



# Niesamodzielną starość

Redakcja naukowa  
Józefina Hryniewicz  
Małgorzata Halicka





RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

# Niesamodzielną starość

Redakcja naukowa  
Józefina Hryniewicz  
Małgorzata Halicka



**Materiały z III Kongresu Demograficznego. Część 2**

Warszawa 2022

**Recenzent**

dr hab. Mariola Raclaw (Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych)

**Redakcja językowa i korekta**

Dorota Bojarska-Lis

**Koordinacja prac wydawniczych**

Departament Opracowań Statystycznych GUS, Wydział Czasopism Naukowych

**Prace wydawniczo-poligraficzne**

Zakład Wydawnictw Statystycznych – zespół pod kierunkiem Wojciecha Szuchty

**Druk i oprawa**

Zakład Wydawnictw Statystycznych

Publikacja dostępna na stronie [kd.stat.gov.pl](http://kd.stat.gov.pl); przy cytowaniu prosimy o podanie źródła.  
Artykuły zawarte w niniejszej publikacji wyrażają własne poglądy autorów.

Warszawa 2022

© Copyright by Rządowa Rada Ludnościowa

© Copyright by Główny Urząd Statystyczny

**ISBN 978-83-67087-04-9**

**e-ISBN 978-83-67087-05-6**

# Przedmowa

Monografia, którą oddajemy do Państwa rąk, jest pokłosiem jednej z konferencji III Kongresu Demograficznego, organizowanego w latach 2021–2022 z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej wspólnie z Głównym Urzędem Statystycznym i Polskim Towarzystwem Statystycznym. Kongres stanowi dobrą formę przekazania społeczeństwu wiedzy o stanie i strukturze ludności, a także upowszechnienia wyników spisów powszechnych. Dlatego od początku kongresy są powiązane ze spisami: pierwszy odbył się w 2002 r., po przeprowadzeniu NSP 2001, a drugi – w 2012 r., po przeprowadzeniu NSP 2011. Program III Kongresu Demograficznego zawiera prezentację wyników NSP 2021.

Na III Kongres Demograficzny składa się ok. 20 konferencji i debat prowadzonych we wszystkich regionach Polski, w miastach wojewódzkich i powiatowych oraz w gminach, pod wspólnym hasłem „Wyzwania demograficzne Polski na XXI wiek”. Celem kongresu jest przedstawienie wyników pogłębionych analiz i badań dotyczących zmian sytuacji demograficznej, jakie następują w kraju oraz w poszczególnych jednostkach administracyjnych. Zmiany te cechują się silnym zróżnicowaniem przestrzennym zarówno pod względem zakresu, jak i charakteru i w coraz większym stopniu wpływają na wszystkie wymiary życia społecznego i rozwój gospodarki. Prezentowane na kongresie analizy statystyczne oraz wyniki badań prowadzonych przez przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych pozwalają wyjaśnić przyczyny oraz skutki zachodzących procesów i zjawisk demograficznych, zwłaszcza depopulacji i migracji, oraz poznać ich uwarunkowania społeczne i ekonomiczne, dotyczące przede wszystkim zdrowia, gospodarki, pracy, edukacji i kwalifikacji, ubezpieczeń społecznych, rolnictwa, zagospodarowania przestrzennego i suburbanizacji. Poszczególne konferencje poświęcono wyodrębnionym demograficznie grupom i problemom: rodzinie i uwarunkowaniom prokreacji, młodzieży, osobom starszym i procesom podwójnego starzenia się populacji, zdrowiu dzieci i sytuacji osób z niepełnosprawnościami.

W III Kongresie Demograficznym uczestniczą pracownicy urzędów statystycznych, członkowie Polskiego Towarzystwa Statystycznego, przedstawiciele Polskiej Akademii Nauk, szkół wyższych i instytutów naukowych oraz eksperci. Do udziału w wydarzeniu zostali zaproszeni również posłowie, ministrowie, kierownicy instytucji publicznych, przedstawiciele samorządów lokalnych, administracji rządowej

i samorządowej, naukowcy, nauczyciele akademicki, studenci, członkowie organizacji obywatelskich i mediów. Współorganizatorami konferencji są wojewodowie, samorządy regionalne i lokalne, PAN i uczelnie. Dzięki hybrydowej formie w każdej z nich uczestniczy kilkaset osób. Nagrania z konferencji będą dostępne na kanale YouTube Głównego Urzędu Statystycznego.

Konferencje naukowe III Kongresu Demograficznego otrzymały wsparcie finansowe Narodowego Banku Polskiego, Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń i Fundacji Orlen.

Prezes  
Głównego Urzędu Statystycznego

A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Rozkrut', with a long horizontal flourish extending to the right.

dr Dominik Rozkrut

# Spis treści

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Wprowadzenie .....                                                                                                                      | 7   |
| <b>Ewa Kamińska-Gawryluk</b>                                                                                                            |     |
| Osoby starsze w Polsce w ujęciu statystycznym i terytorialnym .....                                                                     | 9   |
| <b>Piotr Szukalski</b>                                                                                                                  |     |
| Przestrzenne zróżnicowanie szansy uzyskania pomocy przez osoby bardzo stare we współczesnej Polsce w przekroju powiatowym .....         | 25  |
| <b>Józefina Hrynkiewicz</b>                                                                                                             |     |
| Niesamodzielną starość jako nowe ryzyko socjalne .....                                                                                  | 46  |
| <b>Dorota Wyszkowska</b>                                                                                                                |     |
| Sytuacja osób starszych w Polsce .....                                                                                                  | 77  |
| <b>Elżbieta Bojanowska</b>                                                                                                              |     |
| Osoby w wieku sędziwym – opieka, pomoc, wsparcie .....                                                                                  | 100 |
| <b>Krzysztof Czykier</b>                                                                                                                |     |
| Jakość życia owidowiałych osób starszych w województwie podlaskim. Studium demograficzno-społeczne .....                                | 115 |
| <b>Natalia Głódź</b>                                                                                                                    |     |
| Senior w realiach północno-wschodniej Polski .....                                                                                      | 130 |
| <b>Czesław Renkiewicz</b>                                                                                                               |     |
| Wyzwania jednostek samorządu terytorialnego wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa na przykładzie miasta Suwałki ..... | 146 |
| <b>Eugeniusz Kowalczyk</b>                                                                                                              |     |
| Zmiany w strukturze wieku ludności Podlasia w latach 2001–2020 .....                                                                    | 158 |
| Zakończenie .....                                                                                                                       | 172 |



# Wprowadzenie

Monografia *Niesamodzielną starość* zawiera materiały z konferencji naukowej w Białymstoku zorganizowanej w ramach III Kongresu Demograficznego. Przedmiotem konferencji była sytuacja społeczna i demograficzna najstarszego pokolenia Polaków. Wyróżnienie grupy osób najstarszych w kategorii osób w wieku poprodukcyjnym wynika z wydłużania się trwania życia oraz zwiększającej się grupy osób najstarszych w wieku sędziwym. To wiek, gdy może pojawić się niesamodzielnosc jako skutek postępującego procesu starzenia się oraz utraty sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej. Oddzielne potraktowanie osób w wieku bardzo zaawansowanym ma także cel praktyczny w polityce społecznej państwa. Szczególnego znaczenia nabiera to w polityce tzw. senioralnej, która wciąż podobnie traktuje seniora 60-letniego i 90-letniego. Nieprzypadkowy był wybór Podlasia jako miejsca konferencji. Środowisko akademickie Białegostoku od wielu lat prowadzi wielokierunkowe badania dotyczące procesów starzenia się. Są to zarówno badania o charakterze teoretycznym, jak i badania, których wyniki stosowane są w praktyce. Podlasie należy do tych regionów Polski, w których problem starzenia się społeczeństwa jest bardzo wyraźnie widoczny. Tam też środowisko naukowe i akademickie nie tylko prowadzi badania, ale również współdziała z instytucjami odpowiedzialnymi za pomoc osobom starszym i opiekę nad nimi.

Monografia zawiera analizy statystyczne, wyniki badań naukowych wraz z rekomendacjami oraz praktyczny przykład rozwiązywania problemu opieki w warunkach środowiska lokalnego. Załączone do publikacji prace podejmują różne zagadnienia związane z sytuacją osób w zaawansowanym wieku. Podlasie jest pod tym względem szczególne; proces depopulacji i wyludnianie się terenów mniej rozwiniętych, szczególnie peryferyjnych terenów rolniczych, spowodował głębokie zmiany w strukturze ludności. Udział osób w starszym wieku w strukturach ludności na terenach depopulacyjnych systematycznie wzrasta. Wzrastają też udział i liczba osób w sędziwym wieku. Coraz liczniejsze są też jednoosobowe gospodarstwa domowe osób starszych. Szczególne problemy pojawiają się wówczas, gdy jest to gospodarstwo domowe osoby samotnej w wieku sędziwym.

Zmiany społeczne i demograficzne wywierają szczególnie niekorzystny wpływ na sytuację osób w wieku bardzo zaawansowanym, które nie mają rodziny lub rodzina



mieszka daleko. Na łamach monografii podjęto ten problem, wskazując jego uwarunkowania oraz przedstawiając różne rozwiązania. Autorzy poszczególnych opracowań przedstawiają wyniki badań i analiz dotyczących sytuacji osób starszych zrealizowanych w różnych społecznościach lokalnych. Wyniki te stanowią cenny materiał przedstawiający różne sytuacje społeczne i różne podejścia badawcze.

Praca zawiera aktualne i prognostyczne dane demograficzne dotyczące procesu starzenia się w ujęciu krajowym, regionalnym i lokalnym.

Pogłębione analizy demograficzne wskazują na narastający problem opieki nad osobami starszymi i niesienia im pomocy. Szczególnym utrudnieniem w projektowaniu rozwiązań jest bardzo duże zróżnicowanie tego problemu w ujęciu terytorialnym. Analizy danych demograficznych jednoznacznie wskazują, że wiele środowisk lokalnych – szczególnie w gminach peryferyjnych, rolniczych – w obecnie obowiązujących warunkach prawnych, finansowych i kadrowych nie będzie zdolna do wykonania zadania polegającego na udzielaniu pomocy osobom w sędziwym wieku i sprawowaniu opieki nad nimi.

Monografia *Niesamodzielna starość* zawiera analizy statystyczne, wyniki badań socjologicznych oraz analizy materiałów zastanych. Z obserwacji postępowania wobec osób sędziwych w ochronie zdrowia wynika, że niemal powszechnie nie uwzględnia się specyficznych cech procesu starzenia się. W procesie leczenia nagminnie używa się (a niejednokrotnie nadużywa) środków psychotropowych w celu uzyskania tzw. dobrostanu pacjenta. Podawanie osobom sędziwym środków „uspokajających” (usypiających), „poprawiających” samopoczucie – zamiast leczenia, to bardzo trudny problem, nie tylko medyczny. Wymaga zatem poważnej debaty nie tylko w środowisku medycznym. Zagadnienia podejmowane w pracy mogą stać się ważnym uzupełnieniem literatury na temat starości i starzenia się. Wartością szczególną publikacji jest zwrócenie uwagi na sytuację osób w wieku starczym i sędziwym, gdy starość staje się w wielu przypadkach niesamodzielna, wymagająca pomocy i opieki.

**Józefina Hryniewicz**

Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej  
Uniwersytet Warszawski

# Osoby starsze w Polsce w ujęciu statystycznym i terytorialnym

## 1. Wprowadzenie

Zagadnienie procesu starzenia się ludności i jego konsekwencje dla gospodarki i społeczeństwa jest często podejmowane nie tylko przez demografów, ale także ekonomistów, socjologów czy lekarzy (Gołata i Kuropka, 2015; Kotowska, 2021; Szukałski, 2006). Wynika to z faktu, iż w ostatnich latach obserwuje się w Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, istotny wzrost liczby osób starszych. Jest to spowodowane wydłużeniem się trwania życia. Udział osób tej grupy wieku w ogólnej liczbie ludności ulega także stałemu wzrostowi. Liczebność i odsetek osób starszych są dość istotnie zróżnicowane terytorialnie.

Celem niniejszego opracowania jest próba scharakteryzowania populacji osób starszych w Polsce. W pierwszej kolejności została przedstawiona liczba oraz struktura ludności w wieku 60 lat i więcej w ujęciu czasowym i terytorialnym. Szczególną uwagę zwrócono na postępujący proces starzenia się mieszkańców w ujęciu terytorialnym. Następnie zostały zaprezentowane dane odnoszące się do przeciętnego dalszego trwania życia oraz umieralności seniorów. Kończącą część opracowania stanowi prezentacja prognozy demograficznej w perspektywie do 2050 roku w kontekście zmian liczby i struktury ludności według grup wieku. Przedstawiane dane pochodzą z zasobów statystyki publicznej.

## 2. Liczba i struktura ludności w wieku 60 lat i więcej

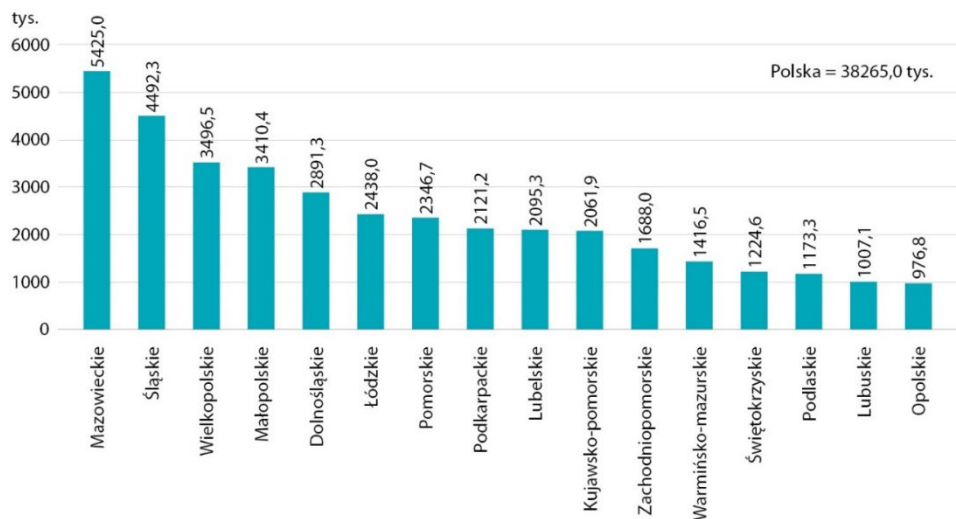
W ostatnich 10 latach obserwuje się stały spadek liczby ludności naszego kraju oraz zmiany w strukturze wieku. W 2020 r. na przebieg procesów demograficznych w szczególności wpłynęła epidemia COVID-19, która spowodowała pogłębienie

---

<sup>a</sup> Urząd Statystyczny w Białymstoku. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4956-4494>.

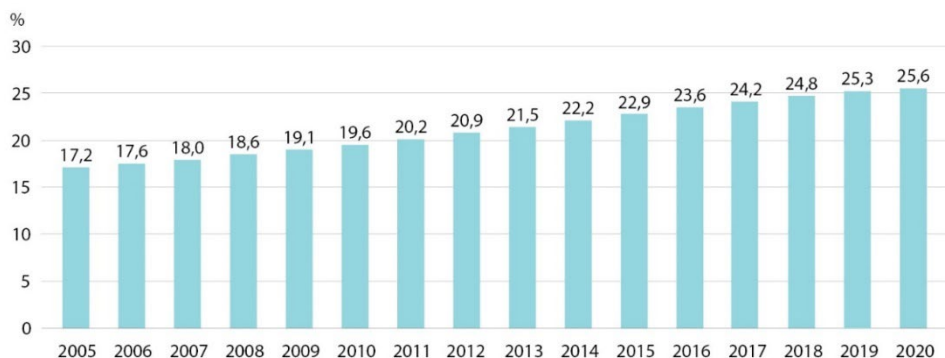
niekorzystnych trendów demograficznych obserwowanych w ostatnich latach. Liczba ludności Polski zmniejsza się od 2011 r. (z wyjątkiem nieznacznego wzrostu – o niespełna 1 tys. – w roku 2017). W końcu 2020 r. wynosiła 38 265,0 tys. i była o 117,6 tys. niższa niż rok wcześniej. Największą liczbą mieszkańców charakteryzują się województwa mazowieckie i śląskie, a najmniejszą – opolskie, lubuskie i podlaskie (wykr. 1). W 2020 r. niewielki wzrost liczby ludności w ujęciu rocznym zaobserwowano tylko w województwach pomorskim i mazowieckim.

**Wykr. 1.** Ludność według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)



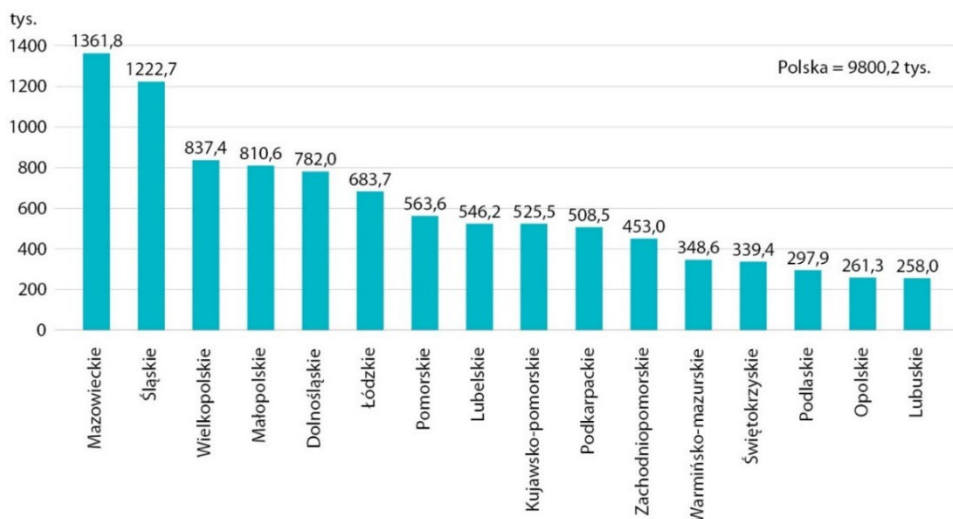
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Banku Danych Lokalnych (BDL).

Poza zmniejszeniem się liczby ludności obserwowane były zmiany w strukturze wieku wynikające z postępującego procesu starzenia się społeczeństwa. W 2020 r., podobnie jak w latach poprzednich, nastąpił wzrost liczby i odsetka mieszkańców Polski w wieku 60 lat i więcej. Wyraźny wzrost udziału osób starszych w populacji ludności kraju obserwowany jest od roku 2006. W końcu 2005 roku wynosił on 17,2%, a w końcu 2020 r. ukształtował się na poziomie 25,6% (wykr. 2).

**Wykr. 2.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem (stan w dniu 31 grudnia)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

W końcu 2020 r. populacja osób starszych w Polsce liczyła 9 800,2 tys. i w ciągu roku jej liczebność zwiększyła się o 1,0% (rok wcześniej o 2,1%). Niższy wzrost liczby osób w wieku senioralnym spowodowany był dużą liczbą zgonów w wyniku epidemii COVID-19. Liczba osób starszych jest istotnie zróżnicowana w układzie regionalnym, co jest przede wszystkim konsekwencją dysproporcji ogólnej liczby ludności w poszczególnych województwach (wykr. 3).

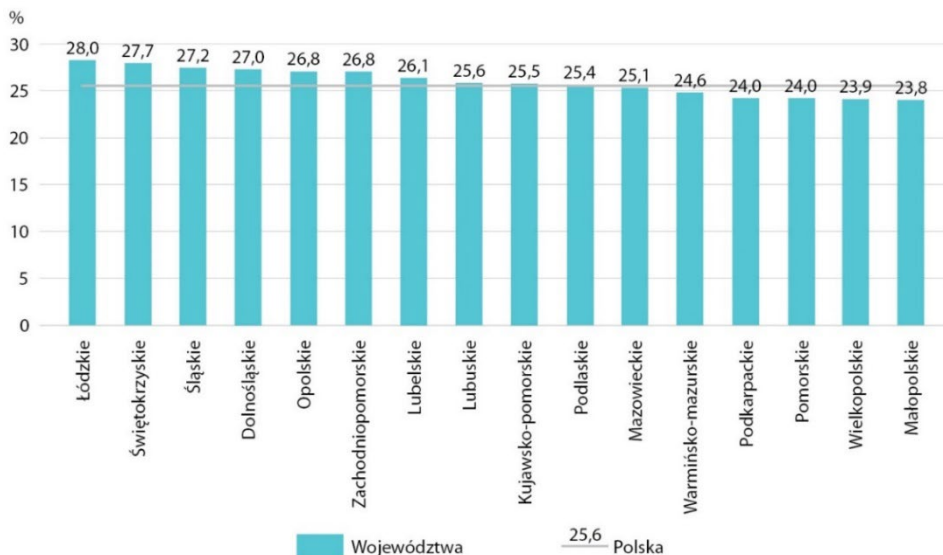
**Wykr. 3.** Osoby w wieku 60 lat i więcej według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

W końcu 2020 r. ponad jedna czwarta (26,4%) seniorów zamieszkiwała dwa województwa, tj. mazowieckie oraz śląskie, podczas gdy w województwie o najmniejszej liczbie osób starszych – lubuskim, mieszkało tylko 2,6% osób starszych w Polsce.

Starzenie się społeczeństwa obserwowane jest z różnym natężeniem w poszczególnych województwach naszego kraju (wykr. 4).

**Wykr. 4.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

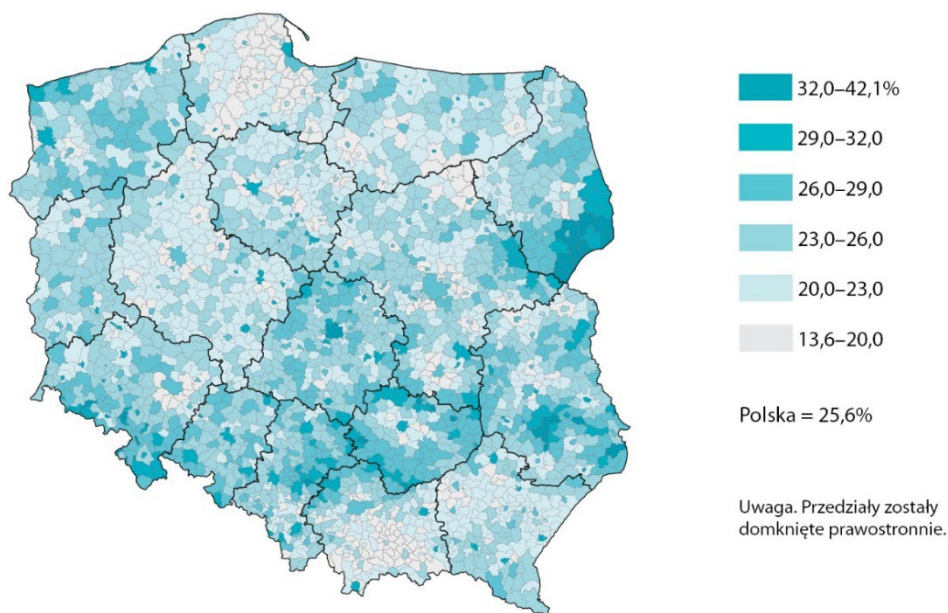


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

W końcu analizowanego roku najwyższym odsetkiem osób w wieku 60 lat i więcej charakteryzowało się województwo łódzkie (28,0%), natomiast najniższym – małopolskie (23,8%). Od roku 2005 odsetek osób starszych najbardziej zwiększył się w województwie zachodniopomorskim (o 11,2 p.proc.), a najmniej w województwach mazowieckim i małopolskim (po 6,5 p.proc.).

Zróżnicowanie udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności jest jeszcze bardziej widoczne, kiedy analizuje się mniejsze jednostki podziału – gminy (mapa 1).

**Mapa 1.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem według gmin w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

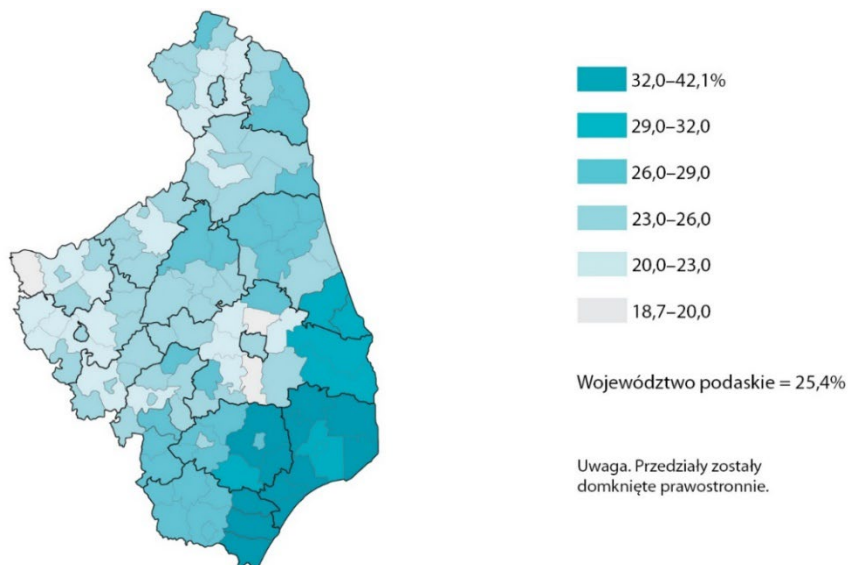


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Demografia.

W 2020 r. najwyższy odsetek osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie mieszkańców wystąpił w gminie Orla w województwie podlaskim (42,1%), a najniższy – w gminie Kleszczewo w województwie wielkopolskim (13,6%).

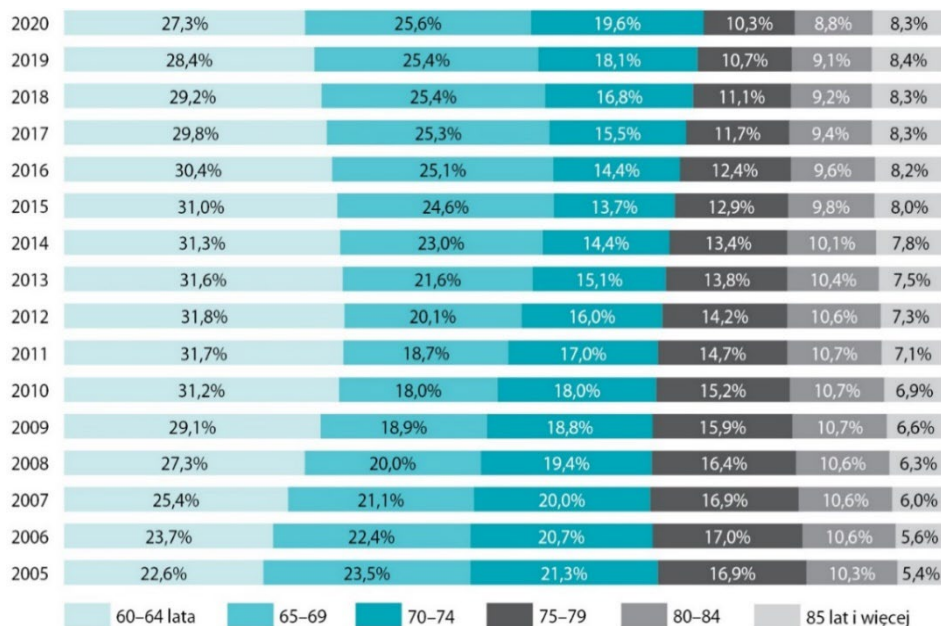
Odsetek osób starszych w województwie podlaskim kształtuje się na poziomie zbliżonym do poziomu ogólnokrajowego (25,4%). Jest on jednak istotnie zróżnicowany przestrzennie. Szczególnie wysoki udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie mieszkańców można zaobserwować w części południowo-wschodniej województwa. Obok wspomnianej już gminy Orla, wysoki odsetek takich osób zanotowano w innych gminach powiatu hajnowskiego, a także bielskiego i siemiatyckiego. Najniższy udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności zanotowano natomiast w gminie Turośl (18,7%), położonej w zachodniej części województwa. W tej części regionu oraz w bezpośrednim sąsiedztwie miast na prawach powiatu znajdowała się większość gmin charakteryzujących się najniższymi odsetkami ludności w wieku senioralnym w województwie podlaskim (mapa 2).

**Mapa 2.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie podlaskim według gmin w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Demografia.

W końcu 2020 r. najliczniejszą grupę seniorów w Polsce stanowiły osoby w wieku 60–64 lat. Ich udział w ogólnej liczbie osób starszych wynosił 27,3%. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 85 lat i więcej. Odsetek tej grupy w populacji osób w wieku senioralnym kształtował się na poziomie 8,3%. Należy jednak zauważyć, że pomimo wciąż największego udziału najmłodszych seniorów w populacji osób starszych, udział ten od 2013 roku sukcesywnie maleje. W końcu 2020 roku był on o 1,1 p.proc. niższy niż przed rokiem (wykr. 5).

**Wykr. 5.** Struktura osób w wieku 60 lat i więcej według grup wieku (stan w dniu 31 grudnia)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Demografia.

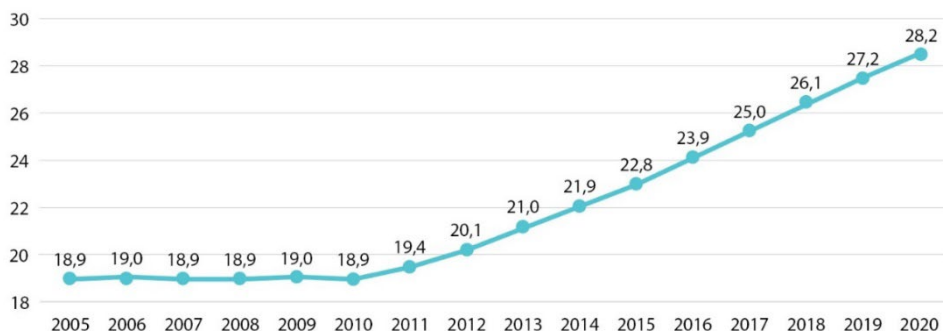
Tendencja ta może wskazywać, iż Polska znajduje się w przededniu podwójnego starzenia się ludności, gdzie oprócz wzrostu liczby osób w wieku senioralnym, następuje wzrost udziału najstarszych grup w strukturze seniorów według wieku.

Spadek liczby ludności ogółem i wzrost liczby osób w wieku senioralnym skutkuje wzrostem współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi<sup>1</sup>. Wskaźnik ten w końcu 2020 r. wynosił 28,2. Jego dynamiczny wzrost obserwowany jest od 2011 roku. Wcześniej kształtował się on na względnie stabilnym poziomie 19% (wykr. 6).

<sup>1</sup> Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi to liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku od 15 do 64 lat.



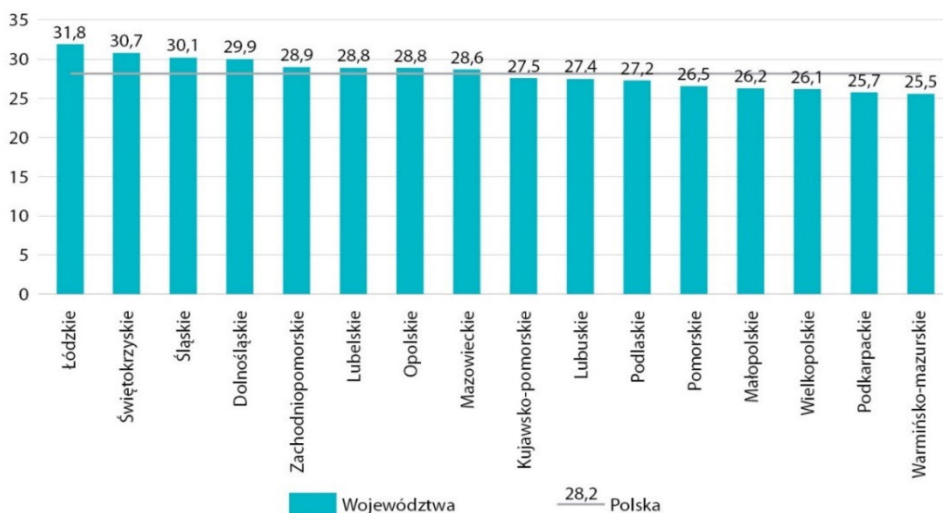
**Wykr. 6.** Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (w wieku 65 lat i więcej) (stan w dniu 31 grudnia)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

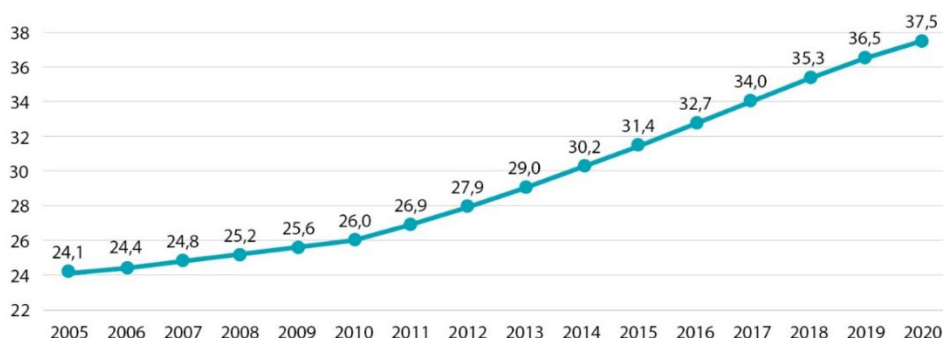
W końcu analizowanego roku najwyższy poziom tego wskaźnika zanotowano w województwie łódzkim, gdzie wynosił on 31,8, natomiast najniższy wystąpił w województwie warmińsko-mazurskim – 25,5 (wykr. 7).

**Wykr. 7.** Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (w wieku 65 lat i więcej) według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

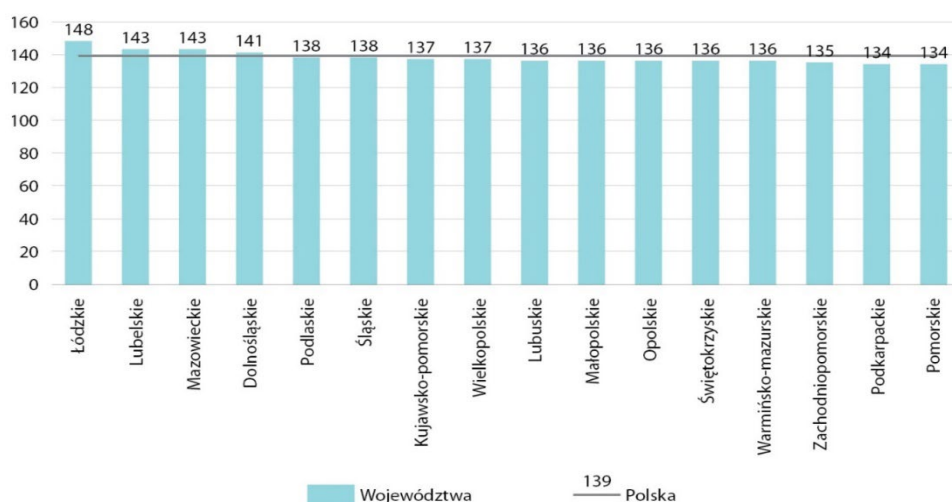
Wzrost liczby osób starszych oznacza, iż zwiększa się także liczba ludności w wieku poprodukcyjnym. W końcu 2020 roku wskaźnik określający liczbę ludności w wieku poprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym w Polsce kształtował się na poziomie 37,5. Rok wcześniej wynosił 36,5, natomiast 15 lat wcześniej – 24,1 (wykr. 8).

**Wykr. 8.** Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym (stan w dniu 31 grudnia)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

Wśród seniorów, podobnie jak wśród ogółu ludności, przeważają kobiety. W końcu 2020 r. kobiety stanowiły 51,6% mieszkańców Polski, a na 100 mężczyzn przypadało ich 107. Udział kobiet w populacji osób starszych był wyższy niż w przypadku ogółu ludności kraju i wynosił 58,1%, zaś na 100 mężczyzn przypadało 139 kobiet. W zbiorowości osób w wieku senioralnym współczynnik feminizacji wzrasta wraz z wiekiem. Jest to konsekwencją nadumieralności mężczyzn.

Najwyższym współczynnikiem feminizacji wśród osób w wieku 60 lat i więcej charakteryzowało się województwo łódzkie, w którym wskaźnik ten kształtował się na poziomie 148, natomiast najniższym – województwa pomorskie i podkarpackie ze wskaźnikiem na poziomie 134 (wykr. 9).

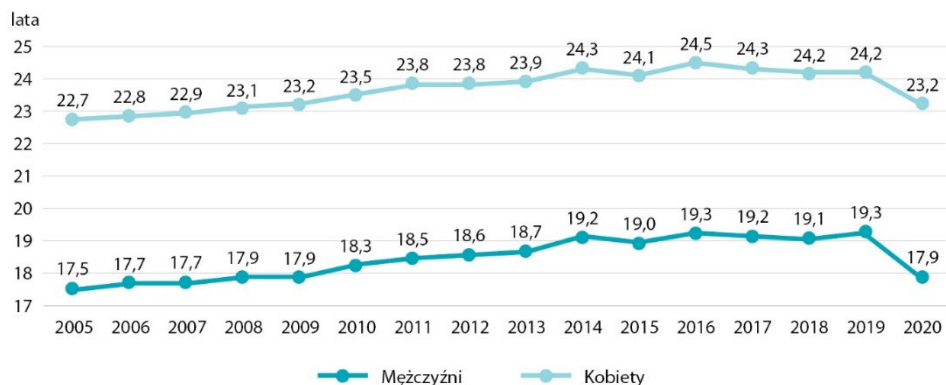
**Wykr. 9.** Współczynnik feminizacji wśród osób w wieku 60 lat i więcej według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Demografia.

### 3. Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat

W Polsce kobieta mająca 60 lat, wkraczająca w wiek senioralny w 2020 r. miała przed sobą przeciętnie 23,2 roku życia, tj. o 5,3 roku więcej niż mężczyzna w tym samym wieku. W porównaniu z osobami, które osiągnęły ten wiek w 2019 r. przewidywana przeciętna długość ich dalszego życia zmniejszyła się o 1 rok w przypadku kobiet i o 1,4 roku wśród mężczyzn (wykr. 10). Na pogorszenie tego wskaźnika w ostatnim roku miała wpływ pandemia COVID-19, która spowodowała wiele zgonów.

**Wykr. 10.** Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat według płci

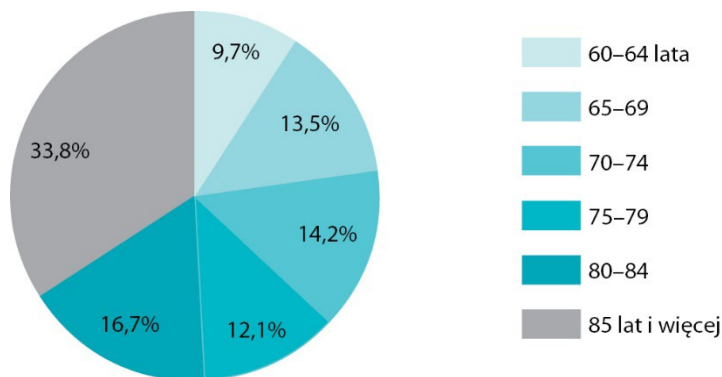


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

Wśród seniorów dłuższe dalsze trwanie życia kobiet niż mężczyzn obserwowane jest we wszystkich grupach wieku, jednak różnica ta zmniejsza się wraz z wiekiem. W 2020 roku w przypadku 85-latków wyniosła ona nieco ponad rok.

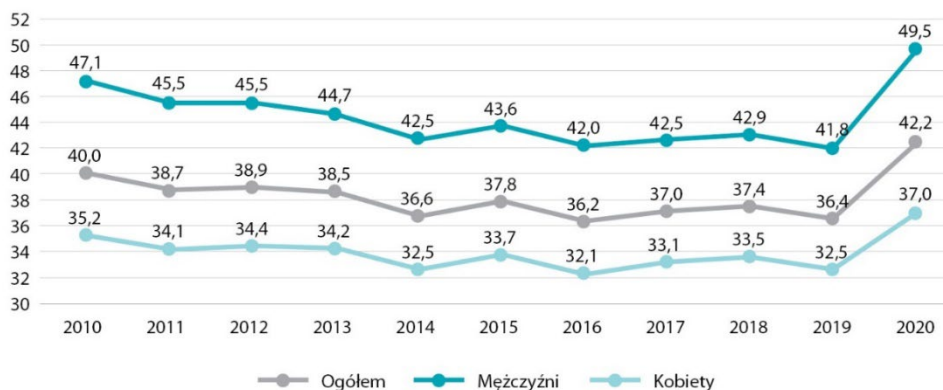
### 4. Umieralność osób w wieku 60 lat i więcej

W Polsce w 2020 r. zmarło 412,8 tys. osób w wieku 60 lat i więcej, a ich odsetek w ogólnej liczbie zgonów wyniósł 86,5%. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba zgonów osób w wieku senioralnym wzrosła o 63,4 tys., tj. o 18,2%, zaś udział zgonów osób w tym wieku w ogólnej liczbie zgonów zwiększył się o 1,2 p.proc. Podobnie jak w latach poprzednich, w strukturze zgonów osób starszych dominowały zgony osób w wieku 85 lat i więcej, których udział w strukturze zgonów w 2020 r. ukształtował się na poziomie 33,8%. Znaczny odsetek (16,7%) stanowiły także zgony osób w wieku 80–84 lat (wykr. 11).

**Wykr. 11.** Struktura zgonów osób w wieku 60 lat i więcej według grup wieku w 2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Demografia.

Współczynnik zgonów (liczba zgonów na 1000 osób w danym wieku) w populacji osób w wieku 60 lat i więcej w analizowanym roku ukształtował się na poziomie 42,2, wobec 36,4 w roku poprzednim. W ostatnich latach współczynnik ten miał tendencję malejącą, mimo występowania okresowych niewielkich wzrostów. Spadek ten został zahamowany w 2020 r., w którym w związku z epidemią COVID-19 zaobserwowano znacznie wyższą umieralność seniorów. Wyższym natężeniem zgonów charakteryzuje się populacja mężczyzn, w której współczynnik zgonów w 2020 r. wyniósł 49,5. W przypadku kobiet ukształtował się on na poziomie 37,0 (wykr. 12).

