warszawa 1998.
- GUS, *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Warszawa 1999.
- GUS, *Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych i rodzin 2002*, Warszawa 2003.
- GUS, *Warunki życia ludności w 2002 r. Studia i Analizy Statystyczne*, Warszawa 2003.
- GUS, *Warunki życia ludności w 2004 r. Studia i Analizy Statystyczne*, Warszawa 2005.
- Pahl J, *The Family and the Production of Welfare w: J.Baldock, N.Manning, S.Miller, S.Vickestaff, ed. Social Policy*, Oxford University Press, Oxford-New York 1999.
- Rządowa Rada Ludnościowa, *Założenia polityki ludnościowej w Polsce, w: Sytuacja demograficzna Polski; Raport 2004* Warszawa 2003.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Instytut Polityki Społecznej UW, Warszawa 2000.
- Szukalski P., *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wydawnictwo UŁ., Łódź 2002.
- Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2003.
- Trafiałek E., *Starzenie się i starość*, Wszechnica 2006.
- Zaniewska H., Thiel M., *Mieszkanie jutra ludzi starszych – nadzieja czy zagrożenie?*, w: Kowalewski J.T., Szukalski P.

(red.) *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.

Zralek M., *Mieszkalnictwo w kontekście poprawy warunków powstawania i funkcjonowania rodziny oraz stanu zdrowia ludności*, w: Graniewska D. (red.) *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne*. IPiSS, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2004.

## **EDUKACJA, AKTYWNOŚĆ KULTURALNA, REKREACJA LUDZI STARZEJĄCYCH SIĘ**

Poziom życia ludzi starszych (późnej dorosłości) zależy nie tylko od zdrowia, zasobów ekonomicznych i ich pozycji w społeczeństwie, ale także od własnej aktywności edukacyjnej, kulturalnej oraz rekreacyjnej i całego splotu warunków które umożliwiają i ułatwiają rozwijanie takiej aktywności.

Te czynniki już wcześniej w mniejszym czy większym stopniu wyznaczyły poziom rozwoju potencjału życiowego i właściwości osobowe każdej jednostki starzejącej się (→ wiedza, doświadczenia, światopogląd, postawy, zainteresowania, silna wola, zdolność autokontroli, powściągi, itp.). Ale procesy rozwoju nigdy nie ulegają zakończeniu, a z postępem wieku życia rodzą się nowe potrzeby i wyzwania, którym jednostka, jak też społeczeństwo, muszą sprostać, jeśli chcemy zachować i rozwijać wysoką jakość życia.

W świadomości społecznej ogółu ludzi podmiotowe uwarunkowania poziomu życia ludzi starszych zaznaczają się bardzo słabo. Raczej szuka się ich poza osobą. W tej sytuacji polityka społeczna i edukacyjna musi się zmierzyć z wielkim wyzwaniem współczesnego społeczeństwa – wyzwolenia energii jednostek i grup społecznych służącej edukacji permanentnej (od najwcześniejszych faz życia po wiek sędziwy) oraz rozwojowi życia kulturalnego i rekreacyjnego także wśród ludzi starszych, błędnie identyfikowanych jako „odpoczywających”.

W przypadku ludzi starszych, w sytuacji postępującego zaangażowania się ich pól działalności zawodowo-zarobkowej, społecznikowskiej i publicznej, ich dalsza edukacja, aktywność kulturalna i rekreacyjno-ludyczna splata się w istocie w jeden wielce doniosły węzeł aktywności, w którym te trzy składniki silnie się wzajemnie i bezpośrednio przeplatają, stymulują i ukierunkowują, a jednocześnie pozwalają im spełniać wiele pożytecznych funkcji obywatelsko-społecznych.

Twierdzenie to nabiera pełnego sensu zwłaszcza wtedy, gdy edukację pojmuje się szeroko, a więc nie ogranicza się jej jedynie do szkolnej czy paraszkolnej, ściśle świadomej, intencjonalnej i zorganizowanej postaci (szkoły, kursy, studia otwarte, warsztaty doszkalające, itp.). Bowiern dopiero przy szerokim rozumieniu edukacji okazuje się, że znaczna część wysiłków edukacyjnych jest składnikiem czy funkcją aktywności kulturalnej oraz rekreacyjnej, a nawet ludyczej, czyli rozrywkowej. Jest tak zawsze wtedy, gdy obok doraźnej korzyści doznania przyjemności i wypoczynku osiąga się coś więcej, bo sublimację całych tych sfer aktywności. Wtedy triada - edukacja, aktywność kulturalna, rekreacja - stanowi istotny składnik całej podstawy (wraz z warunkami ekonomicznymi, technicznymi, zdrowiem, sytuacją społeczną, obyczajową, itp.), na której budować można wysoką jakość życia.

W tym ujęciu nie szukamy jakiejś alternatywy dla pozostałych rodzajów aktywności, typu: „dorabianie” do emerytury, „codzienna krzątania domowa”, zabiegi higieniczne, lecznicze, opieka nad wnucętami, itp., ale wskazujemy na niezbędne i szczególnie wartościowe dopełnienie tamtych czynności samo-realizacją edukacyjną, kulturalną i rekreacyjno-ludyczną, co jest zawsze konieczne dla osiągnięcia wysokiej jakości życia.

## 1. Trzy aspekty problemu

Trzeba zwrócić uwagę na kilka aspektów tej sprawy.

Pierwszy, to **przygotowanie do starości**. Przyjmując założenie, że do starości człowiek sposobi się przez całe swoje życie, a nawarstwiające się w nim zaniedbania w wysokim stopniu mogą się przyczyniać do jej degradacji, wszelkie wizje prognostyczne i konceptualno-projektowe winny uwzględniać również wcześniejsze działania (w okresach dzieciństwa, młodości, wczesnej i średniej dorosłości), wyprzedzające starość, i to bynajmniej nie tylko działania typu szkolnego, **ale pozaszkolne, a następnie też poszkolne działania edukacyjne, animacyjno-kulturalne i rekreacyjno-ludyczne**. Dopiero bowiem efektywność tamtych

wcześniejszych zabiegów umożliwi powszechną antycypację rzeczywistości możliwej i tworzenie bogatych, przecież wtedy już najczęściej nieszkolnych projektów edukacyjnych, kulturalnych i rekreacyjno-ludycznych, skierowanych do ludzi starszych, korzystających jednak z już wcześniej ukształtowanych zainteresowań, nabytych umiejętności i doświadczeń, ale nadal otwartych na ciągle kształtowanie i nabywanie nowych.

Możliwości sprzyjające we wcześniejszych fazach życia przygotowaniu do starości musi współtworzyć państwo wraz z innymi strukturami społeczeństwa – samorządami terytorialnymi, pozapaństwowymi ruchami społecznymi, instytucjami sztuki i nauki, a także animacji społeczno-kulturalnej, kościołami, instytucjami komunikacji elektronicznej, prasowej, itp. Zasklepianie uwagi polityki edukacyjnej do form szkolnych, a pomijanie innych, pozaszkolnych i poszkolnych rodzajów praktyki edukacyjnej ludzi sprawia, że nie dba się o edukacyjną waloryzację całokształtu sfer działalności i aktywności ludzi oraz o uaktywnianie różnych struktur społecznych także w tych doniosłych zakresach działalności.

Drugi aspekt, to wiek późnej dorosłości. Dla podjętej diagnozy-prognozy kryterium formalno-prawne wieku emerytalnego, nazywanego „wiekiem trzecim”, jest mniej przydatne. Ważniejsze jest kryterium gerontologiczne, oparte głównie na zachodzących typowych zmianach w biologii człowieka i jego usytuowaniu w strukturze społecznej oraz kulturze. Z tego punktu widzenia trafniejsza jest nazwa wiek późnej dorosłości.

Późna dorosłość wymaga uwzględnienia, moim zdaniem, trzech faz. Pierwsza to faza przejścia między wiekiem średniej dorosłości a późną dorosłością (w Polsce przypadającego najczęściej na lata życia ~55-65). Druga to okres „wczesnej” późnej dorosłości (~60-75 lat życia), w której połowa populacji wymiera w drodze naturalnej Trzecia to okres schyłku życia (lata ~70-80 i dalsze; tzw. wiek sędziwy)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Końcówką część drugiej i ostatnią fazę życia, zgodnie z przyjętym kryterium biologicznym, Paul B. Baltes z Berlińskiego Instytutu Badań nad Rozwojem Człowieka i Edukacją nazywa łącznym mianem **wiek czwartego**.

Nierozdzielność lat w tym podziale uwzględnia duże różnice stanu zdrowotnego, psychicznego i społecznego poszczególnych osób, w którym one kolejno wkraczają w każdą z faz późnej dorosłości. Niekiedy ludzie w wieku około 60 lat objawiają już liczne cechy osób starych. Generalnie jednak obecnie, w sytuacji znacznego wydłużania się życia, przy względnie zadowalającym bycie ekonomicznym i zachowaniu względnie dobrej kondycji psychofizycznej, dopiero te późniejsze lata życia – 70, czy nawet 75-80, postrzega się jako początek okresu starości.

To w tamtym okresie nasileniu ulega słabnięcie możliwości rozwojowych człowieka (przynajmniej tak jest w społeczeństwach euroamerykańskich). Wtedy maleje podatność na zabiegi edukacyjne, co jest widoczne szczególnie w przypadku osób pozbawionych dużego całożyciowego treningu pracy nad sobą, zwłaszcza, gdy towarzyszy temu równoległy proces postępującej degradacji organizmu biologicznego.

W tych trzech fazach długiego obecnie okresu późnej dorosłości (obejmującego coraz częściej, choć jeszcze ciągle nie na miarę oczekiwań, 20-25 lat życia, a niekiedy i więcej) jednostka przechodzi przez różne stany ujawniania się nowych potrzeb rozwojowych, ale też niekiedy degradacji psychobiologicznej, przed którą musi się intensywnie bronić, a edukacja i działalność animacyjno-kulturalna winna być w tym pomocna.

Natomiast dwie wcześniejsze fazy okresu późnej dorosłości (1, „przejścia” i 2, „wczesnej”) charakteryzują się jednak najczęściej nadal dużymi potencjalnymi możliwościami edukacyjnego rozwoju, zwłaszcza, gdy występuje silna osobista motywacja ze strony samego podmiotu, a w biografii jednostki zostały zgromadzone twórcze doświadczenia pracy nad sobą.

Te potencjalne możliwości rozwoju najczęściej nie równają się z rzeczywistymi (tu nie jest przesądzone wiekiem biologicznym!), jednak zawsze mogą być one odkrywane, uświadomione i – poprzez czyn – rozbudowywane/rozwijane, jeśli w tym dziele mniej czy bardziej świadomie uczestniczy też sam podmiot, żywiący takie oczekiwania, i jest w tym wspierany przez swoje otoczenie społeczne.

Kolejny aspekt, to **niska świadomość możliwości edukacyjnych**. Jednak w Polsce, w tym także wśród części nauczycieli, a najczęściej w populacji ludzi w wieku późnej dorosłości, występuje dość powszechnie bardzo niska świadomość tych relatywnie nadal dużych możliwości rozwojowych ludzi starszych.

Już sam ten okres życia i jego specyficzne społeczno-kulturalne i biologiczne swoistości rodzi nowe potrzeby i problemy rozwojowe, a zatem też edukacyjne. I to nie tylko wyłącznie specyficzne, związane z wiekiem życia (np. zdrowie, wiedza społeczno-prawna, higiena, opieka), ale też ogólnorozwojowe, uniwersalne (np. związane ze sferą poznawczą i wiedzą ogólną, sferą aksjologiczno-moralną, estetyczną, afektywną, sympatyczno-empatyczną, społeczną, a nawet erotyczną, itp.).

Te nowe uniwersalne problemy, przed jakimi stają ludzie starsi, rodzi też także współczesna cywilizacja, w tym technika, gwałtowne przemiany struktury społecznej, zmiany w kulturze symbolicznej, w obyczajowości, widoczna niemal we wszelkich sferach życia i działania postępująca globalizacja, wywołująca konieczność międzykulturowej interakcji i międzynarodowej oraz międzypaństwowej integracji ekonomiczno-gospodarczej, polityczno-prawnej, naukowej, edukacyjnej, społecznej, a nawet wyznaniowej (patrz np. idea ekumenizmu).