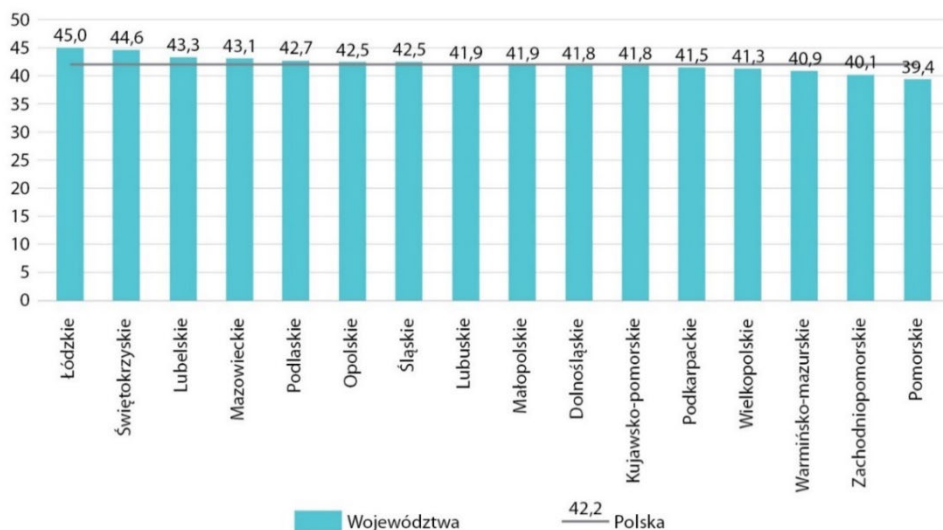
**Wykr. 12.** Współczynnik zgonów osób w wieku 60 lat i więcej według płci

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Demografia.

W ujęciu regionalnym najwyższy poziom współczynnika zgonów wśród osób starszych w 2020 r. został zaobserwowany w województwie łódzkim i wyniósł on 45,0. Najniższym natężeniem zgonów wśród osób w wieku 60 lat i więcej charaktery-

zowało się natomiast województwo pomorskie ze wskaźnikiem na poziomie 39,4 (wykr. 13).

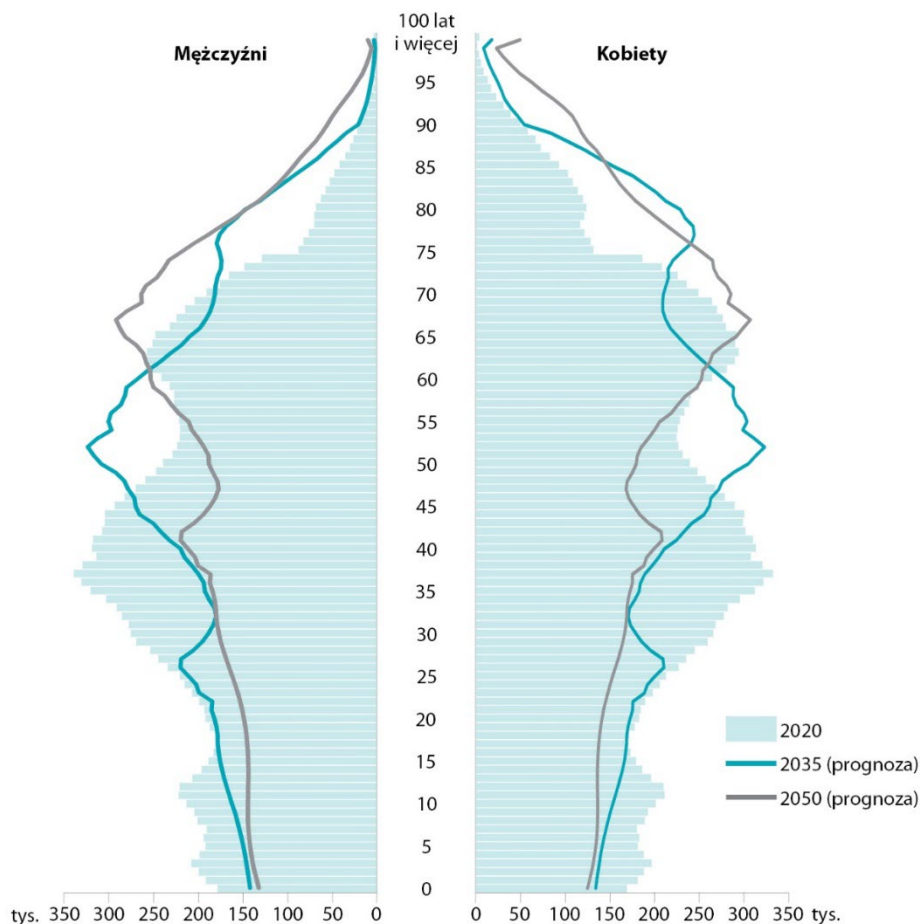
**Wykr. 13.** Współczynnik zgonów osób w wieku 60 lat i więcej według województw w 2020 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy Demografia.

## 5. Prognoza demograficzna

Według prognozy demograficznej Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w perspektywie do roku 2050 ludność Polski będzie stawała się coraz starsza. Równolegle do przewidywanego spadku liczby ludności ogółem (o 4,3 mln osób do roku 2050), spodziewany jest stały wzrost liczby osób w wieku senioralnym (wykr. 14).

**Wykr. 14.** Ludność według płci i wieku (stan w dniu 31 grudnia)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Dziedzinowych Baz Wiedzy.

Zgodnie z tą prognozą, liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w 2030 r. ukształtuje się na poziomie 10 784 tys. osób (co oznacza wzrost o 10,0% w stosunku do roku 2020), w 2040 r. wyniesie 12260 tys. osób (wzrost o 25,1%). W 2050 r. w Polsce ma mieszkać 13 700 tys. osób w starszym wieku (tj. o 39,8% więcej niż w 2020 r.). Będą one stanowiły 40,4% ogółu ludności.

Przewidywane są również zmiany w populacji osób w wieku 60 lat i więcej w poszczególnych grupach wieku. W 2050 r. tylko w przypadku najmłodszej grupy osób w wieku senioralnym (60–64 lata) nie prognozuje się zwiększenia liczebności w stosunku do roku 2020. Najwięcej przybędzie osób w najstarszej grupie, tj. w wieku 85 lat i więcej. Przewiduje się, że jej liczebność zwiększy się ponad 2-krotnie w porównaniu z zanotowaną w 2020 r. (wykr. 15).

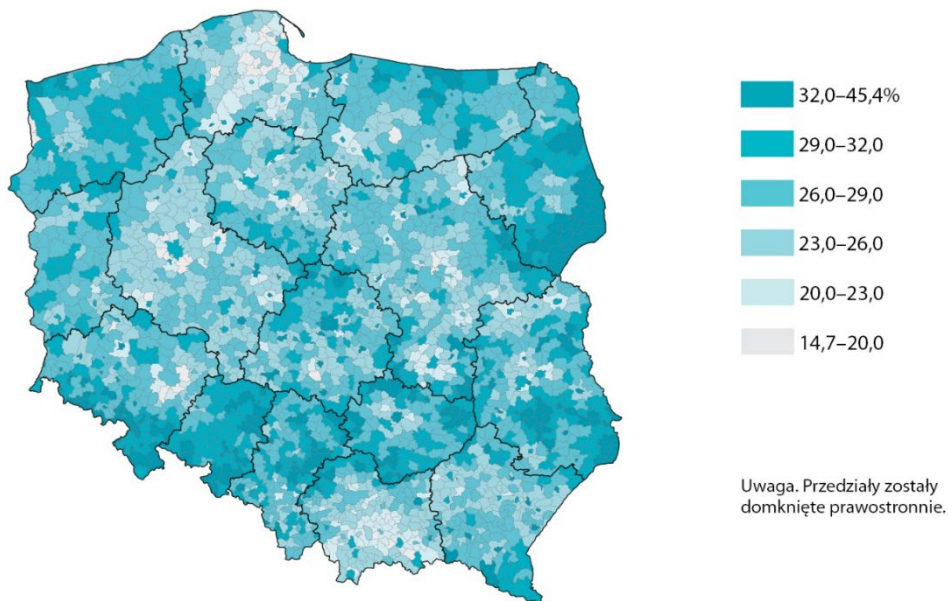
**Wykr. 15.** Ludność w wieku 60 lat i więcej według grup wieku (prognoza)  
(stan w dniu 31 grudnia)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Dziedzinowych Baz Wiedzy.

Zgodnie z prognozą demograficzną opracowaną dla gmin, przewiduje się, że w 2030 r. najwyższym odsetkiem osób 60-letnich i starszych w ogólnej liczbie mieszkańców (45,4%) będzie charakteryzowała się gmina Dubicze Cerkiewne w województwie podlaskim, a najniższym (14,7%) – gmina Komorniki w województwie wielkopolskim (mapa 3).

**Mapa 3.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem według gmin w 2030 r.  
(prognoza) (stan w dniu 31 grudnia)

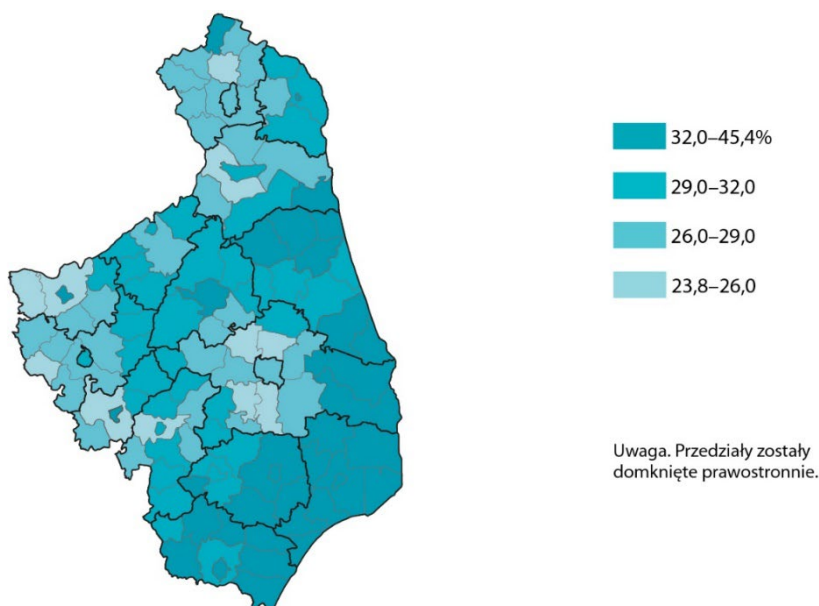


Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS (2017).



Biorąc pod uwagę prognozę dla województwa podlaskiego, można wskazać, że w 2030 r. najwyższy udział osób w wieku senioralnym wśród ogółu ludności przewidywany jest w przypadku wspomnianej wcześniej gminy Dubicze Cerkiewne (45,4%) oraz innych gmin położonych w południowo-wschodniej części regionu. Najniższy odsetek osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie mieszkańców prognozowany jest natomiast w gminie Wasilków (23,8%), kilku innych gminach położonych w bezpośrednim sąsiedztwie stolicy województwa oraz w zachodniej części regionu (mapa 4).

**Mapa 4.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie podlaskim według gmin w 2030 r. (prognoza) (stan w dniu 31 grudnia)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS (2017).

## 6. Podsumowanie

Uwzględniając zaprezentowane dane dotyczące populacji osób starszych w Polsce, można stwierdzić, że obserwowany od lat proces starzenia się społeczeństwa w naszym kraju będzie widoczny także w kolejnych latach. To, czy przybierze on na sile i będzie przebiegał zgodnie z prognozami GUS, zależy od wielu czynników, m.in. dzietności kobiet. Zaprezentowane wyniki prognozy demograficznej należy traktować jak swego rodzaju ostrzeżenie, zwracające uwagę na narastające problemy demograficzne Polski, które będą miały przełożenie na funkcjonowanie naszego kraju, tak w wymiarze gospodarczym, jak i społecznym.



Należy także zwrócić uwagę na to, że procesy starzenia się społeczeństwa będą istotnie zróżnicowane terytorialnie, co będzie wpływało na zakres działalności poszczególnych podstawowych jednostek samorządu terytorialnego odpowiedzialnych za zapewnienie zaspokajania podstawowych potrzeb lokalnych społeczności, w tym osób starszych. Warto byłoby zastanowić się już dziś nad działaniami, które mogą być podejmowane na rzecz osób w wieku 60 lat i więcej w naszym kraju, zwłaszcza tych spośród nich, które będą wymagały wsparcia i opieki, w tym instytucjonalnej.

## Bibliografia

- Gołata, E., Kuropka, I. (2015). *Zmiany demograficzne i ich następstwa dla wybranych obszarów polityki społecznej w dużych miastach w Polsce*, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, nr 223.
- Główny Urząd Statystyczny. (2017). *Prognoza ludności gmin na lata 2017–2030*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-gmin-na-lata-2017-2030-opracowanie-eksperymentalne,10,1.html>.
- Kotowska, I. E. (2021). *Zmiany demograficzne w Polsce – jakie wyzwania rozwojowe przyniosą?*. [https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2021/09/I.E.Kotowska\\_Zmiany.demograficzne.w.Polsce.pdf](https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2021/09/I.E.Kotowska_Zmiany.demograficzne.w.Polsce.pdf).
- Szukalski, P. (2006). *Proces starzenia się ludności – przyczyny, etapy, konsekwencje*. <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/14269/geriatria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

# **Przestrzenne zróżnicowanie szansy uzyskania pomocy przez osoby bardzo stare we współczesnej Polsce w przekroju powiatowym**

## **1. Wprowadzenie**

Niesamodzielna starość rozumiana być może na dwa sposoby. Po pierwsze, jako termin odnoszący się do rzeczywistego zasięgu skali niesamodzielności w zbiorowości seniorów, a zatem zgodnie z polskim prawem, osób mających 60 i więcej lat. Po drugie, poprzez odwołanie się do rozumienia słowa starość jako specyficznej fazy ludzkiego życia i jako terminu określającego ten podokres starości, który zazwyczaj współwystępuje z poważnymi problemami zdrowotnymi oraz obniżającą się sprawnością – tzw. późna starość. W niniejszym opracowaniu punktem wyjścia jest ten drugi sposób rozumienia niesamodzielnej starości, choć zdawać sobie należy sprawę, iż łączenie jakiegokolwiek specyficznej podfazy starości z niesamodzielnością jest zabiegiem upraszczającym rzeczywistość.

Jeśli takie deterministyczne założenie o współwystępowaniu bardzo zaawansowanego wieku i niesamodzielności z pewnych względów analitycznych uznać jednak za zasadne, rodzi się samoistnie pytanie o możliwości wsparcia owych zależnych od pomocy innych „sędziwych starców”. Celem niniejszego opracowania jest analiza przestrzennego zróżnicowania szansy na uzyskanie pomocy przez osoby bardzo stare w Polsce w układzie powiatowym na bazie wskaźników informujących o popycie na wsparcie i jego podaży. Aby osiągnąć ten cel, dokonano analizy danych GUS dla roku 2020, w przekroju powiatów, odnoszącej się do popytu i podaży pomocy, a następnie zgromadzone dane wtórne badano z wykorzystaniem kwintyli i zbudowanego wskaźnika syntetycznego. Źródłem analizowanych dalej danych jest, jeśli nie wskazano inaczej, Bank Danych Lokalnych (BDL; <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>).

---

<sup>a</sup> Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Społeczny, Instytut Socjologii; Rządowa Rada Ludnościowa; Komitet Nauk Demograficznych PAN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2631-3238>.

Na podstawie zgromadzonych danych opracowano ułatwiającą prezentację wyników mapy, które zostały wygenerowane dzięki Portalowi Geostatystycznemu GUS (<https://geo.stat.gov.pl/>).

Przedstawiony powyżej cel wydaje się o tyle trafny, iż z jednej strony, umożliwia analizę sytuacji szybko rosnącej w ostatnich dekadach zbiorowości osób bardzo starych, z drugiej zaś – poprzez koncentrację uwagi na poziomie powiatów – dostarcza wiedzy odnośnie do tzw. obszarów problemowych, czyli tych terenów, które z uwagi na najmniej korzystną sytuację wymagają zapewne dodatkowego wsparcia z zewnątrz.

## 2. Od kiedy zaczyna się późna, „niesamodzielną starość”?<sup>1</sup>

Zbiorowość seniorów jest bardzo niejednorodna, jeśli idzie o szereg cech, w tym tak ważnych jak sprawność, samodzielność. Nie można *a priori* wskazać jakiejś pojedynczej granicy wieku, poczynając od którego wszyscy seniorzy stają się zależni od innych. Niemniej – mimo możliwości łączenia wieku ze stanem zdrowia, sprawnością i samodzielnością jedynie w kategoriach probabilistycznych – zazwyczaj zakłada się, że w przypadku tzw. osób bardzo starych występuje wysokie zapotrzebowanie na stałe, regularne wsparcie. Praktycznym problemem jest natomiast wybór wieku, z którym owa założona z definicji „niesamodzielną starość” się łączy. Upodobanie do okrągłego wieku – widoczne i w przeszłości w postaci częstego podwyższania wieku do liczb kończących się na 0 i w mniejszym stopniu na 5 – przejawia się występowaniem w tym przypadku kilku wielkości różniących się od siebie o 5 lat, a mianowicie wieku 75, 80, 85 i 90 lat. W takiej też kolejności przedstawię te granice, choć – patrząc na chronologię ich powstawania – kolejność winna być inna: 80, 75, 90, 85 lat.

Granica 75 lat pojawiła się pod koniec lat 60. XX w., gdy amerykańska psycholog i gerontolog Bernice Neugarten próbowała zwalczać mity odnoszące się do homogeniczności zbiorowości osób starszych. Próbując odczarować osoby we wczesnej fazie starości, podzieliła zbiorowość seniorów na dwie grupy: „młodych starych” i „starych starych”, przyjmując granicę 75 lat jako odgradzającą ich cezurę. Zabieg ten miał na celu odróżnienie w ramach osób mających prawo w USA do świadczeń opłacanych w ramach zabezpieczenia społecznego i do bezpłatnej opieki zdrowotnej finansowanych ze źródeł federalnych (tj. w wieku 65+) tych, które są w pełni samodzielne, od osób wymagających wsparcia ze strony swych rodzin, sąsiadów, społeczności lokalnych. Jak pokazał czas, powyższe rozróżnienie, mające na celu zdjęcie odium ciężaru i niesamodzielną z grupy „młodych starych”, nie poprawiło ich image’u, pogarszając dodatkowo percepcję społeczną „starych starych” (Suzman i in., 1992).

<sup>1</sup> W cz. 2 wykorzystano fragmenty innego opracowania (Szukalski, 2021).

Wiek 80 lat z kolei pojawił się jako granica umożliwiająca oddzielenie „trzeciego wieku” od „czwartego wieku”. W obu przypadkach chodzi o osoby charakteryzujące się z uwagi na wiek tzw. niesamodzielnością ekonomiczną, tj. utrzymywaniem się z transferów publicznych (emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinne). Różnica między nimi odnosi się do samodzielności funkcjonalnej, czyli możliwości wykonywania (prawie) wszystkich czynności dnia codziennego bez pomocy innych. Tak rozumiana samodzielność jest typowa dla osób w „trzecim wieku”, podczas gdy w przypadku tych w „czwartym wieku” zakłada się konieczność ustawicznego korzystania ze wsparcia innych. Najczęściej jako autorka tych terminów podawana jest Simone de Beauvoir (jej *La vieillesse* z 1970 r.), czasami jednak zauważa się, iż de Beauvoir upowszechniła jedynie (głównie dzięki wpływowemu, angielskiemu tłumaczeniu tej pracy, która ukazała się w 1972 r. pod tytułem *The coming of age*), pojęcia stosowane we Francji już w latach 60. ubiegłego wieku (Silver, 2003).

Kolejna cezura, tj. wiek 85 lat, może być wyjaśniana na dwa sposoby. Po pierwsze, ćwierć wieku po pracach B. Neugarten ukazała się wpływowa praca pod redakcją R. M. Suzman, D. P. Willisa i K. G. Mantona ukierunkowana na wskazanie, iż kłopoty zdrowotne, socjalne, funkcjonalne, społeczne i psychiczne „starych starych” nie są bynajmniej domeną ich młodszego odłamu, ale że widoczna jest w każdym z przywołanych wymiarów różnica pomiędzy „najstarszymi starymi” (tj. osobami w wieku 85+) a pozostałą częścią „starych starych” (tj. grupy definiowanej odtąd jako 75–84 lata; (Suzman i in., 1992). Po drugie, na początku XXI w., prace biogerontologów poświęcone kwestii dziedziczenia predyspozycji do długowieczności wykazały, iż regularne przekraczanie przez przodków danej osoby wieku 85 lat wskazuje na występowanie u danej osoby predyspozycji do osiągnięcia bardzo zaawansowanego wieku. Dodać należy, iż owi przodkowie są dość szczególni, albowiem są to kobiety z matrylinearnej strony rodziny (matka, matki matki i jej matka itp.), co związane jest z umiejscowieniem zegara biologicznego, określającego czas replikacji DNA i skracania się chromosomów w tej części komórki, która dziedziczona jest po matce. Zaznaczyć przy tym trzeba, iż niedożywanie przodków do zaawansowanego wieku nie musi oznaczać braku genetycznych predyspozycji do długowieczności, albowiem przedwczesne zgony z powodu wypadków, zatruc czy chorób zakaźnych nie są traktowane jako dowody genetycznego zaprogramowania do wczesnego zgonu (Gavrilov i Gavrilova, 2001).

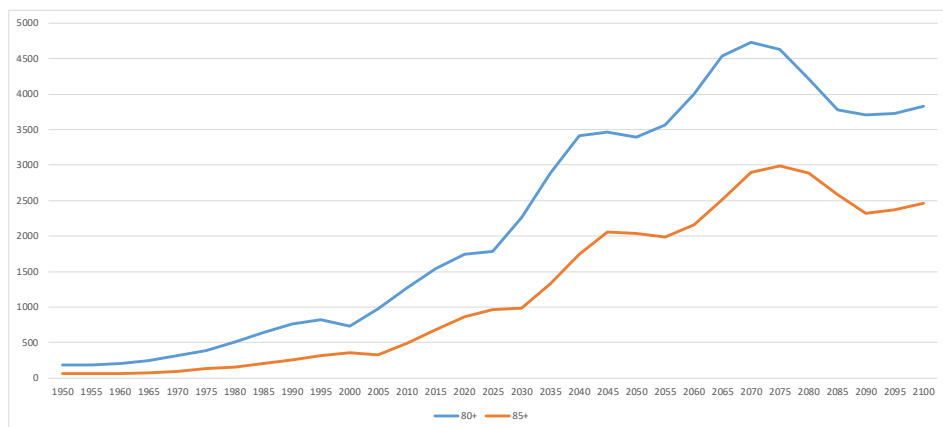
Wreszcie ostatnia granica, tj. wiek 90 lat, została przyjęta w 1974 r. na Światowym Kongresie Ludnościowym w Bukareszcie jako granica długowieczności definiowanej demograficznie, a nie genetycznie. W tym przypadku przyczyną prowadzącą do wyodrębnienia takiej cezury była widoczna w latach wcześniejszych fascynacja długowiecznością rozumianą jako dożywanie do wyjątkowo wysokiego wieku (stulat-

kowie i pierwsi tzw. superstulatkowie, czyli osoby w wieku 110 lat i więcej, choć w ich przypadku występował często brak wiary w prawdziwość wieku) i chęć zrozumienia biologicznych i społecznych uwarunkowań umożliwiających powszechne dożycie do tak zaawansowanego wieku w zdrowiu i sprawności (Rosset, 1979).

W dalszej części niniejszego opracowania wykorzystane zostaną dwie z powyższych cezur wieku. W pierwszej kolejności granica, która bezsprzecznie uznawana jest za silnie powiązaną z prawdopodobieństwem niesamodzielności, a mianowicie 85 lat. Po prezentacji danych wyjściowych i wskaźnika syntetycznego dla tej właśnie podzbiorowości, dodatkowo przedstawione zostaną dane i wartość wskaźnika syntetycznego dla nieco niższej cezury wieku, a mianowicie osób mających przynajmniej 80 lat. Powyższy wybór 2 cezur ma dwojakie uzasadnienie. Po pierwsze, prowadzi do możliwości wykorzystania prezentowanych w niniejszym opracowaniu wyników przez zwolenników obu cezur, jednocześnie zmniejszając skalę wątpliwości odnośnie do poprawnego wyboru granicy, od której zaczyna się „niesamodzielna starość”. Po drugie, umożliwia porównanie przestrzennego zróżnicowania szans na uzyskanie wsparcia dla obu populacji osób bardzo starych, prowadząc do wskazania potencjalnych podobieństw i różnic sytuacji obu grup.

### **3. Wzrost liczby osób bardzo starych we współczesnej Polsce**

Niezależnie od wieku wybranego jako cezura rozpoczynająca późną, niesamodzielną starość, widoczny jest długookresowy wzrost liczby osób bardzo starych. Jest to świadectwo występowania tzw. podwójnego starzenia się ludności, a zatem występującego wraz ze starzeniem się ludności (tj. wzrostem odsetka seniorów) przyspieszonym wzroście ważności subpopulacji osób najbardziej zaawansowanych wiekiem (Kurek, 2008; Szukalski, 2004, 2006, 2014; Trzepacz i in., 2019). Dane wskazujące, jak zwiększała się i jak zgodnie z prognozami ONZ zwiększać ma się do końca obecnego stulecia liczba osób bardzo starych – definiowanych zarówno jako 85+, jak i 80+, mówią o trwałym i dynamicznym rozroście tej zbiorowości, a jednocześnie o tym, że największe zmiany odnoszą się do najbliższych dekad (wykres).

**Wykres.** Liczba osób w wieku 80+ i 85+ w Polsce w latach 1950–2100 (w tys. osób)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: United Nations (2019).

Wzrost liczby osób bardzo starych w polskich realiach wynika przede wszystkim z dwóch czynników: długotrwałego obniżania się umieralności wśród seniorów i nestorów (a zatem zwiększania się prawdopodobieństw dożycia do bardzo zaawansowanego wieku) oraz efektu kohortowego, związanego z bardzo dużą liczbą urodzeń obserwowanych w przeszłości. W pierwszym przypadku warto jedynie tytułem ilustracji wskazać, że o ile w warunkach umieralności z roku 2000 do wieku 80 lat dożywałoby 28,6% mężczyzn i 53,8% kobiet, zaś do wieku 85 lat odpowiednio 15,8% i 34,4%, o tyle w warunkach umieralności z 2019 r. (ostatni przedpandemiczny rok) do powyższych dwóch cenzur wieku dożywałoby odpowiednio 41,2% i 26,2% mężczyzn oraz 65,4% i 48,8% kobiet (baza Demografia). W przypadku drugim należy sobie zdawać sprawę z bardzo wysokiej i zmiennej liczby urodzeń w przeszłości, odzwierciedlającej występowanie kryzysów społecznych (obie wojny światowe, kryzys ekonomiczny początku lat 30. XX w.) i następujące po nich fazy kompensacji. Obecnie czynnik ten – z uwagi na osiągnięcie przez roczniki urodzone w czasie II wojny światowej – oddziałuje w sposób spowalniający podwójne starzenie się, jednak w nadchodzących latach wraz z osiągnięciem przez kolejne roczniki powojennego wyżu demograficznego wpierw 75 lat, zaś następnie wspomnianych wcześniej wyższych cenzur wieku, pod jego wpływem nastąpi drastyczne przyspieszenie omawianego procesu.

#### **4. Od czego zależy popyt na wsparcie i jego podaż? Z perspektywy badań w przekroju powiatowym**

Samo podwójne starzenie się ludności nie oznacza oczywiście samoczynnego i proporcjonalnego wzrostu zapotrzebowania na wsparcie ze strony innych. Wiek jest tylko czynnikiem określającym prawdopodobieństwo takiej potrzeby, zaś dostępne dane wskazują, że w każdym wieku, również tym najwyższym, jakąś – choć coraz niższą – część zbiorowości stanowią osoby (w miarę) samodzielne. Stąd też, mówiąc o wynikającej z podwójnego starzenia się ludności skali popytu na wsparcie w postaci usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, nie można ograniczać się jedynie do liczby nestorów, lecz winny być również uwzględnione dane odnoszące się do ich stanu zdrowia. W praktyce – patrząc na cel niniejszego opracowania, tj. analizę na poziomie powiatów – pozostaje jedynie uwzględnienie danych odnośnie do niepełnosprawności w badanej zbiorowości. Dane takie gromadzone są w trakcie spisów powszechnych – obecnie mamy dostępne dane (październik 2021) dla 2011 r., stąd też traktując je jako dane o charakterze historycznym, trudno z uwagi na upływ dziesięciu lat uznać je za reprezentatywne dla obecnej sytuacji zdrowotnej najstarszych Polek i Polaków.

Stąd też z uwagi na wspomniane powyżej ograniczenia dostępności danych, w dalszej części niniejszego opracowania, popyt na wsparcie utożsamiany będzie z liczbą osób bardzo starych definiowanych jako osoby w wieku 85 lat i więcej (a następnie 80 lat i więcej), a zatem w wieku, w którym bezsprzecznie zdecydowana ich większość wymaga stałego wsparcia.

Z kolei realizacja niemożliwych do samodzielnego zaspokojenia potrzeb może być osiągnięta za pomocą odwołania się do kilku grup, oferujących wsparcie – rodziny i innych powiązanych osób (sąsiedzi, przyjaciele); rynku; instytucji publicznych oraz organizacji pozarządowych.

W przypadku rodziny, pierwszoplanową rolę grają – oprócz małżonków, zwłaszcza tych w nieco niższym wieku – dzieci i ich partnerzy, przy czym zazwyczaj najważniejsza część codziennego wsparcia, tj. usługi bytowe, opiekuńcze i pielęgnacyjne, dostarczana jest przez córki i synowe nestorów. Stąd też jako wskaźnik wsparcia rodzinnego, powszechnie używany jest współczynnik potencjału wsparcia, określający liczbę kobiet w typowym wieku pełnienia opieki nad sędziwymi rodzicami i teściami (tj. w wieku 45–64) w przeliczeniu na 100 osób w zaawansowanym wieku (a zatem w naszym przypadku w wieku 85+ lat lub 80+ lat). Ważnym źródłem wsparcia z punktu widzenia opieki nad sędziwymi osobami są nie tyle przyjaciele – będący z reguły w zbliżonym wieku – ile sąsiedzi, a zatem osoby, które są kluczowe z punktu widzenia pomocy w nagłym przypadku lub przy drobniejszych sprawach (np. drobne zakupy). Jednakże w tym przypadku trudno znaleźć dostępny, jednoznaczny wskaźnik określający możliwość korzystania z pomocy sąsiedzkiej. Nie jest

nim bowiem gęstość zaludnienia, z uwagi na to, że im jest ona wyższa, tym – w warunkach miejskich – bardziej zanonimizowane są relacje sąsiedzkie, a na dodatek w przypadku terenów wiejskich o zbliżonej gęstości zaludnienia dużą rolę odgrywa typ zabudowy (skoncentrowany lub rozrzucony), określający fizyczną odległość pomiędzy najbliższymi, zamieszkałymi zabudowaniami. Z uwagi na powyższe problemy, mówiąc o wsparciu otrzymywanym na podstawie indywidualnych więzi z pomagającymi, ograniczyć się trzeba do współczynnika potencjalnego wsparcia mimo jego licznych słabości (np. brak uwzględnienia jakości relacji, odległości pomiędzy miejscem zamieszkiwania sędziwego rodzica a dzieci, założenia relacji rodzinnych pomiędzy ludnością z różnych grup wieku mieszkających na tym samym terenie).

W przypadku rynku jako dostawcy odpłatnych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych podstawowym wskaźnikiem powinna być wysokość dochodów osób wymagających wsparcia i ich rodzin, z uwzględnieniem wysokości wynagrodzeń na danych terenie jako wskazówki o koszcie zakupu, zależnym od sytuacji na lokalnym rynku pracy (łatwość znalezienia pracy, wysokość typowych wynagrodzeń uzyskiwanych przez kobiety). Niestety, w bazach GUS, brak jest tak szczegółowych danych zdezagregowanych dla poziomu powiatów<sup>2</sup>, co uniemożliwia uwzględnienie takiego uproszczonego, a kluczowego miernika, choć jego potencjalne wykorzystanie zasada się i tak na nadmiernie uproszczonym założeniu, że popyt poparty zasobami finansowymi samoistnie prowadzi po stronie podaży do pełnego zaspokojenia potrzeb, tak w aspekcie ilościowym, jak i jakościowym.

Jeśli idzie o trzeci element – władze publiczne – trudno jednoznacznie wskazać zestaw wskaźników, opisujących gotowość do wspierania, albowiem brak jest w publicznych statystykach informacji o podziale wydatków w tak szczegółowy sposób, aby uwzględnić usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne dla sędziwych osób niesamodzielnych. Stąd też, szukając wskaźników, ograniczyć się należy do podstawowych informacji o kondycji finansowej gmin, a dokładniej do informacji o przeciętnych dochodach w przeliczeniu na jednego mieszkańca uzyskiwanych przez daną gminę, wychodząc z założenia, że im te dochody wyższe, tym władze gminne – zgodnie z polskim prawem odpowiedzialne za organizację usług bytowych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych na rzecz swych niesamodzielnych mieszkańców – będą bardziej skłonne do wydatkowania środków na ten cel.

Jednakże zdawać sobie należy sprawę, że w polskich realiach duża – a w przypadku wielu uboższych samorządów zdecydowana większość – dochodów to celowe subwencje i środki na realizowanie zadań zleconych. Stąd też bardziej zasadne wyda-

<sup>2</sup> Od 2022 r. US w Bydgoszczy opracowywać ma – na podstawie danych z ZUS i urzędów skarbowych – takie informacje dla poziomu powiatów i gmin (informacja ustna przekazana przez przedstawicieli GUS na posiedzeniu Naukowej Rady Statystycznej przy Prezisie GUS w dniu 29.09.2021).



je się wykorzystanie innego wskaźnika – informacji o dochodach własnych *per capita* – jako danych odnośnie do możliwości finansowania zadań własnych gminy.

Innym potencjalnym wskaźnikiem zaspokajania potrzeb osób bardzo starych jest liczba instytucji oferujących całodobową i dzienną opiekę, a zwłaszcza informacja o liczbie ich klientów (szczególnie w stosunku do liczby interesującej nas subpopulacji), niemniej w tym przypadku w BDL odpowiednie dane dla 2020 r. dostępne są jedynie dla 265 spośród 380 powiatów, co samoczynnie uniemożliwia uwzględnienie takiego wskaźnika.

Wreszcie w przypadku organizacji pozarządowych dostępne w BDL dane odnoszą się do tak nieoczywistej kategorii działalności jak „pomoc społeczna i humanitarna”, która nie musi oznaczać uwzględniania specyfiki osób najstarszych, a na dodatek udostępniane dane odnoszą się do podziału wojewódzkiego, uniemożliwiając jakąkolwiek dezagregację na niższy poziom podziału administracyjnego. Z kolei w przypadku rejestru organizacji pozarządowych, prowadzonego przez stowarzyszenie Klon/Jawor (<https://www.klon.org.pl/#section2>) – mimo występowania jako kategorii „osoby starsze, weterani” grupy odbiorców działalności – nie ma możliwości wygenerowania informacji w przekroju regionalnym, a tym bardziej powiatowym. Powyższe ograniczenia terytorialne i przedmiotowe sprawiają, iż brak jest możliwości uwzględnienia w niniejszym opracowaniu jakiegokolwiek wskaźnika, odnoszącego się do działalności organizacji pozarządowych.

W rezultacie, patrząc nie z perspektywy teoretycznej, lecz pragmatycznej, trudno mówić o przestrzennym zróżnicowaniu szansy na uzyskanie pomocy przez osoby bardzo stare w Polsce w układzie powiatowym na bazie wskaźników informujących o popycie na wsparcie i jego podaży. W zastosowanym dalej podejściu, umożliwiającym choćby ograniczone osiągnięcie założonego celu głównego, ograniczać się będziemy do analizy trzech zmiennych: 1) udziału osób bardzo starych (85+ albo 80+) wśród ludności danego powiatu jako bezpośredniego wskaźnika popytu na codzienne wsparcie usługami bytowymi i opiekuńczo-pielęgnacyjnymi; 2) wartości współczynnika potencjału wsparcia jako wskaźnika możliwości zaspokojenia istniejących potrzeb osób bardzo starych w ramach rodziny; 3) wysokości dochodów własnych w gminach, wchodzących w skład danego powiatu, jako wskaźnika możliwości finansowych zaspokojenia istniejących potrzeb najstarszych mieszkańców za pośrednictwem usług oferowanych w systemie pomocy społecznej.

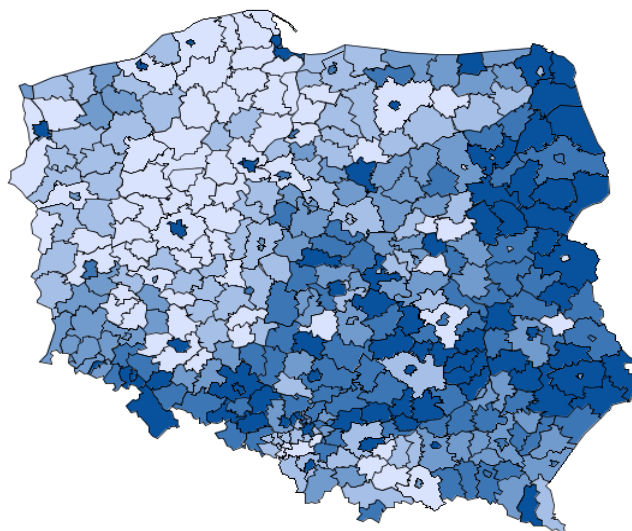
## 5. Prezentacja danych wyjściowych dla zbiorowości osób w wieku 85+

Przyjrzyjmy się zatem, jak wyglądają wymienione powyżej, a wybrane z uwagi na dostępność danych, wskaźniki cząstkowe, mogące – dzięki dokonanej dalej łącznej analizie – służyć osiągnięciu celu głównego niniejszego opracowania. W dalszej kolejności dokonana zostanie prezentacja wspomnianych wyżej zmiennych, przy czym

zastosowane zostanie podejście kartograficzne. Dane zostaną przedstawione w postaci map, na których dokonano prezentacji danych z wykorzystaniem podziału bazującego na kwintylach. Dokonano zatem dalej podziału 380 funkcjonujących w Polsce powiatów na 5 jednolitych (po 76) i w miarę jednorodnych grup, przy czym w każdym przypadku zastosowane taki sposób cieniowania, aby ciemniejsze odcienie wskazywały na występowanie wyższych wartości badanych zmiennych.

W przypadku przestrzennego zróżnicowania udziału osób bardzo starych (mapa 1), widoczne różnice powielają podziały obserwowane w ostatnich dwóch dekadach (Kurek, 2008; Szukalski), wskazując na najwyższy poziom wskaźnika na terenach dawnej Kongresówki, Opolszczyzny i w pasie Sudetów. Z kolei najniższe wartości obserwowane są w województwach pomorskim i wielkopolskim.

**Mapa 1.** Udział osób w wieku 85+ wśród ogółu ludności w 2020 r.  
(stan na koniec roku) w przekroju powiatowym (w %)



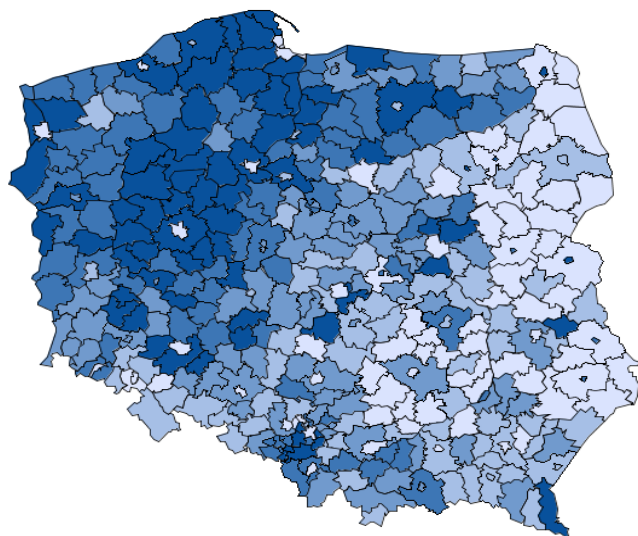
Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL.

Jedynie jeden powiat charakteryzuje się udziałem osób w wieku 85+ poniżej 1%, zaś w przypadku najniższego kwintyla granica rozdzielająca wynosi 1,65%. Z kolei powiaty należące do najwyższego kwintyla mają przynajmniej 2,36% ludności z tej grupy wieku, w 10 udział ten wynosił co najmniej 3%, zaś jedynie w powiecie hajnowskim (4,13%) i w Sopocie (4,84%) przekraczał 4%.

Drugim wykorzystanym wskaźnikiem jest współczynnik potencjalnego wsparcia (mapa 2). W tym przypadku, w dużym uproszczeniu, zaobserwować można swoisty

negatyw mapy 1, tam bowiem, gdzie widzieliśmy najwyższe udziały osób bardzo starych, z reguły występują najniższe wartości współczynników potencjalnego wsparcia (i odwrotnie), co skądinąd – przy założeniu *caeteris paribus* – powinno być oczekiwanym rezultatem.

**Mapa 2.** Współczynnik potencjalnego wsparcia (liczba kobiet w wieku 45–64 lat w przeliczeniu na 100 osób w wieku 85+ – stan na koniec 2020 r.)

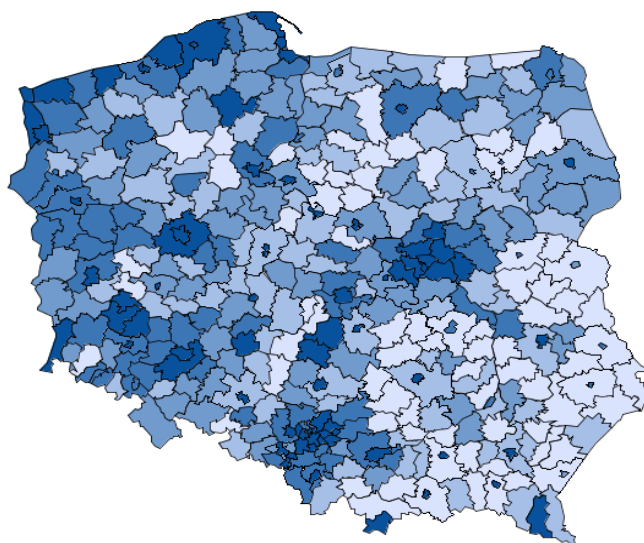


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL.

Granicą oddzielającą kwintyle o najniższych wartościach jest 568 kobiet w przeliczeniu na 100 osób w wieku 85+ (przy czym w Sopocie wartość ta wynosi jedynie 283), z kolei kwintyl o najwyższych wartościach obejmuje gminy ulokowane w powiatach, w których występują wartości wskaźnika natężenia przynajmniej w wysokości 808, przy czym w 8 jednostkach osiągnięto wartość wyższą niż 1000 kobiet w wieku 45–64 lat na 100 osób w wieku 85+.

Trzecim wskaźnikiem są dochody własne uzyskiwane przez samorządy gminne w przeliczeniu na głowę mieszkańca (mapa 3). Obraz wyłaniający się w tym przypadku jest inny, niż w tych poprzednich. Najwyższymi dochodami własnymi charakteryzują się bowiem największe miasta i ich okolice (rezultat suburbanizacji, tj. osiedlania się na przedmieściach miast tych ich byłych mieszkańców, którzy mają relatywnie wysokie dochody), obszary silnie zindustrializowane, oraz tereny o wysokich walorach turystyczno-rekreacyjnych. Z kolei najniższe dochody własne mają peryferyjnie zlokalizowane obszary wiejskie.

**Mapa 3.** Dochody własne gmin na osobę w 2020 r. (w zł) w układzie powiatowym

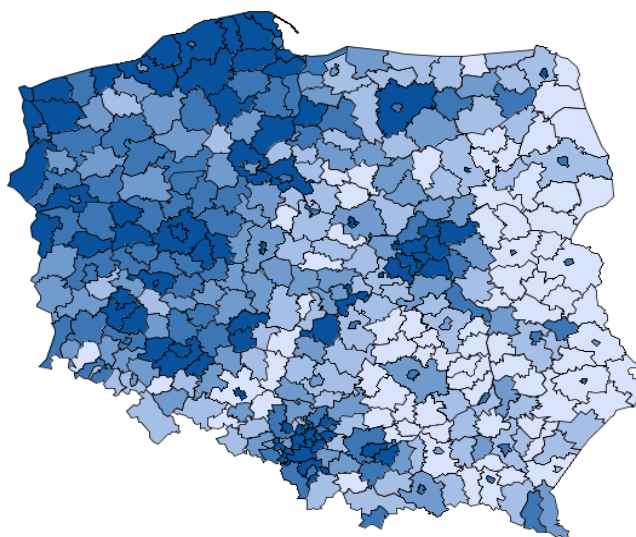


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL.

Obserwowane są w tym przypadku bardzo duże rozbieżności – 20% najuboższych powiatów ma przeciętne dochody własne gmin nie wyższe niż 2061 zł na osobę (przy czym w 55 jednostkach dochody te są niższe niż 2 tys., w tym w dwóch niższe niż 1500 zł), podczas gdy 20% najbogatszych co najmniej 3251 zł, z czego 10 jednostek przekracza 5 tys. zł na osobę.

Jako swoiste uzupełnienie powyższych danych, odnośnie do zamożności poszczególnych powiatów, podać należy informację o tym, jaka kwota dochodów własnych gmin przypadałaby średnio na zamieszkujących ją seniorów w sytuacji przeznaczenia tych środków tylko na potrzeby tej grupy wieku (mapa 4). Informacja taka służyć może jako swoista wskazówka dotycząca do tego, czy oferowanie wszystkim potrzebującym wsparcia najstarszym mieszkańcom usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych i bytowych oznaczałoby duży względny koszt dla danej podstawowej jednostki administracyjnej czy też nie.

**Mapa 4.** Dochody własne gmin w przeliczeniu na 1 osobę w wieku 85+ w 2020 r. (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL.

Przestrzenne zróżnicowanie dochodów własnych w przeliczeniu na jednego sędziwego starca jest bardzo wysokie, informując równocześnie o tym, że w przypadku konieczności wspierania takich osób usługami społecznymi możliwości finansowe jednostek administracyjnych leżących na wschodzie i zachodzie Polski są diametralnie odmienne. W przypadku 20% powiatów o najniższych wartościach, przydzielenie każdemu nestorowi nieodpłatnie 2 godzin dziennie opieki (a zatem dla ułatwienia obliczeń przy założeniu pomocy oferowanej 5 razy w tygodniu przez 4 tygodnie, mowa o 40 godz. usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych miesięcznie), przy założeniu otrzymywania przez wykonawcę usługi wynagrodzenia za godzinę na poziomie płacy minimalnej, czyli z punktu widzenia pracodawcy uwzględniającego również wszystkie składki na ubezpieczenia społeczne (tj. 22,06 zł), oznaczałoby koszt 882,40 zł miesięcznie, tj. 10 588,80 zł rocznie. Oznaczałoby to konieczność wydatkowania 10–20% całości dochodów własnych na usługi skierowane dla osób 85+. Z kolei w gminach ulokowanych na terenach o najwyższych dochodach oznaczałoby to wydatkowanie 3–6% dochodów własnych. Powyższe porównanie jednoznacznie wskazuje, że możliwości finansowe wspierania osób najstarszych są bardzo zróżnicowane terytorialnie.

## 6. Wskaźnik syntetyczny

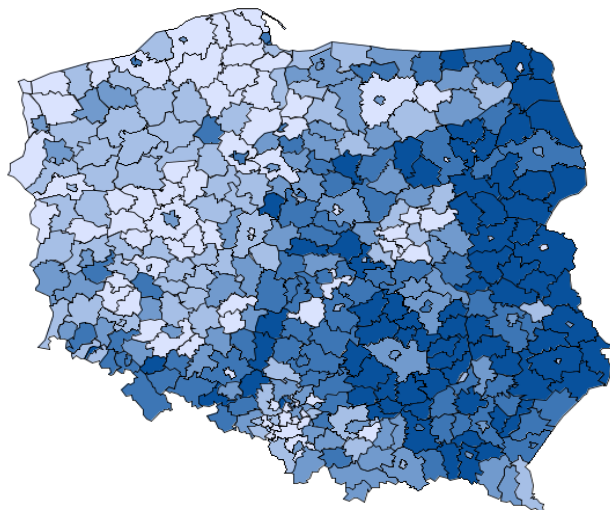
Przedstawione powyżej dane wyjściowe posłużyły jako baza do zbudowania wskaźnika syntetycznego, który po ich połączeniu stara się określić łączną pozycję poszczególnych powiatów. Jednakże owe zmienne charakteryzują się różnymi jednostkami i odmienną rozpiętością wartości. Stąd też w pierwszej kolejności została dokonana ich standaryzacja, prowadząca do przekształcenia wartości bezwzględnych w wartości względne z przedziału  $[0, 1]$  za pomocą szeroko wykorzystywanej formuły:  $\frac{x_i - x_{min}}{x_{max} - x_{min}}$ .

Jednakże zdawać sobie należy sprawę, że z punktów widzenia celu niniejszego opracowania – określenia przestrzennego zróżnicowania szansy otrzymania wsparcia – prezentowane szeregi przestrzenne opisują zmienne, które w odmienny sposób łączą się z owym zróżnicowaniem. Stąd też wykorzystane dalej zmienne uporządkować należy jako stymulanty i destymulanty. Aby tego dokonać, w pierwszej kolejności, trzeba określić, jakiej informacji dostarczać ma wskaźnik syntetyczny. W naszym przypadku chodzi o wskaźnik informujący o szansie uzyskania wsparcia w taki sposób, aby wysokie wartości informowały o niskich możliwościach bycia wspartym. W takim przypadku zmienna „udział osób w wieku 85+” jest stymulantą, zaś zmienne „współczynnik potencjału pielęgnacyjnego” i „dochody własne w przeliczeniu na mieszkańca” destymulantami. W przypadku tych ostatnich zmiennych cząstkowych konieczne jest przekształcenie (odwrócenie) uzyskanych wartości zestandaryzowanych poprzez operację odjęcia uzyskanych, zestandaryzowanych wartości od wartości 1.

Ostatnim działaniem jest obliczenie wskaźnika syntetycznego, prezentującego łączną wartość z przedziału  $[0, 3]$ . Oczywiście można by dokonać standaryzacji tego wskaźnika za pomocą wag, tak aby uzyskać wartości z przedziału  $[0, 1]$ , jednak naszym celem jest wydzielenie – tak jak to robione było wcześniej – równolicznych grup powiatów, co osiągnąć można i bez powyższej operacji.

W rezultacie uzyskujemy wgląd w przestrzenne zróżnicowanie szansy uzyskania wsparcia (mapa 5).

**Mapa 5.** Wskaźnik syntetyczny braku szansy uzyskania wsparcia przez osoby w wieku 85 lat i więcej według powiatów w 2020 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL.

Wartości syntetycznego wskaźnika wskazują, że największe szanse na uzyskanie wsparcia mają mieszkańcy województw wielkopolskiego i pomorskiego oraz osoby zamieszkujące suburbia największych miast. W przypadku obu wymienionych województw jest to rezultat względnej zamożności i względnie wysokiego poziomu dzietności obserwowanego w długim okresie. W przypadku terenów okalających największe miasta jest to związane z występującym tam zniekształceniem struktury wieku ludności (wysoki udział osób w wieku 30–50 lat, będący odzwierciedleniem suburbanizacji dokonującej się w ostatnich dwóch dekadach) oraz wysokimi dochodami własnymi podmiejskich gmin.

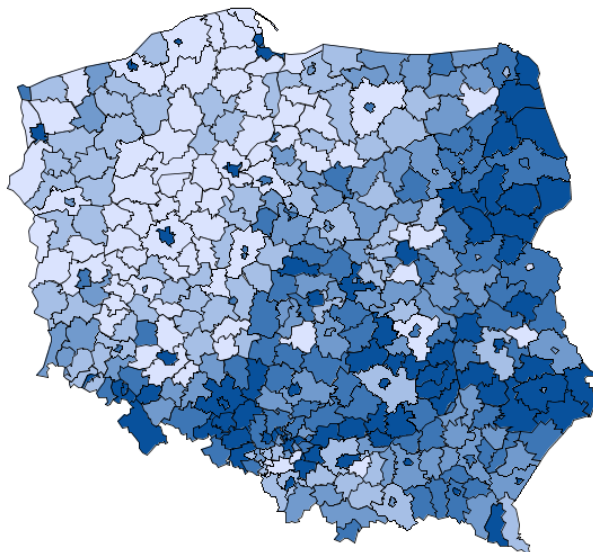
Z kolei najgorsza sytuacja charakteryzuje tereny d. Królestwa Kongresowego (podlaskie, lubelskie, świętokrzyskie, mazowieckie i łódzkie) i fragmentarycznie dawną Galicję Zachodnią, przy czym zaznaczyć należy względnie dobrą sytuację terenów okalających duże i wielkie miasta. Wspomniane powyżej tereny to obszar poddany od kilku dekad depopulacji, odznaczający się – będącą rezultatem długookresowej emigracji młodych ludzi – deformacją piramidy wieku z wysokim udziałem seniorów i nestorów, utrzymujący się z tradycyjnie pojmowanego rolnictwa, o relatywnie niskim poziomie uprzemysłowienia, dochodów ludności i dochodów własnych gmin, których ważnym elementem jest udział w podatku od dochodów osób fizycznych.

## 7. Wskaźnik syntetyczny uwzględniający ludność w wieku 80+

Wykorzystany, w dotychczasowych obliczeniach, jako cezura rozdzielająca potrzebujących wsparcia od osób w miarę samodzielnych wiek 85 lat może wydawać się zbyt wysoki. Stąd też w dalszej części, przedstawię kartograficzne wyniki obliczeń różniące się od tych wcześniejszych jedynie wiekiem nestorów. Odwołam się do często wykorzystywanego wieku 80 lat jako takiej cezury. Zgodnie z badaniem PolSenior to właśnie ten wiek w polskich realiach ok. 2010 r. różnicował zależność od pomocy innym. Udział osób potrzebujących pomocy ze strony innych wynosił 14,5% w grupie wieku 65–69, a w nieco starszych grupach wieku wzrastał, osiągając wartości 19,1% oraz 31,5%. Począwszy od wieku 80–84 lata, prawie połowa potrzebowała pomocy (48,6%), w grupie wieku 85–89 lat – 62,5%, a wśród osób w wieku 90 i więcej lat – 80,4% (Błędowski, 2012). Patrząc zatem z perspektywy samooceny konieczności bycia wspieranym, pojawia się wiek 80 lat jako granica, począwszy od której praktycznie co najmniej połowa seniorów potrzebuje stałego wsparcia funkcjonalnego ze strony rodziny, znajomych, sąsiadów lub instytucji.

W pierwszej kolejności przedstawić powinno się dane, odnoszące się do udziału osób w wieku 80 lat i więcej w podziale na powiaty (mapa 6).

**Mapa 6.** Ludność w wieku 80 lat i więcej jako % ludności ogółem według powiatów w podziale kwintylowym (stan na koniec 2020 r.)



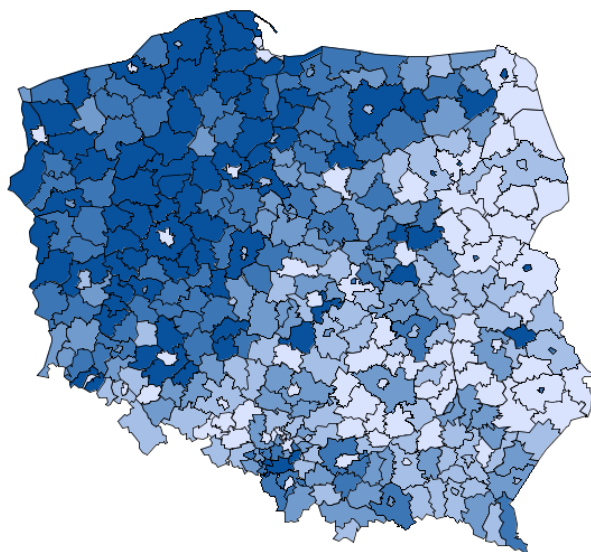
Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL.



Powyższa mapa przypomina rozkładem mapę 1, na której zaznaczono przestrzenny rozkład osób w wieku 85+. Aby zakwalifikować się do kwintyla powiatów o najniższym udziale osób 80+, należało mieć nie więcej niż 3,49% takich mieszkańców (w 17 powiatach udział taki był niższy od 3%, w tym w 3 niższy od 2,5%). Z drugiej strony kwintyl o najwyższym udziale „sędziwych starców” obejmował powiaty, gdzie osiemdziesięciolatekowie i starsi stanowili przynajmniej 4,97% ludności, aczkolwiek zdecydowana większość powiatów z tej grupy (64 na 76) przekraczała 5%, zaś w 5 jednostkach administracyjnych odnotowano powyżej 6,0%.

Innym podlegającym modyfikacji wskaźnikiem jest współczynnik potencjalnego wsparcia, odnoszący się tym razem do ludności 80+ lat (mapa 7).

**Mapa 7.** Współczynnik potencjalnego wsparcia (liczba kobiet w wieku 45–64 lat w przeliczeniu na 100 osób w wieku 80+ – stan na koniec 2020 r.)

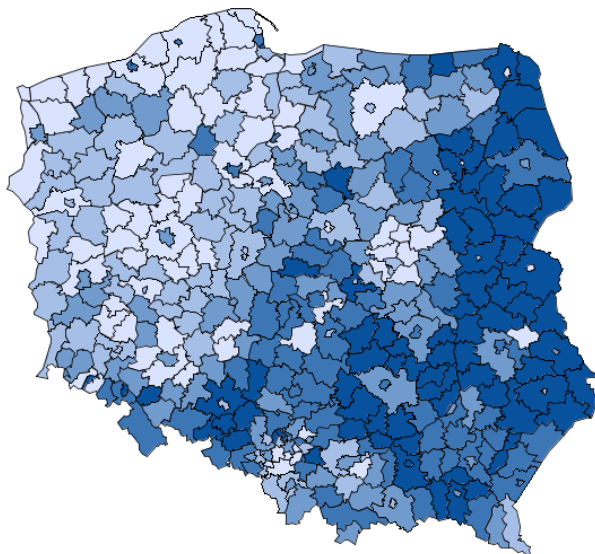


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL.

Ponownie zaobserwować można wiele podobieństw do odpowiedniego rozkładu, odnoszącego się do osób w wieku 85+. W tym przypadku również występują bardzo duże rozpiętości. Kwintyl o najniższych wartościach obejmuje powiaty z wartościami współczynników wsparcia nie wyższymi niż 279,2 kobiety w wieku 45–64 na 100 osób w wieku 80+ (w tym, w 31 powiatach współczynnik ten osiągał wartość poniżej 250, zaś w 3 – Sopot, hajnowski i bielski – poniżej 200). Z drugiej strony obszar 20% powiatów o najlepszej sytuacji charakteryzował się wartościami równymi co najmniej 380,1, przy czym w 47 powiatach wartość ta przekraczała 400, w 3–500, zaś w powiecie polickim 600.

Trzecia składowa – wysokość dochodów własnych w przeliczeniu na głowę mieszkańca – pozostaje bez zmian (mapa 3). Przystąpić można zatem do prezentacji wartości wskaźnika syntetycznego, obliczonego na podstawie takiej samej metody, jak w poprzedniej części niniejszego opracowania (mapa 8).

**Mapa 8.** Wskaźnik syntetyczny braku szansy uzyskania wsparcia przez osoby w wieku 80 lat i więcej według powiatów w 2020 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL.

Interpretując powyższą mapę, w zasadzie powtórzyć można sformułowania zawarte w opisie wskaźnika syntetycznego dla ludności 85+. Występuje bowiem bardzo silna zgodność pomiędzy uporządkowaniem powiatów na podstawie obu powyższych wskaźników. Spośród 76 powiatów o najniższych wartościach wskaźnika syntetycznego dla ludności w wieku 85+, aż 65 jest jednocześnie w kwintyli z najniższymi wartościami w przypadku osób 80+. Z kolei wśród 76 powiatów o najwyższych wartościach syntetycznego wskaźnika aż 67 przynależy do kwintyla o najwyższych wartościach obliczonych dla zbiorowości w wieku 80+. Mimo że rozkłady te nie są zatem tożsame, powyższe wielkości jednoznacznie wskazują na dużą zgodność pomiędzy nimi.

Jednakże w przypadku obu sposobów wyszczególniania obszarów, wymagających w pierwszej kolejności wsparcia, tj. odznaczających się najwyższymi wartościami wskaźnika syntetycznego, widoczne jest duże zróżnicowanie regionalne (tablica).

**Tablica.** Liczba powiatów z kwintyla o najwyższych wartościach wskaźników syntetycznych według województw

| Województwo               | Liczba powiatów w danym województwie ogółem | Liczba powiatów z najwyższego kwintyla w zbiorowości |           |
|---------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|
|                           |                                             | 85+                                                  | 80+       |
| Dolnośląskie .....        | 30                                          | 2                                                    | 3         |
| Kujawsko-pomorskie .....  | 23                                          | 1                                                    | –         |
| Lubelskie .....           | 24                                          | 16                                                   | 17        |
| Lubuskie .....            | 14                                          | –                                                    | –         |
| Łódzkie .....             | 24                                          | 5                                                    | 3         |
| Małopolskie .....         | 22                                          | 4                                                    | 5         |
| Mazowieckie .....         | 42                                          | 12                                                   | 10        |
| Opolskie .....            | 12                                          | 3                                                    | 6         |
| Podkarpackie .....        | 25                                          | 7                                                    | 5         |
| Podlaskie .....           | 17                                          | 11                                                   | 12        |
| Pomorskie .....           | 20                                          | 1                                                    | 1         |
| Śląskie .....             | 36                                          | 1                                                    | 2         |
| Świętokrzyskie .....      | 14                                          | 12                                                   | 11        |
| Warmińsko-mazurskie ..... | 21                                          | 1                                                    | 1         |
| Wielkopolskie .....       | 35                                          | –                                                    | –         |
| Zachodniopomorskie .....  | 21                                          | –                                                    | –         |
| <b>Polska</b> .....       | <b>380</b>                                  | <b>76</b>                                            | <b>76</b> |

Źródło: opracowanie na podstawie własnych obliczeń.

Gdy spojrzeć się na powyższe dane, jednoznacznie widać, że problem braku szans na wsparcie – definiowany zgodnie z przedstawionym wcześniej podejściem – jest najbardziej wyrazisty w województwach: świętokrzyskim, lubelskim, podlaskim i mazowieckim, gdzie największa część ogółu powiatów przynależała do 20% powiatów, mających w skali kraju najmniej korzystną sytuację.

## 8. Podsumowanie

Przedstawione w niniejszym opracowaniu dane wskazują na znaczne zróżnicowanie szans uzyskania wsparcia formalnego i nieformalnego przez osoby bardzo stare na terenie naszego kraju. Obok czynników czysto demograficznych, powiązane jest to z dobrze znanymi z innych opracowań różnicami odnośnie do poziomu rozwoju ekonomicznego i struktury gospodarczej (Śleszyński i in., 2017), rzutującymi na finansowe możliwości jednostek samorządu terytorialnego zapewnienia dostępu do usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych i bytowych. Uzyskane wyniki nie zaskakują, albowiem w literaturze przedmiotu stale podkreślana jest słabość opieki na peryferyjnych obszarach naszego kraju (Krzyszowski, 2011; Bakalarczyk, 2019). Zdecydowanie mniej uwagi poświęca się przejściowo dobrej sytuacji obszarów wielkomiejskich, co zapewne wynika z relatywnie nowego zjawiska, jakim jest suburbanizacja. Generalnie, obszary o najgorszych wartościach współczynnika braku szansy uzyskania wsparcia przez osoby bardzo stare znajdują się na terenach najszybciej wyludniających.

cych (Kantor-Pietraga, 2014; Wesołowska, 2019; Flaga, 2019), zaś ich niekorzystna sytuacja jest wynikiem długookresowego odpływu młodych ludzi i spetryfikowanej struktury gospodarczej obszarów peryferyjnych.

Co więcej, zdawać sobie należy sprawę z tego, że powyższe demograficzne i ekonomiczne podziały nie znikną w najbliższych latach, a raczej będą się nasilać, nawet w sytuacji wdrażania policentrycznego modelu rozwoju kraju, w ramach którego wzmacniane byłyby średniej wielkości miasta, zaś peryferyjne obszary wiejskie miałyby z tego modelu jedynie ograniczone i pośrednie korzyści. Rodzi się zatem pytanie, czy i w jakim zakresie przedstawione niedostatki dostępu do opieki, prowadzące do zaniedbania i niskiej jakości życia najstarszych – i zapewne tych trochę młodszych – seniorów powinny być ograniczane poprzez centralne programy ukierunkowane na rozwój usług społecznych na terenach tego najbardziej potrzebujących<sup>3</sup>. Najpewniej takie byłoby najlepsze rozwiązanie, zwłaszcza że – z uwagi na koncentrację przestrzenną najstarszych Polaków – pomoc udzielona relatywnie niedużej liczbie samorządów prowadziłaby do wsparcia nieproporcjonalnie większej frakcji nestorów. Przykładowo, 20% powiatów, w których wskaźniki wskazują na najgorsze szanse uzyskania wsparcia, zamieszkiwane jest przez 13,0% ludności kraju i przez 15,3% populacji 85+ (tj. przez 125,1 tys. osób w tym wieku). Zbudowanie takiego systemu wsparcia krajowego, który na podstawie jeszcze bardziej rozbudowanego niż w niniejszym opracowaniu inwentarza zmiennych prowadziłby do wyodrębnienia obszarów, na których samorządy nie są w stanie samodzielnie rozwiązać kwestii dostępu do usług społecznych, ukierunkowanych na najstarszych i najmniej samodzielnych seniorów, oznaczałoby konieczność znalezienia środków na wsparcie zapewne kilkudziesięciu tysięcy nestorów w najgorszej sytuacji. Umożliwiłoby to nie tylko organizację wsparcia dla tych osób, ale również przyczyniłoby się do stworzenia miejsc pracy w usługach społecznych na tych obszarach, gdzie ich brak jest często ważnym czynnikiem motywującym młode kobiety do podjęcia decyzji o emigracji wobec chęci podjęcia pracy zawodowej poza rolnictwem.

<sup>3</sup> Co prawda istnieje obecnie program *Opieka 75+*, który powstał z myślą o osobach starszych w wieku 75 lat i więcej, mieszkających na terenie małych gmin. Program adresowany jest do gmin miejskich, wiejskich, miejsko-wiejskich do 60 tys. mieszkańców. Gminy, które przystąpią do realizacji tego programu, uzyskują finansowe wsparcie do 50% przewidywanych kosztów realizacji zadania w zakresie realizacji usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, dla osób spełniających kryteria określone w programie. W 2021 roku deklarację o przystąpieniu do realizacji tego programu złożyły 583 gminy z usługami dla 7465 osób (na łącznie 2,7 mln osób w wieku 75+ według stanu na koniec 2020 r.), co oznaczało wypłacenie rządowej dotacji w wysokości 28,5 mln zł (*Działania...*, 2021, 4–5). Jak wskazuje porównanie liczby osób objętych tym programem i liczby osób potencjalnie zeń mogących skorzystać, program ten bardziej jest kolejną zasłoną dymną niż narzędziem rozwiązującym rzeczywiste problemy samorządów lokalnych z najuboższych terenów kraju.

## Bibliografia

- Bakalarczyk, R. (2019). Infrastruktura wsparcia. Jak działa system opieki senioralnej w Polsce, *Więź*, (678), 14–24.
- Błędowski, P. (2012). Potrzeby opiekuńcze osób starszych. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. (s. 449–466). Termedia. <https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/pliki/ol/polsenior.pdf>.
- Działania Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej na rzecz Seniorów w Polsce*. (2021). Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej: Informacja Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny PS dla Rady ds. Polityki Senioralnej przy MRPS.
- Flaga, M. (2019). *Model przemian demograficznych w regionach wyludniającej się Polski na przykładzie województwa lubelskiego*. Wydawnictwo Uniwersytetu im. M. Curie-Skłodowskiej.
- Gavrilov, L.A., Gavrilova, N. S. (2001). The reliability theory of aging and longevity. *Journal of Theoretical Biology*, (vol. 213).
- Główny Urząd Statystyczny. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html>.
- Kantor-Pietraga, I. (2014). *Systematyka procesu depopulacji miast na obszarze Polski od XIX do XXI wieku*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Krzyszkowski, J. (2011). Osoby starsze. W: R. Szarfenber (red.), *Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*. Wydawnictwo Wrzos. [https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/KRB\\_wersja%20ostateczna.pdf](https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/KRB_wersja%20ostateczna.pdf).
- Kurek, S. (2008). *Typologia starzenia się ludności Polski w ujęciu przestrzennym*. WNAP: 201. <http://uatacz.up.krakow.pl/~wwwaupc/index.php/wigup/article/viewFile/1095/986>.
- Phillipson, Ch. (2015). The political economy of longevity: Developing new forms of solidarity for later life, *The Sociological Quarterly*, (vol. 56): 80–100. Doi: 101111/tsq.12082.
- Rosset, E. (1979). *Trwanie życia ludzkiego*. Wydawnictwo Ossolineum.
- Silver, C.B. (2003). Gendered identities in old age: Toward (de)gendering?, *Journal of Aging Studies*, (t.17): 379–397.
- Suzman, R. M., Manton, K.G., Willis, D.P. (1992). Introducing the oldest old. W: R. M. Suzman, D.P. Willis, K.G. Manton (red.), *The oldest old*. (s. 3–14). Oxford University Press.
- Szukalski, P. (2004). Osoby bardzo stare w Polsce i w krajach Unii Europejskiej – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość. *Prace Instytutu Ekonometrii i Statystyki UŁ*, (142), (33). <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/handle/11089/3573>.
- Szukalski, P. (2006). Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy. W: J.T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku* (s. 115–150). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Szukalski, P. (2014). Ludzie bardzo starzy w Polsce – niewidoczna grupa docelowa polityki społecznej?, *Studia Demograficzne*, 2(166): 57–78. <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/11159>.

- Szukalski, P. (2020). Przestrzenne zróżnicowanie starości demograficznej we współczesnej Polsce, *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny*, (7): 1–7. <http://hdl.handle.net/11089/33028>.
- Szukalski, P. (2021). Podwójne starzenie się ludności – od kiedy zaczyna się późna starość? W: B. Urbaniak, M. Chałas, P. Szukalski, R. Zimny, R. Błaszczak, M. Zadworna, *Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości* (s. 41–62). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. <http://hdl.handle.net/11089/37721>.
- Śleszyński, P., Bański, J., Degórski, M., Komornicki, T. (2017). *Delimitacja obszarów strategicznej interwencji państwa: obszarów wzrostu i obszarów problemowych*. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN.
- Trzepacz, P., Janas, K., Piech, K. (2019). Struktura wieku i procesy starzenia się ludności miast Polski w latach 2006–2016. W: R. Krzysztofik, *Przemiany demograficzne miast Polski: wymiar krajowy, regionalny i lokalny* (s. 63–73). Instytut Rozwoju Miast i Regionów. [https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/150005/trzepacz\\_janas\\_piech\\_struktura\\_wiek\\_u\\_i\\_procesy\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/150005/trzepacz_janas_piech_struktura_wiek_u_i_procesy_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*. Pobrane 18 października 2021 r. z <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
- Wesołowska, M. (2018). *Wsie zanikające w Polsce. Stan, zmiany, modele rozwoju*. Wydawnictwo Uniwersytetu im. M. Curie-Skłodowskiej.

# Niesamodzielna starość jako nowe ryzyko socjalne

## 1. Wprowadzenie

Wyzwania demograficzne i społeczne – wynikające z trwałych zmian strukturalnych – spowodowały, iż pojawił się nowy problem społeczny i nowe ryzyko socjalne wymagające rozwiązań systemowych ze względu na skalę i zasięg, który obejmuje wszystkie wymiary życia społecznego. Przedmiotem artykułu jest problem społeczny braku systemowej kompleksowej opieki nad osobami starszymi, które w zaawansowanym wieku stają się niesamodzielne (niezdolne do samodzielnej egzystencji) w stopniu, który czyni ich życie zależnym od pomocy innej osoby (lub osób). Problem społeczny, jakim jest niesamodzielnosć osób w starczym wieku, ma wpływ na funkcjonowanie wielu grup społecznych oraz rozlicznych dziedzin życia społecznego i ekonomicznego. Pojawiająca się w masowej skali niesamodzielnosć starcza związana jest z przemianą cywilizacyjną, jaką jest wydłużający się czas trwania życia ludzkiego. Postęp medycyny umożliwił leczenie wielu chorób do niedawna śmiertelnych i pozwolił na wydłużenie życia. W wielu przypadkach osoby w zaawansowanym wieku stają się niesamodzielne wskutek utraty sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej. Zakres i skala niesamodzielnosć osób w wieku starczym i sędziwym jest zdarzeniem naturalnym powodującym daleko idące konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Wynika z wydłużającego się czasu trwania życia oraz zasadniczych zmian w sytuacji życiowej seniora oraz jego bliskich.

Ze względu na skalę zjawisko to może być określane jako ryzyko socjalne, o konsekwencjach podobnych do innych ryzyk socjalnych, które zostały objęte systemem zabezpieczenia społecznego (np. niezdolność do pracy). Nowe ryzyko socjalne – niesamodzielnosć starcza (niezdolność do samodzielnej egzystencji) nie jest dotychczas objęte zabezpieczeniem.

---

<sup>a</sup> Rządowa Rada Ludnościowa; Uniwersytet Warszawski.

Artykuł zawiera określenie i uzasadnienie kwestii braku systemowej i kompleksowej opieki dla osób dotkniętych niesamodzielną starością, która stanowi w Polsce współczesnej ważny, nierozwiązany problem mający negatywny wpływ na wiele wymiarów życia społecznego.

Zdarzenie losowe, jakim jest starość niesamodzielną, wpływa negatywnie na położenie osoby niesamodzielną (oraz jej bliskich). Ma cechy ryzyka socjalnych, które podlegają systemowemu zabezpieczeniu społecznemu. Rozległe konsekwencje społeczne i ekonomiczne ryzyka niesamodzielną starości wymagają stworzenia systemu zabezpieczenia społecznego, który pozwoli rozwiązać narastający problem społeczny oraz zagwarantować ochronę godności i praw starszej osoby niesamodzielną. Niesamodzielną w starczym i sędziwym wieku jest nierozwiązywalnym problemem społecznym, który można określić jako nowe „ryzyko socjalne” pozbawione zabezpieczenia społecznego. Artykuł przedstawia uzasadnienie konieczności przyjęcia systemowych rozwiązań problemu społecznego, jakim jest brak systemowej kompleksowej opieki nad osobami niesamodzielnymi w zaawansowanym wieku niezdolnymi do samodzielnej egzystencji.

## **2. Niesamodzielną w zaawansowanym wieku – nierozwiązany problem społeczny**

Problem społeczny to zespół zjawisk i procesów, które w związku z narastającą skalą tworzą sytuację sprzeczną z powszechnie akceptowanym w danym społeczeństwie systemem wartości. Współczesny problem społeczny, jakim jest brak kompleksowej opieki nad osobami niesamodzielnymi w starszym wieku, odpowiada sytuacji z przeszłości określanej, w szczególności w XIX wieku, pojęciem „kwestii społecznej”, która definiowała sytuację sprzeczną z powszechnie uznawanym systemem wartości<sup>1</sup>. Podobnym problemem społecznym jest współcześnie brak systemowej, kompleksowej opieki na poziomie akceptowanym przez społeczeństwo; szanującym prawa i godność osób niesamodzielną w zaawansowanym wieku, bez względu na wiek i stan niesamodzielną. Problem opieki nad osobami w sędziwym wieku ukształtował się w wyniku głębokich przemian demograficznych i społecznych, jakie zaszły w ostatnich dekadach; wydłużanie przeciętnego trwania życia, zmiany modelu rodziny, zmiany postaw i zachowań prokreacyjnych oraz powstawania i rozpadu rodzin, dynamiczna mobilność przestrzenna ludności, rozpad więzi rodzinnych.

Starzenie się jest procesem naturalnym, który wynika z przebiegu procesów demograficznych. W strukturze ludności wzrasta (i będzie wzrastać) udział i liczba osób w starczym sędziwym wieku. Poprawa warunków pracy z jednoczesnym postępem w dziedzinie nauk medycznych oraz powiększającą się dostępnością usług

<sup>1</sup> J. Kwaśniewski, *Badania problemów społecznych*. Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003.



ochrony zdrowia umożliwiły wydłużenie czasu trwania życia oraz leczenie wielu chorób, które jeszcze w XX w. były chorobami śmiertelnymi (od kilku dekad stały się chorobami przewlekłymi). Leczenie chorób przewlekłych nie przywraca sprawności, nie chroni przed niesamodzielną. Wydłużenie trwania życia nie jest jednoznaczne z utrzymaniem sprawności umysłowej, fizycznej i psychicznej oraz samodzielności<sup>2</sup>. Mimo rozwoju i postępu, nauki medyczne nie wprowadzają jednak skutecznych metod ograniczających utratę samodzielności w zaawansowanym wieku. W wielu przypadkach dłuższe życie oznaczać może, że szczególnie w starczym i sędziwym wieku, utratę samodzielności i potrzebę stałej opieki. W konsekwencji wzrostu czasu trwania życia – wzrasta liczba osób w sędziwym wieku potrzebujących opieki. Tradycyjnie opieki udzielała rodzina. Jednak zmiany demograficzne spowodowały zmniejszenie możliwości opiekuńczych rodzin. W społecznej świadomości opieka dla niesamodzielnych osób w sędziwym wieku jest traktowana jako prywatna sprawa rodziny osoby niesamodzielnej. Problem opieki nad osobami starszymi niesamodzielnymi nie ma w świadomości polskiego społeczeństwa charakteru obiektywnego problemu społecznego o wielkiej skali i wysokich kosztach. Wiele rodzin nie może samodzielnie rozwiązać problemu opieki nad bliską osobą niesamodzielną. Brak systemowej kompleksowej opieki dla osób starych niesamodzielnych, doceniają tylko osoby, które osobiście doświadczyły w życiu rodzinnym wieloletniej opieki nad bliską osobą niesamodzielną.

Problem społeczny, jakim jest brak opieki dla osób niesamodzielnych w zaawansowanym wieku ukształtował się w wyniku obiektywnie korzystnych zamian cywilizacyjnych. Dłuższe życie jest niewątpliwym osiągnięciem cywilizacyjnym. Zapewnienie kompleksowej systemowej opieki osobom niesamodzielnym w sędziwym wieku (poza rodziną lub w rodzinie) wymaga uświadomienia społeczeństwu uwarunkowań, skali zjawiska oraz konsekwencji wciąż narastającego, nierozwiązanego problemu społecznego, jakim jest brak opieki dla osób niesamodzielnych w wieku starczym i sędziwym. Uświadomienie społeczeństwu, że w obecnych i przyszłych uwarunkowaniach demograficznych problem opieki można skutecznie rozwiązać tylko zbiorowym wysiłkiem całego społeczeństwa. Problem ten powstał w wyniku obiektywnych zmian demograficznych. Ze względu na skalę zjawiska problem ten powinien stać się przedmiotem powszechnego ogólnego zainteresowania społeczeństwa; przedmiotem debaty publicznej.

<sup>2</sup> Jeszcze w latach 70. XX w. niezdolność do samodzielnej egzystencji była zjawiskiem występującym sporadycznie, w bardzo ograniczonej skali. Podobnie, jak obecnie występował problem, który określano jako „zależność od następnego pokolenia”. Jednak zależność ta skupiała się na kryteriach stosowanych w polityce podziału dochodu społecznego. Ograniczała się do określenia udziału osób niepracujących w dochodzie społecznym; (...), jaką część tego dochodu przeznaczy to pokolenie na pokrycie potrzeb ludzi starych, już nie pracujących. (...) w większości systemów emerytalnych stosuje się dużą regresję emerytur w stosunku do zarobków. (...) oznacza to, iż stopa życiowa większości osób pracujących po ich przejściu na emeryturę znacznie obniża się”. A. Tymowski. *Socjoekonomiczne kryteria niezależności osób starszych*. (w): J. Piotrowski (red.), *Starzenie się i Starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*, Warszawa–Wrocław 1975, s. 109–116.

W Polsce nie ma systemowego rozwiązania narastającego problemu społecznego, jakim jest brak systemowej opieki dla osób niesamodzielnych w wieku starszym i sędziwym. Zorganizowanie opieki i pielęgnacji osobom w wieku starszym na poziomie społecznie akceptowanym wymaga zbiorowego wysiłku i zaangażowania całego społeczeństwa oraz powszechnej akceptacji wspólnie wypracowanych w publicznej otwartej debacie rozwiązań<sup>3</sup>. Trwałe, systemowe i kompleksowe rozwiązanie wymaga zbiorowego zaangażowania oraz współdziałania wielu podmiotów publicznych i społecznych. Niesamodzielną starość powinna być zabezpieczana w ramach powszechnego zabezpieczenia społecznego i solidarnego wysiłku całego społeczeństwa. W polskim prawie konstytucyjnym, w powszechnie akceptowanych normach moralnych polskiego społeczeństwa, poszanowanie godności człowieka, szacunek dla osób w zaawansowanym wieku są trwałymi wartościami. Brak troski i opieki, brak poszanowania godności osób starych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych, poważnie narusza nie tylko utrwalone w polskim społeczeństwie normy moralne, ale jest sprzeczne z prawem (por. art. 30 Konstytucji RP).

### **3. Skala i koszty starczej niesamodzielną to nierozwiązany problem społeczny**

W polskim systemie zabezpieczenia społecznego nie rozwiązano problemu społecznego, jakim jest kompleksowa opieka dla osób niesamodzielnych w zaawansowanym wieku. Niesamodzielną starość definiowana jako niezdolność do samodzielnej egzystencji ukształtowała się w procesie zmian w stanie i strukturze ludności. Zmienia się model rodziny i formy sprawowania opieki nad osobami starszymi. Wydłuża się przeciętne trwanie życia; zaawansowany wiek osiąga coraz większa część generacji urodzonych po II wojnie światowej. Na przełomie wieków XX i XXI nastąpił nienotowany od wielu pokoleń spadek poziomu urodzeń. Wskutek masowej emigracji (głównie zarobkowej) w latach 1982–2014 nastąpił ubytek potencjału demograficznego (oceniany na ponad 2,5 miliona osób) w wieku prokreacyjnym. Instytucje, zakres i formy opieki utworzone w odmiennych warunkach demograficznych, społecznych i ekonomicznych, są niedostosowane do zmieniającej się skali oraz potrzeb stałej kompleksowej opieki<sup>4</sup>. Utrzymywanie obecnego stanu organizacji pomocy i opieki – uzupełnianej doraźnymi działaniami – nie rozwiązuje powiększającego się

<sup>3</sup> S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2011, s. 451 i nast.

<sup>4</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i Umieralność*, Warszawa 2021. Kontrola i nadzór instytucji publicznych nad podmiotami świadczącymi usługi opieki i pielęgnacji okazała się całkowicie nieskuteczna w warunkach pandemii w latach 2020–2021. Krytyczna sytuacja, w jakiej znalazły się osoby niesamodzielne w podeszłym wieku w okresach nasilenia pandemii wymaga pogłębionej analizy i oceny działalności odpowiedzialnych podmiotów publicznych.

od około 2000 r. problemu<sup>5</sup>. W ramach obowiązujących struktur prawnych i organizacyjnych nie rozwiąże się problemu wymagającego systemowego rozwiązania. Stosowanie tymczasowych, doraźnych rozwiązań jest nieskuteczne. Dlatego coraz więcej niesamodzielnych osób starszych niezdolnych do samodzielnej egzystencji pozbawionych jest opieki.

#### **4. Zmiany w strukturze wieku ludności – wzrost udziału osób w wieku 80 lat i więcej**

Obecna (i przewidywana w prognozach GUS do 2050 roku) skala potrzeb opiekuńczych wymaga stworzenia nowego systemu organizacji i finansowania usług. W istniejącej strukturze prawnej i organizacyjnej nie ma możliwości zapewnienia opieki niesamodzielnym osobom osiągniętym starczy i sędziwy wiek. Zakres niedostosowania dotyczy: uprawnień, organizacji, finansowania, dostępności, rodzajów oraz jakości usług. Potrzeb opiekuńczych i pielęgnacyjnych nie obejmuje ochrona zdrowia (co ujawniło się dramatycznie w okresach nasilenia pandemii COVID-19 w latach 2020–2021)<sup>6</sup>. Wzrost udziału w strukturze wieku osób w wieku 80 lat i więcej określa się w demografii „podwójnym starzeniem”<sup>7</sup>. Osoby urodzone w latach 1946–1959 (pierwszy „wyż” demograficzny) od 2026 roku będą osiągały wiek 80 lat i więcej. Najwyższy wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej nastąpi w latach 2026–2050. Proces „podwójnego starzenia się” najliczniejszych generacji w Polsce następuje w dekadach, gdy wiek dojrzały będą osiągać urodzeni w latach, gdy notowano niski poziom urodzeń<sup>8</sup>. W każdym roku miejsce zamieszkania zmienia w Polsce około

<sup>5</sup> Wszyscy emeryci otrzymują jeden raz w roku dodatkową 13 emeryturę; 14 emerytura wypłacana jest osobom o niższych świadczeniach. Osoby po ukończeniu 75 roku życia mogą otrzymać zasiłek pielęgnacyjny w kwocie ok. 250 zł (2022) miesięcznie. Na podstawie ustawy z 31 lipca 2019 r. *O świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji* (Dz.U. 2019, poz.1622). Świadczenie – zgodnie z tytułem ustawy – uzupełnia dochody osób o niskich dochodach (od 1272 zł – 1772 zł). Zasiłek uzupełniający może otrzymać osoba o niskich dochodach na podstawie orzeczenia lekarza stwierdzającego całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji.