Generalnym wyzwaniem w tej sytuacji jest wspomaganie, dynamizowanie i sublimowanie wśród ludzi późnej dorosłości procesów edukacyjnych, ich aktywności kulturalnej oraz rekreacyjno-ludycznej, gdyż wszystkie te składniki niosą ze sobą szansę znacznego wzbogacenia ich życia i społecznego uczestnictwa, ale też szansę oddalania rodzących się stale nowych zagrożeń dla jakości życia.

Diagnoza ta ma posłużyć za punkt wyjścia w poszukiwaniu rozwiązań dla przyjaznej ludziom starszym polskiej polityki edukacyjnej, społecznej i kulturalnej.

## **2. Aktualizacja, poszerzanie i pogłębianie wiedzy**

Obecna struktura wykształcenia ludności Polski w wieku późnej dorosłości ma tradycyjny układ piramidy, którego podsta-

wę stanowią w ogromnej przewadze ludzie o niskim wykształceniu, z małym doświadczeniem w twórczym stosowaniu wiedzy, w tym o braku ukształtowanej postawy autoedukacyjnej<sup>2</sup>. Taka struktura wykształcenia niesie ze sobą w społeczeństwie informacyjnym wiele zagrożeń dla życia intelektualnego, adaptacji psychicznej i społecznej w zmiennej rzeczywistości, a także niweczy szansę czynnego uczestnictwa w kulturze, życiu społecznym i gospodarczym szerokich rzesz ludzi należących do tej kategorii społeczno-demograficznej.

a) Struktura wykształcenia ludzi starszych będzie w najbliższych dekadach ewoluowała w kierunku prowadzącym do zwięzania się liczby osób z niskim wykształceniem (podstawowym i gimnazjalnym), a powiększania liczby osób z wykształceniem średnim i wyższym. Trend ten w ostatnich latach uległ wielkiemu zdynamizowaniu.

Jednak sam fakt zdobywania wykształcenia formalnego przez coraz szersze kręgi całej populacji wiekowych na poziomie średnim, a w wielu przypadkach wyższym, nie jest równoznaczny z osiąganiem przez ogół kształcących się wysokiego poziomu rozwoju kulturalnego i społecznego. Rozwój ten bowiem jest możliwy tylko wtedy, gdy formalne szkolne kształcenie zostanie dopełnione intensywną aktywnością samokształceniową (autoedukacyjną), dalszym zorganizowanym doksztalcaniem (kursy, studia podyplomowe, itp.) i aktywnością kulturalną, umożliwiając permanentne przyswajanie i aktualizowanie wiedzy, ale też kształtowanie i rozwijanie zaangażowanych postaw wobec wiedzy, pochodzącej z różnych zasobów nauki i kultury.

Dalsze pogłębianie aktywnych postaw ludzi późnej dorosłości wobec wiedzy jest i, jak można sądzić, pozostanie już na zawsze doniosłym wyzwaniem dla globalnego społeczeństwa i poszczególnych jego struktur<sup>3</sup>. I one muszą tworzyć jednostkom

---

<sup>2</sup> D. Jankowski, *Autoedukacja wyzwaniem współczesności*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1999, Idem, *Edukacja wobec zmiany*. Zwłaszcza cz. II, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001, lub wznowienia.

<sup>3</sup> W. Horyń i J. Maciejewski (red.), *Nauczyciel andragog w społeczeństwie wiedzy*, Wrocław 2007, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; M. Pod-



szansę zachowania przez całe ich życie dobrej kondycji intelektualnej i psychicznej, rozwoju zdolności twórczych i czerpania satysfakcji ze stosowania wiedzy oraz podmiotowego udziału w procesach przemian, w których wiedza odgrywa coraz donioślejszą rolę.

b) Doceniając zorganizowane formy dokształcania i poszerzania wiedzy oraz rozwijania umiejętności i nabywania sprawności w rozmaitych dziedzinach i zakresach aktywności (kursy dokształcające ogólne, specjalistyczne, Uniwersytety Trzeciego Wieku, Uniwersytety Otwarte, Uniwersytet Telewizyjny, itp.) niezbędne jest tworzenie stymulatorów społecznych i warunków dla rozwijania zainteresowań i działań eksploracyjnych również w ramach stowarzyszeń społeczno-kulturalnych, np. regionalnych, kulturalnych, klubów i pracowni oświatowych, kół miłośnictwa książki, zrzeszeń i klubów emerytów, itp.

Kluczowe znaczenie mają współczesne media elektroniczne i papierowe, które epatując audytoria, słuchaczy i czytelników banalnymi obrazami „z życia”, często też dostarczają informacji naukowych i wzbudzają zainteresowania różnymi dziedzinami wiedzy. Wszystkie te formy komunikacji wymagają od ich uczestników dystansu wobec zalewu informacji i kształtowania krytycyzmu, umiejętności dokonywania jakościowej selekcji oraz rozwijania zdolności czynnego współdziałania w poszukiwaniu wiedzy, rozwijanego w bezpośrednich kręgach osób intelektualnie zaangażowanych („twarzą w twarz”) i pośrednich (za pomocą mediów – *sąsiedztwa z wyboru*, zapośredniczonego środkami indywidualnej komunikacji elektronicznej – internet, telefonia, komórka itp.).

Poszukiwaniu wiedzy sprzyja też upowszechniająca się technika komunikacji internetowej. Ale do korzystania z niej nie wystarczy jednorazowy akt przysposobienia (np. kurs kilkunasto-

---

górnym (red.), Człowiek na edukacyjnej fali. Współczesne konteksty edukacji dorosłych, Kraków 2005, Oficyna Wydawnicza IMPULS; Jan Sarana, Edukacja dorosłych. Teoria i praktyka w okresie przemian, Lublin 2000, Wydawnictwo UMCS; J. Półturzycki, Edukacja dorosłych za granicą. „Biblioteka Edukacji Dorosłych”, nr 15, Toruń 1998, Wydawnictwo Adam Marszałek.

godzinny), gdyż niezbędny jest ponadto system wspierający poszukiwania przez osoby starsze nowych możliwości i sposobów twórczej eksploracji wiedzy czerpanej z rozlicznych źródeł (nauki, sztuki i literatury, itp. oraz społecznie gromadzonych i uogólnianych w dyskursach doświadczeń), a zwłaszcza tworzenie okazji do dyskusji i spożytkowywania wiedzy w rozwijanej działalności (np. w dalszej działalności zawodowej, społecznikowskiej, opiekuńczej, wychowawczej, publiczno-organizatorskiej).

c) W naszym społeczeństwie wyraźnie niedoceniane jest rozwijanie wiedzy ogólnej. Wśród ludzi starszych działalność oświatowa wykazuje postępującą tendencję do ograniczania jej do krzewienia wiedzy utylitarnej (zdrowie i pielęgnacja ciała, świadomość prawna, techniki gospodarstwa domowego, w tym racjonalnego żywienia, itp.). Potężniejący rynek, w tym także rozbudowujący się rynek usług edukacyjnych, promuje ten kierunek rozwoju oświaty dorosłych. Rynek jest jednak zainteresowany głównie promocją podaży produktów oraz usług i wzmaganiem popytu na nie<sup>4</sup>, a nie rozwijaniem wiedzy ogólnej.

Utrzymywanie się tej tendencji nie prowadzi do rozwoju potencjału intelektualnego ludzi starszych, a nawet może blokować rozwój ich zdolności analityczno-krytycznych oraz twórczych.

Zaniedbywanie krzewienia wiedzy ogólnej może powodować też pogłębianie się rozziemu między pokoleniami, zaburzać proces transmisji kultury, prowadzić do zawężenia komunikacji społecznej do wymiany informacji utylitarnej, oddalać tak bardzo potrzebny dyskurs aksjologiczny i procesy krystalizowania systemu wartości człowieka, jego wrażliwości społecznej czy estetycznej. Rodzi to liczne dramaty życia - poczucie jego bezsensu, nerwice i dewiacje psychiczne, konflikty międzypokoleniowe, obez-

---

<sup>4</sup> K. Siądecka, *Funkcje marketingu w działalności wybranych instytucji kultury i oświaty*, praca doktorska, pod kierunkiem J. Gajdy, Lublin 2005, UMCS; D. Jankowski, *Aktywność kulturalna dorosłych w sytuacji potężnienia rynku kultury i bezwładu edukacji ogólnej. Wyzwania dla animacji*. W: B. Jedlewska (red.), *Akademickie kształcenie animatorów i menedżerów kultury w Polsce*, Lublin 2006, UMCS.

władniającą aktywność poczucie samotności i zagubienia, ucieczkę w używki czy mistycyzm, a nawet samobójstwa, itp.

d) Edukacyjna aktywizacja ludzi starszych wymaga istnienia i dynamicznego funkcjonowania środowiska edukacyjnego ludzi dorosłych, stymulującego i wspomagającego edukacyjną waloryzację wielu płaszczyzn ich działalności oraz rozwijanych kontaktów społeczno-kulturalnych<sup>5</sup>. Takie środowisko/a tworzą rodzina, instytucje, zrzeszenia i grupy nieformalne oraz sieci interakcji zapośredniczone mediami.

Animacja aktywności intelektualnej wymaga nie tylko istnienia sprawnych ram społeczno-organizacyjnych - instytucji, ale przede wszystkim wspierania przez państwo i samorządy terytorialne szerokiego ruchu samoorganizacji życia oświatowego ludzi starszych.

Jako szkodliwe muszą zostać uznane i potępione wszelkie działania krępujące rozwój ruchu samoorganizacji w postaci zrzeszeń, klubów, otwartych dyskusji, wydawania publikacji, umieszczania w internecie informacji o własnych dokonaniach naukowych oraz przemyśleniach, itp., jeśli nie naruszają postanowień Konstytucji. Ruch samoorganizacji i wyrażania poglądów powinien być w pełni i bez zastrzeżeń tolerowany, nawet wtedy, gdy drażni czy godzi w przekonania kogokolwiek<sup>6</sup>.

Każda ze stron jakichkolwiek dyskusji oświatowych czy sporów światopoglądowych musi korzystać z równych uprawnień do udziału w dialogu. Bez tego nie jest możliwe wspomaganie procesu wyjaśniania systemów wartości. Zastąpi go wtedy reżim ideologiczny („urabianie”; „przemoc symboliczna”), relatywizm

---

<sup>5</sup> D. Jankowski, *Środowisko edukacyjne człowieka dorosłego jako problem pedagogiki społecznej i andragogiki*, w: Rocznik Andragogiczny 2006, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Warszawa – Toruń 2007.

<sup>6</sup> Trybunał Strasburski w 1976 roku przyjął zasadę swobody wypowiedzi jako jedną z głównych podstaw demokratycznego społeczeństwa (Polska ratyfikowała ten dokument w 1993 roku): swoboda ta „(..) nie może ograniczać się do informacji i poglądów, które są odbierane przychylnie albo postrzegane jako nieszkodliwe lub obojętne, lecz odnosi się w równym stopniu do takich, które obrażają, oburzają lub wprowadzają niepokój”, za: St. Podemski, *Polityka*, nr 37/2001).

i koniunkturalizm, bądź, co jest coraz powszechniejsze i równie groźne - indyferentyzm poznawczy i światopoglądowy.

### 3. Aktywność kulturalna

Płaszczyzna aktywności kulturalnej<sup>7</sup> staje się wśród ludzi starszych w rozwiniętych gospodarczo obszarach świata główną domeną ich życia i zapewne stanowi, wraz z rekreacją, istotny czynnik jakości ich życia.

a) Znaczenie aktywności kulturalnej i rekreacyjno-ludycznej systematycznie wzrasta i będzie jeszcze szybciej rosło w miarę stabilizacji na coraz wyższym poziomie warunków bytu ekonomicznego tej kategorii społecznej. Będzie też jedną z donioślejszych postaci repulsji na zagrożenia mentalne, emocjonalne i społeczne, które niesie ze sobą *technopol*<sup>8</sup>.