<sup>6</sup> W 2020 r. w Polsce nastąpił gwałtowny wzrost zgonów spowodowanych w 60% przez pandemię wywołaną wirusem SARS-CoV-2, współczynnik zgonów wynosił 12,4 p.prom. (tj. o 2,4 p.prom. więcej niż w 2019 r.) s. 20. W latach 2019–2020 zanotowano najwyższe wzrosty zgonów wśród osób najstarszych w grupie wieku 70–84 lat (blisko 20%) oraz w grupie 85–89 lat (blisko 15%). Szerzej: Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i Umieralność*, 2021, str. 65.

<sup>7</sup> W Polsce wzrasta liczba osób w wieku sędziwym; w 2020 r. udział osób w wieku sędziwym wynosił 4,4% w ogólnej liczby ludności (ok. 1,7 mln), co wynika to głównie z wydłużania się trwania życia (w miastach 4,7%, na wsi 3,8% osób w wieku sędziwym).

<sup>8</sup> Najniższy po 1945 r. poziom urodzeń – 352 tys. zanotowano w 2002 roku. Najwyższy poziom urodzeń po 1945 r. – 795 tys. zanotowano w 1955 roku. Pokolenie wnuków generacji z 1955 r., urodzeni w 2015 r. (369 tys.) było o 53,6%, tj. o 426 tys., mniej liczne, niż pokolenie ich dziadków urodzonych 60 lat wcześniej.

400 tys. osób<sup>9</sup>. Na wyludniających się terenach peryferyjnych w strukturze ludności wzrasta udział osób w starszych grupach wieku. Młode pokolenia migrują do większych miast w poszukiwaniu możliwości kontynuowania nauki i pracy. Struktura wieku ludności w Polsce staje się coraz bardziej zróżnicowana przestrzennie z powodu depopulacji na terenach słabiej rozwiniętych.

Wzrost udziału i liczby osób w starszych grupach wieku wpływa na zmiany w polityce społecznej. Od 2016 roku do programu polityki senioralnej wprowadzono wiele przedsięwzięć, istotnie poprawiających sytuację ekonomiczną osób starszych. Nastąpiła zmiana systemu waloryzacji emerytur, podniesiono wartość emerytur najniższych, wypłacane są dodatkowe świadczenia (tzw. 13. i 14. emerytury), dostępne są uzupełniające świadczenia pielęgnacyjne (500 plus) dla niesamodzielnych osób w wieku 75 i więcej lat o bardzo niskich dochodach. Większość emerytur w 2022 roku zwolniono z podatku dochodowego. Dla osób w wieku 75 plus dostępne są bezpłatnie niektóre leki. Polityka senioralna promuje aktywny styl życia seniorów (programy: *Senior plus*, *ASOS*, *Aktywni+*, *Uniwersytety Trzeciego Wieku*). Powstają Kluby Seniorów i Dienne Domy Opieki, warsztaty aktywizujące seniorów.

Wspólną cechą seniorów jest uzyskanie wieku upoważniającego do przejścia na emeryturę. Populacja seniorów obejmuje ponad 50 generacji różniących się wieloma cechami, nie tylko wiekiem<sup>10</sup>. W sprawozdaniach z realizowanych programów składanych przez gminy wojewodom (m.in.; roczne raporty Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej o sytuacji osób w starszym wieku)<sup>11</sup> nie wyodrębnia się działań, które mają zaspokajać potrzeby tych „seniorów”, którzy z powodu choroby lub starczego, sędziwego wieku, stali się niepełnosprawni. W programach senioralnych „senior” to osoba w wieku 60–65 lat sprawna, ale też osoba w wieku np. 95 lat niesamodzielną, której życie jest zależne od uzyskania odpowiedniej pomocy i opieki. Zainteresowa-

<sup>9</sup> W 2017 r. odnotowano ponad 400 tys. zmian miejsca zamieszkania w ruchu wewnętrznym ludności (w 2018 r. prawie 450 tys., w 2019 r. prawie 468 tys., w 2020 r. 385 tys.). W ostatnich latach saldo migracji wewnętrznych notowane jest na terenach wiejskich w położonych w pobliżu metropolii. Analizę danych o strukturach wieku mieszkańców w poszczególnych jednostkach administracyjnych, gminach, dzielnicach miast, w miastach, powiatach, regionach zawiera zamieszczone w tej publikacji opracowanie: Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.*, 2021.

<sup>10</sup> Podział na ekonomiczne grupy wieku obejmuje wiek przedprodukcyjny (0–17lat), produkcyjny (18–59/64 lat) i poprodukcyjny (60/65 i więcej lat). Podział ten ma zastosowanie min. w analizach rynku pracy. Podział na grupy ekonomiczne nie powinien być stosowany w programach polityki senioralnej; odpowiedni do stosowania jest podział na biologiczne 5-letnie grupy wieku.

<sup>11</sup> Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych we współpracy z wojewodami i poszczególnymi resortami w każdym roku przedstawia Rządowi, Sejmowi i Senatowi dokument: *Informacja o sytuacji osób starszych*, w kolejnym minionym roku. W sprawozdaniach NFZ, podaje się koszt świadczenia ogółem i liczby pacjentów. W niektórych sprawozdaniach wyróżnia się pacjentów w wieku 60 lat i więcej. W 2020 r. ze świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach NFZ skorzystało 108 tys. pacjentów w tym 91,5 tys. w wieku 65 lat i więcej. NFZ najczęściej podaje liczbę i ogólny koszt świadczeń; uwzględnia tylko wiek pacjentów 60 (65) lat i więcej. Tylko wyjątkowo wyróżnia się pacjentów w wieku sędziwym (80 i więcej lat).

nie polityki senioralnej osobami starszymi kończy się, gdy utracą sprawność i samodzielność. Połączenie w kategorii seniorów osób w różnym wieku, o różnych potrzebach i możliwościach ich zaspokojenia, pozwala realizującym programy, czy zobowiązanym samorządom unikać realizowania zadań najtrudniejszych i kosztownych – związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi. W sprawozdaniach z realizacji programów nie wyróżnia się wieku „seniorów” według biologicznych 5-letnich grup wieku. Seniorów ujmuje się w jednej grupie wieku (najczęściej 60–65 i więcej lat). Wyniki analiz i badań dotyczące zdrowia, usług ochrony zdrowia, dochodów, wydatków, warunków życia, sytuacji rodzinnej, aktywności zawodowej i społecznej często przedstawiają stan „średni” dla osób w wieku 65 lat i więcej. Taki wynik ma ograniczoną wartość poznawczą szczególnie w ocenie sytuacji osób w starszym wieku, ponieważ bardziej zaciemnia, niż wyjaśnia i opisuje sytuację osób starszych<sup>12</sup>.

Starość, starzenie nie jest chorobą, lecz naturalnym etapem w życiu człowieka, który może dożyć wieku podeszłego, starczego i sędziwego. Starzenie to postępujące wraz z wiekiem zmiany społeczne i biologiczne; osłabienie sił, odporności, pogorszenie stanu zdrowia, utrata sprawności fizycznej i umysłowej, które może być traktowane jako pogorszenie zdrowia. Proces starzenia się nie wymaga leczenia, lecz odpowiedniej opieki.

## **5. Zmiany w sytuacji demograficznej zmniejszają potencjał opiekuńczy rodziny**

Generacje w wieku 80 i więcej lat w nadchodzących dekadach będą około dwa razy liczniejsze niż generacje ich dzieci i wnuków. Ograniczony rodzinny potencjał opiekuńczy nie może zapewnić opieki osobom w zaawansowanym wieku, szczególnie gdy stają się niesamodzielne. Potencjał opiekuńczy rodziny<sup>13</sup> zmniejsza się w związku z niskim poziomem urodzeń i wydłużającym się trwaniem życia. Zwiększa się liczba pokoleń w rodzinie żyjących w tym samym czasie. W związku z wydłużającym się trwaniem życia będzie wzrastała liczba rodzin wielopokoleniowych, co może oznaczać wzrost potrzeb opieki w rodzinie (np. jednocześnie dla pokolenia pradiadków i dziadków). Rodzina, która opiekuje się osobą z zaawansowaną niesamodzielnnością, w złym stanie zdrowia, wymaga wsparcia ze strony sprawnie działającej pomocy zewnętrznej (usług opieki pielęgnacyjnej). Szczególnie gdy potrzebna jest

<sup>12</sup> WHO początek starości określa na 60 rok życia i wiąże ten czas z zaprzestaniem aktywności zawodowej; dzieli starość na trzy kolejne etapy. Pierwszy (60–75 lat) to wczesna starość lub wiek podeszły, drugi etap (75–90 lat) to późna starość (wiek starczy), trzeci etap (90 i więcej lat) to wiek sędziwy (określany jako długowieczność).

<sup>13</sup> Potencjał opiekuńczy rodziny można zdefiniować jako zdolność rodziny do udzielenia opieki potrzebującym członkom własnej bliskiej rodziny. Potencjał opiekuńczy rodziny oznacza wymianę w rodzinie usług opieki i pielęgnacji; dziadkowie – wnukom, rodzice – dzieciom; dzieci – rodzicom, wnuki – dziadkom, rodzeństwu własnemu oraz rodzeństwu rodziców (dziadków).

opieka specjalistyczna, rehabilitacja, pielęgnacja, kontrola medyczna i farmakologiczna stanu zdrowia. Taka pomoc obecnie jest niedostępna dla większości rodzin<sup>14</sup>.

W konsekwencji wydłużającego się dalszego trwania życia mężczyzn i kobiet wzrasta (i będzie wzrastał) udział osób w najstarszych grupach wieku. W zależności od zaawansowanego wieku (60–95 i więcej lat) – zmienia się sprawność i stan zdrowia. Wzrasta liczba osób starszych w jednoosobowych gospodarstwach domowych o niskich dochodach. Wraz z postępującym wiekiem zmienia się sytuacja osobista, rodzinna, społeczna, zdrowotna, ekonomiczna.

Obowiązek dostarczenia opieki osobie niesamodzielnej należy do rodziny. Zgodnie z polskim prawem, ale także z polską tradycją, religią, kulturą, obyczajem rodzina ma gwarantować bezpieczeństwo społeczne i opiekę swoim bliskim<sup>15</sup>. Z różnic w liczbie urodzeń w latach 1940–2020 wynika, że nie każdy niesamodzielny senior ma rodzinę zobowiązaną do udzielenia opieki; nie każda rodzina jest zdolna do opieki nad osobą niesamodzielną<sup>16</sup>. Aktywność wielu rodzin w sprawowaniu opieki zależy od możliwości uzyskania wsparcia podmiotów zewnętrznych w zakresie pomocy medycznej, pielęgnacyjnej, usług społecznych dostosowanych do sytuacji osoby niesamodzielnej. W coraz większej liczbie przypadków opieka musi być realizowana przez podmioty zewnętrzne. Możliwości większości polskich rodzin nie są dostosowane do udzielania kompleksowej opieki. Problemu opieki nie rozwiążą chaotycznie i żywiołowo rozwijające się usługi „wolnego” rynku opieki. Niski poziom wolnorynkowych usług opieki nie budzi społecznego zaufania. Zdarza się, że usługi stacjonarnej „opieki” rejestrowane są m.in. jako „noclegownie”, usługi hotelarskie, wielobranżowa działalność gospodarcza. Przedsięwzięcia takie nie mogą rozwiązywać problemu kompleksowej opieki nad osobami niesamodzielnymi. W polskiej opinii publicznej krytycznie oceniana jest opieka w większości prywatnych domów opieki oraz publicznych domach pomocy społecznej (negatywnym opiniom sprzyjają szczególnie doświadczenia z okresu pandemii COVID-19)<sup>17</sup>. Opieka na poziomie społecznie akceptowanym w domach prywatnych jest bardzo kosztowna; zasadniczo

<sup>14</sup> Organizowana przez samorządy pomoc domowa (środowiskowa) dostępna jest bezpłatnie tylko osobom o bardzo niskich dochodach (obowiązuje tzw. próg dochodowy). W tzw. „szarej strefie” usługi są organizowane samodzielnie przez rodziny. Usługi dostępne na tzw. „wolnym rynku” są niedostępne z powodu wysokiej ceny oraz niskiej jakości.

<sup>15</sup> Kodeks rodzinny i opiekuńczy (art. 144) bardzo ogólnie określa obowiązki alimentacyjne dzieci wobec rodziców. Dzieci mają obowiązek wypłaty alimentów rodzicom, gdy rodzice żyją w niedostatku, a dzieci mają możliwości zarobkowo-finansowe. O obowiązku alimentacji rodziców przez dzieci decyduje sąd na wniosek rodziców.

<sup>16</sup> Z danych statystycznych GUS wynika, że w Polsce w każdym roku zmienia miejsce zamieszkania około 400 tys. osób. Migracje związane z edukacją i pracą z terenów peryferyjnych do metropolii dotyczą głównie osób w młodszych grupach wieku. Wyludniają się peryferyjne wsie i miasteczka, w których zwiększa się liczba i udział osób najstarszych w strukturze wieku.

<sup>17</sup> Akceptowany poziom opieki nad seniorami dotyczy niewielu domów, głównie organizowanych przez stowarzyszenia zawodowe (przykładem są m.in. Dom Opieki dla Aktorów w Skolimowie, Dom Opieki dla Muzyków w Kątach, pow. piaseczyński) oraz niektóre domy opieki organizowane przez organizacje wyznaniowe.

niedostępna dla zdecydowanej większości osób starszych oraz ich rodzin. Doraźna pomoc wolontariuszy, ze względu na stały i kompleksowy charakter potrzeb w opiece dla osób niesamodzielnych, nie zastąpi kompleksowych usług opieki.

## **6. Nerozwiazany problem społeczny – osoby niesamodzielne bez opieki**

Wraz ze wzrostem liczby osób w zaawansowanym wieku zwiększa się skala braku systemowej i kompleksowej opieki dla osób niesamodzielnych. Zadania związane z zaspokojeniem potrzeb opiekuńczych przekazane są podmiotom najniższemu; w przypadku usług opiekuńczych – rodzinie i gminie. Samorząd terytorialny według obowiązujących ustaw wykonuje istotną część zadań publicznych – w imieniu własnym, na własną odpowiedzialność. Z zasady pomocniczości wynika, że obowiązek zapewnienia osobom bliskim opieki należy do rodziny lub/i gminy. Zgodnie z zasadą subsydiarności zadania społeczne mają zostać wykonane najbliżej osoby, na rzecz której są wykonywane (w przypadku opieki najbliżej osoby, która potrzebuje pomocy); opieka nad osobami niesamodzielnymi w starszym wieku należy do zadań rodziny. Jeśli rodzina nie jest w stanie wykonać zadania, wówczas zadanie to – zgodnie z zasadą subsydiarności – powinien przejąć samorząd lokalny gminy (miasta) jako samorządowa wspólnota obywateli. Zadania związane z zapewnieniem opieki osobom w starczym i sędziwym wieku należą do obowiązkowych zadań, które gmina wykonuje w imieniu własnym oraz na własną odpowiedzialność.

Zasada pomocniczości jest utrwalona w polskim prawie oraz w programach polityki społecznej. Z zasady subsydiarności wynika decentralizacja władzy publicznej. Ukształtowana na zasadzie subsydiarności koncepcja władzy lokalnej stanowi, że ogół mieszkańców jednostek podziału terytorialnego jest wspólnotą samorządową. Organy publiczne niższego rzędu mogą być zastąpione przez organy nadrzędne tylko wówczas, gdy nie są w stanie wypełnić swoich obowiązków. Organy wyższego rzędu mogą zastąpić niższe organy tylko wówczas, gdy są w stanie wykonać określone działania efektywniej. Z zasady pomocniczości wynika, że zadania, które może wykonać jednostka, nie powinny być realizowane przez instytucje publiczne. Państwo nie może zastępować w działaniu osób czy instytucji. Może jedynie pomagać, gdy nie są one w stanie zrealizować własnych zadań. Pomoc udzielona przez państwo nie może oznaczać zastępstwa. Państwo nie może ingerować w sprawy, z którymi poszczególne jednostki są w stanie poradzić sobie same; może udzielić wsparcia, gdy pomoc jest niezbędna. Z założenia zasady subsydiarności, pomoc nie jest ingerowaniem w sprawy, z którymi poszczególne jednostki nie są w stanie poradzić sobie same; jest jedynie wsparciem udzielanym tylko tam, gdzie pomoc jest niezbędna. Pomoc może być udzielona w granicach niezbędności. Czy przyczyną braku usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych w miejscu zamieszkania może być zasada pomocniczości stosowana w rozwiązywaniu problemów polityki społecznej?

## **7. Co wynika z zasady subsydiarności zastosowanej przez gminy do organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi w zaawansowanym wieku?**

Nie wszystkie gminy realizują zadania opieki środowiskowej dla starszych niesamodzielnych osób. Nie wszystkie usługi opiekuńcze organizowane przez samorządy (gmin, miast) są dostosowane do potrzeb osoby niesamodzielnej, szczególnie w stanie zaawansowanej niesamodzielnosci, gdy opieka musi być stała i kompleksowa. Gminy peryferyjne, o niskich dochodach, nie są w stanie zorganizować usług i zaspokoić coraz większej skali potrzeb opiekuńczych.

W rocznych sprawozdaniach samorządów i resortów składanych Rządowi, Sejmowi i Senatowi RP umieszczane są różne informacje o działaniach na rzecz „seniorów”. W sprawozdaniach nie wyróżnia się potrzeb opieki dla starszych osób niesamodzielnych. Usługi opieki dla osób w starczym i sędziwym wieku połączone są z usługami dla innych kategorii osób (m.in. niepełnosprawnych, bezdomnych, przewlekłe chorych). Z realizacji polityki senioralnej w poszczególnych resortach i województwach trudno wnioskować o poziomie zaspokojenia potrzeb opiekuńczych osób starszych. Informacje w sprawozdaniach wskazują jednoznacznie, że samorządy regionalne i lokalne nie mają wiedzy o potrzebach, o liczbie osób niesamodzielnych, o wielkości i rodzaju ich potrzeb. Zakres udzielanych świadczeń nie ma związku z wielkością występujących potrzeb, wynikającą z sytuacji demograficznej regionu (powiatu, gminy). Jeśli samorząd nie ma wiedzy o stanie i liczbie osób potrzebujących pomocy, to trudno oczekiwać programu opieki dla starszych osób niesamodzielnych. W większości województw gminy ograniczają seniorom usługi opieki z powodu braków finansowych, kadrowych i rzeczowych. „Brak kwalifikacji części osób wykonujących usługi, brak osób zainteresowanych świadczeniem usług i częsta zmiana opiekuna. Ograniczony budżet gmin i brak możliwości zapewnienia wszystkim potrzebującym osobom starszym pomocy i wsparcia w oczekiwanym zakresie” (z: sprawozdanie Wojewody Dolnośląskiego)<sup>18</sup>. W sprawozdaniach wojewodów jako przyczynę braku opieki wskazuje się utrudniony dostęp do osób starszych z powodu rozległego terenu gminy i braku środków komunikacji. Wielu gminom brakuje środków finansowych na wynagrodzenia i zatrudnienie opiekunów na podstawie umowy o pracę (opiekunowie odmawiają pracy bez umowy). Najczęściej wskazywaną przyczyną niedostatku usług opieki w środowiskach lokalnych są trudności finansowe gmin. Powszechnie brakuje w gminach środków (ogólne określanie wszelkich braków) na zorganizowanie potrzebnych osobom starszym usług opiekuńczych. Większość regionów wymienia liczbę gmin, które nie realizują obowiązkowego zadania, jakim jest usługa opiekuńcza dla osób starszych. W województwie kujawsko-

<sup>18</sup> Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce w 2020 roku, MRiPS, 2021, s. 156 i nast.



-pomorskim na 144 gminy zadań opieki nie realizuje wcale 11 gmin, a 9 gmin realizuje je w stopniu niewystarczającym. W województwie łódzkim w „większości wszystkie osoby zgłaszające potrzebę i wymagające wsparcia były objęte pomocą w formie usług opiekuńczych w stopniu adekwatnym do potrzeb” (s. 196, *Informacja...*). Z informacji wynika, że pomocy udziela się osobom, które zgłosiły się po pomoc. Nie wiadomo, ile osób potrzebujących pomocy nie zgłosiło w gminie prośby o pomoc lub nie wie, że może taką pomoc uzyskać. Nie ma informacji, czy gminy diagnozują występujące potrzeby. W województwie małopolskim: „Potrzeby osób starszych w zakresie usług opiekuńczych są zaspokajane w ramach naszych możliwości. Potrzeby są coraz większe a ograniczenia kadrowe i finansowe nie pozwalają na zaspokojenie wszystkich potrzeb” (s. 210, *Informacje...*). W informacji z województwa mazowieckiego pojawiły się problemy z dostarczeniem usług opieki: brak „zgody osób starszych na ponoszenie odpłatności za usługi” oraz trudności z dojazdem na dużą odległość do osób potrzebujących pomocy. Mimo braku wykwalifikowanych kadr z powodu niskich wynagrodzeń. „(...) w województwie podkarpackim stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie usług opiekuńczych jest zadowalający” (s. 246, *Informacja...*). W województwie podlaskim (w *Informacji...* s. 259) wskazano na wiele braków i utrudnień w realizacji usług opiekuńczych: „Brak wyspecjalizowanych instytucji i osób świadczących całodobową opiekę osobom starszym, samotnym. Mała liczba podmiotów świadczących usługi opiekuńcze. Niskie wynagrodzenie osób świadczących usługi opiekuńcze. Wyczerpanie psychofizyczne opiekunów, wypalenie zawodowe. Duże odległości (...) do miejsc zamieszkania podopiecznych (...). Niewystarczająca liczba miejsc w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Brak współpracy z rodziną (...). „Rezygnacja z usług opieki z powodu ponoszenia zapłaty za opiekę”. Mimo ograniczonych zasobów kadrowych, trudności w zatrudnieniu opiekunów na umowę-zlecenie, brak ośrodków opieki „potrzeby te w województwie są zaspokojone w stopniu wystarczającym” (s. 268, *Informacja...*). W realizacji zadań opieki utrudnieniem jest długi czas postępowania sądowych oraz brak zaangażowania rodziny w opiekę nad członkami rodziny w wieku podeszłym. Niskie wynagrodzenia osób zatrudnionych w placówkach opieki powodują dużą rotację pracowników. Powszechne braki i utrudnienia wynikają z niedostatecznych nakładów ze środków publicznych na usługi opiekuńcze. Zbyt niskie są progi dochodowe dostępności do usług bezpłatnych. Z powodu niskich wynagrodzeń i zatrudniania opiekunek na umowę zlecenie brakuje stabilnych, zawodowo przygotowanych kadr opieki. Wiele gmin nie realizuje zadań opieki z powodu niskich dochodów. Nierzadko gminy składają służbom wojewody oświadczenie, że na terenie gminy nie występują potrzeby w zakresie usług opiekuńczych. Raporty wojewodów dotyczące opieki nad osobami starszymi niesamodzielnymi zawierają informacje przekazywane przez gminy. Ocena stanu zaspokojenia potrzeb starszych osób niesamodzielną wymaga weryfikacji sprawozdań gminnych w niezależnych, obiektywnych badaniach.

## 8. Gminy nie są zdolne do świadczenia usług opieki niesamodzielnym seniorom

Z analizy informacji przekazywanych (do MRPS) przez służby wojewodów wynika, że instytucje publiczne samorządu lokalnego – w obecnych uwarunkowaniach prawnych, finansowych i organizacyjnych – nie są zdolne do wykonania zwiększającej się skali zadań opiekuńczych dla starszych osób niesamodzielných. Gminom brakuje nie tylko wykwalifikowanych kadr i środków finansowych na zaspokojenie potrzeb opiekuńczych. Brakuje też wiedzy o występujących obecnie i przyszłych potrzebach. W Polsce nie ma instytucji odpowiedzialnej za monitorowanie dostępności i jakości usług opiekuńczych, ocenę programów, dostępności, organizację i nadzór nad jakością usług. Co piąty samorząd gminy nie realizuje własnego obowiązkowego zadania opieki w miejscu zamieszkania dla osób w starszym wieku.; nie zna potrzeb opiekuńczych seniorów. Wiele samorządów lokalnych (gmin i miast) nie wykonuje tego zadania z przyczyn obiektywnych; możliwości nie mają gminy peryferyjne, rolnicze, o niskich dochodach, wyludniające się. W większości takich gmin proces starzenia się ludności jest najbardziej zaawansowany; tam występują stosunkowo największe (także niezaspokojone) potrzeby opiekuńcze. Wiele gmin nie może opłacić kosztów opieki domowej czy opieki w domu pomocy społecznej. Zadań opiekuńczych w odpowiednim zakresie nie wykonuje też wiele gmin o wysokich dochodach.

W ocenie NIK „gminy w niewystarczającym stopniu rozpoznają potrzeby osób starszych, a działania w zakresie opieki oferowane w systemie pomocy społecznej nie nadążają za wzrostem liczby osób, którym potrzebna jest opieka. (...) w latach 2012–2015 przybyło około 18% osób powyżej 60 roku życia (...), a zakres form wsparcia pozostawał na niezmiennym poziomie”<sup>19</sup> (NIK, 2017, s. 12). Z informacji Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej wynika, że w 2016 r. z usług opiekuńczych korzystało 1,04% osób w wieku 60 i więcej lat. Najwyższa Izba Kontroli wielokrotnie zwracała uwagę, że „(...) jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialne ustawowo za działania pomocowe nie mają rozeznania, które z osób wymagają wsparcia, istnieje ryzyko, że znaczna ich część pozostaje poza systemem pomocy społecznej” (op. cit., s. 12). Główną barierą w rozwoju usług opieki środowiskowej zgłaszaną przez samorządy gmin jest brak środków finansowych. Około 20% gmin w Polsce nie świadczy mieszkańcom usług opieki środowiskowej<sup>20</sup>, mimo, że jest to obowiązkowe zadanie własne gminy. W poszczególnych regionach odsetek gmin, które nie zapewniały w 2016 r. usług opiekuńczych wynosił: 46% (54 gminy) w województwie podlaskim, 33% (111 gmin) w województwie mazowieckim, 27% (47 gmin) w województwie łódzkim, 23% (23 gminy) w województwie świętokrzyskim, 20% (37 gmin)

<sup>19</sup> NIK nr ewid. 25/2017/P/16/041/KPS.

<sup>20</sup> Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, Seniorzy bez opieki, NIK nr ewid. 31/2018/P/17/043/KPS.

w województwie małopolskim. W pozostałych województwach gmin, które nie realizowały usług opiekuńczych, było od 19% (podkarpackie, lubelskie) do 5% w województwie warmińsko-mazurskim. W ocenie NIK większość „samorządów nie posiada rozeznania w sytuacji osób starszych”<sup>21</sup>. Część samorządów nie wie, ilu seniorów mieszka na ich terenie, i nie ma wiedzy o ich potrzebach. Większość samorządów ocenia potrzeby w zakresie usług opiekuńczych na podstawie wniosków składanych przez seniorów o usługi. Seniorzy, którzy nie zgłaszają się po usługi – pomocy nie otrzymują. „NIK zwraca uwagę, że część seniorów mogła nie otrzymać wsparcia, bo po prostu nie wiedziała o takiej możliwości”<sup>22</sup>. Gminy nie mają aktualnych strategii rozwiązywania problemów opieki; nie aktualizują dokumentów, chociaż sytuacja demograficzna w gminach zmienia się dynamicznie. Zadania wymieniane w programach działania na rzecz seniorów mają charakter doraźny, często deklaracyjny, nie tworzą spójnego systemu, nie są monitorowane, nie są dostosowane do zmieniających się potrzeb. Głównym problemem gmin jest dynamiczny wzrost zadań w opiece na osobami starszymi, brak środków finansowych, brak odpowiedniej do potrzeb liczby pracowników usług opiekuńczych. Zawody opiekuńcze (nazywane też „pomocowymi”) są zróżnicowane ze względu na charakter pracy w różnych instytucjach. W ostatnich latach powstaje w Polsce wiele zawodów związanych z opieką, są to m.in. opiekunowie: medyczny, środowiskowy, osoby starszej, w domu pomocy społecznej. Mimo tworzenia wielu nowych zawodów, wciąż do świadczenia usług opieki zatrudniane są głównie kobiety nie mające kwalifikacji. W powszechnym przekonaniu, kwalifikacje do opieki nie są wymagane. Prestiż zawodu opiekuna jest niski, wynagrodzenia na poziomie płacy minimalnej. Opiekunki zatrudniane są głównie w formach niestabilnych (bez ubezpieczenia społecznego). Znaczna ich część pracuje w szarej strefie prywatnych usług opiekuńczych. Zatrudnieni w opiece nad osobami niesamodzielnymi są rozproszeni w wielu instytucjach, co utrudnia ocenę ich kompetencji i potrzeb kwalifikacyjnych. Kwalifikacji wymaga się tylko od osób świadczących usługi specjalistyczne. Nie ma jednolitego katalogu zawodów. Nie ma standardów środowiskowych usług opiekuńczych.

Organizacja opieki dla niesamodzielných osób w wieku starszym i sędziwym to także złożony problem ich bezpieczeństwa. Szczególnie wówczas, gdy usługi opieki „nabywane” są w „szarej” strefie, pozostającej poza jakąkolwiek kontrolą instytucji publicznych. Względny bezpieczeństwa i należyta troska o starsze osoby niesamodzielne, w instytucjach opieki (tak publicznych, jak i prywatnych) nie są przedmiotem nadzoru; w systemie nie ma podmiotu, który monitorowałby bezpieczeństwo i jakość usług opieki dla starszych osób niesamodzielnych dostępnych nie tylko na wolnym rynku. Nieprawidłowości w opiece czy zagrożenia bezpieczeństwa nie

---

<sup>21</sup> Op. cit.

<sup>22</sup> Op. cit.

ujawniają niesamodzielną podopieczni. Osoby starsze, szczególnie osoby niesamodzielną, często samotne i ubogie, nie mogą być jedynymi oceniającymi jakość dostarczanych im usług opiekuńczych w „ankietach satysfakcji klienta”.

## **9. Jeśli gmina nie organizuje usług opiekuńczych starszym samotnym osobom niesamodzielną, to pozostają one bez opieki**

Niesamodzielną nie pojawia się sama z siebie; jest następstwem utraty sprawności wskutek coraz bardziej zaawansowanego wieku, choroby (źle leczonoj lub nieleczonoj wcale). Stan niesamodzielną wymaga stałej opieki oraz leczenia choroby (chorób), która może współwystępować z niesamodzielną starczą. Leczenie, rehabilitacja mogą (w ograniczonym zakresie) poprawić sprawność; ale osobom starszym nieczęsto rokują przywrócenie samodzielności. Niesamodzielną w wieku zaawansowanym jest stanem naturalnym. Opieka nad osobą niesamodzielną w zaawansowanym wieku, wymaga udzielenia jej pomocy w wykonywaniu czynności życia codziennego, których nie może wykonać samodzielnie (takich, jak wstawanie, siadanie, chodzenie, odżywianie się, dbanie o higienę osobistą). Pomoc innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych jest konieczna do utrzymania życia. Niesamodzielną starcza nie jest chorobą – nie wymaga leczenia, lecz opieki i pielęgnacji; brak usług opiekuńczych może wywołać chorobę i potrzebę leczenia.

Skutki braku opieki potwierdzają statystyki, analizy, badania, sprawozdania administracyjne, dokumenty kontroli państwowej (NIK), a także „nadliczbowe” zgony osób starszych w okresie pandemii. Brak usług opiekuńczych w środowisku zamieszkania wynika z wielu przyczyn. Obowiązków opiekuńczych nie wypełniają zarówno rodziny, jak i samorządy gmin. Mimo głębokich zmian demograficznych, rosnącej skali niezaspokojonych potrzeb, nie ma rozwiązań odpowiednich do zmieniającej się sytuacji. Jak zachęcić (wyegzekwować?) gminy do wykonania własnego obowiązku opieki? Kogo zobowiązać do opieki, gdy senior nie ma opieki rodziny, a gmina jej nie zapewni? Publiczne i prywatne usługi opiekuńcze są coraz droższe, trudniejsze do uzyskania; a ich poziom, funkcjonalność i dostępność coraz bardziej ograniczona<sup>23</sup>. Wszystkie instytucje opieki charakteryzuje ograniczona dostępność i często brak opieki kompleksowej.

W obecnych rozwiązaniach (stan w 2022 r.) finansowanie, organizacja i nadzór nad usługami opiekuńczymi i pielęgnacyjnymi jest rozproszony między ministerstwami Rodziny i Polityki Społecznej oraz Zdrowia, wojewodami, samorządami.

<sup>23</sup> Dokumenty informujące o formach opieki; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 731), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.).

System pomocy społecznej może zapewniać opiekę w: środowisku zamieszkania, w domach pomocy społecznej, dziennych domach opieki społecznej, ośrodkach wsparcia dla osób starszych, w specjalistycznych opiekuńczych domach dla seniorów. NFZ finansuje opiekę w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w hospicjach, poradniach, szpitalach, a także opiekę długoterminową pielęgniarstwa, pomoc i opiekę domową. Podział na „pacjentów” i „podopiecznych” nie sprzyja tworzeniu form organizacyjnych udzielających kompleksowej pomocy i opieki. Możliwości udzielenia opieki osobom niesamodzielnym są ograniczone. Umieszczenie pacjenta/podopiecznego, bez względu na rodzaj i formę potrzebnej pomocy/opieki, jest uwarunkowane wieloma czynnikami; stanem zdrowia i sprawności, poziomem dochodu, sytuacją rodzinną. Administracyjne „bariery” dostępu, segregacja osób ze względu na sytuację dochodową i warunki ich życia ogranicza dostępność usług opieki nie tylko stacjonarnej. Umieszczenie starszej osoby niesamodzielnej w placówce opieki wymaga obfitej dokumentacji zaświadczającej o potrzebie udzielenia pomocy. Kryterium przyjęcia do zakładów opiekuńczo-leczniczych (finansowanych przez NFZ) jest skierowanie lekarza i ocena stanu sprawności przez pielęgniarkę (na podstawie oceny w tzw. skali Barthel stosowanej do oceny sprawności chorego). Czas pobytu pacjenta w zakładzie leczniczym zależy od wieku, stanu zdrowia, stopnia niepełnosprawności. Hospicja i poradnie przeznaczone są dla pacjentów przewlekle i ciężko chorych, którym zapewniają opiekę paliatywną. Opieka domowa w miejscu zamieszkania obejmuje usługi opiekuńcze na podstawie oceny sytuacji osoby starszej oraz wniosku lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W zależności od dochodu oraz od „resortowej” podległości usługi opieki mogą być nieodpłatne lub odpłatne. Opieka pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w domu pacjenta jest finansowana przez NFZ. Opieka pielęgniarstwa długoterminowa zależy od stanu zdrowia pacjenta. Opieka w domu realizowana przez osoby zatrudnione jest finansowana przez podopiecznego i rodzinę. Określone w przepisach prawa uprawnienia osób starszych do bezpłatnej opieki dotyczą osób chorych. O potrzebie udzielenia opieki zaświadcza lekarz. Istniejące formy opieki kierowane są do osób starszych obciążonych chorobami. W polskim systemie nie ma instytucji opieki dla osób niesamodzielnych, które po odbytych leczeniu wymagają opieki pielęgnacyjnej w okresie rekonwalescencji.

Przyjęta koncepcja opieki w miejscu zamieszkania najbliższej osoby potrzebującej opieki w założeniu powinna przynieść dobre rezultaty. W praktyce przyjęte rozwiązania w zakresie usług opiekuńczych dla niesamodzielnych osób starszych nie przynoszą pożądanych skutków. Obecny system okazał się niezdolny do kompleksowego zaspokojenia potrzeb opieki coraz większej liczbie samotnych osób niesamodzielnych w coraz bardziej zaawansowanym wieku. Obecny system usług opiekuńczych ukształtowany w innych warunkach społecznych i demograficznych. Potrzebna jest

pogłębiona analiza i ocena, bez której nie można stwierdzić, jaka powinna nastąpić zmiana w zakresie finansowania, uprawnień do świadczeń, organizacji, dostępności, form pomocy, jakości usług, monitorowania, zintegrowanego nadzoru. Czy konieczna jest zasadnicza naprawa „dobrego” w założeniu systemu, tak, aby wspólnoty samorządowe realizowały obowiązkowe własne zadania opieki środowiskowej na poziomie społecznie akceptowanym?

## **10. Opieka musi być realizowana w warunkach gwarantujących poszanowanie godności podopiecznego**

Zapewnienie opieki osobom niesamodzielnym wynika z prawa każdego człowieka do ochrony i poszanowania godności. Opieka ma być wykonana w warunkach oraz na poziomie zapewniającym osobie niesamodzielną ochronę jej godności. Pozbawienie niesamodzielną osób w starszym wieku usług opiekuńczych narusza ich prawo do zachowania godności, co gwarantuje art. 30 Konstytucji RP: *Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.* Normy konstytucyjne nakładają obowiązek wdrożenia reguły konstytucyjnej. Zapewnienie opieki osobom niesamodzielnym w zaawansowanym wieku jest niezbywalnym zadaniem władz publicznych. Warunki, formy organizacyjne i finansowe opieki powinny gwarantować podopiecznemu ochronę godności. Obciążenie obowiązkiem opieki rodziny lub/i gminy, w praktyce, okazało się niewystarczające, aby wypełnić dyspozycje art. 30 Konstytucji RP. Jeśli gmina z wielu (różnych) powodów nie wypełnia zadania, to jaki podmiot publiczny ma wypełnić konstytucyjny obowiązek? Władze państwowe czy samorząd? Jeśli zadań nie wykonuje gmina to: kto i z jakiego tytułu ma obowiązek sprawowania trwałej opieki pielęgnacyjnej?<sup>24</sup>. Kto powinien ponosić koszty opieki świadczonej osobom niesamodzielnym w zaawansowanym wieku? Czy koszty powinna ponosić rodzina? Czy społeczność lokalna? Czy państwo powinno finansować opiekę pielęgnacyjną z powszechnych podatków? Czy koszty opieki można pokrywać z majątku podopiecznego? A jeśli podopieczny i jego rodzina nie ma środków, to kto powinien łożyć na koszty opieki?

Każde z tych pytań jest istotne; szczególnie wobec stałego, znacznego wzrostu potrzeb i kosztów opieki oraz niewydolności samorządów gminnych, które na mocy prawa zobowiązano do wykonania zadania świadczenia usług opiekuńczych także dla osób starszych, na podstawie jedynie ogólnikowego zapisu w ustawie o pomocy społecznej. Zadaniem gminnej instytucji pomocy społecznej jest zorganizowanie

<sup>24</sup> J. Jończyk, *Zagadnienia trwałej opieki pielęgnacyjnej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2009/6, s. 2–8.

i świadczenie usług opieki dla osób, które z różnych powodów znalazły się w „trudnej sytuacji życiowej”. W polskim prawie nie ma legalnej definicji „opieki”. Nie ma też definicji „trudnej sytuacji życiowej”. Każdy może inaczej definiować trudne sytuacje i zadania opiekuńcze.

Czy do sytuacji równoważnych z innymi „trudnymi sytuacjami życiowymi” można zaliczyć naturalny proces starzenia się, którego skutkiem jest starość, w tym także starość niesamodzielną? Starość jest naturalnym etapem życia; w okresie zaawansowanej starości może zdarzyć się niesamodzielną. Niesamodzielną starość jest zjawiskiem losowym, które występuje w coraz większej skali wskutek coraz dłuższego przeciętnego czasu trwania życia. Niesamodzielną starość jest zdarzeniem charakterystycznym dla naturalnego okresu życia; nie może być traktowana jako jedna z wielu „trudnych sytuacji życiowych”. Pomoc i opieka osobie niesamodzielnej w wieku starszym i sędziwym musi być stała i kompleksowa, ponieważ decyduje o utrzymaniu życia osoby niesamodzielnej. Nie może to być opieka okazjonalna, doraźna i uznaniowa.

Instytucja polityki społecznej, jaką jest pomoc społeczna ma ograniczone zastosowanie do rozwiązywania problemów opiekuńczych osób niesamodzielnych w starszym wieku. Pomoc społeczna ma charakter subsydiarny, ma aktywizować i wspierać aktywność podopiecznych. Pomoc społeczną może uzyskać jednostka (rodzina), jeśli znajdzie się w „trudnej sytuacji życiowej”, która jest definiowana dowolnie i traktowana uznaniowo. Świadczenia pomocy społecznej mają charakter uznaniowy i doraźny; gmina może, ale nie musi udzielić pomocy. Od beneficjenta wymaga się aktywności i kooperacji z innymi podmiotami. Uzyskane świadczenia pomocy społecznej mają trwale zmienić położenie osoby (rodziny), której udzielono pomocy. Osoby lub/i rodziny mogą liczyć na pomoc społeczną „w przezwyciężeniu trudnej sytuacji życiowej”, pod warunkiem aktywnego współdziałania. Podopieczny musi wykorzystać „własne środki, możliwości i uprawnienia” przed uzyskaniem pomocy społecznej. Czy warunki ustawowe uzyskania pomocy społecznej może wypełniać osoba niesamodzielną w zaawansowanym wieku? System pomocy społecznej (opieki socjalnej) koncentruje się na problemach, które są skutkiem ubóstwa. Zasada ta stosowana jest w świadczeniu usług opiekuńczych osobom starszym; bezpłatnie usługi są dostępne tylko osobom o bardzo niskich dochodach (obowiązuje` tzw. próg dochodowy). W stosunku do niesamodzielnych osób w zaawansowanym wieku gmina może – za zgodą osoby potrzebującej pomocy – umieścić w domu pomocy społecznej lub w innych ośrodkach opieki (koszty opieki w domu pomocy społecznej ponoszą: pensjonariusz, rodzina lub ostatecznie gmina). Pomoc społeczna ze względu na interwencyjny charakter może udzielać pomocy doraźnej w sprawach bytowych

i opiekuńczych, świadcząc pomoc tymczasową w zaspokojeniu codziennych potrzeb osób, które z różnych przyczyn wymagają pomocy innych osób<sup>25</sup>.

Pomoc społeczna ma funkcje komplementarne, uzupełniające i domykające – nie może być środkiem zabezpieczającym niesamodzielną starość. Jest narzędziem rozwiązywania szczególnie trudnych sytuacji życiowych. Określone ustawą warunki udzielania pomocy społecznej tylko w ograniczonym zakresie mogą dotyczyć osób niesamodzielných w starczym i sędziwym wieku. Czy może mieć zastosowania do rozwiązania problemu społecznego, jakim jest masowo występująca, z przyczyn obiektywnych, niesamodzielną osób starszych potrzebujących opieki? Charakter pomocy społecznej, warunki udzielania świadczeń opiekuńczych nie mogą mieć zastosowania do specyficznej sytuacji osób niesamodzielných w starczym i sędziwym wieku. W obecnej sytuacji prawnej i organizacyjnej samorządu gmin nie mają możliwości udzielenia trwałej kompleksowej opieki osobom niesamodzielnym na poziomie gwarantującym poszanowanie ich godności. Systemowe rozwiązania problemów opiekuńczych osób niesamodzielných, zastosowane w państwach europejskich poprzedzały wieloletnie debaty angażujące całe społeczeństwo. W debacie dotyczącej dostosowania rozwiązań sytuacji demograficznej i społecznej, szczególnie trudnym do uzgodnienia jest określenie stabilnych źródeł finansowania opieki pielęgnacyjnej oraz wskazanie podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań. Debaty publiczne wykazały, że w zakresie organizacji opieki nie ma rozwiązań uniwersalnych, ponieważ muszą być one dostosowywane do istniejących warunków i zmieniających się potrzeb.

## **11. Debata o sytuacji osób niesamodzielných oraz o możliwościach jej rozwiązania zainicjowana przez prof. Zbigniewa Religę, ministra zdrowia, w 2006 r.**

Debatę zainicjował prof. Zbigniew Religa w 2006 r., powołując zespół ekspertów, który przygotował projekt systemowego rozwiązania opieki dla osób niesamodzielných<sup>26</sup>. W 2007 r. przedłożono Rządowi RP koncepcję społecznego ubezpieczenia

<sup>25</sup> W sprawozdaniach usługi opiekuńcze obejmują szeroką kategorię usług społecznych świadczonych w zróżnicowanych sytuacjach, obejmując różne rodzaje usług. Trudno wyodrębnić usługi opiekuńcze świadczone osobom w starszym wieku z szerokiego zestawu usług pomocy społecznej. W polskim prawie nie ma jednolitej definicji opieki. Opieka nad osobami, które z różnych przyczyn znalazły się w „trudnych sytuacjach życiowych” (niezdefiniowane określenie z ustawy o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., tj. z dn. 16 kwietnia 2020, Dz.U.2020, poz. 821) należy w różnym zakresie do poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego. Por. art. 17, 19, 19a, 20, 21 oraz inne artykuły ustawy o pomocy społecznej. Samorząd gminy ma obowiązkowe zadanie: organizować i świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia, kierować do domów pomocy społecznej i ponosić odpłatność za pobyt. Czy jest to dostateczna podstawa prawna do zastosowania tego przepisu ustawy do opieki nad osobami w starszym wieku? Szerzej: M. Bitner, A. Gałązka, J. Sierak *Usługi społeczne na poziomie lokalnym*, Uczelnia Łazarski, Warszawa 2020, s. 89 i nast.

<sup>26</sup> Zespół do spraw Opracowania Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym. Zarządzenie Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religi. (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2006 r. nr 3, poz. 7, z późn. zm.).



pielęgnacyjnego finansowanego ze powszechnej składki, obowiązkowej dla wszystkich uzyskujących dochody z pracy – w wysokości 1% dochodu. Zakładano powołanie instytucji ubezpieczenia pielęgnacyjnego – odpowiedzialnej za organizację świadczeń, kontrolę i nadzór nad wykonaniem zadań opieki. Instytucja ubezpieczenia pielęgnacyjnego byłaby odpowiedzialna za jakość świadczonych usług opiekuńczych. Instytucja ubezpieczenia pielęgnacyjnego odpowiadałaby za opracowanie diagnoz, lokalnych potrzeb opieki, standardów i form opieki dostosowanej do sytuacji osób niesamodzielnych. Prawo do ubezpieczenia pielęgnacyjnego przysługiwałoby wszystkim osobom niesamodzielnym – na podstawie orzeczenia lekarza stwierdzającego stopień niesamodzielnności. Środki ubezpieczenia społecznego pielęgnacyjnego mogły być wykorzystane wyłącznie na finansowanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych (nie mogły być wykorzystywane na zaspokojenie innych potrzeb (np. mieszkaniowych, medycznych). Projekt przedkładał pierwszeństwo opieki domowej przed opieką instytucji. Zakładał również współdziałanie z rodziną podopiecznego, samorządem i środowiskiem lokalnym, instytucją środowiskowej pomocy społecznej oraz instytucjami ochrony zdrowia. Prawo do świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego przysługiwałoby wszystkim osobom niesamodzielnym posiadającym orzeczenie lekarskie<sup>27</sup>. W 2007 r. nastąpiła zmiana rządu. Projekt systemowego rozwiązania opieki dla osób niesamodzielnych nie został zaakceptowany przez nowe władze. Prac nad projektem nie kontynuowano. Nie wznowiono publicznej debaty dotyczącej opieki nad osobami niesamodzielnymi.

## **12. Pomoc społeczna wobec niesamodzielnności osób w wieku zaawansowanym**

W systemie pomocy społecznej nie ma świadczeń o charakterze gwarantowanym i roszczeniowym (to zasady obowiązujące w systemie zabezpieczenia społecznego). Świadczenia pomocy społecznej mają charakter uznaniowy. System pomocy społecznej koncentruje się na problemach będących skutkiem ubóstwa. Zadania lokalnej pomocy społecznej w zakresie środowiskowej opieki nad osobami w zaawansowanym wieku są tylko jednym z bardzo wielu zadań opiekuńczych. Tymczasem potrzeby opieki i pielęgnacji osób niesamodzielnych w podeszłym wieku stają się coraz poważniejszym problemem społecznym, którego nie można rozwiązać w obecnych warunkach, ponieważ wymaga on systemowego planowania. Wiele osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji nie ma rodziny. Statystyki nie informują o liczbie osób niesamodzielnych w Polsce. W 2006 r. (rok opracowywania projektu) szacowano, iż jest ponad milion osób niesamodzielnych. Obecna sytuacja demograficzna wskazuje na dalszy wzrost udziału osób w zaawansowanym wieku w strukturze lud-

<sup>27</sup> Opracowany projekt ubezpieczenia pielęgnacyjnego wzorowany był na ubezpieczeniu pielęgnacyjnym wprowadzonym w 1995 roku w Niemczech (por. w dalszej części artykułu).

ności, co zwiększa potrzeby opiekuńcze, szczególnie na terenach depopulacyjnych. Wydłuża się trwanie życia kobiet i mężczyzn. wzrasta poziom oczekiwań wyższego standardu i lepszej jakości usług. Sytuacja, gdy osoba niesamodzielna nie otrzymuje koniecznej do egzystencji pomocy, nie może być akceptowana. Dynamiczny rozwój usług, które świadczą podmioty prywatne charakteryzuje niski poziom opieki i bezpieczeństwa sanitarnego, nieposzanowanie godności i praw podopiecznych. Brak ustawowych gwarancji uzyskania świadczeń roszczeniowych w zakresie opieki i pielęgnacji powoduje nadmierne i nieuzasadnione obciążenie systemu ochrony zdrowia, który często interweniuje tam, gdzie potrzebna jest niemedyczna opieka pielęgnacyjna. Organizowane przez samorządy usługi opiekuńcze są niskiej jakości; samorząd wybiera usługodawców proponujących najniższe ceny. Konieczne jest przygotowanie rozwiązań o charakterze systemowym, jakim jest społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne<sup>28</sup>.

Krytyczna sytuacja, w jakiej znalazły się osoby niesamodzielne w podeszłym wieku w okresach nasilenia pandemii (2020–2021), wykazała, że problem usług opiekuńczych wymaga interwencji odpowiedzialnych podmiotów publicznych. Potrzeby opiekuńcze dla starszych osób niesamodzielnych zwiększają się dynamicznie od około 2000 roku. Uzasadnieniem do zastosowania systemowego rozwiązania w dostarczeniu usług opieki i pielęgnacji niesamodzielności (niezdolności do samodzielnej egzystencji) przez utworzenie w strukturze zabezpieczenia społecznego działu zabezpieczenia społecznego – ubezpieczenia pielęgnacyjnego dla osób niesamodzielnych w wieku zaawansowanym oraz uznania niesamodzielności za nowe ryzyko socjalne wymagające ubezpieczenia społecznego są trwałe i głębokie zmiany demograficzne w strukturze ludności Polski postępujące od 1990 roku. W kolejnych latach będzie następować ich natężenie, co wynika ze zmieniającej się struktury wieku ludności, utrwalań zmian w strukturze rodzin oraz z przestrzennego zróżnicowania struktury demograficznej ludności Polski. Warunki i zakres opieki dostępnej w 2022 r. określano w zasadniczo innych warunkach demograficznych<sup>29</sup>. Zasady i formy opieki dla osób niesamodzielnych, zostały stworzone w odmiennych od obecnych warunków demograficznych, społecznych i ekonomicznych. Rozwiązania w pomocy społecznej, ochronie zdrowia, ubezpieczeniu emerytalnym i rentowym – według stanu w 2022 roku – dotyczące opieki i pielęgnacji osób niesamodzielnych w zaawansowanym wieku – wymagają pogłębionej analizy i oceny w zakresie: finansowania, uprawnień, organizacji, dostępności, rodzaju i jakości świadczonych usług

<sup>28</sup> Propozycje Zespołu do spraw Opracowania Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym. Przewodnicząca Zespołu: prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska. Zespół – organ pomocniczy Ministra Zdrowia powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 3, poz. 7, z późn. zm.).

<sup>29</sup> Zadania dla samorządów gmin (w tym zadania opieki dla osób starszych) formułowano w innych warunkach demograficznych. Główne zadania opiekuńcze przekazano gminom; większość nie jest w stanie zrealizować usług opieki z własnych środków i na własną odpowiedzialność (szerzej por. art. dot. *Sytuacji demograficznej*...

opieki i pielęgnacji. Obecny zakres i formy zabezpieczenia społecznego nie są dostosowane do obecnej sytuacji; brakuje odpowiednich do potrzeb form opieki, skala potrzeb znacznie przekracza możliwości udzielenia opieki.

### **13. Nowe ryzyko socjalne – niesamodzielną starość**

Obawa o utratę samodzielności czy zdolności do samodzielnej egzystencji dotyczy zarówno samotnych osób starszych jak i posiadających rodzinę. Przed niesamodzielną starczą nie można się zabezpieczyć. Czas życia człowieka ma charakter losowy; nieprzewidywalny, jak każde zdarzenie losowe. Nieprzewidywalny jest także przebieg starości poszczególnych osób. Statystycznie można przewidywać wpływ różnych uwarunkowań na czas życia oraz na przebieg starości. Ale nie ma pewnej odpowiedzi: czy przebieg starości zależy, czy też nie zależy od człowieka? Indywidualnie nie można przewidzieć, czy starość będzie „złotą starością”, pięknym czasem aktywności. Czy będzie to „samotna starość” wypełniona chorobami, cierpieniem i ubóstwem. Utrata samodzielności w starszym wieku ma cechy zdarzenia losowego; nie wszystkie osoby osiągają długość życia określaną jako wiek starczy czy sędziwy. Nie wszystkie osoby stają się niesamodzielną w zaawansowanym wieku. Niesamodzielną w wieku podeszłym (starczym, sędziwym) może pojawić się w wyniku choroby, urazu oraz wskutek utraty sprawności i sił w zaawansowanym wieku. Niesamodzielną starcza, ze względu na dużą skalę oraz nieprzewidywalność, staje się ryzykiem socjalnym. Nie można określić, czy i kiedy, z jakim nasileniem wystąpi oraz jak długo będzie trwała. Niezdolność do samodzielnej egzystencji ze względu na utratę sprawności fizycznej, psychicznej, umysłowej jest nowym ryzykiem socjalnym. Nie ochroni przed ryzykiem niesamodzielną i jego skutkami styl życia, stan zdrowia, stan posiadania, wykształcenie, status zawodowy, pozycja społeczna, stan rodziny. Dlatego konieczne jest systemowe rozwiązanie, na zasadach wzajemności i solidarności społecznej, zabezpieczające skutki niesamodzielną w zaawansowanym wieku. Osoba, która staje się osobą niesamodzielną wymaga pomocy w codziennych czynnościach, co pozwala jej zachować życie. W obecnych warunkach prawnych i organizacyjnych nie można skutecznie zabezpieczyć się przed tym ryzykiem, ponieważ rozwiązania (zobowiązanie rodziny i gminy) są nieskuteczne, nie obejmują konsekwencji wystąpienia ryzyka socjalnego niesamodzielną starczej. Masowej skali niesamodzielną oraz wysokich kosztów jednostkowych nie jest w stanie ponieść rodzina, pomoc społeczna, ochrona zdrowia. Nowe ryzyko socjalne – niesamodzielną w wieku zaawansowanym – nie ma w polskim systemie zabezpieczenia społecznego ochrony prawnej. Ukształtowany obecnie (2022 r.) system zabezpieczenia społecznego nie obejmuje ryzyka niesamodzielną z powodu podeszłego wieku; nie ma w nim środków prawnych, finansowych, organizacyjnych, instytucjonalnych. Nie ma podmiotu „odpowiedzialnego” za ochronę życia i godności,

interesów osobistych oraz zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych, które decydują o zachowaniu życia. System zabezpieczenia społecznego nie obejmuje ryzyka niesamodzielnności z powodu podeszłego wieku.

#### **14. Z wiekiem pojawiają się nowe potrzeby, a ograniczają się możliwości ich zaspokojenia**

Wzrasta tempo demograficznego starzenia się ludności Polski; wiek (coraz bardziej) zaawansowany osiągają liczne generacje urodzonych w latach pierwszego wyżu demograficznego (1946–1959). Konsekwencją procesu „podwójnego starzenia się” jest (i będzie) wzrost liczby osób niesamodzielnych wymagających pomocy i stałej kompleksowej opieki (w tym opieki pielęgnacyjnej). Utrata samodzielności zasadniczo zmienia życie osoby w zaawansowanym wieku (oraz jej rodziny); dalsze życie staje się uzależnione od uzyskania opieki odpowiedniej do stanu (stopnia) niesamodzielnności. Wzrost wieku seniora, utrata samodzielności następuje w czasie, gdy spada realna wartość emerytury; wzrastają koszty utrzymania gospodarstwa domowego. Wartość realna emerytury – w stosunku do dochodów uzyskiwanych z pracy zarobkowej – zmniejsza się wraz z wydłużaniem się czasu jej pobierania. Wynika to z przyjętej reguły tzw. waloryzacji (20% wzrostu płac oraz wskaźnik inflacji z roku przed waloryzacją)<sup>30</sup>. Niesamodzielnność powoduje całkowitą zmianę w organizacji i funkcjonowaniu gospodarstwa domowego. Z utratą samodzielności następuje znaczny (często wielokrotny) wzrost kosztów utrzymania, szereg usług domowych i osobistych trzeba opłacić z dochodów własnych (na ogół uzyskiwanych wyłącznie z emerytury). Koszty utrzymania gospodarstwa domowego powiększają się o wiele pozycji kosztów usług i sprzętów koniecznych do utrzymania życia<sup>31</sup>. Zakres koniecznych usług i koszty utrzymania zależą od stopnia i charakteru niesamodzielnności oraz rodzaju potrzebnych usług.

<sup>30</sup> „Waloryzacja” emerytury (faktycznie dodatek drożyzniany) jest częściową rekompensatą utraconej w stosunku do opłacanej składki na ubezpieczenie emerytalne – wartości świadczenia emerytalnego. Zastosowanie mechanizmu tzw. rocznej waloryzacji obejmuje tylko 20% wzrostu wynagrodzeń oraz współczynnik inflacji z roku poprzedzającego tzw. „waloryzację”. Zastosowanie tej zasady powoduje systematyczną utratę realnej wartości emerytury w stosunku do wartości wynagrodzenia, od którego opłacana była składka na ubezpieczenie emerytalne. W związku z wydłużaniem się czasu trwania życia oraz okresu wypłacania emerytury postępuje utrata realnej wartości świadczenia. Wraz z wydłużaniem się trwania życia emeryta może wystąpić utrata samodzielności (zdolności do samodzielnej egzystencji), co zasadniczo zmienia koszty utrzymania emeryta. Polski system zabezpieczenia społecznego zawiera świadczenia uzupełniające dochody, osób w wieku 75+ („zasiłek pielęgnacyjny” wypłacany wszystkim emerytom, bez względu na stan ich zdrowia i sprawności. Osoba w wieku 75+ może uzyskać dodatek pielęgnacyjny (500 zł) na podstawie orzeczenia lekarza o niesamodzielnności. Nie rozwiązuje to problemu dostępności i jakości usług opiekuńczych.

<sup>31</sup> Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów wynosił 1894,38 zł. W dniu 31 grudnia 2020 r. liczba emerytów i rencistów pobierających świadczenia wynosiła 9 mln 320 tys.; 26,8% emerytów tj. 1 909,1 tys. osób było w wieku 75 i więcej lat, w wieku 70–74 lat – 1615,1 lat (22,7%), w wieku 65–69 lat 2129,4 (29,9%).

Wraz z wiekiem zmienia się też sytuacja rodzinna seniora. Wdowieństwo w sędziwym wieku częściej (około trzy razy) dotyka kobiet<sup>32</sup>. W 2020 r. przeciętny czas życia kobiet (80,7 roku) był o około 8 lat dłuższy niż czas życia mężczyzn (72,6)<sup>33</sup>. Wraz z wiekiem pogarsza się stan zdrowia i sprawność seniora. W 2019 r., kobieta, która miała przed sobą 81,8 roku życia – z tego pierwsze 63,3 lata (tj. 77% życia) mogła przeżyć w zdrowiu. Mężczyzna z przewidywanych w 2019 r. 74,1 roku życia mógł przeżyć w zdrowiu bez ograniczeń 59,7 roku (80%)<sup>34</sup>. Wraz z wiekiem wskaźniki procentowe „życia w zdrowiu” ulegają obniżeniu. Mężczyzna, który w 2019 r. miał 65 lat, może oczekiwać, że jeszcze 49% jego życia upłynie w zdrowiu (przeciętnie 7,8 roku, tj. do wieku 72,8 roku). Kobieta 65-letnia może oczekiwać, że w zdrowiu upłynie jej 42% przewidywanego dalszego trwania życia (przeciętnie 8,5 lat, tj. do wieku 73,5 roku). Utrata zdrowia ogranicza sprawność, obniża jakość życia, powoduje utrudnienia w codziennym życiu; nie musi oznaczać niesamodzielności. Z danych publikowanych przez GUS wynika, że niepełnosprawność (przeciętnie) pojawia w ósmej dekadzie życia (73 i więcej lat); pogarsza się stan zdrowia; postępuje proces utraty sprawności oraz samodzielności w wykonywaniu funkcji fizycznych, psychicznych, umysłowych. Utrata samodzielności nie jest równoznaczna z osiągnięciem wiekiem – ma charakter osobowy, indywidualny – może obejmować wszystkie lub – w różnym stopniu i czasie – poszczególne funkcje. Właściwa opieka medyczna i postępowanie rehabilitacyjne może spowolnić proces utraty sprawności i samodzielności. Utrata sprawności, jednej lub poszczególnych (niektórych, czy wielu) funkcji, może oznaczać utratę samodzielności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Życie osoby, która utraciła samodzielność staje się zależne od uzyskania dostosowanej do jej potrzeb pomocy innej osoby w zaspokojeniu codziennych potrzeb egzystencjalnych. Pomoc udzielana osobie niesamodzielnej jest kosztowna, ponieważ musi być: dostosowana indywidualnie do osoby, kompleksowa i stała; tylko taki charakter i zakres pomocy i opieki decyduje o możliwości kontynuowania życia.

<sup>32</sup> Mężczyźni żyją krócej niż kobiety w związku z czym w wieku sędziwym (80 lat i więcej) przeważają kobiety (ok. 70%).

<sup>33</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność*, 2021, s. 21.

<sup>34</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019*, 2020. W Polsce występuje duże zróżnicowanie przestrzenne w długości trwania życia oraz długości życia w zdrowiu; najdłuższe życie w zdrowiu mają mieszkańcy Wielkopolski (w 2019 r. mężczyźni 61,4 lata, kobiety 64,5 roku). Najkrótsze życie w zdrowiu na Śląsku mężczyźni (58,7 lat), kobiety (62,4 lata). Częściej, niż co 4 emeryt oceniał swoje zdrowie jako złe (21,2%). Prawie co trzeci rencista oceniał swoje zdrowie jako złe (32,9%).

## **15. Trwałą kompleksową opiekę osobom niesamodzielnym można zorganizować tylko zbiorowym wysiłkiem całego społeczeństwa**

Wydłużający się czas trwania życia tworzy nowe ryzyko społeczne – niesamodzielną starość w starczym i sędziwym wieku. Ryzyko niesamodzielną starość w zaawansowanym wieku, w przeszłości, występowało sporadycznie. Od kilku dekad występuje w coraz większej skali, zaś brak opieki stanowi obecnie poważny nierozwiązany problem społeczny.

Kosztów opieki nad osobą niesamodzielną nie uwzględniają świadczenia z ubezpieczenia emerytalnego. Emerytura (renta) jest świadczeniem, które ubezpiecza niezdolność do pracy zarobkowej; nie obejmuje niezdolności do samodzielnej egzystencji. Ubezpieczenie emerytalne nie uwzględnia zmiany sytuacji emeryta, który staje się niesamodzielnym z powodu zaawansowanego wieku (starości). Polski system ochrony zdrowia nie przewiduje finansowania opieki i pielęgnacji starszym osobom niesamodzielnym. W przypadku osób w zaawansowanym wieku ważną rolę w zapobieganiu niesamodzielną starość odgrywa prewencja; nie należy ona do zadań pomocy społecznej, ani do zadań systemu ochrony zdrowia. Narasta problem społeczny, jakim jest brak systemowej opieki nad osobami niesamodzielnymi w zaawansowanym wieku.

W polskim systemie zabezpieczenia społecznego niektóre świadczenia społeczne kierowane są do osób w starczym wieku. Zasiłek pielęgnacyjny po ukończeniu 75 roku życia wypłacany jest wszystkim emerytom. O zasiłek 500 plus mogą ubiegać się osoby niesamodzielną starość w wieku 75 lat i więcej o niskich dochodach (na podstawie orzeczenia lekarza). Szczególne świadczenie emerytalne otrzymują osoby w wieku 100 lat i więcej. Dodatki społeczne do emerytury niewątpliwie poprawiają sytuację dochodową. Nie tworzą jednak systemowego rozwiązania opieki nad starszymi osobami niesamodzielnymi. W obecnym systemie zabezpieczenia społecznego bez opieki pozostają często osoby starsze, samotne, niesamodzielną starość. Nie ma instytucji odpowiedzialnej za organizację usług opiekuńczych dla osób niesamodzielną starość<sup>35</sup>. Nie ma opracowanego i wdrożonego prawa chroniącego osoby niesamodzielną starość w starczym i sędziwym wieku przed naruszeniem ich praw i godności, przed zagrożeniem ich bezpieczeństwa i życia. W dramatycznej sytuacji są samotne osoby niesamodzielną starość w zaawansowanym wieku, gdy nie mają rodziny zobowiązanej prawnie i moralnie do udzielenia pomocy. Brak opieki dotyczy szczególnie osób niesamodzielną starość z najstarszych generacji. Sytuacja osoby starszej (szczególnie samotnej) w systemach ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest taka, jak gdyby nie było w wymienionych systemach rozwiązań gwarantujących osobie niesamodzielną starość ochronę godności,

<sup>35</sup> Gmina ma obowiązek zapewnienia usług opiekuńczych. Jednak wiele gmin z różnych przyczyn nie realizuje tego zadania, co stwierdza NIK.

zapewniającą opiekę i pomoc w starczym i sędziwym wieku. Podawanie osobom starszym środków psychotropowych w celu uzyskania tzw. spokoju staje się powszechną metodą „leczenia”. Nie ma skutecznych narzędzi kontroli jakości udzielanych świadczeń starszej osobie niesamodzielnej.

W strukturze ludności następuje systematyczny wzrost udziału osób w wieku starczym i sędziwym (75 i więcej lat)<sup>36</sup>. Procesy depopulacji szczególnie silnie zaznaczyły się na terenach peryferyjnych, w regionach i powiatach o najwyższym w latach transformacji bezrobociu<sup>37</sup>. Rodziny niedawnych emigrantów zarobkowych osiągają zaawansowany wiek i potrzebują pomocy oraz opieki. W latach 2021–2040 zaawansowany wiek osiągać będą generacje pierwszego powojennego wyżu demograficznego (1946–1959). Od 2026 r. wiek (80 i więcej lat) osiągnie generacja urodzonych po 1945 r.; wiek 76 lat osiągnie generacja urodzonych w 1950 roku; 71 lat ukończy najliczniejsza w Polsce po II wojnie światowej generacja urodzonych w 1955 roku. Formy i zakres opieki nie są dostosowane do zmieniającej się sytuacji demograficznej. W obecnym stanie sprawozdawczości statystycznej nie ma informacji o liczbie i skali występowania zjawiska niesamodzielności w generacjach osób w wieku poprodukcyjnym w poszczególnych gminach, powiatach, regionach. Zjawiska niesamodzielności w zaawansowanym wieku nikt nie monitoruje, nie rejestruje, nie bada. Nie przekazuje się informacji z instytucji związanych z ochroną zdrowia do ośrodków pomocy społecznej dotyczących wystąpienia niesamodzielności (w wieku zaawansowanym np. 75 i więcej lat). Nie ma instytucji przygotowanych do niezwłocznego udzielania pomocy i opieki osobom niesamodzielnym, szczególnie w zaawansowanym stopniu niesamodzielności (np. tym, które po skomplikowanym leczeniu powinny przebywać pod opieką na rekonwalescencji).

Opieka i pielęgnacja w przypadku osób niesamodzielných nie jest potrzebą medyczną (może mieć aspekt medyczny wywołany brakiem opieki). Ubezpieczenie chorobowe obejmuje świadczenia związane z „naprawą” zdrowia przez stosowanie odpowiednich procedur diagnostycznych i leczniczych. Starość nie jest chorobą, więc nie może być traktowana według procedur właściwych dla leczenia choroby. Starość jest naturalnym etapem życia człowieka, gdy następuje naturalna utrata sił i sprawności wielu funkcji życiowych, co w konsekwencji może uczynić osobę niesamodzielną. „Leczenie” starości oznaczałoby medykalizację naturalnego procesu

<sup>36</sup> W latach 1982–2014 Polska stała się państwem emigracyjnym, „za pracą” emigrowała bezrobotna młodzież. Problem braku opieki rodzinnej dla osób w sędziwym wieku ma uwarunkowania historyczne związane z procesami transformacji systemowej oraz masową emigracją zarobkową z przyczyn politycznych (w latach 80. XX w.) oraz ekonomicznych (po 1989 r.). Emigracja objęła głównie osoby urodzone w latach 1970–1990. Procesy emigracji i depopulacji szczególnie silnie zaznaczyły się w regionach i powiatach o najwyższym poziomie bezrobocia w latach transformacji. Rodzice emigrantów zarobkowych z lat transformacji systemowej (urodzenia w okresie pierwszego wyżu demograficznego w latach 1946–1959) osiągają starczy i sędziwy wiek. Pokolenie zobowiązane do pomocy i opieki, przebywa na emigracji.

<sup>37</sup> Poziom bezrobocia w 2002 roku według danych NSP wynosił 21,2 %, bezrobocie młodzieży wynosiło około 45%. Wyemigrowało za pracę ponad 2,5 mln osób głównie w wieku 20–35 lat (dane NSP 2002, NSP 2011).

w życiu człowieka, jakim jest starzenie. Stosowanie wobec osób w wieku zaawansowanym procedur leczniczych nie musi polepszyć jakości ich życia, ani przywrócić wielu utraconych sprawności i polepszyć stanu zdrowia. Czy medykalizacja może być zagrożeniem dla dobrostanu osób tracących sprawność z powodu coraz bardziej zaawansowanego wieku? Zagadnienie to wymaga bardzo poważnego rozważenia. Czy sprawność intelektualną i kontakt osoby w podeszłym wieku z otoczeniem, poprawią podawane powszechnie leki psychotropowe ograniczające kontakt? Czy leki psychotropowe poprawią jakość życia osoby niesamodzielną? Czy powszechne stosowanie leków ograniczających świadomy kontakt osoby w zaawansowanym wieku z otoczeniem ma uzasadnienie z punktu widzenia troski o dobrostan osoby starszej?

Z prognozowanego przebiegu zjawisk i procesów demograficznych; urodzeń, zgonów i wzrostu czasu przeciętnego trwania życia wynika, że problemu (opieki), występującego w masowej skali nie da się rozwiązać bez prawnych i finansowych gwarancji państwa. Organizacja systemowej kompleksowej opieki dla osób najstarszych wymaga zaangażowania państwa. Indywidualnie nie rozwiąże się problemu, którego skala w kilku przyszłych dekadach będzie się systematycznie zwiększać. Narastający problem opieki wymaga stworzenia systemu społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego; aby zbiorowym wysiłkiem całego społeczeństwa sfinansować i zorganizować opiekę pielęgnacyjną osobom niesamodzielną w zaawansowanym wieku. W systemowym rozwiązaniu trwałej opieki pielęgnacyjnej muszą być zastosowane trwałe instrumenty prawne i finansowe. Rozwiązanie wymaga systemu uniwersalnego, ale dostosowanego do indywidualnych sytuacji, do zróżnicowanych potrzeb i sytuacji poszczególnych osób. Trzeba podkreślić, że aktywność samorządów, wolnego rynku i wolontariatu jest bardzo ważna, może wspomagać rozwiązywanie problemu opieki pielęgnacyjnej, ale tylko w ograniczonym zakresie (pod nadzorem instytucji publicznych). Rola samorządu lokalnego, wolnego rynku i wolontariatu w funkcji opieki i pielęgnacji dla osób niesamodzielną jest ograniczona. Zaświadczają o tym dotychczasowe negatywne doświadczenia.

## **16. Przykład systemowego rozwiązania opieki pielęgnacyjnej nad osobami niesamodzielnymi**

Opracowany w 2006 r. projekt ubezpieczenia pielęgnacyjnego jako systemowej opieki dla osób niesamodzielną wzorowano na rozwiązaniu wdrożonym w 1995 roku w Niemczech, gdzie problem opieki rozwiązano przez ubezpieczenie pielęgnacyjne. Skutki ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie chorób lub urazów są jednym z rodzajów ubezpieczenia społecznego na zasadach: solidaryzmu społecznego, obowiązkowego charakteru, repartycyjnego sposobu finansowania. Świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego otrzymują osoby ubezpieczone, które



w następstwie chorób lub urazów stały się niezdolne do samodzielnej egzystencji. Wysokość świadczeń pieniężnych, rodzaj i zakres świadczeń rzeczowych są uzależnione od orzeczonego przez lekarza stopnia niesamodzielności. Wprowadzone w 1995 r. w Niemczech ubezpieczenie pielęgnacyjne – gwarantowane i roszczeniowe z nową instytucją realizującą zadania (kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego) oraz składkami ubezpieczeniowymi – zasługuje na szczególną uwagę. Ubezpieczenie pielęgnacyjne jest pierwszym w świecie kompleksowym projektem wdrożonym do praktyki oraz przykładem dla poszukujących systemowego rozwiązania problemu opieki i pielęgnacji dla osób w zaawansowanym wieku. W ubezpieczeniu niemieckim niesamodzielność osób w zaawansowanym wieku uznano za nowe – odrębne od innych – ryzyko socjalne. Ubezpieczenia pielęgnacyjne wprowadzono ustawą z 1994 roku. Zasady i konstrukcja tego ubezpieczenia zbliżone jest do ubezpieczenia chorobowego; ma charakter ubezpieczenia powszechnego, publicznego, obowiązkowego, gwarantowanego i roszczeniowego. Zakres przedmiotowy obejmuje ten zakres ryzyka niesamodzielności, która wynika nie z choroby, lecz z zaawansowanego wieku. Rozdzielenie dwóch ryzyk choroby i podeszłego wieku, finansowanych z odrębnych funduszy (chorobowy = choroba; pielęgnacyjny = podeszły wiek) sprawiać może trudności w praktyce. To, co wyróżnia ubezpieczenie pielęgnacyjne to świadczenia rzeczowe skierowane wyłącznie na czynności opiekuńcze i pielęgnacyjne, zapobiegające powstawaniu stanów chorobowych. Ubezpieczane czynności to: żywienie, utrzymanie higieny ciała i środowiska, w którym przebywa oraz zapewnienie osobie niesamodzielnej bezpieczeństwa w szerokim zakresie. Świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego mają charakter subsydiarny; udziela się pomocy w takim zakresie, który jest konieczny; obejmuje tylko usługi związane z warunkami życia osoby niesamodzielnej (np. nie opłaca kosztów mieszkania czy kosztów żywności, ponieważ te potrzeby są finansowane z innych środków). Środkami z ubezpieczenia pielęgnacyjnego dysponuje osoba niesamodzielna, dzięki czemu staje się niezależna w wyborze opiekuna i charakteru opieki. Instytucja ubezpieczenia pielęgnacyjnego wypłaca świadczenia pieniężne, organizuje dostarczanie świadczeń rzeczowych oraz usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych (w domu podopiecznego lub w placówce opieki dziennej lub stacjonarnej). Wartość pomocy z ubezpieczenia pielęgnacyjnego zależy od stopnia niesamodzielności, o którym orzeka lekarz. Niemiecka instytucja ubezpieczenia pielęgnacyjnego sprawuje także nadzór nad celowym wykorzystaniem świadczeń finansowych wypłacanych osobom niesamodzielnym. Kasa pielęgnacyjna zawiera umowy o pracę z osobami deklarującymi udzielanie opieki oraz kontroluje jej wykonanie.

Debata publiczna nad zabezpieczeniem społecznym nowego ryzyka socjalnego – niesamodzielności w zaawansowanym wieku – trwała w Niemczech około 20 lat. Ustawa z 1994 r. o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym rozwiązała problem opieki pielęgnacyjnej.

gnacyjnej dla osób niesamodzielnych. Ustawa wprowadziła systemowe rozwiązanie problemu opieki nad osobami niesamodzielnymi, niezdolnymi do samodzielnej egzystencji (w tym osobami w wieku zaawansowanym)<sup>38</sup>. Niemiecka ustawa o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym zawiera systemowe rozwiązanie społecznego problemu, jakim jest opieka nad osobami niesamodzielnymi w zaawansowanym wieku. W ustawie wskazano państwo jako główny podmiot odpowiedzialny za organizację opieki. Zobowiązano władze publiczne do organizacji pomocy i opieki osobom niesamodzielnym z powodu zmieniającej się sytuacji demograficznej. Ustawa o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym w ramach ubezpieczenia społecznego, weszła w życie w 1995 roku. Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech zorganizowane jest na zasadach klasycznego ubezpieczenia społecznego; jest: publiczne, powszechne, obowiązkowe. Składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne jest obowiązkowa i powszechna, opłacana przez wszystkich obywateli uzyskujących dochód z pracy (działalności gospodarczej) w równej dla wszystkich w wysokości (jako procent od uzyskiwanego dochodu). Świadczenie jest powszechne i roszczeniowe; wysokość świadczenia pieniężnego jest zależne od orzeczonego stopnia niesamodzielnności osoby. Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech jest roszczeniowe (należne każdemu, kto jest uprawniony) oraz gwarantowane przez państwo. Ubezpieczenie pielęgnacyjne realizowane jest przez powołaną instytucję ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Zakres przedmiotowy ubezpieczenia pielęgnacyjnego zapewnia każdej osobie niesamodzielnej w zaawansowanym wieku opłacenie kosztów koniecznej opieki. Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech pozwoliło objąć opieką wszystkie osoby niesamodzielne (nie tylko osoby w zaawansowanym wieku). Wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego zahamowało w Niemczech proces niekontrolowanej prywatyzacji usług opieki nad starymi osobami niesamodzielnymi. Dzięki pielęgnacyjnemu ubezpieczeniu społecznemu państwo przejęło kontrolę i nadzór nad poziomem i warunkami realizacji opieki dla osób niesamodzielnych. Instytucja ubezpieczenia pielęgnacyjnego nadzoruje celowość i gospodarność wydatkowania środków świadczenia pielęgnacyjnego<sup>39</sup>. Środki świadczenia pielęgnacyjnego są przeznaczone wyłącznie na finansowanie kosztów opieki pielęgnacyjnej, które wraz z pogłębianiem się niesamodzielnności – mogą przekraczać możliwości finansowe osoby niesamodzielnej i jej rodziny. Ubezpieczenie pielęgnacyjne nie „zastępuje” funkcji systemu emerytalnego, ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Najtrudniejsze w debacie, kontrowersyjne problemy dotyczyły źródeł finansowania usług oraz rozdzielenia usług o charakterze medycznym od usług pielęgnacyjnych. Kontrowersje w debacie publicznej dotyczyły źródeł finansowania usług opie-

<sup>38</sup> Szerzej: A. Przybyłowicz, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, ZUS, Warszawa 2017.

<sup>39</sup> A. Przybyłowicz, W Niemczech w 1994 roku ubezpieczenie pielęgnacyjne włączono do Kodeksu Socjalnego: A. Przybyłowicz, *O pojęciu niesamodzielnności w Księdze XI niemieckiego Kodeksu Socjalnego – Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2013, nr 10, s. 11–12.

ki; nie uzgodniono finansowania ze składki, ani z majątku osoby niesamodzielnej (ograniczenie wartości spadku potencjalnym spadkobiercom). O wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech zdecydowała decyzja rządu z 1990 roku<sup>40</sup>. W ubezpieczeniu pielęgnacyjnym przyjęto następujące zasady:

- pierwszeństwo pielęgnacji domowej – osoba niesamodzielną pozostaje – najdłużej, jak to tylko możliwe w najbliższym jej środowisku;
- pierwszeństwo w sprawowaniu opieki ma prewencja i rehabilitacja medyczna;
- każdy dba o swoje zdrowie i współpracuje w procesie leczenia; jednostka ponosi odpowiedzialność za własne zdrowie;
- pielęgnacja krótkoterminowa i częściowo stacjonarna poprzedza pielęgnację całodobową;
- za opiekę nad osobami niesamodzielnymi obowiązuje odpowiedzialność wspólna; opieka i pielęgnacja osób niesamodzielnych jest obowiązkiem ogólnospołecznym.

Po około 20 latach dyskusji i kontrowersji politycznych – w Niemczech wprowadzono w 1995 roku (ustawa z 26 maja 1994 r.) społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne na wzór ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczenie pielęgnacyjne wprowadzone w Niemczech zasługuje na szczególne zainteresowanie, ponieważ jest pierwszym wdrożonym do praktyki projektem opieki i pielęgnacji kompleksowej „wbudowanym” i skoordynowanym z systemem zabezpieczenia społecznego. W ustawie niemieckiej zdefiniowano ryzyko niesamodzielnosci, jego skutków, określono zakres występowania podmiotowego ryzyka (kogo dotyczy) i przedmiotowego (skutki i zakres interwencji). Zdefiniowano i określono źródła i wysokości finansowania (budżetu państwa, samorządów, składki – ubezpieczenie społeczne, współfinansowanie usług – środki publiczne, środki korzystających z usług). Przygotowano i przyjęto rozwiązania prawne o charakterze systemowym oraz wdrożono rozwiązania – podjęto działania w określonym prawem zakresie.

Wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech zahamowało rozwój rynku prywatnych usług opieki. Koniecznym stało się wprowadzenie rozwiązań w ramach systemu zabezpieczenia społecznego (m.in. ubezpieczenia społecznego, zaopatrzenia, opieki i pomocy społecznej, ochrony zdrowia). Skutkiem wprowadzo-

<sup>40</sup> W Niemczech ubezpieczenie pielęgnacyjne poprzedziła ustawa z 9 października 1986 r. o o poprawieniu opieki długoterminowej w ramach ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Ustawa obejmowała osoby objęte ubezpieczeniem chorobowym z potrzebą pielęgnacji domowej oraz wsparcie w obowiązkach domowych. Opiekunom przyznano prawo do 4 tygodni zwolnienia a podopiecznym prawo do opiekuna zastępczego na 4 tygodnie w roku. Niesamodzielnym przyznano świadczenia rehabilitacji medycznej w celu uniknięcia lub zredukowania potrzeby pielęgnacyjnej. Rozwiązanie to nie sprawdziło się, ze względu na wysokie koszty zarówno w kasach chorych, jak i w pomocy społecznej. Usługi świadczone tylko dla ok. 1/3 potrzebujących. Dlatego potraktowano je jako tymczasowe. O wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego zdecydowała deklaracja Ministra Pracy i Spraw Socjalnych Norberta Bluema z CDU z jesieni 1990 r. W konsekwencji zdecydowano o przyjęciu ubezpieczenia pielęgnacyjnego od 1995 r.

Por. szerzej: M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacje*, s. 159–190; (w:) J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi w starszym wieku*. RRL, Warszawa 2012.

nego działania jest uzyskanie bezpieczeństwa socjalnego – stanowiącego gwarancję zaspokojenia potrzeb wywołanych wystąpieniem ryzyka socjalnego (niesamodzielności).

Problem zwiększonych kosztów utrzymania w okresie zaawansowanej starości w polskim systemie zabezpieczenia społecznego ma rozwiązywać zasiłek pielęgnacyjny wypłacany wszystkim emerytom, którzy ukończyli 75 lat. Zasiłek pielęgnacyjny w założeniu ma kompensować zwiększone koszty utrzymania w związku z niepełnosprawnością lub podeszłym wiekiem<sup>41</sup>. W założeniu zasiłek miał wynosić 10% przeciętnego wynagrodzenia (w odniesieniu do wynagrodzenia w 1995 r.). Wprowadzenie do systemu zabezpieczenia społecznego zasiłku pielęgnacyjnego zaświadcza, że poza sporem pozostaje dyskusja o rosnących kosztach utrzymania osoby wraz z pojawieniem się niepełnosprawności i zaawansowanego wieku. Ustawa o ubezpieczeniu emerytalnym nie uwzględnia kosztów utrzymania rosnących wraz ze wzrostem rozmiarów zjawiska społecznego niesamodzielności wskutek podeszłego wieku. Z postępującą niesamodzielnością osoby w bardzo zaawansowanym wieku rosną potrzeby zaspokojenia trwałej opieki i pielęgnacji, o czym zaświadczały rosnące koszty opieki oraz skala zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne.