Jednak wyższa jakość życia poprzez czynnik aktywności kulturalnej nie dokona się, gdy nie zapewni się w społeczeństwie rozwoju tej aktywności. Im wyższy będzie treściowy i formalny jej poziom, tym donioślejsze będzie jej znaczenie w życiu ludzi starszych.

Edukacyjna funkcja całej tej sfery aktywności zależy w dużym stopniu od jej poziomu. Jej znaczenie dla rozwoju wiedzy, przekształceń mentalnych i osobowościowych ludzi starszych, a zwłaszcza dla pobudzenia i dynamizowania aktywności auto-edukacyjnej, która dla człowieka dorosłego jest główną osnową

---

<sup>7</sup> D. Jankowski, *Aktywność kulturalna a edukacja kulturalna w perspektywie permanencji procesów rozwoju człowieka*, w: Rocznik Pedagogiki Kultury, 2005, Lublin, Wydawnictwo UMCS; Idem, *Aktywność kulturalna dorosłych w sytuacji potężnienia rynku kultury i bezwładu edukacji ogólnej*, op. cit.; Idem, *Pedagogika kultury. Studia i koncepcja*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, zwłaszcza rozdz. II: *Aktywność kulturalna jako składnik stylu życia*. Interesującą analizę aktualnych koncepcji, projektów i działań w Polsce i w Niemczech przedstawia Sylwia Słowińska (Edukacja kulturalna w Polsce i Niemczech. Inspiracje, propozycje, koncepcje, Kraków 2007, Oficyna Wydawnicza IMPULS).

<sup>8</sup> N. Postman, *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*. Tłum. A. Tanalska-Dulęba, PIW, Warszawa 1995; J. Baudrillard, *Symulakry i symulacja*. Tłum. S. Królak, „Sic”, Warszawa 2005.

i szansą osobowego rozwoju, może być funkcją pochodną tylko intensywnych i twórczych procesów recepcji przekazów symbolicznych oraz własnej kreatywnej działalności w tym obszarze.

W społeczeństwie trzeba uruchamiać społeczne i ekonomiczne stymulatory oraz ułatwienia organizowania aktywności kulturalnej ludzi starszych. Dni bezpłatnego wstępu do muzeów, bezpłatne lub za zniżkową opłatą korzystanie z bibliotek, kin, teatrów, publicznych imprez, przejazdów środkami publicznej komunikacji miejskiej, dostępność zniżkowych opłat za przejazdy kolejowe, itp., są już szeroko praktykowane; powinny być nie tylko utrzymane, ale systematycznie rozszerzane nie tylko w systemie świadczeń publicznych, ale też działalności przedsiębiorstw prywatnych.

b) Do waloryzacji całej sfery aktywności kulturalnej ogółu ludzi starszych prowadzi może kontakt z literaturą piękną i sztuką „wysoką”, wiedzą historyczną i kulturoznawczą, społeczną, etyczną, czynne uczestnictwo w życiu kulturalnym społeczności lokalnej, krajoznawstwo, amatorskie rozwijanie własnej działalności twórczej – artystycznej, pisarskiej, hobbystycznej, publiczno-krytycznej i afirmatywnej, politechnicznej i domowo-gospodarczej, animacyjnej w różnych grupach i kręgach społeczności: w rodzinie, kręgu sąsiedzkim i społeczności lokalnej, ruch wolontariatu społeczno-kulturalnego i rozwój instytucji oświatowo-kulturalnych. Tak pomyślana aktywizacja musi być organizacyjnie wspierana przez samorządy i instytucje publiczne, a także poparta systematycznie rozbudowywanymi działaniami edukacyjnymi, m.in. przez szeroki system kształcenia animatorów kultury<sup>9</sup>.

Powinna być wspierana także przez rozwijaną w środowisku życia ludzi starszych zabiegami terapeutycznymi (arteterapeutycznymi, biblioterapeutycznymi, terapią reminiscencyjną, niekiedy także terapią medyczną o różnym profilu, usprawniającą poszczególne organy ruchu, wzroku i słuchu). Towarzyszyć temu powinny odpowiednie działania kompensacyjne, gdyż znaczna część

---

<sup>9</sup> Por. m.in. D. Kubinowski (red.), *Kultura współczesna a wychowanie człowieka*. Verba, Lublin 2006; D. Jankowski (red.), *Edukacja kulturalna w życiu człowieka*, Instytut Pedagogiczno-Artystyczny UAM, Kalisz 1999.

ludzi starszych ujawnia istotne braki w rozwoju określonych dyspozycji osobowościowych, wiedzy i w zasobie posiadanych doświadczeń (dysponuje ubogimi wyuczonymi sposobami zaspokajania potrzeb, a często poziom ich potrzeb jest bardzo niski). Uniemożliwia to bogatszy udział w życiu kulturalnym. Zrzeszenia emerytów, przyzakładowe koła byłych pracowników, kluby seniora, stowarzyszenia charytatywne, fundacje prywatne i społeczne uzyskują w tej dziedzinie wdzięczne pole dla rozwijania bogatej i niezwykle potrzebnej działalności, pozwalającej uczestnikom przekraczać bariery w dostępie do dóbr kultury i bogatych form aktywności kulturalnej.

c) Dostęp do uczestnictwa w instytucjach kultury jest często utrudniony ludziom starszym w skutek niedostosowania rozwiązań architektonicznych, technicznych, np. brak możliwości siedzącego odpoczynku w salach muzealnych czy wystawowych, funkcjonalnych sanitariatów, podjazdów itp., czy w skutek niedomogów organizacyjnych i komunikacyjnych, np. braku środków wzmacniających odbiór słuchowy czy wzrokowy, jak też osób udzielających informacje i doradzających w wyborze zajęć lub środków kultury. Są tu niezbędne inicjatywy i nakłady finansowe ze strony instytucji publicznych oraz prywatnych, ale zarazem potrzebna jest dobra informacja publiczna i promocyjna usług kulturalnych oraz możliwości samoorganizacji, tworzonych przez poszczególne instytucje oraz zrzeszenia społeczne.

d) Marketing usług kulturalnych w sferze kultury masowej sprzyja przede wszystkim spektakularnym wielkim przedsięwzięciom i jest zorientowany na promowanie produktu, a nie na zaspokajanie potrzeb. Tymczasem zaspokajanie potrzeb kulturalnych ludzi starszych musi przybierać formy bardziej zindywidualizowane, zarówno co do rodzaju, treści, jak i sposobu.

Mechanizmy ekonomiczne tej sfery działalności muszą zostać skojarzone z interesem społecznym. To wymaga współdziałania instytucji publicznych z rynkiem, a także formułowania przez instytucje publiczne (też samorządowe) zamówień adresowanych zarówno do zrzeszeń, osób prywatnych, jak też przedsiębiorstw.

Cały ten system musi ulec uspołecznieniu w strukturze demokratycznego państwa oraz życia samorządowego społeczności terytorialnych. Sprawowanie przez przedsiębiorstwa i ich zrzeszenia czy przez wojewodów, prezydentów miast, wójtów i innych przedstawicieli struktur społecznych bezpośredniego mecenatu nad przedsięwzięciami kulturalnymi jest tu wysoce niewystarczające. Równie ważne jest wbudowanie w system funkcjonowania tych instytucji działań kulturalnych obejmujących rzesze także własnych społeczności zakładowych czy terytorialnych (spotkań pracowników, członków ich rodzin i byłych pracowników-emerytów na spektaklach teatralnych, koncertach, organizowania wycieczek krajoznawczych, imprez plenerowych, itp.).

#### 4. Rekreacja

Dominującym sposobem rekreacji większości ludzi starszych w Polsce jest „bierny” wypoczynek. Wysoki stopień „konsumpcyjności”, nierefleksyjności i nietwórczego odbioru, ujawnia też kontakt ze środkami rekreacyjno-rozrywkowymi za pośrednictwem mediów masowych, zwłaszcza telewizji. Takie zjawiska jak nazywane w literaturze terminem „symulakry”<sup>10</sup>, implikujące bierność, osłabiają zdolność ludzi, zwłaszcza starszych, do czynnego i autentycznego kontaktu społecznego. Oglądanie telewizji, traktowane jako uniwersalny środek aktywności kulturalnej staje się groźne dla organizmu, życia umysłowego i społecznego jednostki.

Tej postaci rekreacji przeciwstawić trzeba „czynne” i bogato zróżnicowane formy rekreacji, zarówno indywidualnej, jak też zespołowej. Coraz liczniejsze są takie inicjatywy, niekiedy niezwykle oryginalne i znakomicie służące przełamaniu bierności i konsumpcyjnego (oglądowo-słuchowego) charakteru rozrywki i rekreacji ludzi starszych.

---

<sup>10</sup> J. Baudrillard, *Symulakry i symulacja*. Tłum. S. Królak, „Sic”, Warszawa 2005.

Już w latach 70. XX wieku w ówczesnym Pałacu Kultury w Poznaniu rozpoczął działalność pierwszy w Polsce Klub Seniora zlokalizowany w obszernych podziemiach Wieży Zegarowej. Zrzeszał on kilkuset stałych uczestników, pracujących w kilku sekcjach oświatowych i artystycznych. Rozwijał wielostronną działalność imprezową oraz wystawienniczą, w tym także rozrywkowo-towarzyską, wycieczkową i wypoczynkową. Jego kierownikiem był znany artysta kabaretowy Stefan Sojecki.

Dwutygodniowe „konferencje tańca” (warsztaty), wzorem Heike Hennig, choreografki i tancerki niemieckiej, prowadzi Sylwia Hefczyńska-Lewandowska ze Śląskiego Teatru Tańca w Bytomiu. Ta forma przeznaczona jest w całości dla ludzi starszych – amatorów tańca. Uprawiany na tych warsztatach taniec polega na indywidualnej i zbiorowej improwizacji, w czym świetnie się czują wszyscy uczestnicy.

Niektóre kluby i towarzystwa sportowe oraz regiony organizują coroczne otwarte marsze lub biegi.

Lokalne towarzystwa turystyczno-krajoznawcze, jednak tylko w dużych miastach, organizują systematyczne wycieczkowanie w dniach weekendowych, najczęściej piesze, w okolice miast lub w ich obrębie.

Te i inne formy są „jaskółkami” czynnego uprawiania rozrywki i wypoczynku. Wszystkie one wymagają upowszechnienia i intensyfikacji w przestrzeni całego kraju, także w miejscowościach pozametropolitarnych.