## 17. Podsumowanie

Starość (dla każdej osoby w zaawansowanym wieku) to ciągły niepokój o utratę zdrowia fizycznego, psychicznego i sprawności umysłowej. Obawa o utratę samodzielności, o możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb. Brak pomocy, ubóstwo, samotność, brak odpowiedniej opieki medycznej tworzą bardzo trudną sytuację egzystencjalną osoby w starszym wieku. Brak zaufania do instytucji opieki, instytucji ochrony zdrowia tworzy sytuację bardzo skomplikowaną.

Spokojna starość wymaga stworzenia odpowiednich warunków i zaspokojenia potrzeb, środków finansowych oraz aktywności służb publicznych. Obowiązek zapewnienia opieki osobom starym niesamodzielnym jest przede wszystkim obowiązkiem rodziny, wspólnoty samorządowej ale także i władz państwa. To państwo i jego organy dysponują wszystkimi narzędziami decydującymi o rozwiązaniach prawnych, organizacyjnych, o podziale dochodu społecznego. W przetargu politycznym kto i z jakiego tytułu ma większe obowiązki zapewnienia opieki „seniorom” niesamodzielnym nie rozwiąże narastającego problemu.

<sup>41</sup> Zasiłek pielęgnacyjny wprowadzono w Polsce w 1984 r., jest powszechnym świadczeniem socjalnym. Por. Szerzej: J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, s. 374 i nast., Zakamycze 2001.

## Bibliografia

- Bitner, M., Gałązka, A., Sierak, J. (2020). *Usługi społeczne na poziomie lokalnym*. Uczelnia Łazarzskiego.
- Główny Urząd Statystyczny. (2020). *Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-polsce-w-latach-2009-2019,4,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Sytuacja demograficzna Polski 2020 r. Zgony i umieralność*. [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/40/1/1/sytuacja\\_demograficzna\\_polski\\_do\\_2020\\_r\\_zgony\\_i\\_umieralnosc\\_publikacja\\_w\\_formacie\\_pdf.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/40/1/1/sytuacja_demograficzna_polski_do_2020_r_zgony_i_umieralnosc_publikacja_w_formacie_pdf.pdf).
- Jończyk, J. (2001) *Prawo zabezpieczenia społecznego: Zakamycze 374 i nast.*
- Jończyk, J. (2009). Zagadnienia trwałej opieki pielęgnacyjnej, *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, 2009/ 6.
- Kwaśniewski, J. (2003). *Badania problemów społecznych*. Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego.
- Nita, M. (2012). Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacje. W: J. Hryniewicz (red.). *O sytuacji ludzi w starszym wieku*. (s. 159–190). Rządowa Rada Ludnościowa.
- Nowak, S. (2011). *Metodologia badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN: 451 i nast.
- Przybyłowicz, A. (2013). O pojęciu niesamodzielnosci w Księdze XI niemieckiego Kodeksu Socjalnego – Ubezpieczenie pielęgnacyjne. *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, 10: 11–12.
- Przybyłowicz, A. (2017). *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- Rządowa Rada Ludnościowa. (2014). *Rekomendacje RRL w zakresie polityki ludnościowej*.
- Trafiałek, E. (2016). *Innowacyjna polityka senioralna w XXI wieku*. Wydawnictwo A. Marszałek.
- Tymowski, A. (1975). Socjoekonomiczne kryteria niezaleznosci osób starszych. W: J. Piotrowski (red.). *Starzenie się i Starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*.

# Sytuacja osób starszych w Polsce

## 1. Wprowadzenie

Od wielu lat w Polsce obserwuje się rosnącą liczbę osób starszych, podobnie jak w większości krajów europejskich. W powiązaniu z malejącą liczbą ludności, udział osób starszych w ogóle ludności szybko wzrasta. W Polsce na koniec 2020 r. udział osób w wieku 60 lat i więcej wyniósł 25,6%, podczas gdy w roku 2005 kształtował się na poziomie 17,2%. Należy wziąć pod uwagę fakt, że osób w analizowanym wieku będzie przybywać (w 2050 r. – 40,4% ogółu ludności Polski). Istotne jest zatem zapewnienie tym osobom właściwych warunków materialnych i poza materialnych wpływających na jakość ich życia.

Celem opracowania jest prezentacja wybranych elementów obrazujących sytuację osób starszych, które kształtują ich jakość życia (w ujęciu obiektywnym) oraz ocenę sytuacji przez te osoby (w ujęciu subiektywnym). Za osoby starsze (w wieku senioralnym), na potrzeby opracowania, przyjmuje się osoby w wieku 60 lat i więcej. Przyjęta granica wieku wynika z ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych<sup>1</sup>. Prezentowane dane pochodzą z zasobów statystyki publicznej, chyba że oznaczono je inaczej<sup>2</sup>.

## 2. Jakość życia w ujęciu obiektywnym i subiektywnym

Przed Polską, podobnie jak i przed całą Europą, stoi bardzo duże wyzwanie społeczne. Seniorzy są (i byli zawsze) nieodłącznym i istotnym elementem krajobrazu społecznego, choć nigdy wcześniej nie stanowili tak licznej grupy mieszkańców w Polsce i w Europie. Ważną kwestią jest zatem kształtowanie warunków do zapewnienia

---

<sup>a</sup> Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Ekonomii i Finansów; Urząd Statystyczny w Białymstoku.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1084-5341>.

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz. U. 2015, poz. 1705.

<sup>2</sup> Kompleksowe informacje na temat osób starszych zawarte są w publikacjach GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku (2020, 2021).

właściwej jakości życia tej grupie osób (Lada, 2018). Jakość życia to termin wieloznaczny. Używany jest zarówno w dyskusjach naukowych, jak i w życiu codziennym.

Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia definiowana jest jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” (WHO, 1995). Według R. Gillinghama i W. S. Reece’a jakość życia rozumiana jest jako wypadkowa obiektywnych uwarunkowań i subiektywnych odczuć, które towarzyszą człowiekowi przez całe życie. Każda osoba może oceniać jakość swojego życia odmiennie, bowiem rozumie ją w inny sposób i bierze pod uwagę różne wartości. Jakość życia może być rozumiana jako poziom satysfakcji, jaki odczuwa jednostka w wyniku użycia dóbr i usług nabywanych na rynku, form spędzania wolnego czasu i pozostałych charakterystyk środowiska, w którym się znajduje (Nowak, 2017).

Kolman jakość życia definiuje jako stopień zaspokojenia potrzeb duchowych i materialnych człowieka, stopień zaspokojenia wymagań określających poziom materialnego i duchowego bytu jednostek i całego społeczeństwa, stopień spełnienia oczekiwań umownej normalności w działaniach i sytuacji codziennego życia jednostek i społeczeństwa (Kolman, 2013).

Z kolei E. Skrzypek uważa, że „jakość życia człowieka to nie tylko byt w sensie fizycznym, ale także możliwości wzbogacenia ducha, umysłu, możliwość kształcenia, a także twórczość i kreatywność. Jakość życia człowieka to suma jego starań, zmagania, walki toczonej często z samym sobą, to umiejętność dokonywania trafnych wyborów, to także zdolność do kompromisów, to przede wszystkim umiejętność podejmowania decyzji i przyjmowania ich konsekwencji z całą odpowiedzialnością” (Skrzypek, 2021).

Jakość życia może być zatem rozpatrywana w ujęciu obiektywnym, jak i subiektywnym. Porównanie obu ujęć zaprezentowano w poniższym schemacie.

**Schemat. Wymiary jakości życia**

Źródło: Marciniak-Madejska i in. (2020).

Jakość życia ujmowana obiektywnie to: zespół warunków życia człowieka; obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury; obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną (Sęk, 1993). Wśród tych obiektywnych wyznaczników jakości życia, mieści się także struktura organizmu człowieka i poziom funkcjonowania jego układów biologicznych, czyli zdrowie. Obiektywna jakość życia dotyczy najczęściej takich zagadnień jak (Siedlecka, 2013):

- aktywność ekonomiczna (funkcjonowanie na rynku pracy);
- sytuacja dochodowa i sposób gospodarowania dochodami;
- wyżywienie;
- zasobność materialna;
- warunki mieszkaniowe;
- korzystanie z pomocy społecznej;
- kształcenie dzieci;
- uczestnictwo w kulturze i wypoczynku;
- korzystanie z usług systemu ochrony zdrowia;
- ubezpieczenia i zabezpieczenia emerytalne;
- postawy proekologiczne.

W wymiarze subiektywnym jakość życia może być rozpatrywana jako zbiór ocen obiektywnych faktów, np. zadowolenia z kondycji materialnej (Borys i Knippschild, 2014). Subiektywna jakość życia to ocena stopnia zaspokojenia potrzeb w zakresie (Babicz-Zielińska i in., 2021):

- życia fizycznego, w tym stanu zdrowia fizycznego;
- dobrobytu (w tym oceny materialnego poziomu życia, stanu finansów osobistych – dochodów osobistych, ubezpieczeń i zabezpieczeń emerytalnych itp.);



- dobrostanu psychicznego, (w tym oceny stanu zdrowia psychicznego, różnych rodzajów stresu życiowego, radzenia sobie ze stresem);
- dobrostanu duchowego (błogostanu; uczuciowości, poczucia szczęścia, miłości bezwarunkowej, poczucia empatii wobec siebie i innych itp.);
- podstaw i zachowań społecznych, w tym kapitału społecznego;
- wsparcia społecznego;
- swojej sytuacji na rynku pracy i kariery zawodowej;
- stylu życia oraz indywidualnych zachowań i nawyków;
- skłonności do ryzyka.

Ocena jakości życia jest prosta: „Każdy wie, kiedy jest lepiej, a kiedy gorzej”. Jednak w praktyce trudno jest przeprowadzić całościowe badania jakości życia, zwłaszcza kiedy chce się uwzględnić zarówno subiektywny, jak i obiektywny wymiar tego zjawiska. W literaturze oraz praktyce stosowane są następujące podejścia do pomiaru jakości życia:

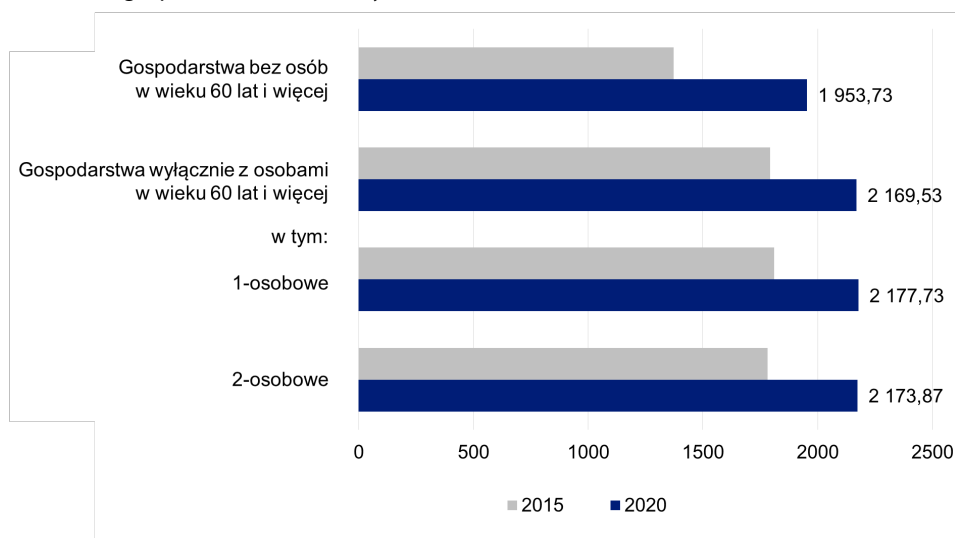
- zestawy wskaźników obrazujących różne obszary jakości życia;
- wskaźniki syntetyczne (Human Development Index, Human Poverty Index, Quality of Life Index, Living Conditions Index, Well-Being Index, Better Life Index);
- badania jakościowe.

W dalszej części opracowania zostaną zaprezentowane wybrane wskaźniki obrazujące obiektywną oraz subiektywną jakość życia osób starszych w Polsce w trzech obszarach: sytuacji finansowej i mieszkaniowej, zdrowia i opieki społecznej oraz aktywności osób starszych.

### **3. Sytuacja finansowa i mieszkaniowa osób starszych**

Panuje powszechne przekonanie, że osoby starsze są zwykle w gorszej sytuacji finansowej niż osoby młodsze. Biorąc pod uwagę przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na osobę w gospodarstwach domowych, opinia ta nie znajduje potwierdzenia. Zarówno w 2005 r., jak i w 2019 r. dochód ten był wyższy w przypadku gospodarstw wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej (wykr. 1).

**Wykr. 1.** Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych (w zł)

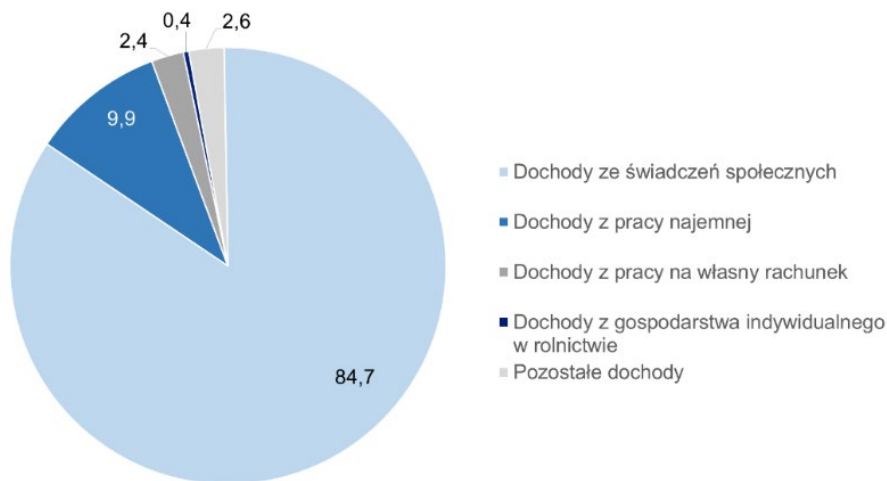


Źródło: dane GUS.

Należy jednak zauważyć, że jest to dochód w przeliczeniu na 1 osobę, a gospodarstwa wyłącznie z osobami starszymi są zwykle jedno lub dwuosobowe, a więc ogólna kwota dochodu rozporządzalnego będzie niższa niż w przypadku pozostałych gospodarstw domowych. Uwzględniając, że część kosztów utrzymania gospodarstwa domowego, niezależnie od liczby osób wchodzących w jego skład, jest stała, można stwierdzić, że środki finansowe, którymi dysponują gospodarstwa wyłącznie z osobami starszymi są niższe od pozostałych gospodarstw, co potwierdzałoby, że sytuacja finansowa tych gospodarstw jest mniej korzystana niż pozostałych gospodarstw domowych.

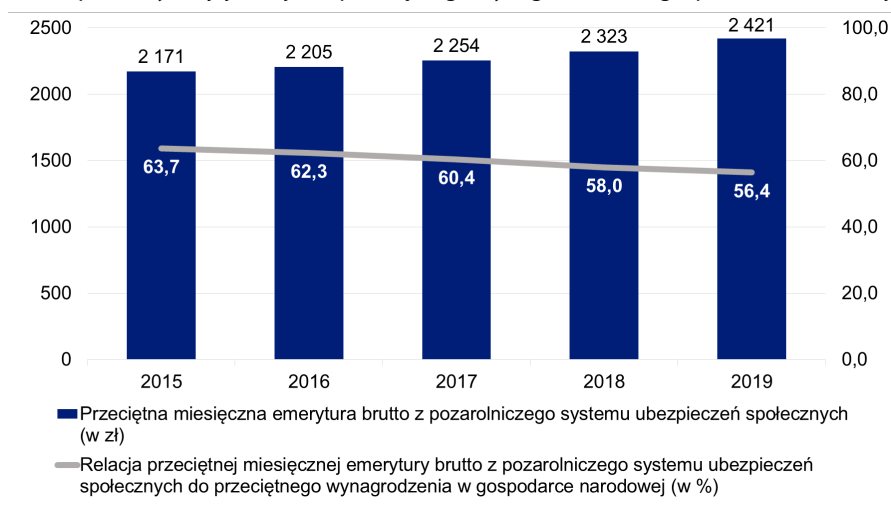
Skąd wynika wyższy dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych złożonych wyłącznie z osób starszych w porównaniu z pozostałymi gospodarstwami? Osoby w wieku 60 lat i więcej utrzymują się głównie ze świadczeń społecznych (emerytury, renty), które są stałym i pewnym źródłem dochodu (wykr. 2).

**Wykr. 2.** Struktura dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w gospodarstwach domowych złożonych wyłącznie z osób w wieku 60 lat i więcej w 2020 r. (w %)



Źródło: dane GUS.

Należy dodatkowo zauważyć, że w zasadzie każda osoba w wieku 60 lat i więcej posiada zagwarantowane źródło dochodów w przeciwieństwie do osób młodszych. Osiągane dochody w gospodarstwie osób z wyłącznie osobami starszymi dzielone są na mniejszą liczbę osób niż w przypadku pozostałych gospodarstw, co sprawia, że dochód rozporządzalny na osobę w przypadku takich gospodarstw jest wyższy. Analizując sytuację finansową osób starszych, nie można jednak zapominać o kształtowaniu się przeciętnych świadczeń społecznych w porównaniu z przeciętnym wynagrodzeniem w gospodarce narodowej, co może posłużyć ocenie ich sytuacji finansowej. Na wyk. 3 zaprezentowano kształtowanie się obu tych wartości.

**Wykr. 3.** Przeciętna miesięczna emerytura brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych i jej relacja do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej<sup>a</sup>

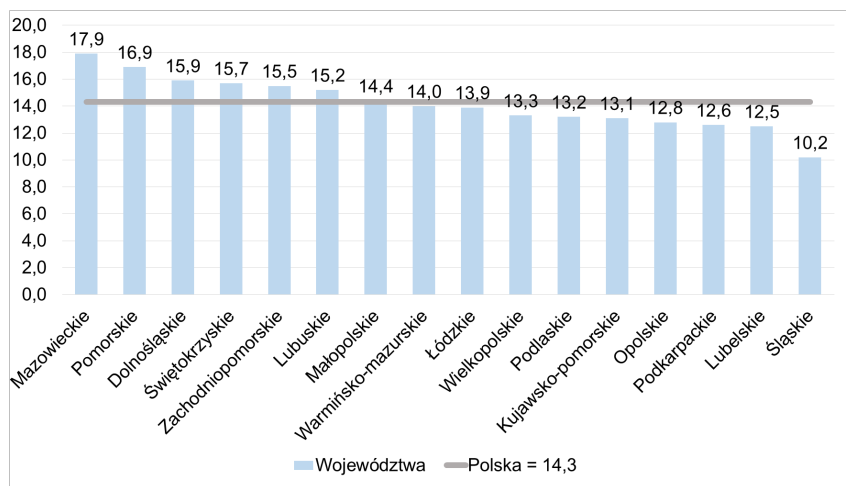
a Do obliczenia relacji przyjęto za podstawę (mianownik) przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto pomniejszone o składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne płacone przez ubezpieczonego pracownika.

Źródło: dane GUS.

Mimo że przeciętna miesięczna emerytura brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w ostatnich latach rosła, to wzrost ten był niższy od wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. W roku 2015 przeciętna emerytura brutto z tego systemu stanowiła blisko 64% przeciętnego wynagrodzenia brutto, podczas gdy w roku 2019 już tylko nieco ponad 56%. Można zatem stwierdzić, że sytuacja dochodowa osób starszych, ale także gospodarstw takich osób, uległa relatywnemu pogorszeniu.

Zapewne z tego względu osoby starsze coraz częściej decydują się na kontynuację zatrudnienia. W 2015 r. wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60 lat i więcej wyniósł 12% podczas, gdy w 2020 r. Ukształtował się na poziomie nieco ponad 14% i był dość istotnie zróżnicowany przestrzennie. Kształtowanie się tego wskaźnika według województw zaprezentowano na wyk. 4.

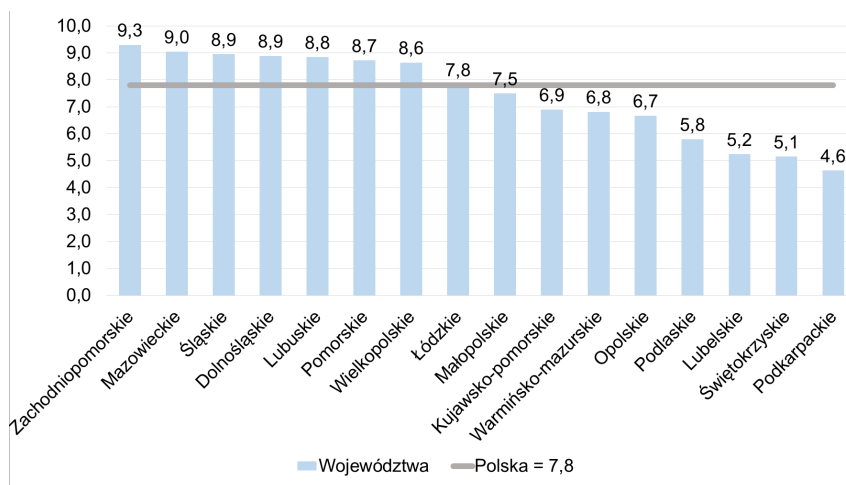
**Wykr. 4.** Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60 lat i więcej według województw w 2020 r. (w %)



Źródło: dane GUS.

Część tych osób miała ustalone prawo do emerytury. Pozyskiwanie dochodów z dwóch źródeł (emerytury i pracy) przyczyniało się do poprawy sytuacji dochodowej tych osób i ich gospodarstw domowych. Liczba i odsetek osób pracujących lub wykonujących umowy cywilnoprawne w wieku 60 lat i więcej – które posiadają prawo do emerytury – była istotnie zróżnicowana przestrzennie, co można zauważyć na wyk. 5.

**Wykr. 5.** Udział pracujących oraz wykonujących umowy cywilnoprawne w wieku 60 lat i więcej posiadających ustalone prawo do emerytury w ogólnej liczbie osób w wieku 60 lat i więcej według województw w 2020 r. (w %)<sup>a</sup>

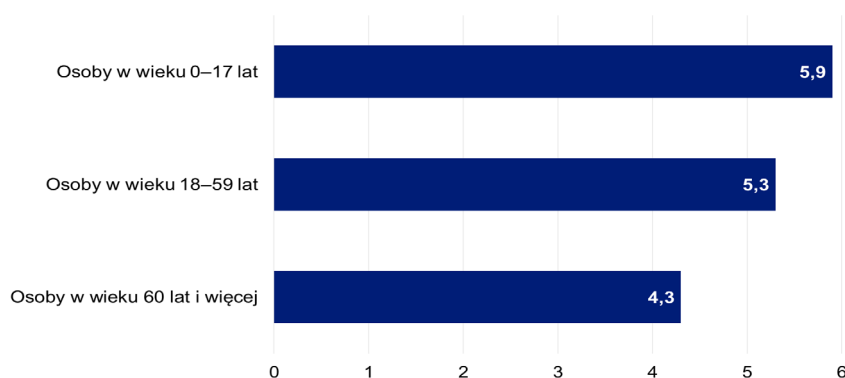


<sup>a</sup> Stan w dniu 31 grudnia.

Źródło: dane GUS.

Odsetek osób pracujących oraz wykonujących umowy cywilnoprawne w wieku 60 lat i więcej, które mają ustalone prawo do emerytury, w ostatnich latach nieznacznie wzrósł. W 2018 r. było ich 6,7%, podczas gdy w 2020 r. 7,8%. Wśród osób starszych nieco ponad 4% żyje na poziomie ubóstwa skrajnego<sup>3</sup> (wykr. 6). W porównaniu z pozostałymi wyznaczonymi grupami wieku jest to poziom najniższy.

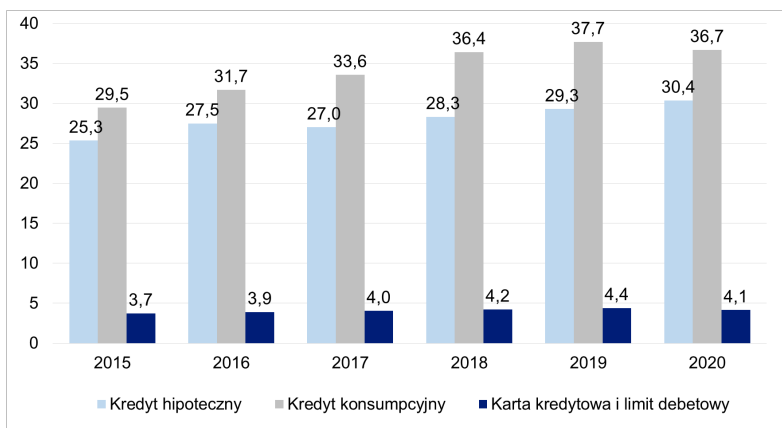
**Wykr. 6.** Stopa ubóstwa skrajnego w gospodarstwach domowych w 2020 r. (w %)



Źródło: dane GUS.

Osoby starsze, chcąc poprawić swoje warunki życia, sięgają po kredyty i inne instrumenty dłużne. W ostatnich latach obserwuje się stały wzrost zadłużenia tych osób, zwłaszcza w zakresie zadłużenia hipotecznego oraz konsumpcyjnego (w tym drugim przypadku w 2020 r. odnotowano spadek z roku na rok). W przypadku zadłużenia na kartach kredytowych obserwuje się względną stabilizację (wykr. 7).

<sup>3</sup> Podstawę wyznaczania granicy ubóstwa skrajnego stanowi minimum egzystencji szacowane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPISS). Kategoria minimum egzystencji wyznacza bardzo niski poziom zaspokojenia potrzeb. Konsumpcja poniżej tego poziomu utrudnia przeżycie i stanowi zagrożenie dla psychofizycznego rozwoju człowieka.

**Wykr. 7.** Wartość zobowiązań kredytowych osób w wieku 60 lat i więcej (w mld zł)<sup>a</sup>

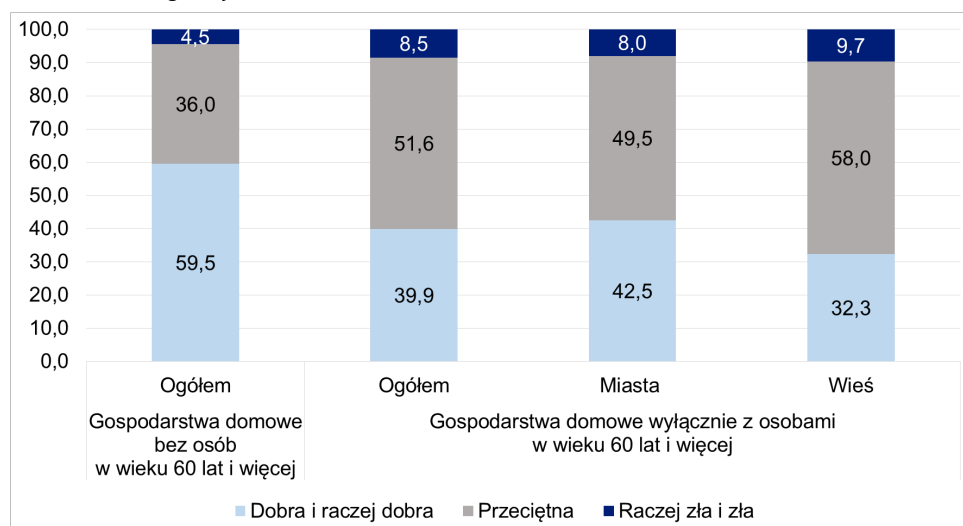
a Stan w dniu 31 grudnia, dane wstępne.

Źródło: dane Biura Informacji Kredytowej.

Największym zadłużeniem z tytułu kredytów hipotecznych w przeliczeniu na 1 kredytobiorcę w wieku 60 lat i więcej charakteryzują się mieszkańcy województw: mazowieckiego, pomorskiego oraz zachodniopomorskiego, natomiast najmniejszym województw: podkarpackiego, opolskiego i lubuskiego. Podobnie sytuacja kształtuje się w przypadku zadłużenia z tytułu kredytów konsumpcyjnych w przeliczeniu na 1 kredytobiorcę w wieku senioralnym. Największe zadłużenie z tego tytułu przypada na seniora w województwach: mazowieckim, śląskim i pomorskim, natomiast najmniejsze w województwach: świętokrzyskim, podkarpackim i lubelskim. Należy zauważyć, że z kredytu korzystają głównie mieszkańcy województw charakteryzujących się wyższym poziomem dochodów, których zdolność kredytowa jest wyższa.

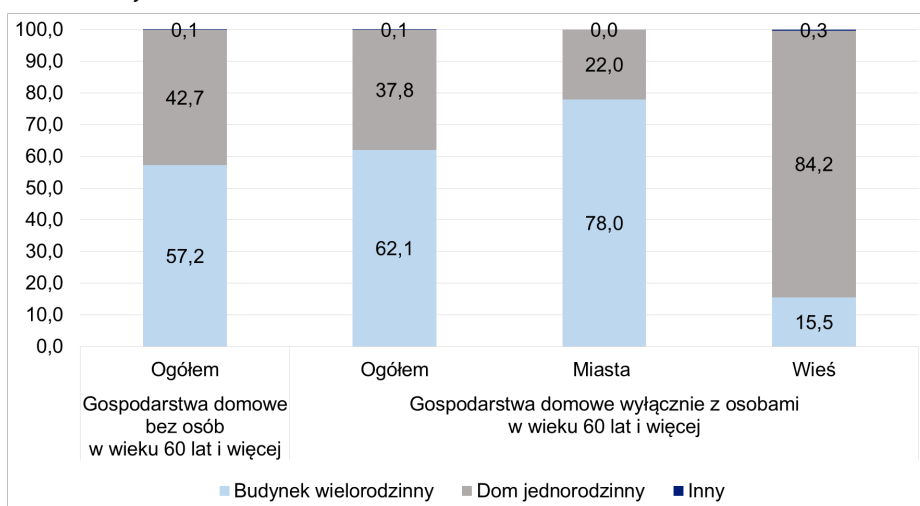
Tak jak już wspomniano, aby dokonać opisu jakości życia osób starszych, obok obiektywnych elementów kształtujących ich jakość życia należy uwzględnić także subiektywną ocenę sytuacji materialnej osób starszych. Na wykr. 8 zaprezentowano tę ocenę w roku 2020.

Należy zauważyć, że w ostatnich pięciu latach więcej gospodarstw wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej oceniało swoją sytuację materialną jako dobrą i raczej dobrą (2015 r. – 23,4%, 2020 – 39,9%), natomiast zdecydowanie mniej jako raczej złą i złą (2015 r. – 17,7%, 2020 – 8,5%). Po pierwsze, może to wynikać, że wzrostu świadczeń społecznych stanowiących główne źródło dochodów tych gospodarstw, po drugie, z rosnącego odsetka osób pozostających na rynku pracy pomimo ukończenia wieku emerytalnego, a po trzecie z przypadków jednoczesnego pobierania emerytury i wynagrodzenia za kontynuowanie pracy.

**Wykr. 8.** Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych według miejsca zamieszkania w 2020 r. (w %)

Źródło: dane GUS.

Analizując sytuację materialną osób starszych, nie można także zapomnieć o warunkach mieszkaniowych. Osoby starsze mieszkają w zdecydowanej większości w budynkach wielorodzinnych, zwłaszcza w mieście. Sytuacja wygląda zdecydowanie odmiennie na wsi, gdzie gospodarstwa wyłącznie z osobami starszymi ulokowane są w domach jednorodzinnych (wykr. 9).

**Wykr. 9.** Struktura gospodarstw domowych według rodzaju zamieszkiwanego budynku i miejsca zamieszkania w 2020 r. (w %)

Źródło: dane GUS.



Wyposażanie mieszkań osób starszych w podstawowe elementy infrastruktury nie odbiega zasadniczo od mieszkań osób w wieku poniżej 60 lat. Mieszkania z osobami starszymi częściej wyposażone są w gaz niż w klimatyzację (tabl. 1).

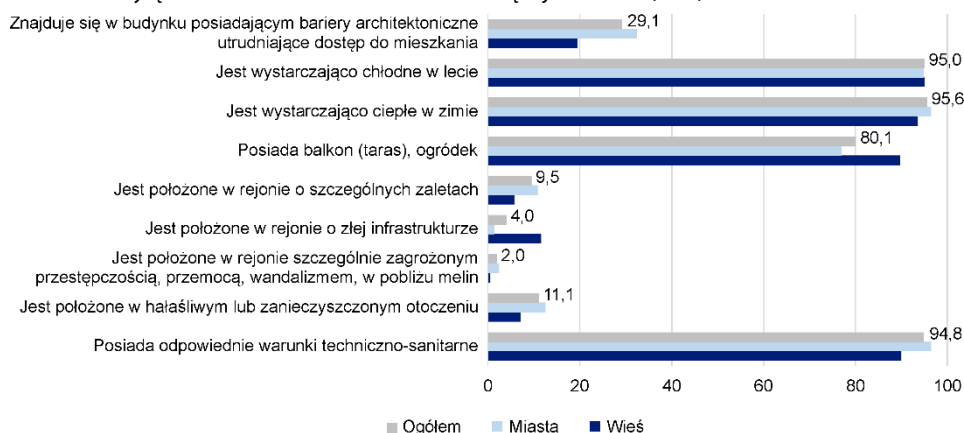
**Tabl. 1.** Gospodarstwa domowe w mieszkaniach wyposażonych w instalacje w 2020 r.

| Wyszczególnienie                                                                                                                   | Gospodarstwa domowe                    |                                                         |                                             |           |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|-----------|
|                                                                                                                                    | bez osób<br>w wieku<br>60 lat i więcej | z przynajmniej<br>1 osobą<br>w wieku<br>60 lat i więcej | wylącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej |           |           |
|                                                                                                                                    |                                        |                                                         | razem                                       | w tym     |           |
|                                                                                                                                    |                                        |                                                         |                                             | 1-osobowe | 2-osobowe |
| w % danej grupy gospodarstw                                                                                                        |                                        |                                                         |                                             |           |           |
| Gospodarstwa domowe wyposażone w:                                                                                                  |                                        |                                                         |                                             |           |           |
| wodociąg                                                                                                                           | 100,0                                  | 99,8                                                    | 99,8                                        | 99,7      | 99,9      |
| ustęp splukiwany                                                                                                                   | 99,3                                   | 98,5                                                    | 98,2                                        | 97,2      | 99,4      |
| łazienkę                                                                                                                           | 99,1                                   | 98,2                                                    | 97,9                                        | 96,8      | 99,3      |
| ciepłą wodę bieżącą                                                                                                                | 99,4                                   | 98,9                                                    | 98,7                                        | 98,0      | 99,6      |
| gaz                                                                                                                                | 82,8                                   | 92,8                                                    | 92,3                                        | 91,8      | 92,8      |
| gaz z sieci                                                                                                                        | 52,1                                   | 56,7                                                    | 63,1                                        | 62,1      | 64,5      |
| gaz z butli                                                                                                                        | 30,7                                   | 36,2                                                    | 29,2                                        | 29,7      | 28,3      |
| klimatyzację                                                                                                                       | 3,2                                    | 1,8                                                     | 1,8                                         | 1,4       | 2,1       |
| ogrzewanie centralne                                                                                                               | 87,3                                   | 87,0                                                    | 86,6                                        | 84,9      | 88,7      |
| piece                                                                                                                              | 12,5                                   | 12,9                                                    | 13,3                                        | 15,0      | 11,3      |
| Przeciętna powierzchnia użytkowa<br>mieszkania zajmowana przez<br>gospodarstwo domowe w m <sup>2</sup><br>na 1 gospodarstwo domowe | 82,00                                  | 81,79                                                   | 69,06                                       | 60,62     | 78,57     |

Źródło: dane GUS.

Osoby starsze dość dobrze oceniają użytkowane przez siebie mieszkania oraz otoczenie, w którym te mieszkania są położone. Zdecydowana większość osób w wieku 60 lat i więcej określa własne mieszkania jako wystarczająco zimne w lecie, ciepłe w zimie oraz posiadające odpowiednie warunki techniczno-sanitarne. Niewielki odsetek osób starszych ocenia otoczenie własnego mieszkania jako rejon szczególnie zagrożony przestępczością, przemocą, wandalizmem, jako rejon położony w pobliżu melin czy też rejon o złej infrastrukturze. Co istotne ocena ta nie zmieniała się w ostatnich latach. Szczegółowe informacje na temat subiektywnej oceny mieszkań gospodarstw wyłącznie z osobami starszymi zostały zaprezentowane na wyk. 10.

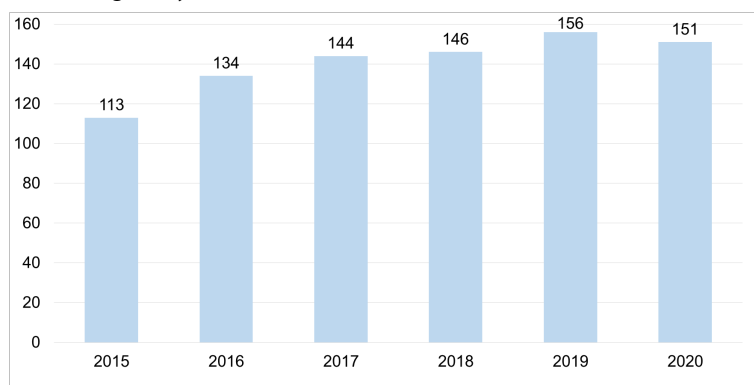
W wielu opracowaniach dotyczących jakości życia i czynników wpływających na jej kształtowanie, obok warunków materialnych (dochodowych), wymienia się strukturę organizmu człowieka i poziom funkcjonowania jego układów biologicznych, czyli stan zdrowia. Ludzie zapytani o źródło jakości życia, stawiają zdrowie na jednym z pierwszych miejsc. Uważają, że człowiekowi szczęśliwemu można oprócz poczucia bezpieczeństwa i wolności przypisać poczucie dobrego zdrowia (Sęk, 1993). Stąd w dalszej części opracowania zostały przybliżone zagadnienia odnoszące się do zdrowia i opieki społecznej osób starszych.

**Wykr. 10.** Subiektywna ocena użytkowanego mieszkania przez gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej w 2020 r. (w %)

Źródło: dane GUS.

#### 4. Zdrowie i opieka społeczna

Osoby starsze (zwłaszcza te w starszych grupach wieku, szczególnie powyżej 85 lat) wymagają kompleksowej opieki zdrowotnej, którą są w stanie zapewnić lekarze w poradniach geriatrycznych. Należy jednak zauważyć, że liczba poradni geriatrycznych, po niewielkim wzroście w latach 2015–2019, w 2020 r. spadła o 5 placówek (wykr. 11).

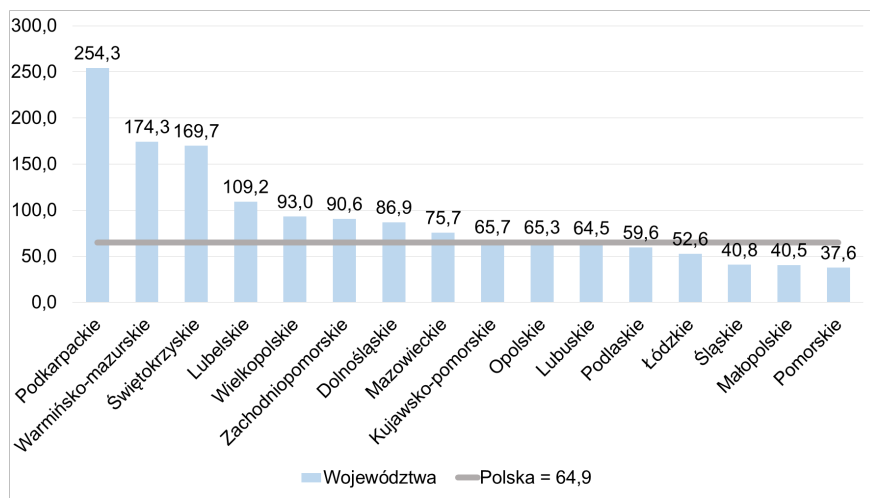
**Wykr. 11.** Poradnie geriatryczne w Polsce w latach 2015–2020

Źródło: dane GUS.

Liczba poradni geriatrycznych jest istotnie zróżnicowana przestrzennie. Najwięcej z nich jest w województwie: śląskim, mazowieckim oraz małopolskim, natomiast najmniej w województwach: warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim i podkarpackim.

kim. Sama liczba poradni geriatrycznych nie obrazuje dostępności osób starszych do tych poradni. Dopiero po ich zestawieniu z liczbą potencjalnych pacjentów – osób 60 lat i więcej – można próbować tego dokonać. Na wyk. 12 zaprezentowano liczbę osób starszych przypadających na poradnię geriatryczną.

**Wykr. 12.** Liczba ludności w wieku 60 lat i więcej przypadająca na 1 poradnię geriatryczną według województw w 2020 r. (w tys.)<sup>a</sup>

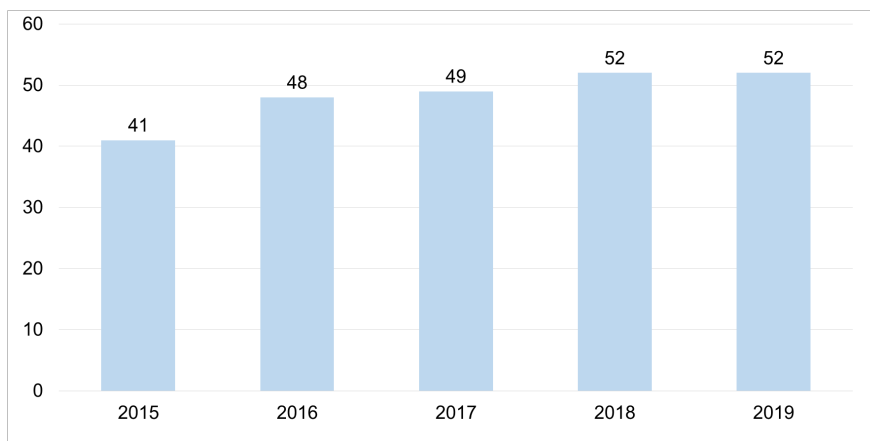


a Stan w dniu 31 grudnia.

Źródło: dane GUS.

Analizując dane zaprezentowane na wyk. 12, można stwierdzić, że dostępność poradni geriatrycznych dla osób starszych jest istotnie zróżnicowana terytorialnie. Dostępność ta jest najlepsza w województwach: pomorskim, małopolskim i śląskim, natomiast najgorsza w województwach: podkarpackim, warmińsko-mazurskim oraz świętokrzyskim. Należy zauważyć, że w Polsce na jedną poradnię geriatryczną przypada prawie 65 tys. osób. Sytuację tę, zwłaszcza w województwach o największej liczbie pacjentów przypadających na jedną poradnię geriatryczną, można określić jako niekorzystną.