Zdecydowanie za mało, poza siłowniami, skupiającymi jednak raczej młodzież i osoby wczesnej i średniej dorosłości, jest inicjatyw związanych z permanentnym, a nie tylko okazjonalnym czy wręcz epizodycznym ruchem fizycznym.

b) W polskim społeczeństwie dominującą ramę przestrzenną aktywności rekreacyjnej stanowi mieszkanie i jego wyposażenie w środki techniczne oraz kulturalne; najczęściej ubogie. Ale jeszcze uboższe są osobiste umiejętności i ukształtowane nawyki realizowania potrzeby rekreacyjnej oraz wykorzystania już posiadanych na własność, czy dostępnych w nieodległej przestrzeni zasobów i środków (biblioteka, park, basen, boisko itp.). Natomiast



pozadomowe ramy przestrzenne tej rekreacji mają najczęściej postać zrytualizowaną – dominuje sąsiedzka rozmowa (teraz często też telefoniczna czy internetowa; tzw. „sąsiedztwo z wyboru”), która najpowszechniej przybiera postać monologizowaną (wzajemnego „przerzucania się” informacjami), a nie dyskursu problemowego.

c) W społecznościach lokalnych, a zwłaszcza w bezpośrednich środowiskach społecznych: rodzinnych, sąsiedzkich, w lokalnych instytucjach, jest brak sił organizacyjnych i środków służących animowaniu bogatej działalności rekreacyjnej ludzi starszych. Zrzeszenia społeczne, instytucje społeczno-kulturalne, szkoły ze swoimi własnymi zasobami, biblioteki, wspólnoty mieszkańców, zrzeszenia kultury fizycznej oraz turystyczno-krajoznawcze, towarzystwa regionalne są najczęściej słabe, a ponadto nastawione głównie na okolicznościowe masowe działania rekreacyjno-ludyczne, które w nikłym stopniu przyczyniają się do bogacenia treści i form czynnego wypoczyniania i rozwijania kondycji fizyczno-psychicznej ludzi starszych.

d) Pogłębiające się dystanse międzypokoleniowe w społeczeństwie polskim znajdują swoje odzwierciedlenie także w sferze rekreacji. Prowadzą one do standaryzacji i ubożenia jej form, w tym także stosowanych wśród ludzi starszych. W polityce społecznej państwa i społeczności lokalnych, a także w działalności edukacyjnej powinno się promować uczestnictwo powszechne w różnorodnych i bogatych uniwersalnych formach rekreacji, z otwartym adresem dla osób z różnych pokoleń.

e) Doniosłą sferę życia ludzi stanowi przeżywanie przyjemności<sup>11</sup>. Doznanie przyjemności, której źródła mogą być rozmaite, jest istotnym składnikiem każdej postaci rekreacji. Wśród nich znajduje się życie towarzyskie, szeroko pojęta zabawa i erotyka.

Dbalność o sublimację wśród ludzi starszych hedonistycznych doznań, a szczególnie związanych z wymienionymi wyżej przejawami i zakresami, wymaga powszechnej przemiany men-

---

<sup>11</sup> Por. J. Grad i H. Mamzer (red.), *Kultura przyjemności. Rozważania kulturoznawcze*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2005.

talnościowej i obyczajowej. Narzucony przez tradycyjną kulturę polską mentalny „gorset” i związana z nim także powszechna autokontrola powodują liczne straty i zaburzenia w sferze psychicznej, fizycznej i estetyczno-obyczajowej życia ludzi starszych.

Zapomina się przy tym, że także te sfery aktywności ludzi mogą być doniosłą płaszczyzną samorealizacji, a więc urzeczywistniania siebie według własnych wyobrażeń, woli i posiadanego, często jednak słabo wykorzystanego potencjału osobowego.

## 5. Wnioski

Nie tracąc z pola widzenia polityki społecznej i edukacyjnej wielostronnego (ekonomicznego, organizacyjnego i instytucjonalnego) wspierania przez państwo i samorządy terytorialne działalności rozwijanej wśród obecnych pokoleń III i IV wieku, większy wysiłek polityka musi położyć na wspieranie oraz organizowanie (też doskonalenie!) działań służących przygotowywaniu ludzi do bogatszego w treść i formy życia w okresie poprzedzającym wstąpienie w późną dorosłość. Działania te muszą objąć wszystkie zakresy: bytu materialnego, edukacji oraz aktywności kulturalnej i rekreacyjnej. Przygotowanie to wymaga rozwinięcia potrzeb, zainteresowań i aspiracji poznawczych oraz kulturalnych, postaw wobec kultury wyższej, rozwijania doświadczeń i głodu nowych doświadczeń oraz przeżyć, kształtowania uzdolnień i nawyków higienicznych, estetyki dnia codziennego, kreatywnego obcowania ze sztuką i literaturą, zdolności samoorganizacji zajęć oświatowych i kulturalno-rekreacyjnych, umiejętnego współżycia społecznego w kręgach osób bliskich, w społeczności lokalnej czy w społeczeństwie globalnym. W te nurty pracy wprzęgnięte muszą zostać instytucje publiczne i niepubliczne (szkoły różnych stopni, placówki opieki i zdrowia, instytucje nauki i kultury, zrzeszenia społeczne, Kościoły, przedsiębiorstwa, media masowe).

Państwo oraz centralne i regionalne instytucje specjalistyczne – oświatowe, kulturalne, upowszechniania kultury zdrowia, turystyki i krajoznawstwa, nauki i sztuki, opieki socjalnej, itp. – muszą rozwijać i powszechnie krzewić wiedzę o potrzebach

i możliwościach oraz nowych formach, sposobach i środkach rozwijania aktywności poznawczej, kulturalnej, rekreacyjnej – indywidualnej oraz zbiorowej. Te wysiłki muszą stać się ważne dla wielu struktur władzy i instytucji.

Uwzględniając rozróżnione trzy fazy późnej dorosłości (odpowiednio lata życia: 55-65; 60-75; 70-80 i więcej), pierwszą i co najmniej część drugiej fazy trzeba uznać za okres nadal zasługujący na intensywną działalność edukacyjną: indywidualną i zbiorową - zorganizowaną i zinstytucjonalizowaną. Obie mogą przybierać charakter autoedukacji. Te rodzaje aktywności (indywidualna i zbiorowa) najczęściej są wobec siebie komplementarne, i wtedy ich owoce mogą być znaczące dla dynamiki rozwoju osobowego jednostek oraz ich lepszej jakości życia.

Niewątpliwie jest to, że w okresie późnej dorosłości największe znaczenie ma aktywność autoedukacyjna, pozwalająca wykorzystywać w rozwoju wszystkie rodzaje podejmowanej przez jednostkę działalności samorealizacyjnej<sup>12</sup>. Ona jednak wymaga wsparcia psychicznego, a niekiedy uzupełnienia przez bezpośredni przekaz wiedzy i stwarzane okazje do dyskursu, co każe docenić też zinstytucjonalizowane formy pracy oświatowej, takie, jak Uniwersytety Otwarte, Uniwersytety Trzeciego Wieku, publiczne odczyty, dyskusje organizowane przez stowarzyszenia, placówki naukowe, biblioteki, prowadzone w ramach klubów, itp.

W pracy jednostki nad swoim rozwojem przydatne są tradycyjne środki kultury – studiowanie tekstów pisanych, udział w dyskursie bezpośrednim czy też wytwarzanie własnych tekstów „papierowych”, ale też, coraz szerzej – studiowanie tekstów, obrazów i słuchanie dźwięków przekazywanych elektronicznie lub odtwarzanych z płyt, taśm i innych form utrwalania i odtwarzania utworów i prowadzenia dyskursów.

W tym drugim przypadku niezbędna jest nowa wiedza medialna, obecnie często jeszcze słabo rozwinięta wśród osób w wieku późnej dorosłości. Niezbędna jest tu szeroka edukacja medialna skierowana do tej kategorii społecznej. Ona powinna być

---

<sup>12</sup> Por. D. Jankowski, *Autoedukacja...*, op.cit., zwłaszcza rozdziały 7 i 8.

masowo rozwijana, tak, jak kiedyś rozwijano ruch walki z analfabetyzmem, obejmując nim kilka milionów obywateli Polski. Trudno zrozumieć dlaczego duży już potencjał środków medialnych zgromadzony w szkołach, uczelniach wyższych oraz wielu instytucjach kultury nie jest wykorzystywany w powszechnym ruchu edukacji medialnej<sup>13</sup> lub rozbudowywany przy wykorzystaniu środków publicznych czy inicjatyw prywatnych. Przecież komputer i internet, ale także fotografika elektroniczna mogą być spożytkowane także w działalności kreatywnej, a to miałyby duże znaczenie dla kształtowania czynnych postaw ludzi późnej dorosłości wobec swego dalszego rozwoju i ich udziału w dyskursie społecznym, nie wyłączając dyskursu publicznego, obecnie będącego nadal udziałem tylko nielicznych osób.

Organy państwa i samorządy terytorialne powinny wspierać organizacyjnie i materialnie ten rodzaj edukacji medialnej, stosując zasadę „non profit”, stwarzając ponadto ulgi podatkowe dla osób prywatnych organizujących lekcje zbiorowe czy indywidualne w oparciu o własną infrastrukturę lokalową i medialną, lub wypożyczając im pomieszczenia i sprzęt w instytucjach publicznych (np. w szkołach, bibliotekach, ośrodkach kultury).

Państwo, przedsiębiorcy, związki zawodowe oraz stowarzyszenia twórcze zrzeszające specjalistów różnych grup zawodowych muszą znaleźć sposoby i środki na rozwijanie ruchu aktywności oświatowej, autoedukacyjnej, kulturalnej i rekreacyjnej swoich byłych pracowników czy członków. W krajach zachodnich szeroko praktykuje się związki z byłymi pracownikami, dbając o ich kondycję psychofizyczną oraz dalszą więź z miejscem dawnej pracy. To ma ogromne znaczenie dla budowania etosu pracownika i propagowania instytucji. Niektóre przedsiębiorstwa, mimo ich przejścia w ręce prywatne, kontynuują taką działalność również w Polsce. Rzadko czynią to instytucje państwowe i samo-

---

<sup>13</sup> D. Jankowski, *Edukacja wobec zmiany*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001 (też wznowienia), zwłaszcza rozdział III *Ewolucja szkoły: centrum oświatowe środowiska lokalnego*, także D. Jankowski, *Pedagogika kultury*, op. cit., rozdz. IX *Autoedukacja warunkiem pełni indywidualnego rozwoju człowieka*.

rządowe, narażone bardziej od prywatnych na eskalację konfliktów politycznych.

Współpraca z byłymi pracownikami lub czynnymi członkami może przybierać różne formy. Też tworzenia kół czy klubów byłych pracowników i udostępnianie środków technicznych dla ich działalności.

Resorty pracy i polityki społecznej, oświaty i kultury powinny propagować, wbrew panoszącym się konfliktom politycznym, ideę aktywnej więzi ludzi starszych ze swoimi zakładami pracy. Byłaby to jedna z dróg aktywizacji kulturalnej i społecznej ludzi późnej dorosłości.

Urzędy państwowe i samorządu terytorialnego, a także przez nie zakładane instytucje powinny rozwijać we własnych ramach organizacyjnych szeroki ruch terapeutyczno-rewalidacyjny służący nie tylko przywróceniu zdolności zaspokajania elementarnych potrzeb swoich byłych pracowników (to pierwsze jest elementarnym zadaniem służby zdrowia), ale też potrzeb wyższych – intensywnego kontaktu z literaturą piękną, sztukami wizualnymi, muzyką, turystyką oraz krajoznawstwem, itp. Zwłaszcza idzie tu o terapię ruchową, wzroku i słuchu lub ich korekcję za pomocą dostępnych technik, tak, by był możliwy aktywny kontakt z literaturą, obrazem, krajobrazem, muzyką itp. W tym zakresie instytucje te powinny być wzorami dla pracodawców prywatnych.

Niezbędne jest propagowanie takich przekształceń architektonicznych, organizacyjnych i programowych, które by sprzyjały solidarnemu uczestnictwu w życiu kulturalnym różnych grup wiekowych. Od władz państwowych i samorządowych należy oczekiwać, że w toku nadzoru, a także współpracy z przedsiębiorcami i instytucjami, zadbają o usunięcie ograniczeń w dostępie ludzi późnej dorosłości do dóbr kultury i możliwości rekreacyjno-ludycznych.

Podobnie trzeba energicznie zwalczać zakłócanie spokoju i bezpieczeństwa w miejscach zamieszkania, a w ten sposób utrudniania wypoczynku i rozwijania aktywności wymagającej ciszy, ładu i bezpieczeństwa osobistego.

Aparat państwa, w tym prokuratorski i sądowniczy, oraz samorządów lokalnych nie może być obojętny wobec osób nakłaniających do bojkotu lub podejmujących zamach na twórców i formy ekspresji twórczej w miejscach dostępnych dla sztuki i literatury: w salonach, galeriach i muzeach, teatrach, kinach itp. Jedynymi ograniczeniami są te, które zawiera Konstytucja państwa.