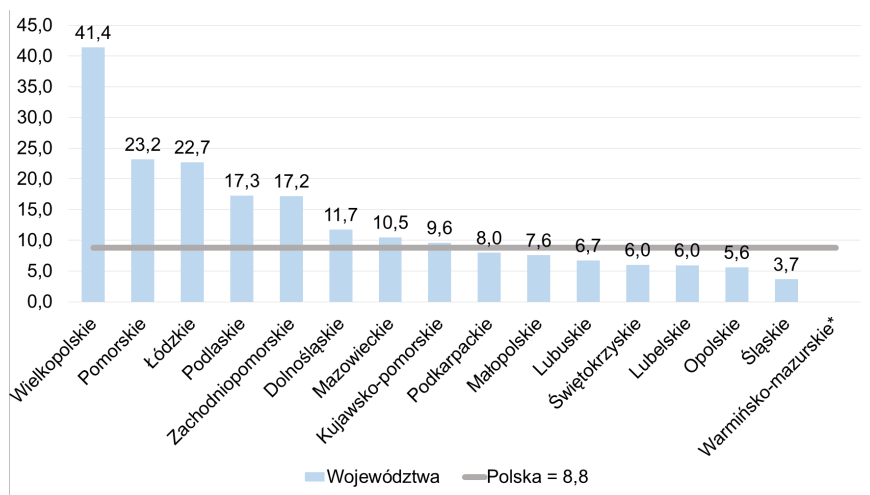
Podobnie należałoby ocenić dostępność osób w wieku 60 lat i więcej do oddziałów geriatrycznych. Co prawda, ich liczba w ostatnich latach wzrosła (wykr. 13) i jest zróżnicowana przestrzennie. W województwie warmińsko-mazurskim takiego oddziału w ogóle nie ma (wykr. 14).

**Wykr. 13.** Oddziały geriatryczne w Polsce w latach 2015–2019<sup>a</sup>

a Stan w dniu 31 grudnia.

Źródło: dane GUS.

Biorąc pod uwagę zróżnicowaną liczbę oddziałów geriatrycznych, jak również liczbę mieszkańców w wieku 60 lat i więcej, dostępność tych oddziałów jest także różna w poszczególnych województwach. Najlepsza sytuacja w tym zakresie jest w województwach: śląskim, opolskim i lubelskim, a najgorsza w województwach: wielkopolskim, pomorskim i łódzkim. Na wykr. 14 przedstawiono liczbę osób starszych przypadających na jeden oddział geriatryczny według województw.

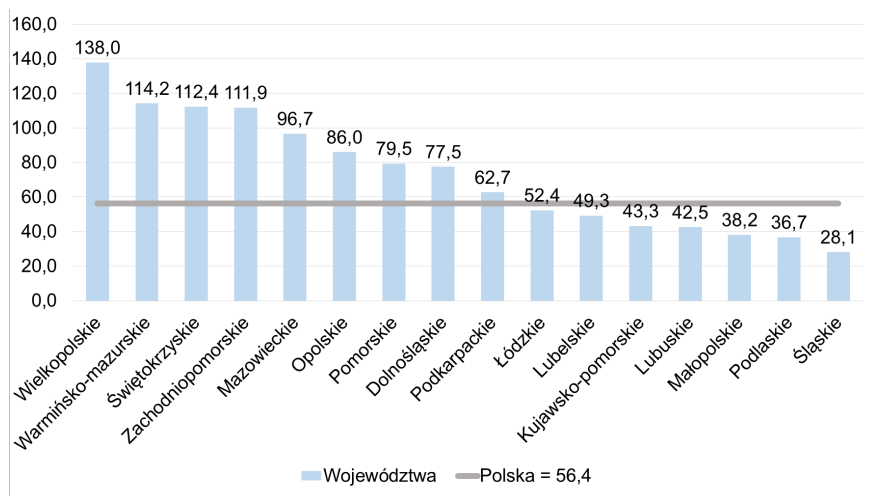
**Wykr. 14.** Liczba ludności w wieku 60 lat i więcej przypadająca na jeden oddział geriatryczny według województw w 2019 r. (w tys.)

\*Brak oddziałów geriatrycznych.

Źródło: dane GUS.

Poradnie i oddziały geriatryczne nie mogą funkcjonować bez lekarzy geriatrów, którzy świadczą opiekę zdrowotną osobom starszym. Liczba poradni i oddziałów geriatrycznych jest także zróżnicowana terytorialnie. Liczba ludności w wieku 60 lat i więcej przypadająca na jednego lekarza geriatry według województw została zaprezentowana na wyk. 15.

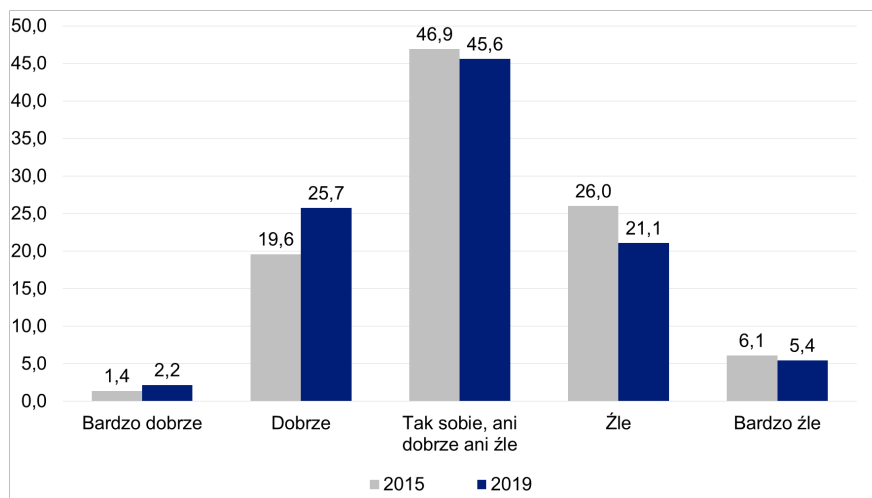
**Wykr. 15.** Liczba ludności w wieku 60 lat i więcej przypadająca na jednego lekarza geriatry według województw w 2019 r. (w tys.)<sup>a</sup>



a Stan w dniu 31 grudnia.

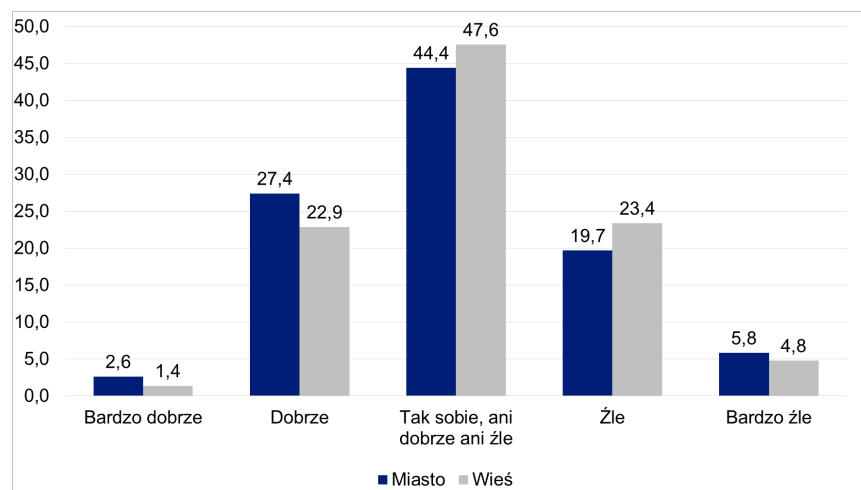
Źródło: dane GUS.

Obok dostępności do lekarzy, poradni i oddziałów ważnym zagadnieniem decydującym o jakości życia osób starszych w obszarze zdrowia jest także samoocena stanu zdrowia dokonywana przez osoby starsze. Wyniki badania samooceny stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej zaprezentowano na wyk. 16.

**Wykr. 16.** Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej (w %)

Źródło: dane GUS.

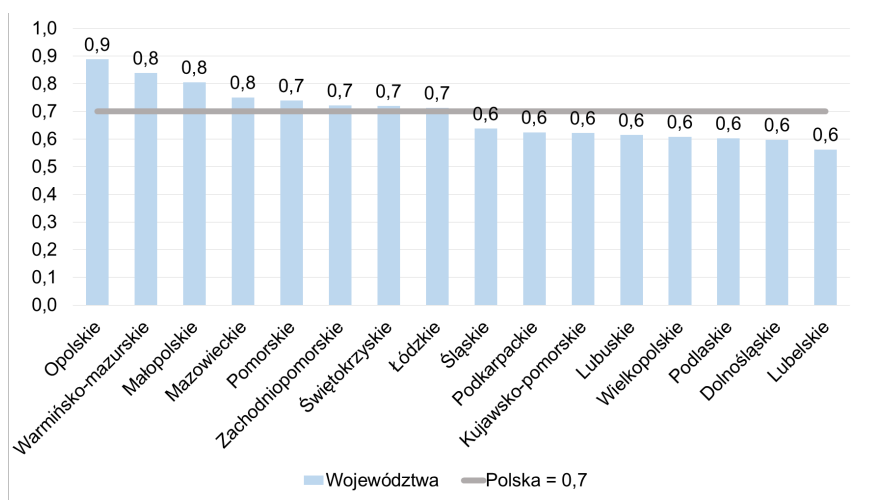
Analizując dane zaprezentowane na wyk. 16, należy zauważyć, że w ostatnich latach samoocena stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej jest lepsza. Więcej osób starszych ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry i dobry, natomiast mniej osób ocenia go jako zły i bardzo zły. Przy czym lepszą samoocenę stanu zdrowia prezentują osoby starsze zamieszkujące w mieście niż na wsi (wykr. 17).

**Wykr. 17.** Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej według miejsca zamieszkania w 2019 r. (w %)

Źródło: dane GUS.

Osoby starsze, zwłaszcza osoby w starszych grupach wieku, wymagają stałej opieki, której nie są w stanie im zapewnić członkowie rodzin w miejscu zamieszkania. Powoduje to, że w ogromnej większości osoby starsze zamieszkują zakłady stacjonarnej pomocy społecznej. Największą liczbą mieszkańców takich jednostek charakteryzują się województwa: mazowieckie, śląskie i małopolskie, natomiast najmniejszą województwa: lubuskie, podlaskie i opolskie. Udział mieszkańców w wieku 60 lat i więcej przebywających w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej w ogólnej liczbie ludności w tym wieku jest najwyższy w województwach: opolskim, warmińsko-mazurskim oraz małopolskim, a najniższy w województwach: lubelskim, dolnośląskim i podlaskim (wykr. 18).

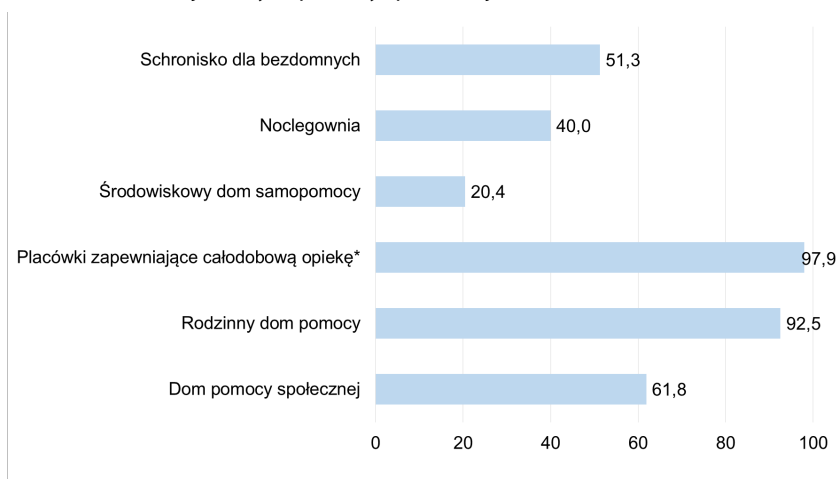
**Wykr. 18.** Udział mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności w wieku 60 lat i więcej według województw w 2020 r. (w %)<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Stan w dniu 31 grudnia.

Źródło: dane GUS.

Osoby starsze zamieszkują w różnych typach zakładów stacjonarnej pomocy społecznej. Część osób w wieku 60 lat i więcej przebywa w schroniskach dla bezdomnych i noclegowniach, co jest związane z problemem bezdomności osób w tej grupie wieku (wykr. 19).

**Wykr. 19.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie mieszkańców wybranych typów zakładów stacjonarnych pomocy społecznej w 2020 r. (w %)<sup>a</sup>

a Stan w dniu 31 grudnia.

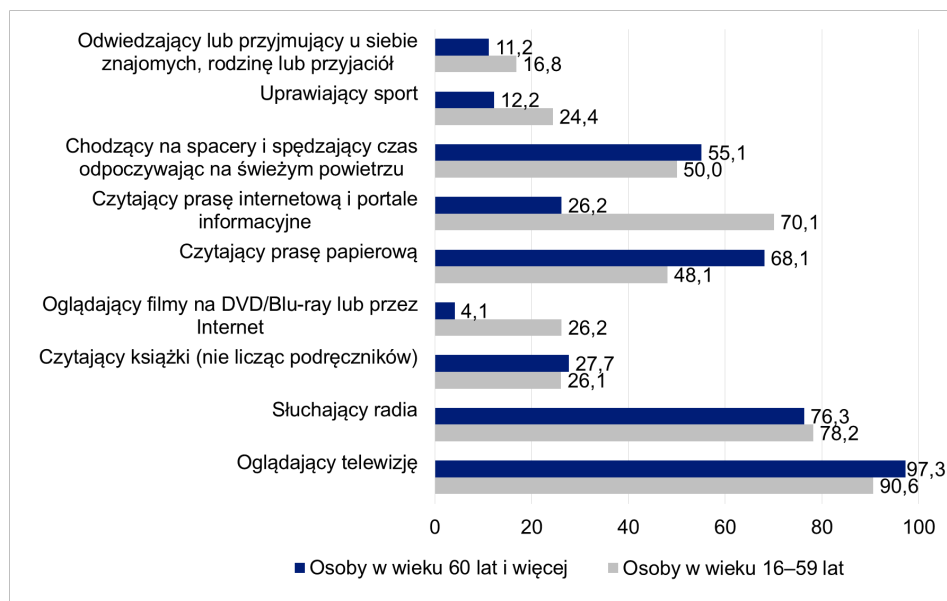
Źródło: dane GUS.

Przedstawiono dwie analizy dotyczące jakości życia osób starszych. Warto jednak poświęcić nieco uwagi kwestiom aktywności osób w wieku 60 lat i więcej, która wpływa na stopień zadowolenia z życia. Osoby aktywne fizycznie i psychicznie mogą dłużej utrzymać dobry stan zdrowia i samopoczucia, co może przekładać się na lepiej ocenianą jakość życia. Stąd w dalszej części opracowania zostały zaprezentowane wybrane wyniki badań z zakresu aktywności osób starszych.

## 5. Aktywność osób starszych

Osoby starsze, w związku z zakończeniem aktywności zawodowej, mają zdecydowanie więcej czasu wolnego. Czas ten mogą spędzać, wykonując różne aktywności. Warto zatem przeanalizować formy spędzania wolnego czasu przez seniorów. Osoby w wieku 60 lat i więcej najczęściej spędzają czas wolny biernie, oglądając telewizję, słuchając radia oraz czytając prasę papierową. Niezmiernie rzadko wybierają aktywną formę spędzania wolnego czasu, np. uprawianie sportu, odwiedzanie lub przyjmowanie u siebie znajomych, rodziny lub przyjaciół. Najczęściej wybierane formy spędzania wolnego czasu przez osoby w wieku 60 lat i więcej w porównaniu z osobami w wieku 16–59 lat zaprezentowano na wykr. 20.



**Wykr. 20.** Formy spędzania wolnego czasu – raz w tygodniu lub częściej – w 2018 r.  
(w % danej grupy wieku)

Źródło: dane GUS.

Seniorzy rzadko też korzystają z różnych form uczestnictwa w kulturze. Niewiele ponad 4% osób w wieku 60 lat i więcej przynajmniej raz w miesiącu wychodzi do kina i niespełna 3% do teatru czy na zawody sportowe (mecze). Jeszcze rzadziej osoby starsze odwiedzają muzea lub chodzą na dyskoteki (zabawy i dancingi). Udział osób starszych w wybranych formach uczestnictwa w kulturze w ogólnej liczbie osób w wieku 60 lat i więcej zaprezentowano w tabl. 2.

**Tabl. 2.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej korzystających z wybranych form uczestnictwa w kulturze w ogólnej liczbie osób w wieku 60 lat i więcej w 2019 r. (w %)

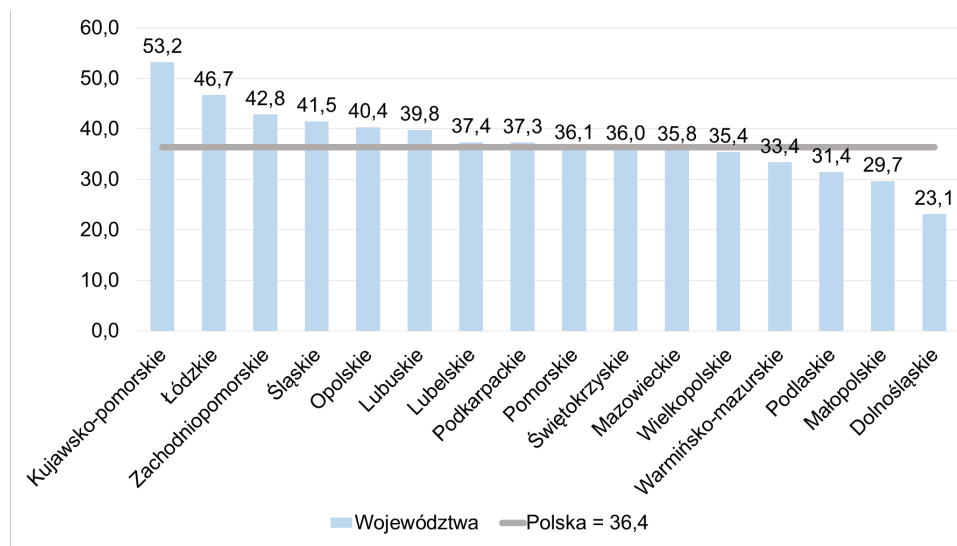
| Wyszczególnienie                                         | Kino | Teatr/<br>/koncerty | Mecze/<br>/zawody sportowe | Dyskoteki/<br>/zabawy/<br>/dancingi | Muzea/<br>/wystawy sztuki |
|----------------------------------------------------------|------|---------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Przynajmniej raz w miesiącu                              | 4,3  | 2,8                 | 2,8                        | 1,2                                 | 1,5                       |
| Rzadziej niż raz w miesiącu, ale przynajmniej raz w roku | 23,0 | 20,1                | 10,6                       | 6,2                                 | 21,6                      |
| Nigdy lub prawie nigdy                                   | 72,7 | 77,2                | 86,6                       | 92,5                                | 76,8                      |

Źródło: dane GUS.

Niewielkie uczestnictwo osób starszych we wskazanych aktywnościach dotyczących kultury może wynikać z wielu różnych czynników. Zapewne dla części seniorów problemem są niskie dochody, które nie zapewniają możliwości realizacji wszystkich potrzeb, dla innych problemy zdrowotne czy brak chęci na korzystanie z takiej formy spędzania czasu.

Seniorzy chętnie angażują się za to w działalność kół, klubów, sekcji w centrach, domach i ośrodkach kultury, klubach i świetlicach. Stanowią oni ponad 36% wszystkich członków. Aktywność seniorów w tym zakresie jest dość zróżnicowana terytorialnie. Największym udziałem osób starszych charakteryzują się w tym przypadku województwa: kujawsko-pomorskie, łódzkie oraz zachodniopomorskie, natomiast najniższym: dolnośląskie, małopolskie i podlaskie (wykr. 21).

**Wykr. 21.** Udział osób powyżej 60. roku życia w ogólnej liczbie członków kół, klubów, sekcji w centrach, domach i ośrodkach kultury, klubach i świetlicach według województw w 2020 r. (w %)<sup>a</sup>



a Stan w dniu 31 grudnia.

Źródło: dane GUS.

Seniorzy coraz chętniej korzystają także z Internetu. Ponad jedna trzecia z nich korzysta z niego codziennie, a kolejne 13% przynajmniej raz w tygodniu, ale nie każdego dnia. Częstotliwość korzystania z Internetu osób w wieku 60–74 lata jest mniejsza niż osób młodszych, ale i tak istotnie wyższa niż jeszcze kilka lat temu. Udział osób korzystających z Internetu w podziale na osoby w wieku 16–74 oraz 60–74 lat zaprezentowano w tabl. 3.

**Tabl. 3.** Udział osób korzystających z Internetu w ciągu ostatnich 3 miesięcy w liczbie osób danej grupy wieku w 2020 r. (w %)

| Wyszczególnienie                                  | Osoby w wieku 16–74 lata | Osoby w wieku 60–74 lata |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Ogółem</b>                                     | <b>83,2</b>              | <b>51,4</b>              |
| codziennie lub prawie codziennie                  | 72,3                     | 35,3                     |
| przynajmniej raz w tygodniu, ale nie każdego dnia | 9,0                      | 13,0                     |
| rzadziej niż raz w tygodniu                       | 1,8                      | 3,1                      |
| W tym regularnie (co najmniej raz w tygodniu)     | 81,4                     | 48,3                     |

Źródło: dane GUS.

## 6. Podsumowanie

Biorąc pod uwagę zaprezentowane miary odnoszące się do sytuacji osób starszych w Polsce, należy podkreślić, że:

- wysokość dochodów rozporządzalnych gospodarstw osób starszych w przeliczeniu na 1 osobę w porównaniu z gospodarstwami pozostałych osób jest wyższa, co można byłoby ocenić jako sytuację korzystną, jednak nie należy zapominać, że są to najczęściej gospodarstwa 1- lub 2-osobowe;
- subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw wyłącznie z osobami 60 lat i więcej jest mniej korzystna niż gospodarstw bez osób w tym wieku;
- sytuacja mieszkaniowa nie różni się zasadniczo w przypadku gospodarstw osób starszych i pozostałych – wyjątek stanowi wyposażenie w gaz i klimatyzację;
- liczba poradni geriatrycznych oraz oddziałów geriatrycznych w ostatnich latach wzrosła, jednak biorąc pod uwagę liczbę osób starszych wydaje się ona niewystarczająca i istotnie zróżnicowana terytorialnie;
- samoocena stanu zdrowia osób starszych jest bardziej korzystna. W ostatnich 5 latach wzrósł udział osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry, a zmalał – jako zły i bardzo zły;
- osoby w wieku 60 lat i więcej swój wolny czas głównie spędzają, oglądając telewizję, słuchając radia i czytając prasę papierową. Rzadko wychodzą do kina, teatru, muzeum czy na zawody sportowe.

Jednocześnie należy podkreślić, że kompleksowa ocena jakości życia osób starszych (podobnie jak w przypadku osób w innych grupach wieku) wymaga podejścia dychotomicznego w zakresie analizy obiektywnej i subiektywnej, ponieważ wiele aspektów jakości życia jest trudno mierzalnych. Do oceny zmian w poziomie warunków

ków i jakości życia niezbędne jest dysponowanie wystarczająco długimi szeregami czasowymi danych. Realizacja powtarzalnych cyklicznie badań ilościowych i jakościowych jest zwykle kosztowna i niemożliwa lub trudna do wykonania. Subiektywizm doboru wskaźników do oceny jakości życia osób starszych może prowadzić natomiast do błędnych wniosków. Niezbędne wydaje się zatem wypracowanie lub chociaż podjęcie próby wypracowania zestawu miar, który mogłyby być stale wykorzystywane do oceny sytuacji osób starszych w zmieniających się warunkach. Jest to szczególnie istotne w warunkach postępującego procesu starzenia się populacji i zachodzących na jej skutek, zmian w społeczeństwie.

## Bibliografia

- Babicz-Zielińska, E., Bartkowicz, J., Tańska, M. (2021). Jakość życia osób starszych i jej determinanty. *Żywność Nauka. Technologia. Jakość*, (28), 1(126): 5–67. Doi: 10.15193/zntj/2021/126/368.
- Borys, T., Knippschild, R. (red.) (2014). *Jakość życia w obszarze przygranicznym – wzmocnienie ponadgranicznych przepływów dla wspólnego zrównoważonego rozwoju i planowania regionalnego*. Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu.
- Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku. (2020). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.* <https://bialystok.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2018-r-,4,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2019-roku,2,2.html>.
- Kolman, R. (2013). *Jakość życia dla każdego. Podręcznik doskonalenia jakości życia swego i najbliższych*. Firma Wydawniczo-Handlowa.
- Lada, A. (2018). Jakość życia seniorów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, Sectio J, (vol. XXXI, 2): 331–345. Doi: 10.17951/j.2018.31.2.331-345.
- Marciniak-Madejska, N. i in. (2020). *Obiektywna i subiektywna jakość życia dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną zamieszkujących województwo wielkopolskie. Uwarunkowania środowiskowe oraz poziom wsparcia realizatorów polityki społecznej*. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu.
- Nowak, S. (2017). Czynniki kształtujące warunki życia w Piotrkowie Trybunalskim po transformacji ustrojowej. *Konwersatorium Wiedzy o Mieście*, 2(30): 60. Doi: <https://doi.org/10.18778/2543-9421.02.06>.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, (55), (z. 2).
- Siedlecka, A. (2013). *Obiektywna jakość życia jako kategoria rozwoju zrównoważonego na przykładzie gmin województwa lubelskiego*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu (293).
- Skrzypek, E. (2021). *Czynniki kształtujące jakość życia: (1)*. <http://idn.org.pl/Lodz/Mken/Mken%202001/Referaty%202001/14.pdf> (Dostęp: 06.10.2021).
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, vol. 41(10).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz. U. 2015 poz. 1705.

# Osoby w wieku sędziwym – opieka, pomoc, wsparcie

## 1. Wprowadzenie

W ciągu ostatnich lat wyraźnie zwiększyła się grupa osób osiągających zaawansowany wiek, która charakteryzuje się specyficznymi potrzebami, wynikającymi z postępującej utraty zdrowia i w związku z tym narastającej niesamodzielności. Jak wskazują badania GUS, „odsetki osób z niepełnosprawnością wahały się w 2019 r. od kilku procent (poniżej 6%) w grupach wieku od 0 do 39 lat, do 52% w grupie osób w wieku co najmniej 80 lat. Wysokie odsetki osób z niepełnosprawnością odnotowano także w grupach wieku 70–79 lat – 33%, 60–69 lat – 23% oraz 50–59 lat – 15%” (GUS, 2021, s. 64). Pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia, częstsze występowanie chorób przewlekłych i postępująca stopniowa utrata samodzielności seniorów niesie ze sobą zarówno konieczność wsparcia, ale także różnicuje rodzaj i formę udzielanej pomocy i opieki. Pojawiające się ograniczenia dotyczące zarówno trudności w poruszaniu się, higienie, czynnościach domowych, zakupach czy kontaktach społecznych, niejednokrotnie powodują konieczność stałej lub długotrwałej pomocy i opieki. Niesamodzielność (niezdolność do samodzielnej egzystencji) wywołuje potrzebę wsparcia i jednocześnie tworzy obowiązek wsparcia, który wynika m.in. z art. 69 Konstytucji RP, która stanowi, iż „osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej”.

## 2. Podmioty wspierające, udzielające pomocy i opieki

Andrzej Axer (1983, s. 78) przedstawia trzy ujęcia społecznego wsparcia. Pierwsze ujęcie odnosi się do ludzi z najbliższego otoczenia osoby, która potrzebuje wsparcia, a których emocje, postawy i zachowania mogą wywierać korzystny wpływ na jej zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. W drugim ujęciu, wsparcie społeczne

---

<sup>a</sup> Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Społeczno-Ekonomiczny, Instytut Nauk Socjologicznych. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5742-7713>.

tworzą organizacje pomocowe oparte na działalności profesjonalistów, np. stowarzyszeń, wolontariuszy, grup wsparcia, będących czasem nawet w opozycji do istniejącego systemu medycznego. Trzecie podejście odnosi się do instytucji lub sieci instytucji, które udzielają ludziom pomocy medycznej, społecznej i psychologicznej. Sposoby korzystania ze wsparcia są zróżnicowane i zindywidualizowane, uzależnione od cech jednostki, które ułatwiają lub utrudniają funkcjonowanie wsparcia. Człowiek w sytuacji dla niego problemowej, zagrożenia lub choroby mobilizuje zgodnie z potrzebami i możliwościami określony rodzaj wsparcia, pochodzący z wybranego źródła (Ukalisz, 2013, s. 243).

„(...) celami wsparcia społecznego osób starszych jest przede wszystkim:

- zapewnienie seniorom poczucia bezpieczeństwa fizycznego, w tym opieka, pomoc w czynnościach dnia codziennego i usługi podtrzymujące zdrowie oraz bezpieczeństwa socjalnego;
- jak najdłuższe utrzymanie aktywności i autonomii osób starszych;
- wzmacnianie nieformalnych więzi społecznych tworzących sieć wsparcia i zastępowanie ich wsparciem formalnym, gdy zachodzi taka potrzeba;
- jak najdłuższe pozostawianie osób starszych w ich dotychczasowym środowisku zamieszkania, jeżeli tego sobie życzą;
- kształtowanie środowiska zamieszkania w taki sposób, by było przyjazne osobom starszym” (Szatur-Jaworska, 2016, s. 16).

W Polsce wsparcie, pomoc i opieka nad osobami starszymi i o ograniczonym stopniu samodzielności organizowana jest przez system pomocy społecznej bądź ochrony zdrowia, a jego realizacja ma miejsce w trzech sektorach: państwowym, prywatnym i pozarządowym, przybierając postać opieki formalnej bądź nieformalnej – sprawowanej przez dzieci, rodzinę, sąsiadów itp.

Obecnie funkcjonujący w Polsce system w zakresie opieki i pomocy osobom starszym i niesamodzielnym odnosi się do trzech obszarów:

- w miejscu zamieszkania – usługi opiekuńcze świadczone są przez nie formalnych i/lub formalnych opiekunów – członków rodziny, znajomych, sąsiadów i inne osoby z lokalnych środowisk lub pracowników ośrodków pomocy społecznej<sup>1</sup>. Świadczona pomoc może być bezpłatna bądź odpłatna;

<sup>1</sup> Ustawa o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507), art. 50 stanowi, iż „osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Ponadto usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępn, zstępni – nie mogą takiej pomocy zapewnić”. Zgodnie z ustawą:

- usługa opiekuńcza – obejmuje pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem;
- specjalistyczna usługa opiekuńcza – to usługa dostosowana do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym;
- pomoc w warunkach domowych obejmuje pomoc w codziennych zajęciach, takich jak: sprzątanie, gotowanie, robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych, mycie, kąpanie, ubieranie, dozowanie leków, prześcielenie łóżka, zapobieganie powstawaniu odleżyn i oparzeń, karmienie oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

- w instytucjach pomocy społecznej:
  - całodobowych: mieszkaniach chronionych szczególnie wspomaganych, domach pomocy społecznej, rodzinnych domach pomocy społecznej;
  - dziennego pobytu – ośrodkach wsparcia: środowiskowych domach samopomocy, klubach samopomocy, domach dziennego pobytu dla seniorów bądź klubach seniorów;
- w instytucjach ochrony zdrowia – hospicjach, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, dziennych domach opieki medycznej.

W Polsce wsparcie, pomoc czy opieka jest w pierwszym rzędzie sprawowana przez rodzinę i najbliższe otoczenie, a w przypadku brak możliwości świadczenia opieki i pomocy przez rodziny funkcje wspierające przejmują instytucje samorządowe. Opiekę nieformalną w Polsce najczęściej sprawują kobiety z pokolenia, które znajduje się już we wczesnej fazie starości, czyli w wieku około 60 lat, często jeszcze pracujące zawodowo. Ponadto, oprócz obowiązków opiekuńczych w stosunku do rodziców, pełnią te funkcje również wobec wnuków oraz pomagając niejednokrotnie m.in. finansowo własnym dzieciom. Pokolenie to jest więc dawcą pomocy i wsparcia trzem pokoleniom: swoim rodzicom, dzieciom i wnukom. Jednocześnie potencjał opiekuńczy kurczy się, a w miarę upływu lat będzie jeszcze mniejszy. Badacze zaczynają wskazywać na tzw. lukę opiekuńczą wśród osób starszych, zwłaszcza tych doświadczających poważnych problemów zdrowotnych.

Potwierdzeniem powyższej tezy są wyniki badania GUS (2020, s. 77), z których wynika, iż głównymi osobami, od których seniorzy spodziewają się pomocy w sytuacji choroby, są członkowie rodziny. Przede wszystkim, uważają, iż mogą liczyć na pomoc współmałżonka lub partnera życiowego (46%) oraz dzieci (w tym zięciów, synowych) lub wnuków (42%). Następnie wskazywali: sąsiadów (poniżej 4%), rodzeństwo (ok. 3%) oraz przyjaciół lub znajomych (2%). Osoby z instytucji pomocy społecznej czy osoby, którym należałoby zapłacić za taką pomoc, były prawie nieobecne w odpowiedziach badanych seniorów w przypadku rozwiązywania problemów dnia codziennego. Wraz z wiekiem badanych rośnie znaczenie dzieci lub wnuków jako najważniejszych źródeł wsparcia w przewyżnianiu kłopotów dnia codziennego starszego pokolenia. Natomiast maleje znaczenie współmałżonków lub partnerów życiowych. Większego znaczenia nabierają sąsiedzi, szczególnie w przypadku seniorów z gospodarstw jednoosobowych. Potwierdzają to badania CBOS (2016, s. 5) – pomoc najczęściej udzielana jest przez członków rodziny. Większość badanych wskazywała, że na ogół pomagają im dzieci (68%), wnuki (39%), współmałżonek (39%), ale także sąsiedzi, przyjaciele i znajomi. Tylko kilka procent wskazywało na opiekunkę z ośrodka pomocy społecznej (4%), pielęgniarkę środowiskową (5%) lub płatną opiekunkę (6%). Jednocześnie z badań tych wynika, że trudności z samo-

dzielnym wykonywaniem codziennych czynności, takich jak na przykład załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się, higiena osobista, wynikają najczęściej ze starszego wieku, choć również z niepełnosprawności i chorób przewlekłych, a także z braku wystarczających środków finansowych oraz z samotności związanej z brakiem kompetentnych osób, które mogłyby udzielić wsparcia. Również w badaniu PolSenior aż 93,5% respondentów wskazało na rodzinę jako główną instytucję opiekuńczą. Na drugim miejscu (9,3%) znalazła się grupa opiekunów nieformalnych, jakimi są sąsiedzi, przyjaciele, znajomi. Dopiero na trzecim miejscu badani wymienili opiekunów z placówek pomocy społecznej (4,0% wskazań). Należy jednak zauważyć, iż odsetek udziału członków rodziny rośnie, gdy występuje potrzeba pomocy stałej lub regularnej – kilkakrotnej w ciągu dnia (odpowiednio: 95,8%, 7,2% i 3,7%). Z pomocy osoby obcej, zamieszkującej wspólnie z nimi, korzystało 2,1%, a z pomocy osoby obcej, zamieszkującej oddzielnie, 1,9% respondentów. Wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku następuje stopniowa, ale wyraźna zmiana struktury osób udzielających pomocy. Zmniejsza się udział opieki rodzinnej z 95,3% dla osób w wieku 65–69 lat do 91% dla osób w wieku 85–89 lat oraz innych nieformalnych opiekunów z 11,8% do 6,7% i rośnie udział opiekunów z pomocy społecznej z 1,5% do 7,1% (Błędowski, 2012, s. 457). Badania przeprowadzone we wszystkich krajach Unii Europejskiej wskazują, iż 59% Polaków jest zdania, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci, mogącym zapewnić im opiekę. Jest to najwyższy wynik spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej (średnia wynosi 30%). Dla porównania, w Szwecji oraz Holandii tej odpowiedzi udzieliło jedynie po 4% respondentów, a w Danii i Finlandii po 7% respondentów. W krajach tych przeważa opinia, że zarówno publiczni, jak i prywatni dostawcy usług powinni przychodzić do domów osób starszych i świadczyć odpowiednią pomoc i opiekę. W Polsce natomiast tego zdania jest tylko 7% obywateli (najniższy wynik spośród wszystkich krajów UE; średnia 27%) (*Health and long-term care...*, s. 6).

### 3. Sposoby realizacji pomocy osobom starszym

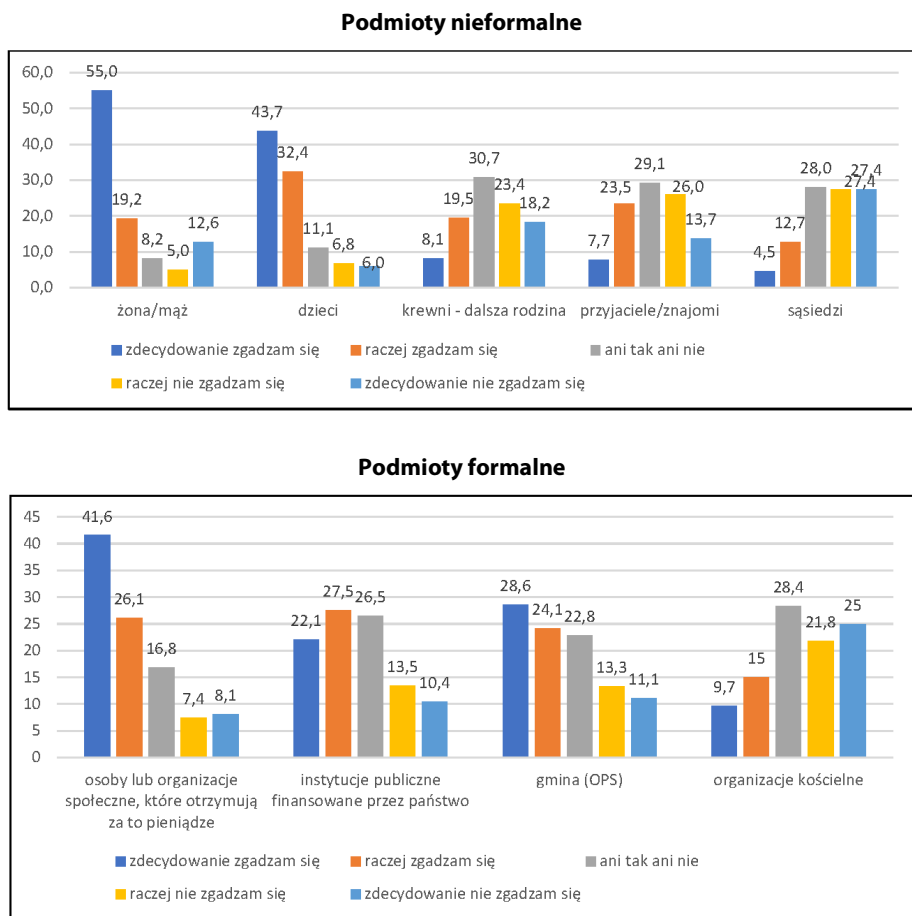
Powyższe wyniki są również zbieżne z badaniami autorki i dr M. Kawińskiej, które zostały przeprowadzone w 2018 r. wśród 453 osób w wieku 60 lat i więcej, zamieszkujących w województwie warmińsko-mazurskim<sup>2</sup>, na temat najbardziej odpowiedniego systemu pomocy i opieki nad osobami starszymi oraz sposobów jego realizacji. Jedno z pytań w ankiecie dotyczyło pomocy w sytuacji, gdy osoba starsza wymaga jej

<sup>2</sup> Metodą, którą posłużono się podczas przeprowadzania badania, była ankieta, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety wypełniany samodzielnie przez respondentów. To, co wyróżniało badaną grupę, to fakt, że wszyscy respondenci byli opiekunami osób niesamodzielnych. Badania opublikowano (w:) E. Bojanowska, M. Kawińska, *Personalistyczna wizja starości*, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2020.



stale w życiu codziennym. Respondentów poproszono o wskazanie, kto (lub jaka instytucja) mógłby w najlepszy sposób tę pomoc zapewnić. Katalog odpowiedzi uwzględniał następujące możliwości: żona/mąż (partnerka/partner), dzieci, krewni – dalsza rodzina, przyjaciele/znajomi, sąsiedzi, organizacje społeczne (np. PCK, PKPS lub inne stowarzyszenia i fundacje), instytucje publiczne finansowane przez państwo, gmina (ośrodki pomocy społecznej), organizacje kościelne (np. Caritas), osoby lub organizacje, które otrzymują za to pieniądze.

**Wykr. 1.** Preferowane podmioty w sytuacji potrzeby ciągłej pomocy w życiu codziennym (dane w %)



Źródło: badania własne.

Według respondentów najlepszą ciągłą pomoc w życiu starszym osobom mogą zapewnić dzieci (wykr. 1). 43,7% respondentów „zdecydowanie zgodziło się” z tą odpowiedzią, 32,4% „zgodziło się”, co daje 76,1% pozytywnych odpowiedzi. Równie

często, 74,2%, respondentów wskazało żonę/męża (partnera/partnerkę) jako te osoby, które mogłyby okazać pomoc. W tym przypadku mamy znacząco więcej osób, które „zdecydowanie zgodziły się” na pomoc ze strony współmałżonka/współmałżonki – 55%. Na trzecim miejscu wśród podmiotów, które mogłyby zapewnić pomoc w sytuacji potrzeby ciągłej, znaleźli się przyjaciele/znajomi, których wskazało 31,2% respondentów, z czego w sposób zdecydowany 7,7% i 23,5% „zgodziło się” na takie wsparcie. Dalszą rodzinę, krewnych jako osoby wspierające wskazało 74,2% respondentów, ale 30,7% nie miało na ten temat zdania. Sąsiedzi zostali wskazani przez 17,2% badanych. Podmioty formalne (instytucje publiczne, społeczne czy kościelne) jako źródło pomocy osobom starszym uzyskały zdecydowanie mniejsze poparcie aniżeli podmioty nieformalne. Spośród nich największe poparcie uzyskały osoby lub organizacje społeczne, które otrzymują za to pieniądze – 67,7%, następnie instytucje samorządowe – gminne ośrodki pomocy społecznej – 52,7%, instytucje publiczne finansowane przez państwo – 49,6% oraz organizacje kościelne – 24,7%. Należy zaznaczyć, iż był znaczny odsetek respondentów niemających zdania w tej kwestii.