Kręgi ludzi późnej dorosłości często ujawniają nadwrażliwość w sprawach artystycznych, obyczajowych czy politycznych, których nie rozumieją, albo daleko idącą skłonność do manipulacji politycznej lub religijnej. To godzi w zgodne współzycie pokoleń, kategorii wiekowych i społecznych, w ideę pluralizmu oraz wolności twórczej. Należy natomiast stawać po stronie tych osób i grup oraz instytucji, które proponują i umożliwiają dyskurs osobom o różnych poglądach. Potępiana powinna być także ślepa autocenzura, która sama może być „pałką” dla oryginalnej twórczości. Bez fermentu artystycznego i ideowego w środowisku ludzi starszych nie będzie ich dalszego rozwoju i twórczej obecności w kulturze oraz życiu społecznym.

Prof. dr hab. Dzierżymir Jankowski  
Wyższa Szkoła Humanistyczna  
w Lesznie

## PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA PROCESU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Proces starzenia się człowieka jest naturalną konsekwencją przyrodniczą w ewoluującym i zamkniętym układzie biosfery, do którego człowiek biologicznie należy i z którego jako organizm biologicznie pochodzi. Jednak dynamika procesów starzenia się i kierunki związanych z nimi zmian społecznych podlegały i podlegają różnym, złożonym uwarunkowaniom.

W ostatnim okresie długowieczność ludzi staje się faktem, kulturowo-cywilizacyjnym efektem polepszenia jakości życia dzięki postępowi naukowemu i technologicznemu. Dla osób obecnie urodzonych, przekroczenie wieku 100 lat staje się perspektywą realną. Jednocześnie dla współcześnie żyjących rodzi to wielkie wyzwanie, jak sobie skutecznie radzić z zaspokajaniem choćby tylko podstawowych potrzeb ludzi starych, nie mówiąc już o ich pozostałych, uzasadnionych potrzebach i oczekiwaniach – tak, aby to zaspokajanie było dla nich satysfakcjonujące.

### 1. Doznawanie starości – stereotypy i mity

Na pytanie o sposób doznawania starości nie ma jednej, dobrej i jednoznacznej odpowiedzi, ponieważ starość jest zdefiniowana indywidualnym stanem zdrowia, posiadanym zawodem, potrzebami rodzinnymi, obyczajami, narodowymi tradycjami, poziomem materialnego zabezpieczenia itd. Zmienne są też opinie i postawy ludzkie w tym zakresie. Zdaniem Wiesława Łukaszewskiego (1983) jeszcze przed dwudziestu pięciu laty: „starość przestała być przedmiotem dumy, źródłem dodatkowej godności człowieka, a stała się powodem zawstydzenia i źródłem poczucia zagrożenia. Zagrożenie to redukuje się w rozmaity sposób, a zawstydzenie znajduje ujście w rozlicznych, bezsensownych eufemizmach. Dziś już prawie nikt nie ma odwagi, aby o kimś powiedzieć «on jest człowiekiem starszym», za to nagminne są takie

kwieciste zwroty, jak: «jesień życia», «trzeci wiek» itp., które ukrywają istotę rzeczy»<sup>1</sup>. Jak pisze niemiecki gerontolog Margaret Dieck (1979), starcy byli niegdyś mędrkami i władcami rodzin... Z kolei Joan Borysenko (2003) pisze: „Janet Sainer, dawny komisarz nowojorskiego Departamentu do spraw Starości, która w wieku siedemdziesięciu lat przeszła na emeryturę i zaczęła pracować jako konsultant rządów Stanów Zjednoczonych i Izraela, mówi o niebezpieczeństwach (...) Twierdzenie, że w wieku sześćdziesięciu pięciu lat jesteśmy już bezużyteczni, bo daliśmy już z siebie wszystko, jest według niej po prostu śmieszne. Dlaczegoż marnować doświadczenie całego życia, które jest tak potrzebne w handlu, przemyśle, edukacji, opiece społecznej i rządzie?»<sup>2</sup>.

Łatwo zatem zauważyć, jak trudny jest do jednoznacznej oceny proces starzenia się człowieka – poczynając od ‘mitu mędrca’ (choć bywają, rzecz jasna, starzy ludzie-mędrzy) po skrywane poczucie degradacji fizycznej, emocjonalnej i duchowej. A stereotypy związane z procesami starzenia się obejmują umysły ludzi zwłaszcza dlatego, że okres starości znacznie się wydłuża. I ani częściej zdarzające się choroby i zaburzenia wieku starczego, ani sam lęk przed starzeniem się nie ułatwiają w tym względzie „chłodnych”, wyważonych, wolnych od jaskrawego subiektywizmu opinii. I trudno się temu dziwić – wszak dotyczą one nas samych.

Wszystko to wskazuje na konieczność intensywnego przygotowywania się również w naszym kraju do społecznej sytuacji w najbliższych dziesięcioleciach, kiedy to liczba ludzi po 60. roku życia będzie w Polsce szybko wzrastać, a jej udział w ogólnej liczbie ludności znacznie przekroczy 20%. To przygotowywanie się powinno dotyczyć trzech obszarów:

- a) materialno-organizacyjnego,
- b) budowania w społeczeństwie na rzecz ludzi starszych postawy akceptacji i gotowości do ich wspierania oraz

---

<sup>1</sup> Zych A.A., Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej. BPS „Słask” Katowice 1999, s. 12.

<sup>2</sup> Borysenko J., Księga życia kobiety. Ciało – Psychika – Duchowość. GWP Gdańsk 2003, s. 232.



- c) samoświadomości samych ludzi starszych, czyli zmiany ich postawy o profilu oczekująco-rozszczeniowym na postawę współludziału i współaktywności.

W tej pierwszej sprawie tylko rychłe i skuteczne podjęcie stosownych reform socjalnych dotyczących: emerytur; okresu zatrudnienia zawodowego; osobistej, dodatkowej partycypacji w kosztach leczenia; ilości miejsc w domach opieki (których jest obecnie około 30 tysięcy, a potrzeby tylko na dziś można szacować jako dziesięciokrotnie wyższe) może sprostać potrzebom i wymogom sytuacji. W tym stanie rzeczy długowieczność – jeśli starzenie się i sama starość uważane są za wielki dar kulturowy i cywilizacyjny, a za takie uważane być powinny – musi dużo kosztować. Niezmiernie istotne jest tu więc postrzeganie starości jako pewnego dobra, wartości, bo tylko za nie gotowi jesteśmy płacić w merkantylnie zorientowanym modelu naszej cywilizacji.

Polska jest gospodarczo krajem wciąż jeszcze słabo rozwiniętym. Ma więc dość ograniczone możliwości zaspokajania dynamicznie narastających potrzeb i subiektywnych osobistych oczekiwań ludzi starych. Względnie szybkie i obserwowalne bogacenie się pewnej części młodego (czy młodszego) społeczeństwa nie koresponduje z subiektywnie odczuwanym stopniem troski o los ludzi starszych. Jeżeli jeszcze dodatkowo nałożą się na to odczuwane: kłopoty zdrowotne, marginalizacja społeczno-rodzina, symptomy wykluczania decyzyjnego, to zjawisko starczej apatii, bierności, żalu i wzmożonej agresywności bez powodu staje się w Polsce charakterystyczną cechą sędziwego okresu życia.

Analiza i ocena materialnej strony problemów ludzi starszych ma dodatkowo podłoże psychologiczno-socjologiczne, albowiem najczęściej ich samoocena swojej dawniejszej roli zawodowej, dokonań i osiągnięć jest przez nich zawyżana, co nieuchronnie skutkuje równie wysokimi oczekiwaniami, które w zderzeniu się z materialnymi realiami codzienności wydają się być dotkliwie i krzywdząco niespełnione.

W moich badaniach (S. Rogala, 2007) oczekiwania ludzi starych eksponują na pierwszym miejscu (51%) potrzeby zdrowotne i tuż za nimi (46%) troskę o otrzymywanie pomocy w sytu-

acji zniedołężnienia. Z dużym więc prawdopodobieństwem można stwierdzić, że dla ludzi starych ich standard materialny mierzy się nakładami na zdrowie, intensywną pomocą przy niepełnosprawności i bieżącą opieką rodziny.

Kolejnym wyzwaniem dla przyszłych pokoleń Polaków jest zmierzenie się z funkcjonującym od wieków tradycyjnym stereotypem, iż miejscem przeżywania starości jest (czy też powinna być) najbliższa rodzina. Np. wymogiem tradycji polskiej wsi było pozostawienie na gospodarstwie następcy, którego ważnym zadaniem było zapewnienie opieki rodzicom czy dziadkom na starość. Co bogatsi wydzielali bądź budowali w obrębie gospodarstwa mieszkania, aby wszystkim z rodziny było do siebie blisko, szczególnie w chorobie lub innej potrzebie starannej opieki. Współcześnie ten tradycyjny model rodziny wielopokoleniowej z różnych powodów ulega gwałtownej erozji. Zdaniem wspomnianej już Margaret Dieck (1979) „w obecnych rodzinach, abstrahując od warunków mieszkaniowych, nie ma miejsca dla dziadków”<sup>3</sup>. A jak ów ważny społecznie problem będą rozwiązywali w najbliższych dziesięcioleciach Polacy?

Na pewno następować to będzie w okolicznościach odmiennych od tych dawniejszych. Wystarczy wymienić takie zjawiska i problemy, jak mniejsze pod względem ilości izb i powierzchni miejskie mieszkania, znacznie wyższe ilościowo zawodowe zatrudnienie ludzi młodych poza domem, migracja zarobkowa, turystyka urlopowa i wreszcie malejąca gotowość do poświęceń. Dodatkowo należy pamiętać o tym, że znacznie wydłużający się okres życia niesie ze sobą wzrost ilości stanów zniedołężnienia, a tym samym wzrost potrzeb w zakresie opieki ciągłej, całodobowej, którym znaczna część opiekunów rodzinnych nie jest w stanie sprostać. Stąd narastanie sprzeczności pomiędzy oczekiwaniami ludzi starych<sup>4</sup>, którzy w większości chcieliby liczyć na pomoc i opiekę ze strony rodziny, a coraz częściej pojawiającą się

---

<sup>3</sup> Zych A.A. Człowiek...op. cit., s. 12.

<sup>4</sup> Rogala S., Postrzeganie ludzi starych i ich oczekiwań. W: Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka.

praktyką umieszczania ludzi starych w różnych domach opieki, zakładach opiekuńczo-leczniczych i innych placówkach opieki pozarodzinnej.

Przed świętami i przed okresami urlopowymi coraz więcej seniorów trafia też do szpitali – pod pretekstem przeprowadzenia niezbędnych badań, po dokonaniu których zainteresowanym opiekunom nie spieszy się, by zabrać staruszkę czy staruszkę do domu. W tym sensie zastępują one w pewnym stopniu funkcje domów opieki.

Problem domów opieki dla ludzi starszych jest zaś wielowymiarowy, dość istotnie dotyczący tradycji rodzinnych, obyczajów, wartościowania i społecznych ocen. Ludzie starzy często (i słusznie) twierdzą, że całe życie poświęcili dla wychowania oraz na wyposażenie i usamodzielnienie swoich dzieci. Zakładali oni lub zakładają prawie automatycznie, że na starość będą mieli od tych dzieci godne wsparcie i pożądaną opiekę. Niestety, takie w miarę powszechne przekonanie nie zawsze się spełnia. Należy w tym miejscu podkreślić, iż z różnych powodów coraz częściej zarówno dzieci, jak i wnuki nie mają czasowych lub mieszkaniowych możliwości, aby się zająć rodzicem czy dziadkiem.

Dzieci lub wnuki już dziś przeżywają dramatyczne emocje związane z oddaniem rodzica do domu opieki („domu starców”), co bywa konieczne przy obiektywnym braku możliwości zapewnienia wystarczającej opieki niedołącznemu rodzicowi czy dziadkowi. Jednak póki co, jak wynika z moich badań „Zjawiskiem społecznie pożądanym wydaje się deklaracja około 70% badanych kobiet i około 60% mężczyzn gotowości do niesienia systematycznej pomocy ludziom starym w zakresie opieki. Ta większość społeczeństwa jest świadoma warunków życia ludzi starych, ma tradycyjne poczucie powinności pokoleniowej oraz ubóstwa materialnego emerytów, które ogranicza im możliwości znalezienia godnych warunków przeżywania starości. Obserwując rzeczywistość funkcjonowania ludzi starych w krajach bogatszych niż Polska (Niemcy, Francja itp.) można przewidywać, że wraz ze wzrostem materialnego standardu życia i zarazem dynamicznego przyrostu liczby ludzi po 60. roku życia znacząco wzrośnie zaintere-

sowanie organizowaniem odpłatnej opieki socjalnej nad osobami starszymi”<sup>5</sup>.

Powyższa opinia dobrze koreluje z twierdzeniem prof. Lucyny Frąckiewicz (2007)<sup>6</sup> z Akademii Ekonomicznej w Katowicach, że do tej pory to rodzina była najlepszym środowiskiem, w którym mogły żyć osoby starsze. Jednak obecnie w Polsce potrzebnych jest w różnych domach opieki, jak wspomniano wyżej, około 300 tys. miejsc. Musimy się bowiem liczyć z tym, że liczba osób, które nie będą umiały samodzielnie się ubrać i rozebrać, chodzić, przynieść zakupów, zjeść samodzielnie posiłku, skorzystać bez pomocy z toalety – będzie rosła. Liczne osoby całkowicie lub przynajmniej częściowo będą potrzebowały pomocy w codziennym życiu. W tym kontekście dodatkowym jeszcze problemem jest nie tylko liczba miejsc, ale i to, kto się ludźmi starymi i niedołącznymi będzie chciał i umiał opiekować.

## 2. Rozumienie, akceptacja i empatia to wsparcie w starości

Zdaniem H. Dudy (2007) „Gdy rozważamy problem starości, nie możemy nie zadać pytania: Czym jest starość? A ten punkt wyjścia do wszelkich poszukiwań badawczych, interpretacji i wywodów myślowych uświadamia nam na wstępie, że przecież tak naprawdę nie wiemy, czym jest starość i kiedy się zaczyna, jakkolwiek wiemy, kiedy się kończy, bo kończy się wraz z życiem”<sup>7</sup>. Dlatego w tym miejscu chciałbym trochę uwagi poświęcić potrzebie szerokiego, społecznego wsparcia dla ludzi starzejących się i ludzi starych. Społeczne wsparcie jest w rozwoju potrzebne każdemu, lecz szczególne znaczenie posiada ono dla osób słabszych, do których zapewne można zaliczyć ludzi starszych. Aby takie wsparcie było trafne, oczekiwane i skuteczne, trzeba zawsze

<sup>5</sup> Rogala S., Postrzeganie... op. cit., s. 111.

<sup>6</sup> Kurbiel S., Emerytami coraz częściej opiekują się specjaliści, „Nowa Trybuna Opolska” z 24 grudnia 2007.

<sup>7</sup> Duda H., Starość, zdrowie i poezja (esej na motywach wystąpienia w dyskusji panelowej). W: Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka. Red. S. Rogala. WSiA Opole 2007, s. 28.

pamiętać, że społeczność ludzi starych jest bardzo zróżnicowana wiekiem (od 60 do 90 i więcej lat), stanem zdrowia i sprawnością fizyczną oraz psychiczną, poziomem materialnego standardu życia, podatnością na kontakty interpersonalne itd. Jakkolwiek prawdopodobnie większość ludzi starych (przynajmniej do pewnego czasu) cechuje sprawność umysłowa, psychiczna i fizyczna oraz duża umiejętność podejmowania się różnych ról i użytecznych społecznie zadań (w tym również wobec swoich rówieśników), niesienia pomocy innym (np. opieki nad dziećmi czy wnukami), należy podkreślić, iż witalność i funkcjonalność ludzi starszych jest dość labilna – z tendencją do zmian raczej niekorzystnych.

Mając na uwadze tworzenie społecznego wsparcia dla ludzi starych, powinno się więc znacząco uwzględniać z jednej strony wspólne potrzeby wszystkich seniorów, z drugiej zaś strony – indywidualne i zróżnicowane oczekiwania zdeterminowane stanem ich zdrowia, stopniem zniedołężnienia, statusem materialnym, zaburzeniami i patologiami psychicznymi itp. Do ogólnych potrzeb społecznego wsparcia ludzi starych zaliczyłbym konieczność szerzenia w rodzinie, w szkole, w uczelniach i innych środowiskach społecznej edukacji rzetelnej wiedzy o psychologii procesu starzenia się, jego przejawach i skutkach.

Wiedza z zakresu gerontologii, geriatrii i psychologii starości mogłaby i powinna stanowić poszerzenie spektrum humanizacji osób studiujących nie tylko na kierunkach kształcenia pracowników socjalnych czy nauczycieli; byłaby ona również pragmatycznie użyteczna na większości różnych innych kierunków studiów, które przygotowują do pracy z ludźmi i w interakcjach personalnych. Przekazywanie młodemu pokoleniu – osobom, które będą w przyszłości doświadczać na sobie samych jej przydatności – rzetelnej, potwierdzonej badaniami naukowymi wiedzy dodatkowo przyczyni się do zmiany istniejących stereotypów i profilowania lepszego wizerunku starzejącego się człowieka. M. Susłowska (1989) przedstawiła swoisty katalog lęków i obaw ludzi starych: wszyscy respondenci jej badań boją się „starości, choroby, niedołęstwa i samotności. Nasileniu wymienionych obaw sprzyja, niestety, negatywny wizerunek tej fazy życia Polaków. Do stereo-

typów należy postrzeganie osób starszych jako schorowanych, niedołączonych, infantylnych, wymagających wsparcia finansowego i ciągłej pomocy lub opieki ze strony członków rodziny lub opieki społecznej (...)" i dalej: „Starcy są zrzędlivi, złośliwi, uparci, wiecznie utyskujący i nieszczęśliwi”<sup>8</sup>. Bardziej prawdziwy i adekwatny do rzeczywistości wizerunek współczesnego starzejącego się Polaka wydaje się potrzebą na dziś i jutro. O naszej dalszej czy bliższej przyszłości – aby była dla nas korzystniejsza – musimy bowiem myśleć dostatecznie wcześniej my sami. Podobnie wspierające starość instytucje i organizacje obywatelskie powinny pomyśleć o tym już dziś, o ile potrzeby starości nie mają być dla kogokolwiek kolejnym zaskoczeniem.

Wzrost poziomu wiedzy o procesie starzenia się człowieka i wysokie standardy empatii wobec ludzi starych mogą każdej społeczności jedynie pomagać i być użyteczne, choć w konfrontacji ze szczególnie potrzebującymi (niekiedy pod tym względem prawie „zaprogramowanymi”) adresatami świadczeń opiekuńczych –zwykle bywają one niewystarczające.

### 3. Instytucje dobra społecznego i wychowanie wolontariuszy

Państwo i samorządy różnego szczebla, organizuje pozarządowe, fundacje, wszelkiego rodzaju dobroczyńcy na rzecz godnego przeżywania ostatnich lat życia mogą i powinni rozważyć dramatyczną w polskich warunkach potrzebę zwiększenia ilości miejsc w domach pomocy społecznej, dziennych domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domach opieki i hospicjach<sup>9</sup>. To nie jest żądanie czy oczekiwanie czegoś więcej niż tylko człowieczego traktowania niektórych doznań starości będących udziałem naszych dotkniętych losem seniorów.

<sup>8</sup> Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej Kraków 2004, s. 50.

<sup>9</sup> Szarota Z., *Gerontologia...* op. cit., tabela 22, s. 85.

Można wprawdzie spektakularnie obwieszczać, że emerytami coraz częściej opiekują się specjaliści<sup>10</sup>, jak jednak ten medialny fakt ma się do rzeczywistości, pozostawiam do oceny samym emerytom i osobom choćby trochę zorientowanym w polskich realiach doznawania trudniejszego procesu starzenia się. Opieka nad osobami starymi, niesprawnymi, wręcz niedołącznymi zapewne wymaga specjalistycznego, instrumentalnego, wręcz zawodowego przygotowania; jest to fakt prawie bezdyskusyjny. Tak samo jak sztuka organizowania i wykorzystywania wolnego czasu przez seniorów o różnym wieku, płci, zawodzie i zamożności. Powstaje jednak – moim zdaniem – zasadnicza wątpliwość, na ile sam tylko, nawet perfekcyjny, profesjonalizm opiekuńczy wobec ludzi starszych może tym starszym w ich ocenie wystarczać – być przez nich oczekiwanym i skutecznym.

Emocjonowały nas w ostatnich miesiącach roku 2007 przykłady medialnie eksponowanych faktów nader nagannego traktowania, wręcz obrażającego godność człowieczą, niedołącznych starców z kilku domów opieki przez zatrudnione tam zawodowe opiekunki. Czy były to tylko tragiczne incydenty i braki w profesjonalnym przygotowaniu, czy też idzie w tym przypadku o coś więcej?

Jeżeli chcemy osiągnąć wyższy poziom społecznej kultury w traktowaniu ludzi starszych zarówno w instytucjach dobra publicznego jak i poza nimi oraz skutecznie kształtować wśród dzieci i młodzieży postawy przychylności dla ludzi starych, musimy ową działalność rozpoczynać dość wcześnie, najlepiej w rodzinie. W rodzinach wielopokoleniowych było to łatwiejsze, albowiem relacje pomiędzy dziećmi a dziadkami miały charakter naturalny, codzienny. W rodzinach jednopokoleniowych jest to trudniejsze, bowiem kształtowanie pożądaných interakcji pomiędzy dziećmi a osobami starymi ma tam na ogół charakter okolicznościowy, bardziej planowany niż spontaniczny. W tych i innych okolicznościach należy bardzo dbać o budzenie empatii, wręcz życzliwości dla ludzi starych poprzez częste wspomnianie ich udziału w wychowaniu dzieci i wnuków. W sumie idzie o ukształtowanie silnej,

---

<sup>10</sup> Kurbiel S., *Emerytami...*, op. cit.

trwałej więzi, której nie można narzucić bez długotrwałych przyjaznych kontaktów. Powinność uczynności wobec ludzi nie wynika automatycznie z tytułu związków krwi czy innego powinowactwa; jest ona następstwem długotrwałego wpływu, dobrego przykładu ze strony dorosłych, „nasiąkania” kulturą życzliwości. Relacje roszczeniowe (np. podarunku, kieszonkowego) ze strony dzieci i wymuszanie bezwzględności posłuszeństwa przez rodziców czy dziadków dość wyraźnie instrumentalizują owe kontakty.

Kolejnymi środowiskami, szczególnie predystynowanymi do kształtowania postaw wobec ludzi starszych potrzebujących różnych form pomocy są szkoły wszystkich stopni i typów, placówki kształcące studentów każdej specjalności, a także towarzystwa i organizacje wsparcia społecznego. Idzie o znaczące zwiększenie zakresu i różnych form wolontariatu dzieci i młodzieży czynnie uczestniczących w wysoce humanistycznej służebności wobec ludzi niesprawnych, samotnych, chorych, niedołączonych itp. Specjalistyczne placówki lecznicze, opiekuńcze i paliatywne bardzo czekają na młodzieżowy wolontariat. Potrzeby w tym zakresie są ogromne i w najbliższych dziesięcioleciach będą jeszcze większe w związku ze znacznym wydłużaniem się życia starszych ludzi.

Gotowość ludzi młodych (choć oczywiście nie tylko młodych) do bezinteresownej pracy i pomocy dla osób bardzo jej potrzebujących jest jedną z najcenniejszych, trudno osiągalnych ludzkich cnót. Dlatego godna jest ona wsparcia wszelkimi siłami wszystkich zainteresowanych godnością życia i umierania osób starych. Ranga wolontariatu na rzecz ludzi, zwierząt i przyrody znacząco rośnie, stając się jedną z miar cywilizacyjnego standardu określonej społeczności.

#### **4. Współuczestnictwo i współaktywność**

Ostatnim zagadnieniem, na jakie chcę zwrócić uwagę jest konieczność wywierania wpływu na kształtowanie takich postaw seniorów, które okażą się pożądane dla nich samych, jak również wielce użyteczne w ich społecznym środowisku, dla ich obecności w nim. Jedną z trudniejszych dla każdego człowieka jest zmiana



utrwalonych w nim, głęboko zakorzenionych stereotypów, co u człowieka sędziwego graniczy prawie z niepodobieństwem. Antoni Kamiński ów proces kształtowania postaw ludzi starszych nazywa „wychowaniem do starości” (cytuję za Szarotą): „Efektem wychowania do starości, rozumianego jako jej profilaktyka, powinno być doprowadzenie do sytuacji, gdzie jednostka rozumie i akceptuje wszelkie zmiany będące jej udziałem. Przygotowanie do starości powinno więc przebiegać na kilku poziomach. Proces ten polega na pomaganiu ludziom w nabywaniu potrzeb, przyzwyczajzeń, umiejętności, które gdy nadejdzie czas emerytury lub renty dopomogą do wyszukania i realizowania użytecznej pracy oraz radowania się czasem wolnym pozwalającym zaspokajać zainteresowania” I dalej: „Przygotowanie do starości nie polega na rozmowach o trybie życia właściwym dla pokolenia seniorów, ale jest to konkretne organizowanie sytuacji życiowych odnoszących się do ludzi młodych i dojrzałych”<sup>11</sup>. Współuczestnictwu i współaktywności wyraźnie sprzyja podejmowanie pracy przez emerytów, chociaż w najbardziej zróżnicowanych formach.

W tym świetle na społeczne wsparcie zasługują też wszelkie formy pracy emerytów czy to na podstawie umowy o pracę czy krótkotrwałych zleceń. Oczywiście mam tu na myśli ludzi ogólnie zdrowych i wystarczająco sprawnych, których cechuje „możność niewielkiej, ale użytecznej pracy i jeżeli nurtują go jakieś pozasobowe zainteresowania możliwe do zaspokojenia – posiadł punkt oparcia dla przezwyciężenia najgroźniejszych wrogów swego zdrowia psychicznego: pustki czczego życia i udreki osamotnienia”<sup>12</sup>. Nie ma tu więc obaw, a jest wręcz wskazane, aby pracę w starszym wieku traktować jako zajęcie terapeutyczno-lecznicze.

W polskiej tradycji dość odmiennie funkcjonuje zagadnienie odchodzenia na emeryturę kobiet, które dotąd na ogół marzyły o rychłym przejściu na emeryturę i zajęciu się całkowicie domem i wnukami. W tej roli czuły się one przydatne, dowartościowane,

<sup>11</sup> Szarota Z., *Gerontologia...*, op. cit., s. 58-59.

<sup>12</sup> Kamiński A., *Wychowanie do starości*. „Zdrowie Psychiczne” 1971 nr 1-2, s. 92.

dostatecznie obciążone użytecznymi dla rodziny zajęciami. Wydaje się jednak, że takie pojmowanie przez kobiety swojego życia w starości już niedługo stanie się jednym z mitów rodzinnych.

W świetle aktualnych badań, które komentuje m.in. Piotr Pacewicz: „Tradycyjne wzory kultury są tak silne, że kobiety lecą do emerytalnej sześćdziesiątki jak ćma do ognia. Jakby wyłączyły wyobraźnię. Ale taki „feminizm” po polsku umiera na naszych oczach. Młodzi Polacy, zwłaszcza wychowani już w III RP, są otwartymi zwolennikami zrównania wieku emerytalnego. Rozumieją argumenty, że późniejsza emerytura to dla kobiety przedłużenie aktywności życiowej (zgadza się z tym 80% 18-25-latków), to wyższe świadczenia (81%), to także zmniejszenie nierówności między płciami (64%)”<sup>13</sup>.

Nadchodzące zmiany obyczajowo-kulturowe będą znacząco generowały społeczną aktywność kobiet, szczególnie poza domem. Dotyczy to jednak nie tylko samych kobiet. Jak się wydaje, propozycja takiej aktywności mogłaby i powinna być podejmowana zwłaszcza przez rodziny ludzi starszych, które sygnalizują swą sytuację jako „dramat opuszczonego gniazda”. Jak widać z tego przeglądu istnieje wiele problemów wymagających badań naukowych. Dlatego zagadnienia związane ze starzeniem się powinny, jak nigdy dotąd, stać się jednym z głównych nurtów naukowych badań medycznych i społecznych, jak również ważnym elementem polityki. Jeżeli mamy podjąć – czyli przede wszystkim określić i zrozumieć – wszystkie wyzwania stawiane przez obejmującą cały świat nową sytuację demograficzną, jak też ich implikacje w zakresie długowieczności, psychologii, socjologii, ekonomii, a ostatecznie – jakości życia, musimy zdobyć adekwatną do rzeczywistości wiedzę na ten temat<sup>14</sup>.

Prof. dr hab. Stanisław Rogala  
Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji  
w Opolu

<sup>13</sup> Pacewicz P., Babcia Polka. „Gazeta Wyborcza” z 3 grudnia 2007.

<sup>14</sup> Kirkwood T., Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka. Wydawnictwo Charaktery Gdańsk 2005.

## **Literatura**

- Amery Jean, O starzeniu się. Podnieść na siebie rękę. „Czytelnik”, Warszawa 2007.
- Borysenko Joan, Księga Życia Kobiety. G.W.P., Gdańsk 2003.
- Bom W., L'Europe vieillit. „Forum. Conseil de L'Europe“ 1986 nr 1 (Cahier Spécial: Demographie).
- Bromley D.B., Psychologia starzenia się. Warszawa 1969
- Burger M., Biomorfoza. PZWL, Warszawa 1965.
- Czerniawska O., Style życia ludzi starszych. W: O. Czerniawska (red.). Style życia w starości. Łódź 1998.
- Frąckiewicz L., Karta praw człowieka starego. IWZZ, Warszawa 1985.
- Kamiński A., Wychowanie do starości. „Zdrowie psychiczne” 1971 nr 1-2.
- Kępiński A., Rytm życia. Kraków 1992.
- Klonowicz S., Starzenie się ludzkości. W: Encyklopedia seniora. Warszawa 1986.
- Kirkwood T., Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka. „Charaktery”, Kielce 2005.
- Lew-Starowicz Z., Wiek średni. PZWL, Warszawa, 1992.
- Morgan E., Pochodzenie kobiety. „anadiomene” Warszawa 2007.
- Piotrowski J., Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. Warszawa 1973
- Rembowski J., , Psychologiczne problemy starzenia się człowieka. Warszawa-Poznań 1984
- Rogała S. (red.), Wybrane problemy starzenia się człowieka. WZSZiA Opole 2007.
- Susłowska M., Psychologia starzenia się i starości. Warszawa 1989.
- Szarota, Gerontologia społeczna i oświatowa. Wyd. Naukowe A.P., Kraków 2004
- Szatur-Jaworska B., Społeczna kwestia ludzi starszych. W: Społeczne kwestie starości, wybór i oprac.: B. Rysz-Kowalczyk. Wyd. OBS, Warszawa 1991.
- Szczepański J., Emeryci. „Sycyna” 1995 nr 23.

- Trafiątek E., Człowiek starszy w Polsce w latach 1994-1997. „Śląsk”, Katowice 1998.
- Wiśniewska-Roszkowska K., Starość jako zadanie. Warszawa 1989.
- Worach-Kordas H., Fazy życia zawodowego i rodzinnego. IWZZ, Warszawa 1988.
- Zarzycka Z., Nowakowska B., Kobieta w wieku emerytalnym w świetle danych statystycznych. „Folia pedagogica et psychologia”, 1986 z. 14.
- Zych A. Adam, Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej. „Śląsk”, Katowice 1999.

## W POSZUKIWANIU SYNTEZY I PROGRAMU DZIAŁANIA

Proces wydłużania się przeciętnego czasu trwania życia człowieka w wyniku postępu medycyny i upowszechniania się pro-zdrowotnych postaw i zachowań w coraz szerszym w zakresie obejmuje również nasze społeczeństwo.

Ten pozytywny proces powoduje zasadnicze zmiany w strukturze wiekowej ludności Polski. Następstwem tego jest starzenie się naszego społeczeństwa.

Z prognoz demograficznych wynika, że ludność Polski w wieku powyżej 65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet, która stanowi obecnie około 15% całej ludności Polski w 2025 roku może stanowić już 24% całej populacji.

Oznacza to, że liczba ludności Polski w tym wieku wzrośnie o 62%, ale znacznie jeszcze szybciej wzrośnie liczba osób w wieku powyżej 80 lat. Wzrośnie ona z 1003 tys. osób w 2005 r. do 2005 tys. osób w 2025 r., czyli ulegnie podwojeniu, w tym 100 latków osiągnie 9,2 tys. Stanowi to dla społeczeństwa i rządu Polskiego jedno z najważniejszych wyzwań pierwszych 25 lat XXI wieku.

Proces ten będzie miał zasadnicze konsekwencje dla życia gospodarczego i społecznego kraju. Dlatego w obliczu tej sytuacji Komitet Prognoz PAN od wielu lat konsekwentnie sygnalizuje kolejnym rządóm, że proces ten wymaga już obecnie szeregu dostosowań w wielu dziedzinach życia kraju. Działań tych nie można bez końca odkładać w czasie, gdyż może to wywołać poważne perturbacje. Ponadto Unia Europejska nakłada pewne standardy warunków życia ludzi starszych, które muszą być dotrzymane.

Wymaga to wcześniejszego przygotowania się do tej nowej sytuacji wykorzystując doświadczenia i wzory tych krajów, które wcześniej wstąpiły już na tę drogę.

Niestety jak dotychczas nie widać objawów takiego działania ze strony kolejnych rządów. Co więcej można nawet stwierdzić wyraźnie niedocenianie tego problemu w przeciwieństwie do

wielu krajów, w których już obecnie funkcjonują specjalne programy rządowe zmierzające do rozwiązywania tych problemów. Tym większe nadzieje należy wiązać z obecnym nowym rządem, który dokonując szeregu nowych „otwarć” powinien również w tej dziedzinie wystąpić z nowymi inicjatywami.

Cztery główne kierunki działania wynikają z diagnozy sytuacji wyjściowej i identyfikacji wyzwań, które niesie przyszłość.

## **1. Działania na rzecz poprawy sytuacji materialnej tej populacji.**

Pierwszy najważniejszy problem stanowi zapewnienie materialnych warunków życia tej populacji. Główne zadania w tym zakresie przypadają systemowi emerytalnemu. Jak wiadomo w 1999 roku dokonano radykalnej reformy tradycyjnego systemu emerytalnego przez częściowe przejście do systemu kapitałowego (filar II i III), w którym wysokość świadczeń wynika z wielkości zgromadzonych składek na kontach przyszłych emerytów. Jest to system nowy, sprawdzony bowiem jak dotychczas tylko w nielicznych krajach. Wiąże się z nim –obok zalet– również wiele zagrożeń. Należy do nich zaliczyć odczuwalne w początkowym okresie zmniejszenie wysokości emerytur w stosunku do poprzedniego systemu, co może wywołać szok psychologiczny w tej grupie, zwłaszcza w 2009 r., tj., pierwszym roku działania nowego systemu, jeżeli nie zostaną podjęte odpowiednie środki zaradcze.

Problem ten jest tym ważniejszy, że zakładany w projektach III filar nowego systemu w przewidywanej skali praktycznie nie został uruchomiony. Podobnie dotyczy to dużych różnic w wymiarze emerytur kobiet i mężczyzn czy też niepewności co do sytuacji finansowej szeregu OFE, których zyski z operacji nagromadzonymi składkami na rynku kapitałowym okazały się znacznie mniejsze niż to założono. Tymczasem jak stwierdza prof. Jolanta Supińska „System emerytalny nie powinien karać za prawdopodobieństwo życia dłuższego niż przeciętne ani za dawne przymusowe bezrobocie, zaś rozłożenie rekompensat ryzyka starości powinno być możliwie równomierne”.

Dlatego specjalnej uwagi i troski wymaga właściwe uruchomienie i funkcjonowanie nowego systemu. W tym celu konieczne jest powołanie grupy składającej się z naukowców, przedstawicieli funduszków emerytalnych /OFE/ oraz społeczności emeryckich dla monitoringu wprowadzania nowego systemu.

W przyszłości problem ten może częściowo rozwiązać wprowadzenie kategorii minimalnego dochodu gwarantowanego, który obejmie wszystkich obywateli, w tym również emerytów. Jest to jednak w naszych warunkach dopiero dalsza perspektywa sięgająca 15-20 lat. Może to stanowić istotny argument za wcześniejszym wprowadzeniem kategorii minimalnego dochodu gwarantowanego.

Do tego czasu konieczne jest podjęcie szeroko zakreślonych działań z aktywnym udziałem rządu dla poprawy warunków realizacji nowego systemu. Powinny one objąć:

- a) Realizację akcji propagowania przezorności indywidualnej, wspieranej określonymi przywilejami fiskalnymi, skłaniającymi do gromadzenia środków na przyszły okres emerytalny przez pracujących, zapewniając dodatkowe świadczenia poza systemem emerytalnym.
- b) Propagowanie dobrowolnego wydłużenia okresu aktywności zawodowej gdy pozwala na to stan zdrowia i specyfika pewnych zawodów, przez stworzenie z tym związanych przywilejów w systemie finansowania. Zwiększenie aktywności zawodowej ludzi w wieku emerytalnym leży w interesie społeczeństwa. W zasadniczy sposób może bowiem ograniczać koszt finansowania emerytur. Wymaga to uelastycznienia granicy wieku przechodzenia na emeryturę.
- c) Rozbudowanie systemu gwarancji państwa co do terminowej wypłaty emerytur przez prywatne OFE, oraz wprowadzenie zabezpieczeń antyinflacyjnych. Jak dotychczas bowiem nagromadzony kapitał ze składek nie rośnie wraz z inflacją.
- d) Przygotowanie innych źródeł finansowania emerytur niż wynikające z samej zasady zastępowalności jednego pokolenia przez następujące, np. przez przeznaczenie na ten cel części wpływów z prywatyzacji.

- e) Przyznanie prawa do ulgowych cen leków osobom pobierającym najniższe emerytury.

## 2. Przeciwdziałanie rosnącej niesprawności psychofizycznej

Drugim problemem, związanym z warunkami życia tej populacji jest zmniejszająca się w miarę wydłużania średniego wieku życia sprawność fizyczna i potrzebne wspomaganie tej kategorii w wykonywaniu przez nią szeregu jej funkcji życiowych. Wymaga to:

- a) Rozważenia i wprowadzenia w życie dodatkowych świadczeń pielęgnacyjnych, które sprawdziły się w szeregu krajów, rozbudowy kształcenia opiekunów zarówno profesjonalnych jak i opartych na zasadzie wolontariatu, świadczących pomoc dla tej generacji.
- b) Nie można równocześnie nie dostrzegać szans, jakie stwarzają w tej sprawie w dłuższej perspektywie nowe technologie. I tak w ostatnim okresie w niektórych krajach, jak np. w Japonii znacznie rozprzestrzenia się stosowanie tzw. „robotów usługowych” dostosowanych specjalnie do potrzeb tej generacji. Wprawdzie jest to w naszych warunkach daleka perspektywa, ale ceny tych robotów obniżyły się w ciągu 5 lat o 80%, a liczebność robotów tego typu przekracza już liczbę robotów przemysłowych. Trzeba więc już obecnie wspierać prace badawcze w tym zakresie i stwarzać zachęty dla ich wykorzystywania w praktyce.

## 3. Przeciwdziałanie poczuciu osamotnienia tej populacji

Trzeci problem wymagający szczególnej uwagi i działania to narastające poczucie osamotnienia wśród tej populacji co wpływa na jej kondycję psychiczną i powoduje, że wymagać będzie zasadniczego rozszerzenia opieki psychoz;ogicznej. W tym celu należy:

- a) Maksymalnie wykorzystać szanse tkwiące w dostępie tej generacji do internetu, który pozwala na szersze związki o charak-



- terze intermedialnym i stanowić może bezpośrednie źródło zaspakajania potrzeb informacyjnych, może także stworzyć źródło nowych kontaktów internetowych, a stąd zasługuje na rozważenie częściowe finansowanie, czy subwencjonowanie szkolenia tej generacji w korzystaniu z internetu.
- b) rozważyć wspieranie ulgami podatkowymi budowy i eksploatacji domów wielopokoleniowych, uwzględniając znacznie niższe koszty społeczne z tym związane, co zdało praktyczny egzamin m.in. w Niemczech.
  - c) kształtować powierzchnię publiczną w sposób sprzyjający emerytom. Szczególnie prof. J. Supińska kładzie na to duży nacisk stwierdzając: „Realizacja idei trzech kolejnych Kart Ateńskich (1933, 1998, 2003 – te dwie ostatnie przyjęte przez Europejską Radę Urbanistów) powinna uczynić nowe lub rewaloryzowane osiedla i miasta bardziej przyjaznymi miejscami wspólnego zamieszkania wszystkich generacji. Jak czytamy w ostatniej Karcie: „przy opracowywaniu koncepcji, sposobu użytkowania i lokalizacji miejsc i obiektów o charakterze publicznym, należy mieć na uwadze potrzeby wszystkich grup wieku, utrzymywania ich wzajemnych kontaktów i aktywności, a zwłaszcza specyficzne reakcje i rytm życia emerytów i ludzi w podeszłym wieku”.
  - d) chronić instytucję ogródków działkowych, która zapewnia możliwość rekreacji i kontaktów społecznych dla około 1 mln emerytów, a profesor J. Supińska podkreśla też znaczenie popierania także innych form kontaktu z przyrodą.
  - e) rozszerzyć współfinansowanie ulgowego dostępu do instytucji kulturalnych i rozrywki oraz wspierać dalszy rozwój uniwersytetów III wieku.
  - f) rozbudować sieć domów opieki społecznej, gwarantujących godne warunki dożywania starości, tak aby zwiększyć liczbę miejsc z 30 tys. obecnie do 250-300 tys. docelowo.

#### 4. Przeciwdziałanie zjawisku „wielochorobowości”

Czwartym problemem, nękającym tę populację, jest zjawisko „wielochorobowości”. Wyznacza to zasadniczą rolę geriatry, co z kolei wymaga wsparcia procesu specjalizacji lekarzy tej specjalności, do której obecnie lekarze odnoszą się niechętnie. Zasadniczego bo 4-krotnego, zwiększenia wymaga bowiem liczba lekarzy tej specjalności aby osiągnąć standardy międzynarodowe w tej dziedzinie. Postęp w tej dziedzinie w ostatecznym rezultacie może przynieść rozwój medycyny, a zwłaszcza nowe metody diagnostyki i terapii chorób tego wieku.

Największe zaś szanse rokuje rozwój medycyny regeneracyjnej, która powinna być wspierana przez państwo.

Kluczowe znaczenie z tego punktu widzenia ma jednak obok rozwoju badań nad genomem, określającego genetyczne źródła chorób tej generacji, konsekwentne rozszerzanie zasięgu badań profilaktycznych tej populacji w miarę wzrostu możliwości finansowych państwa, co jest wielokrotnie tańsze niż terapia. W tym celu potrzebne są zmiany struktury wydatków na zdrowie na rzecz profilaktyki, co jest dziś tendencją światową. Trzeba stopniowo likwidować granice wieku w badaniach przesiewowych, a nawet wprowadzać obowiązkowe badania tego typu dla niektórych kategorii chorób szczególnie kosztownych w procesie leczenia. Wymaga to więc wsparcia przez państwo badań naukowych nad problemami tej generacji wiekowej.

#### 5. Inne kierunki działań

Nakreślony wyżej proces zmian w strukturze wiekowej naszego społeczeństwa rodzi nie tylko jednak zagrożenia i obciążenia dla budżetu finansowego państwa. Stwarza bowiem również szanse, które jeżeli zostaną właściwie i w porę wykorzystane mogą stworzyć dodatkowe impulsy dla rozwoju gospodarki.

Szczególnej uwagi wymagają następujące kierunki działań:

- a) W miarę wzrostu poziomu wykształcenia ludzi tej generacji i wysokich kosztów tego kształcenia zachodzi konieczność

aby kwalifikacje te były jak najdłużej wykorzystywane. Stworzenie banku kwalifikacji niezależnie od wieku, zasługuje tu na uwagę.

- b) Rosnąć będzie w zasadniczy sposób rola na rynku pracy tych kategorii pracowników którzy mają kwalifikacje do opieki nad tą generacją, co stanie się istotnym źródłem nowych miejsc pracy, ta grupa zawodów pod względem skali potrzebnego wzrostu zatrudnienia lokuje się w pierwszej 5-tce z tego punktu widzenia. Szacować można, że rozwój populacji starszego wieku stworzyć może 250 tys. nowych miejsc pracy w opiece nad ludźmi starszymi w perspektywie 2030 roku.
- c) Zmiany w strukturze wiekowej ludności stwarzać będą w miarę poprawy sytuacji materialnej tej grupy ludności nowy rozszerzony rynek zbytu dla wielu towarów, przy czym rozwój ich produkcji na miejscu w kraju może stworzyć korzystną alternatywę dla nieuchronnie rosnącego importu w tej dziedzinie. Profesor J. Supińska podkreśla równocześnie, że ergonomiczne urządzenia będą zresztą służyć zadowoleniu i zdrowiu ludzi w różnym wieku, o różnym stopniu sprawności.
- d) Rosnąć będzie tendencja do oszczędzania wśród tej kategorii ludności, która stać się może istotnym czynnikiem rozwoju rynku kapitałowego, jeżeli stworzone będą właściwe warunki dla bezpiecznej lokaty wkładów.
- e) Powstają szanse uzyskania nowych źródeł dochodów pod warunkiem stworzenia określonych zachęt skłaniających do spędzania w Polsce okresu dożywania starości zarówno dla obywateli Polski, którzy emigrowali z Polski, jak i obywateli innych krajów. Przykład Finlandii i USA, jest to szczególnie zachęcający. Podkreślić należy, że cały system fiskalny opodatkowujący konsumpcję powoduje, że bogaty konsument niezależnie od wieku będzie powodował wzrost dochodów państwa przez system podatkowy.

## 7. Działania organizacyjne

Wykorzystanie szans z tym związanych i uniknięcie ewentualnych zagrożeń na tym tle jest warunkowane przemyślanym działaniem w długookresowej perspektywie. Wymaga więc wyspecjalizowanego państwowego kompleksowego programu. Jak wykazują bowiem doświadczenia innych krajów, w tym zwłaszcza Japonii, która przoduje pod tym względem, ujęcie tych zadań w rządowym programie rokuje najlepsze wyniki. Dlatego jak najszybsze opracowanie takiego programu powinno być jednym z najpilniejszych zadań rządu. Warunkiem ich skuteczności jest równocześnie jednoznaczne wyznaczenie w ramach struktur rządowych podmiotu odpowiedzialnego za całokształt działań w tej dziedzinie.

Warto też podkreślić, że poprawa warunków życia tej generacji nie jest tylko działalnością dobroczynną, ale ważnym sprawdzianem dojrzałości cywilizacyjnej naszego społeczeństwa. Rozwiązanie egzystencjalnych problemów rosnącej szybko populacji III wieku stanowi bowiem integralny element postępu społecznego, a tym samym ważny czynnik trwałego rozwoju. Leży to w interesie rozwoju gospodarczego i społecznego naszego kraju w najbliższych 20 latach i należy do najważniejszych problemów wymagających w tym okresie rozwiązania. Środowisko naukowe powinno aktywnie uczestniczyć w rozwiązywaniu tych zadań jeżeli zostaną stworzone przez Rząd odpowiednie warunki działania.

Dr hab. Andrzej Karpiński,  
Profesor w OLYMPUS Szkole Wyższej  
w Warszawie