Kwestią podjętą w badaniu była również pomoc w sytuacji pogorszenia się zdrowia bądź utraty samodzielności. Respondentów poproszono o wskazanie, na kogo mogliby liczyć w takim przypadku. Katalog odpowiedzi uwzględniał następujące możliwości: żona/mąż (partnerka/partner), dzieci, krewni i dalsza rodzina, przyjaciele i znajomi, sąsiedzi czy organizacje społeczne (np. PCK, Caritas itp.), nikt kto mógłby pomóc respondentowi (tabl. 1).

**Tabl. 1.** Podmioty, na których wsparcie będzie mógł liczyć respondent/respondentka w przypadku pogorszenia się zdrowia i utraty samodzielności (w %)

| Na czyją pomoc może<br>respondent/respondentka liczyć: | Zdecydo-<br>wanie<br>tak | Raczej<br>tak | Ani tak,<br>ani nie | Raczej<br>nie | Zdecydo-<br>wanie<br>nie |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|---------------------|---------------|--------------------------|
| Dzieci .....                                           | 48,5                     | 22,9          | 6,8                 | 9,8           | 12,0                     |
| Żony/męża (partnerki/partnera) .....                   | 43,1                     | 9,5           | 7,3                 | 7,3           | 32,8                     |
| Krewnych i dalszej rodziny .....                       | 9,8                      | 19,9          | 16,1                | 30,0          | 24,2                     |
| Przyjaciół i znajomych .....                           | 5,7                      | 28,0          | 18,4                | 35,7          | 33,2                     |
| Instytucji społecznych (PCK, Caritas itp.) .....       | 5,1                      | 24,6          | 24,8                | 27,8          | 13,6                     |
| Sąsiadów .....                                         | 3,1                      | 9,7           | 34,5                | 23,0          | 12,8                     |
| Nikogo .....                                           | 5,4                      | 5,2           | 15,2                | 18,8          | 55,4                     |

Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość respondentów wskazała, iż w sytuacji pogorszenia się zdrowia bądź utraty samodzielności będzie mogła liczyć na dzieci (71,4% pozytywnych odpowiedzi) bądź na współmałżonka/współmałżonkę lub partnera/partnerkę (52,6% pozytywnych odpowiedzi). Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż 10,6% respondentów podało, że nie będzie miało na kogo liczyć.

Badanych, którzy będą mogli liczyć zdecydowanie na pomoc ze strony dzieci w sytuacji pogorszenia się zdrowia bądź utraty samodzielności, jest więcej wśród kobiet (47,4%), niż mężczyzn (31,7%), wśród osób żonatych/zamężnych (75,3%), z wykształceniem zasadniczym zawodowym (50,0%) bądź średnim (48,6%), mieszkańców wsi (60,9%) zamieszkujących wspólnie z jeszcze jedną osobą w gospodarstwie domowym (51,1%).

Na źródło pomocy, jakim jest żona/mąż lub partner/partnerka, w sytuacji pogorszenia się zdrowia bądź utraty samodzielności wskazywali częściej mężczyźni (63,8%), osoby żonate/zamężne (75,3%), z wykształceniem zasadniczym zawodowym (50,0%) bądź średnim (48,6%), osoby mieszkające na wsi (76,0%), mieszkające wspólnie z jeszcze dwoma osobami (72,2%), pracujące zawodowo (57,6%).

Respondenci, którzy wskazali, że nie będą mieli na kogo liczyć w sytuacji pogorszenia się zdrowia bądź utraty samodzielności, to najczęściej mężczyźni (11,1%), osoby żyjące w związku partnerskim (22,2%), w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (11,3%), z wykształceniem średnim (11,7%), będące na rencie (20,0%).

Jednym z najważniejszych źródeł wsparcia społecznego dla człowieka jest rodzina, w której, dzięki pozytywnej więzi emocjonalnej, możliwe jest zaspokojenie potrzeb, szczególnie bezpieczeństwa, przynależności, więzi z bliskimi osobami, akceptacji, uznania i miłości. Bliskie relacje z najbliższą rodziną zabezpieczają przed poczuciem wykluczenia i samotności (Sęk i Cieślak, 2005, s. 16). Jednocześnie wraz z wertykalizacją sieci rodzinnej, czyli zmniejszaniem się liczby osób z tego samego pokolenia i zwiększaniem się liczby jednocześnie żyjących pokoleń, ograniczeniu ulegnie możliwość uzyskania wsparcia, pomocy i opieki od rodziny. Dlatego niezwykle ważny jest rozwój usług w środowisku zamieszkania oraz dziennych form opieki i pomocy osobom starszym, w przypadku Polski są to ośrodki wsparcia – domy dziennego pobytu i kluby.

Badani seniorzy wyrazili swoje zdanie na temat najbardziej odpowiedniego systemu opieki nad osobami starszymi oraz sposobu jego realizacji (wykr. 2). Respondenci mieli możliwość wybrania, kto (lub jaka instytucja) powinien udzielić wsparcia:

- opieka nad osobami starszymi jest obowiązkiem całego społeczeństwa i powinna być sprawowana za pośrednictwem instytucji społecznych;
- odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi ponosi gmina;
- odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi ponoszą dzieci, rodzina;
- osoby starsze (niesamodzielne) powinny zawsze mieszkać w domach pomocy społecznej.

**Wykr. 2.** Najodpowiedniejszy sposób opieki nad osobami starszymi według respondentów  
(dane w %)**Odpowiedzi "zdecydowanie zgadzam się"****Odpowiedzi "raczej zgadzam się"**

Źródło: badania własne.

Większość respondentów uważała, iż opieka nad rodzicami w starszym wieku należy do obowiązków dzieci (84,3% pozytywnych odpowiedzi: 59,8% zdecydowanie, 24,5% raczej zgadzających się, 5% negatywnych odpowiedzi: 3% raczej się nie zgadzam, 2% zdecydowanie się nie zgadzam, 10,8% nie ma zdania). Na drugim miejscu badani wskazywali, iż osoby starsze powinny mieszkać w domach pomocy społecznej tylko w sytuacji, gdy nikt z rodziny nie może się o nie zatroszczyć (75,9% pozytywnych odpowiedzi: 38,7% zdecydowanie, 37,2% raczej zgadzających się) i na trzecim miejscu wskazano, iż opieka nad osobami starszymi jest obowiązkiem całego społeczeństwa i powinna być sprawowana za pośrednictwem instytucji społecznych (56,2% pozytywnych odpowiedzi: 48,3% zdecydowanie, 26,9% raczej zgadzających się, 5% negatywnych odpowiedzi: 3% raczej się nie zgadzam, 2% zdecydowanie się nie zgadzam, 10,8% nie ma zdania).

czeństwa i powinna być sprawowana za pośrednictwem instytucji społecznych (75,2% pozytywnych odpowiedzi: 48,3% zdecydowanie i 26,9% raczej zgadzających się).

Z badania wynika, że respondenci uważają, iż odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi ponoszą przede wszystkim dzieci. Wiąże się to, ze szczególnym rodzajem więzi rodzice–dzieci i relacji wzajemności, wsparcia, pomocy czy opieki. Opieka instytucjonalna traktowana jest w dużym stopniu jako reakcja na brak wsparcia i pomocy ze strony dzieci. Problem braku pomocy najbliższych zwiększa się pod wpływem czynnika demograficznego, związanego z postępującą zmianą proporcji między liczebnością starszego i młodszego pokolenia Polaków, o czym już wspomniano.

#### 4. Forma zamieszkania a najlepsza opieka nad osobami starszymi

Kolejne pytanie dotyczyło najbardziej odpowiedniej formy zamieszkania, która zapewniłaby najlepszą opiekę osobom starszym (tabl. 2).

**Tabl. 2.** Forma zamieszkania a najlepsza opieka nad osobami starszymi (dane w %)

| Forma zamieszkania                                                                       | Zdecydowanie tak | Raczej tak | Ani tak, ani nie | Raczej nie | Zdecydowanie nie |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|------------------|------------|------------------|
| We własnym domu z usługami świadczonymi w miejscu zamieszkania .....                     | 65,9             | 22,2       | 4,1              | 5,8        | 2,0              |
| W samodzielnym domu (nie własnym) z ofertą usług wykorzystujących nowe technologie ..... | 41,2             | 24,5       | 12,4             | 13,7       | 8,2              |
| Zamieszkiwanie z dziećmi .....                                                           | 29,0             | 27,0       | 16,0             | 17,3       | 10,7             |
| Zamieszkiwanie w prywatnym DPS .....                                                     | 14,6             | 29,0       | 23,2             | 19,1       | 14,1             |
| Zamieszkiwanie w DPS .....                                                               | 6,1              | 26,9       | 22,3             | 24,8       | 19,9             |
| Zamieszkiwanie z wnukami .....                                                           | 4,3              | 14,5       | 24,5             | 37,9       | 18,8             |
| Zamieszkiwanie z dalszą rodziną .....                                                    | 1,6              | 5,3        | 16,8             | 39,8       | 36,5             |

Źródło: badanie własne.

Zdecydowana większość badanych – 88,1% uważa, iż najlepszą pomoc w formie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych mogą otrzymać we własnym domu/mieszkanie. Ta forma pomocy cieszyła się częstszym poparciem wśród mężczyzn (94,1%), aniżeli wśród kobiet (86,9%), wśród osób w wieku 65–69 lat (88,8%), mających współmałżonków (90,1%), z wykształceniem licencjackim (96,4%) oraz średnim (88,5%), mieszkających w miastach od 20 tys. 100 tys. mieszkańców (92,8%).

Według 65,7% najlepszą opiekę respondentów można otrzymać w samodzielnym domu (nie własnym), z ofertą usług wykorzystujących nowe technologie. Uważają tak częściej mężczyźni (71,3%) w wieku 65–69 lat (70,2%), osoby rozwiedzione (68,5%), z wykształceniem pomaturalnym (73,1%), mieszkające w miastach powyżej

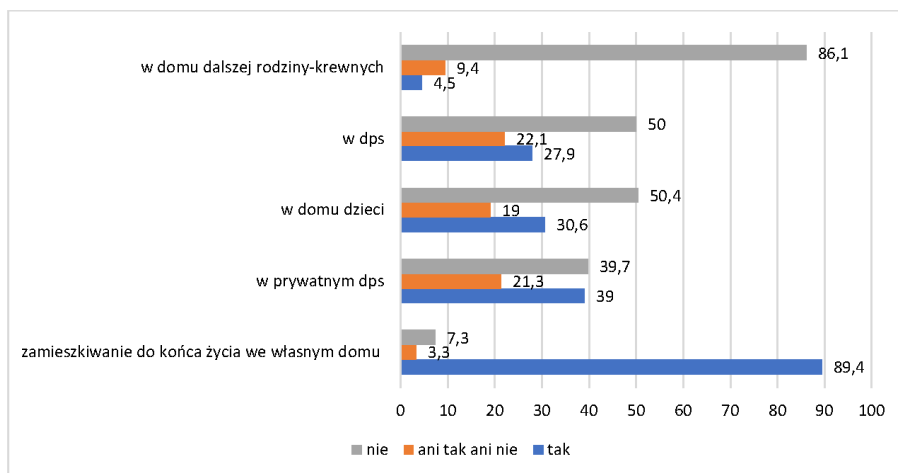
100 tys. mieszkańców (68,8%), mieszkające w dwuosobowych (69,8%) lub jednoosobowych (68,8%) gospodarstwach domowych.

Nieco mniej zwolenników znalazł pogląd, że możliwość otrzymania najlepszej opieki jest w domu dzieci (56%). Wyrażają go najczęściej osoby w wieku 85 lat i więcej (75%) niezależnie od płci, będące w związku małżeńskim (59,5%), z wykształceniem zasadniczym zawodowym (76,9%), mieszkający w miastach do 20 tys. mieszkańców w gospodarstwach domowych liczących trzech i więcej domowników (75%).

43,6% respondentów uważa, iż w prywatnym domu pomocy społecznej można otrzymać najlepszą opiekę. Są to głównie mężczyźni (45,5%) w wieku 70–74 lat (59,6%), rozwiedzeni (52,8%), mający wyższe wykształcenie (50,7%), mieszkający w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (46,2%), w jednoosobowych gospodarstwach domowych (46,7%).

Znaczna część respondentów (44,6%) nie uważała DPS-u za dobre miejsce świadczące opiekę osobom starszym. Akceptowali tę formę pomocy częściej najstarsi respondenci mający powyżej 80. roku życia (50%), mieszkający w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (36,3%), z wykształceniem podstawowym (33,3%), będący w związku partnerskim (55,6%).

**Wykr. 3.** Wybór miejsca zamieszkania po utracie przez respondentów samodzielności (dane w %)



Źródło: badanie własne.

Kolejnym ważnym problemem – podjętym w badaniu – był wybór miejsca zamieszkania po ewentualnej utracie samodzielności (wykr. 3). Pierwsze miejsce zajmuje zamieszkiwanie we własnym mieszkaniu do końca życia. 75,2% respondentów „zdecydowanie zgodziło się” z tą odpowiedzią, 14,2% „raczej zgodziło się”, co daje

89,4% pozytywnych odpowiedzi, niezależnie od płci (zdecydowanie tak: kobiety – 74,9%, mężczyźni – 77,9%; raczej tak: kobiety 14,5%, mężczyźni – 10,3%). Na drugim miejscu respondenci wybrali prywatny dom pomocy społecznej. Zwolennikami zamieszkania w prywatnym DPS-ie po utracie samodzielności byli częściej mężczyźni (46,2%) w wieku 70–75 lat (49,3%), będący stanu wolnego (kawaler/panna – 62%), z wykształceniem wyższym (42,9%), mieszkający w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (39,9%), żyjący w jednoosobowych gospodarstwach domowych (61,5%). Trzecim wyborem respondentów była możliwość zamieszkania po ewentualnej utracie samodzielności w domu dzieci (30,6%). Częściej aniżeli inne grupy tę możliwość wybrały kobiety (32,6%) w wieku 65–69 lat (40,6%), osoby zamężne/zonate (38%), z wykształceniem zawodowym (45,5%), mieszkające na wsi (45%) w gospodarstwach domowych wieloosobowych (52,3%). Zamieszkiwanie w domu pomocy społecznej po utracie ewentualnej samodzielności preferowali częściej mężczyźni (39,4%) w wieku 80–84 lat (35,7%), kawalerowie/panny (37,9%), z wykształceniem średnim (28,5%), mieszkający w miastach mających powyżej 100 tys. mieszkańców (31,4%), żyjący w jednoosobowych gospodarstwach domowych (36%). Najmniej respondentów wskazało możliwość zamieszkania po ewentualnej utracie samodzielności w domu dalszej rodziny – krewnych (4,5%).

Z przeprowadzonych badań wynika, iż osoby starsze częściej wolą pozostać we własnym domu, rzadziej zaś wybierają bezpłatną pomoc instytucji powołanych do tego typu działalności. Badani sporadycznie wybierali ewentualne zamieszkanie w domu pomocy społecznej bądź u dalszej rodziny, krewnych. Dlatego ważne jest umożliwienie osobom starszym pozostania we własnym środowisku zamieszkania: poprzez właściwe jego przystosowanie do możliwości osób starszych o ograniczonym stopniu sprawności; dostosowanie architektoniczne mieszkania/domu/otoczenia; stworzenie różnorodnej oferty usług społecznych dostosowanych do zmieniających się w czasie potrzeb tej bardzo zróżnicowanej grupy.

## 5. Najważniejsze kwestie życia codziennego dla osób starszych

Warto również przyrzeć się sprawom życia codziennego, które są najważniejsze dla seniorów<sup>3</sup>. Respondentom, biorącym udział w badaniu, zaprezentowano w sposób rotacyjny listę 11 spraw związanych z codziennym życiem i poproszono o wybór trzech spraw dla nich najważniejszych. Wybory te posłużyły do przygotowania rankingu (tabl. 3). porządkującego elementy kafeterii odpowiedzi: od najczęściej wybieranych (pozycja pierwsza) do najrzadziej (pozycja jedenasta).

<sup>3</sup> Badanie (wywiady ankietowe CATI) zostało przeprowadzone w ramach projektu badawczego pt. „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, realizowanego przez IPiSS i UKSW w 2022 r., na próbie 803 mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku 60+.

**Tabl. 3.** Najważniejsze sprawy życia codziennego dla osób 60+

| Najważniejsze sprawy życia codziennego                   | Ogółem     |                    |                      |
|----------------------------------------------------------|------------|--------------------|----------------------|
|                                                          | odpowiedzi |                    |                      |
|                                                          | N          | pozycja w rankingu | procent respondentów |
| Stan zdrowia .....                                       | 658        | 1                  | 82,4%                |
| Samodzielność w codziennych czynnościach .....           | 410        | 2                  | 51,3%                |
| Dostęp do opieki zdrowotnej .....                        | 204        | 5                  | 25,5%                |
| Sytuacja finansowa .....                                 | 319        | 4                  | 39,9%                |
| Warunki mieszkaniowe .....                               | 86         | 7                  | 10,8%                |
| Praca .....                                              | 81         | 8                  | 10,1%                |
| Kontakt z rodziną .....                                  | 359        | 3                  | 44,9%                |
| Kontakt ze znajomymi/sąsiadami .....                     | 87         | 6                  | 10,9%                |
| Samotność .....                                          | 23         | 11                 | 2,9%                 |
| Ogólnie zły nastrój, smutek, niepokój o przyszłość ..... | 33         | 9                  | 4,1%                 |
| Inne .....                                               | 30         | 10                 | 3,8%                 |
| Ogółem .....                                             | 2290       |                    | 286,6%               |

Źródło: raport z badania ilościowego przeprowadzonego w ramach projektu pt. „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, zrealizowanego na zlecenie Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych (materiał niepublikowany).

Zdecydowanie najczęściej respondenci wskazywali, iż najważniejszą dla nich sprawą życia codziennego jest ich stan zdrowia (82,4%). Na drugim miejscu znalazła się samodzielność w codziennych czynnościach (51,3%), zaś trzecią: kontakt z rodziną (44,9%). Czwartą pod kątem liczby wskazań najważniejszą sprawę codziennego życia dla seniorów stanowiła sytuacja finansowa. Wybrany przez jedną czwartą respondentów dostęp do opieki zdrowotnej zajął piątą pozycję.

Ponadto respondenci zostali poproszeni o ocenę (w analogiczny do wyżej opisanego sposób) listy potencjalnych działań pomocowych pod kątem podnoszenia jakości ich życia (tabl. 4).



**Tabl. 4.** Działania pomocowe poprawiające jakość życia według wieku

| Działania poprawiające<br>jakość życia                                                                                    | Ogółem     |                            |                              | Grupa wiekowa      |       |       |       |       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|------------------------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-----|
|                                                                                                                           | odpowiedzi |                            |                              | 60–64              | 65–69 | 70–74 | 75–79 | 80–84 | 85+ |
|                                                                                                                           | N          | pozycja<br>w ran-<br>kingu | procent<br>respon-<br>dentów | pozycja w rankingu |       |       |       |       |     |
| Wsparcie rzeczowe, np. opał,<br>odzież .....                                                                              | 69         | <b>7</b>                   | 9,0%                         | 7                  | 8     | 7     | 9     | 6     | 5   |
| Pomoc finansowa .....                                                                                                     | 249        | <b>2</b>                   | 32,6%                        | 2                  | 2     | 2     | 2     | 2     | 2   |
| Usługi opiekuńcze lub asy-<br>stencje (pomoc domowa) .....                                                                | 93         | <b>5</b>                   | 12,2%                        | 5                  | 5     | 5     | 5     | 3     | 4   |
| Usługi pielęgniarstwa w miejscu<br>zamieszkania .....                                                                     | 83         | <b>6</b>                   | 10,9%                        | 6                  | 6     | 6     | 6     | 4     |     |
| Dostarczanie posiłków do<br>domu .....                                                                                    | 47         | <b>9</b>                   | 6,2%                         | 11                 | 9     | 8     | 10    | 7     | 5   |
| Informacja jak lepiej dbać<br>o zdrowie, np. porady die-<br>tetyczne, prelekcje doty-<br>czące profilaktyki zdrowia ..... | 127        | <b>4</b>                   | 16,6%                        | 3                  | 3     | 5     | 4     | 6     | 4   |
| Zajęcia społeczne, np. w ośro-<br>dku kultury, bibliotece, klu-<br>bie seniora .....                                      | 83         | <b>6</b>                   | 10,9%                        | 8                  | 7     | 4     | 7     | 7     |     |
| Likwidacja barier architekto-<br>nicznych .....                                                                           | 62         | <b>8</b>                   | 8,1%                         | 9                  | 8     | 9     | 8     | 8     | 2   |
| Dostosowanie mieszkania do<br>potrzeb .....                                                                               | 47         | <b>9</b>                   | 6,2%                         | 10                 |       | 9     | 11    |       | 3   |
| Możliwość pracy .....                                                                                                     | 132        | <b>3</b>                   | 17,3%                        | 4                  | 4     | 3     | 3     | 5     | 3   |
| Inne .....                                                                                                                | 319        | <b>1</b>                   | 41,8%                        | 1                  | 1     | 1     | 1     | 1     | 1   |
| Ogółem .....                                                                                                              | 1311       |                            | 171,8%                       |                    |       |       |       |       |     |

Źródło: raport z badania ilościowego przeprowadzonego w ramach projektu pt. „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, zrealizowanego na zlecenie Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych (materiał niepublikowany).

Przedstawiona respondentom lista możliwości nie do końca była zbieżna z ich oczekiwaniami, stąd na szczycie rankingu znalazła się pozycja „inne”, wybrana przez 41,8% osób. Na drugim miejscu uplasowała się pomoc finansowa (32,6%), na trzecim – możliwość pracy (17,3%), czwartym – informacje dotyczące profilaktyki zdrowia (16,6%), na piątym i szóstym zaś: usługi opiekuńcze i asystenckie oraz usługi pielęgniarstwa w miejscu zamieszkania. Analiza rankingów dokonana ze względu na wiek respondentów wskazuje, że tu rozbieżności zaczynają się pojawiać już od drugiej pozycji szeregu. O ile na najwyższej pozycji działań pomocowych wciąż lokuje się pomoc finansowa, o tyle 60-latkowie – w stosunku do pozostałych grup – bardziej cenią informacje z dziedziny profilaktyki zdrowia, mniej zaś zajęcia społeczne i dostarczanie posiłków do domu. Dla najstarszej grupy wiekowej ważna zaś jest likwidacja barier architektonicznych czy dostosowanie mieszkania do ich potrzeb. Dodatkowo, co zaskakujące, bardzo istotna jest możliwość pracy.

Można również wskazać na istotne różnice preferencji seniorów aktywnych i nieaktywnych zawodowo. Osoby aktywne wyżej cenią sobie możliwość świadczenia pracy niż pomoc finansową, tę ostatnią lokując na trzeciej pozycji, tuż przed informacjami z zakresu profilaktyki zdrowia. U osób nieaktywnych praca zajmuje dopiero czwartą pozycję w rankingu.

Zajęcia społeczne nie plasują się na szczycie szeregu pożądanых przez większość seniorów działań pomocowych, zajmując czwartą lokatę jedynie w rankingu osób w wieku 70–74 lat, u pozostałych zaś siódmą i ósmą (w najmłodszej kategorii wiekowej).

## 6. Podsumowanie

Najbardziej odpowiedni system wsparcia, pomocy i opieki nad osobami starszymi, według nich samych, to ten oparty na rodzinie (dzieci, żona/mąż), która jest główną „instytucją pomocową i opiekuńczą”, ważnym źródłem wsparcia emocjonalnego i społecznego, ale i tym podmiotem, który zapewnia im bezpieczeństwo. Bliskie relacje zapobiegają osamotnieniu i wynikającej z niego izolacji społecznej. Choć musimy sobie zdawać sprawę z osłabienia potencjału opiekuńczego rodziny, który zmniejsza się pod wpływem czynnika demograficznego, związanego z postępującą zmianą proporcji między liczebnością starszego i młodszego pokolenia Polaków. Opieka instytucjonalna traktowana jest w dużym stopniu jako reakcja na brak wsparcia i pomocy ze strony dzieci. Dlatego dla seniorów, najważniejszymi sprawami życia codziennego jest ich stan zdrowia, samodzielność w codziennych czynnościach oraz kontakt z rodziną. Umożliwiłoby to przeżywanie starości we własnym domu/mieszkanie, otrzymując w sytuacji, kiedy jest potrzebna opieka, pomoc w formie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Priorytetem działań powinno być zapewnienie bezpieczeństwa społecznego i socjalnego osobom starszym niesamodzielnym, poprzez organizację efektywnego systemu wsparcia, pomocy i opieki. Formy wsparcia, pomocy i opieki: instytucjonalna i pozainstytucjonalna, nieformalna i formalna, muszą być komplementarne. Obecnie działania związane ze wsparciem osób starszych skierowane są na deinstytucjonalizację pomocy. Koncepcja deinstytucjonalizacji zakłada przechodzenie od opieki o charakterze instytucjonalnym do opieki świadczonej w środowisku rodzinnym i społeczności lokalnej. W wymiarze społecznym odnosi się przede wszystkim do procesu rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności. Zmiany w obrębie pomocy społecznej wiążą się zatem z rozwojem opieki środowiskowej, której priorytetem jest podejmowanie działań mających na celu wspieranie seniora w jak najdłuższym zamieszkiwaniu w jego dotychczasowym środowisku domowym.

## Bibliografia

- Axer, A. (1983). *Społeczne systemy wsparcia w środowisku chorego psychicznie*. *Studia Socjologiczne* (4).
- Błędowski, P. (2012). Potrzeby opiekuńcze osób starszych. W: M. Mosakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Wydawnictwo Termedia.
- CBOS. (2016). *Jakiej pomocy potrzebują osoby starsze i kto jej im udziela?* Komunikat z Badań NR 162/2016, listopad.
- Główny Urząd Statystyczny. (2020). *Jakość życia osób starszych w Polsce*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/jakosc-zycia-osob-starszych-w-polsce,26,2.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>.
- Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283/Wave 67.3) [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf).
- Kotarba, I.A. (2017). Wsparcie instytucjonalne. W: A.A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 1, s. 184–185). Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski
- Sęk, H., Cieślak, R. (2005). *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2013). Logika systemu opieki nad osobami starszymi. *Polityka Społeczna* (10):.1–4.
- Pickard, L., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Davies, B., Darton, R. (2000). Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031, *Ageing and Society* 20(6), s. 745–772.
- Szatur-Jaworska, B. (2016). Cele wsparcia społecznego i jego ramy instytucjonalne w Polsce. W: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Ukalisz, A. (2013). Sposoby radzenia sobie ze stresem i wsparcie społeczne u osób z problemem alkoholowym. *Resocjalizacja Polska* (5).

# **Jakość życia owdowiałych osób starszych w województwie podlaskim. Studium demograficzno-społeczne**

## **1. Wprowadzenie**

Znamienną cechą obecnych przemian społeczno-cywilizacyjnych jest (zaobserwowana już w latach 70. ubiegłego stulecia) wzrastająca dynamika procesów związana ze starzeniem się społeczeństw. W świetle raportów agend statystycznych (m.in. Eurostat, 2020; Główny Urząd Statystyczny [GUS], Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021), opracowań naukowych (Kotowska, 1999; Kinsella i Phillips, 2005; Kowalewski, 2008; Kurek, 2008; Szukalski, 2008; Długosz i in., 2011; Błędowski, 2014) oraz doświadczanej rzeczywistości starzenie się ludności jawi się jako jeden z najważniejszych procesów demograficznych XXI wieku. Proces ten ma charakter globalny. Oprócz skutków demograficznych implikuje również konsekwencje społeczne i ekonomiczne oraz formułuje nowe wyzwania. Obejmują one społeczeństwa Europy oraz innych wysoko rozwiniętych krajów świata. Widoczne i odczuwane są w wymiarze makro, ale również mikro. W tekście, na tle globalnych oraz krajowych tendencji i prognoz demograficznych, ukazano deskryptory jakości życia oraz społecznego funkcjonowania starszych osób owdowiałych w województwie podlaskim. Województwo podlaskie nie odbiega znacząco od średniej krajowej pod względem udziału osób w wieku 60 lat i więcej w ludności ogółem oraz wskaźnika obciążenia demograficznego. Zbliżony jest również odsetek osób owdowiałych. Warto zwrócić uwagę m.in. na codzienne funkcjonowanie osób owdowiałych, ich stan zdrowia, sytuację materialną i mieszkaniową, relacje rodzinne, społeczne i doświadczane trudności.

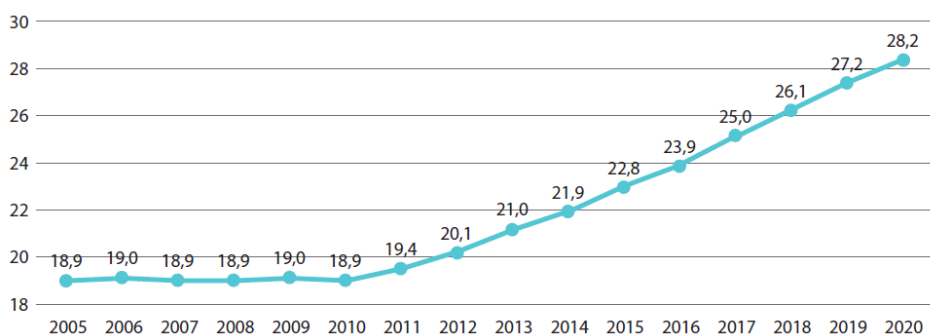
---

<sup>a</sup> Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Nauk o Edukacji. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9310-6415>.

## 2. W kierunku starzejących się społeczeństw

W świetle kryteriów sformułowanych przez ONZ o starzeniu się społeczeństwa można mówić wówczas, gdy 7–10% populacji stanowią osoby powyżej 65. roku życia<sup>1</sup>. Według prognozy Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat) udział osób starych w 2050 r. przekroczy 30% w sześciu krajach unijnych. Prognoza demograficzna zakłada, że w 2050 r. w Unii Europejskiej liczba ludzi starych będzie blisko dwukrotnie wyższa niż dzieci i młodzieży (Janiszewska, 2015). Według prognozy GUS (2014) w Polsce w 2035 r. osoby mające 60 lub więcej lat (60+) będą stanowić niemal jedną trzecią populacji a w 2050 r. około 40% (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). W 2020 r. wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (wykr.1) wzrósł do poziomu 28,2 (z 27,2 w 2019 r.) (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021).

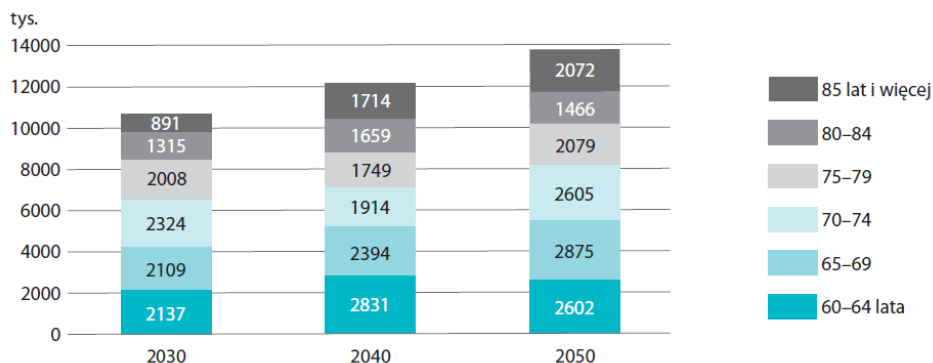
**Wykr. 1.** Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (w wieku 65 lat i więcej)



Źródło: GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku (2021).

Przewidywane zmiany do roku 2035 odsetka ludności Polski w wieku co najmniej 65 lat wskazują na to, że nastąpi dalsze zwiększanie się różnicy między udziałem kobiet w tej grupie wieku (który wzrośnie z 16,3% do 26,5%) i mężczyzn (odpowiednio 10,6 % i 19,7%) (Mossakowska i in., 2012). Należy także zwrócić uwagę na proces tzw. podwójnego starzenia się ludności, wyrażający się szybszym niż w przypadku całej populacji osób w wieku 60 i więcej lat wzrostem odsetka osób w wieku 80 i więcej lat (Mossakowska i in., 2012).

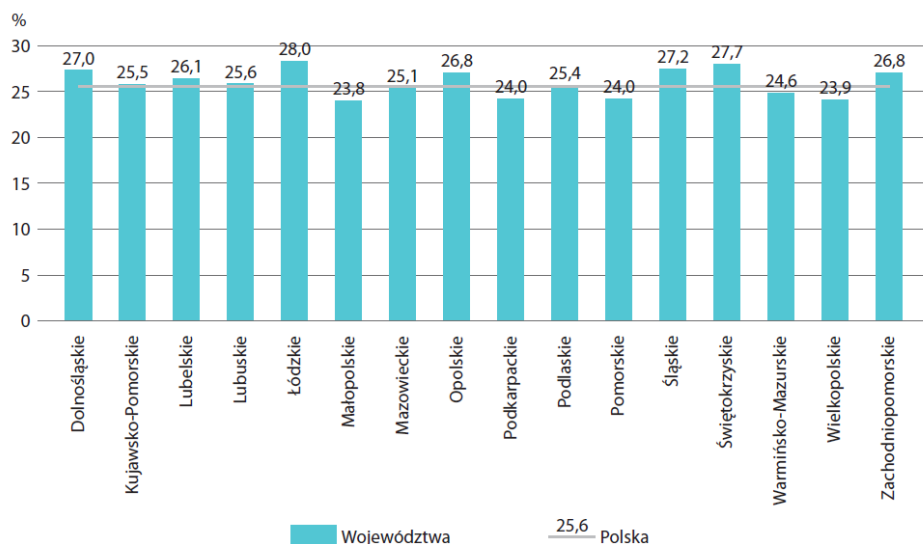
<sup>1</sup> Kryterium akceptowane w USA i Wielkiej Brytanii, w Europie zaś powyżej 60. roku życia.

**Wykr. 2.** Ludność w wieku 60 lat i więcej (prognoza)

Źródło: GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku (2021).

Przewiduje się, że w 2050 r. jedynie w przypadku najmłodszej grupy osób w wieku senioralnym (60–64 lata) nie będzie zwiększenia liczebności w stosunku do roku 2020 (wykr. 2). Najwięcej przybędzie osób w najstarszej grupie wieku, tj. w wieku 85 lat i więcej. Prognozuje się, że liczebność tej grupy zwiększy się ponad 2,5-krotnie w porównaniu z rokiem 2020.

Starzenie się społeczeństwa obserwowane jest z różnym natężeniem w poszczególnych województwach (wykr. 3).

**Wykr. 3.** Udział osób w wieku 60 lat i więcej w ludności ogółem według województw w 2020 r.  
Stan w dniu 31 grudnia

Źródło: GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku (2021).

Trwanie życia człowieka wydłuża się i należy oczekiwać, że zmiany w strukturze demograficznej polskiego społeczeństwa będą się pogłębiały, a procentowy udział poszczególnych grup wiekowych w populacji będzie determinował jakość ich życia.

### 3. Wybrane fakty demograficzne – dotyczące województwa podlaskiego<sup>2</sup>

W 2020 r. w województwie podlaskim mieszkało 1173,3 tys. osób (3,1% ogółu ludności Polski). Ludność miejska stanowiła 60,8% ogółu mieszkańców województwa. Struktura ludności według płci w województwie podlaskim od kilku lat nie ulega większym zmianom. Odsetek kobiet w ogólnej liczbie ludności kształtował się na poziomie 51,3%. Przeciętne trwanie życia w przypadku mężczyzn wyniosło 73,1 roku, natomiast kobiet – 81,9 roku. W ciągu ostatnich dwudziestu lat trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o 2,6 roku, zaś kobiet – o 2,8 roku (w skali kraju odpowiednio o 2,9 oraz 2,7 roku). Zarówno mężczyźni, jak i kobiety dłużej żyją w miastach niż na wsi. Przeciętne trwanie życia mężczyzn zamieszkujących w miastach wyniosło 73,5 roku (o 1 rok więcej niż mężczyzn na wsi), natomiast mieszkanki miast żyły przeciętnie 82,0 lata (o 0,3 roku dłużej niż kobiety mieszkające na wsi). Ma miejsce stopniowy wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym (mężczyźni – 65 lat i więcej, kobiety – 60 lat i więcej). W końcu 2020 r. udział tej grupy w ogólnej liczbie ludności osiągnął poziom 21,9% i zwiększył się o 0,4 p.proc. w stosunku do zanotowanego rok wcześniej.

W 2020 r. w województwie podlaskim zmarły 14622 osoby (o 17,0% więcej w porównaniu z poprzednim rokiem). Niewątpliwie, wpływ na to miała epidemia COVID-19, która w 2020 r. była przyczyną 9,1% zgonów osób starszych w Polsce (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). Liczba zgonów na 1000 mieszkańców miast wyniosła 11,17, a na wsi – 14,38. Wśród osób zmarłych w 2020 r. przeważali mężczyźni (52,6% populacji, podobnie jak w roku 2019) (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). W miastach województwa podlaskiego mediana wieku osób zmarłych wynosiła 78,0 lat, a na terenach wiejskich – 81,8 roku.

### 4. Jakość życia

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość życia (*Quality of Life*) jako „postrzeganie jednostek ich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których żyją, a w odniesieniu do ich celów – oczekiwań, standardów i trosk” (WHO, 1998). Jak twierdzi Jerzy Halicki, jakość życia należy interpretować „przez

<sup>2</sup> Informacje opracowane na podstawie danych pochodzących ze strony [bialystok.stat.gov.pl](http://bialystok.stat.gov.pl) i publikacji Urzędu Statystycznego w Białymstoku (2012, 2021a, 2021b).

wielowymiarową ocenę dokonywaną za pomocą kryteriów wewnętrznych danej osoby i kryteriów społeczno-normatywnych systemu osoba – środowisko. Nie jest więc ona jednolitym wymiarem, a raczej zbiorem wielkości. Nie jest też atrybutem ani osoby, ani środowiska, ale systemu osoba – środowisko” (Halicki, 2010, s. 51). Uwarunkowania jakości życia są złożone i wzajemnie się przenikają (Bobicz-Zielińska i in., 2021). Należy je rozpatrywać w wymiarze determinantów obiektywnych i subiektywnych. Jako dominujące składowe wskazuje się najczęściej na cechy społeczno-demograficzne, stan cywilny, zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, sytuację materialną, aktywność fizyczną, nadużycia i zaniedbania, świadczenia zdrowotne i społeczne, kontakty międzyludzkie oraz zdolność do zaspokajania potrzeb (Halicka i Pędich, 2002; Halicka, 2004; Lassota, 2006; Wolańska, 2006). Przywołać w tym miejscu należy tezę Anny Janiszewskiej, że „jeżeli jakość życia rozumiemy jako subiektywne poczucie zaspokojenia potrzeb, to należy stwierdzić, że w przypadku ludzi starych, rozpatrując to pojęcie, powinno uwzględniać się pewne specyficzne dla tej grupy wiekowej problemy społeczne, które nie dotyczą osób będących na wcześniejszych etapach życia” (Janiszewska, 2015, s. 28) lub dotyczą w mniejszym zakresie. Jednym ze specyficznych problemów starości jest doświadczanie wdowieństwa.

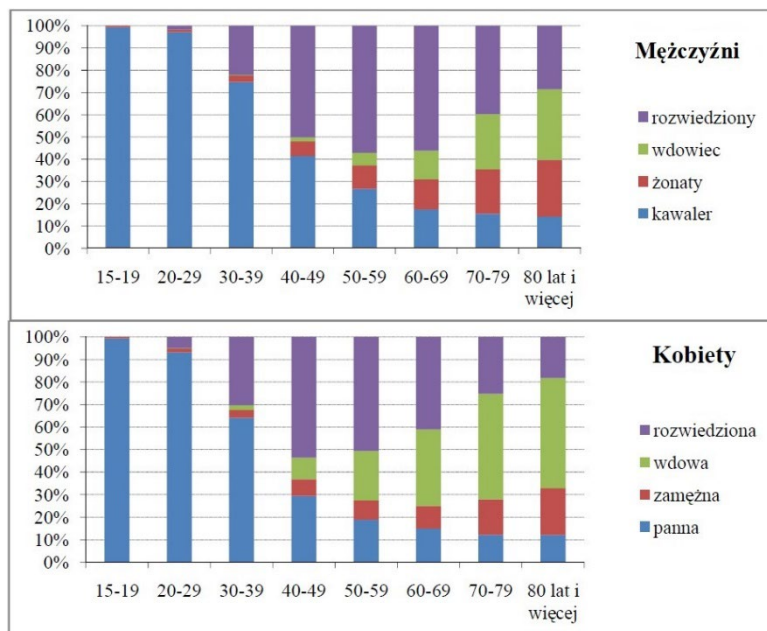
## 5. Wdowieństwo

Wdowieństwo z natury rzeczy przypisane jest wiekowi podeszłemu i ze starością najczęściej jest utożsamiane. W starszym wieku śmierć staje się bardziej powszechna i wydaje się być oswojona. Umierają przyjaciele, członkowie rodzin, współmałżonkowie. Wdowieństwo dotyczy także osób w wieku średnim oraz ludzi młodych z tą różnicą, że w wieku średnim bądź w młodości ma ono zazwyczaj charakter niespodziewany i nagły (DiGiulio, 1992).

Odwołując się do danych zgromadzonych w trakcie Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 (GUS, 2013), prawie co dziesiąty respondent (9,6%) ma status wdowy/wdowca (w poszczególnych województwach odsetek osób owdowiałych jest zbliżony). Wdowy oraz wdowcy obecni są już w kategorii wiekowej 20–29 lat (wykr. 4).



**Wykr. 4.** Osoby pozostające w związkach kohabitacyjnych według płci, wieku i stanu cywilnego prawnego w 2011 r.

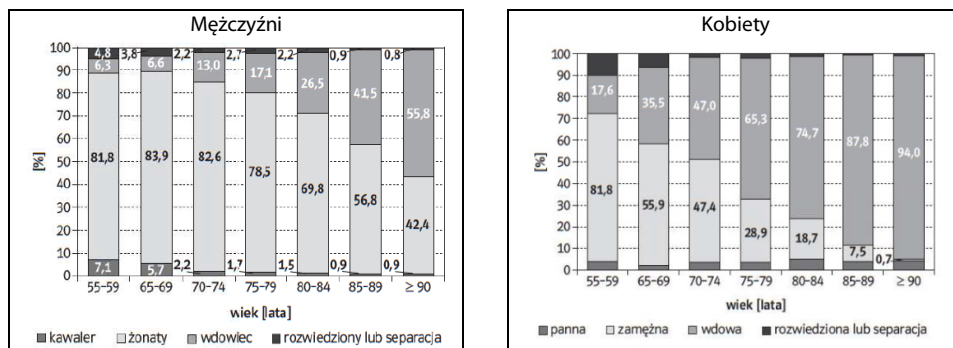


Źródło: GUS (2013).

Dotyczy to wprawdzie kilku procent populacji ludzi młodych (kilkunastu procent w przypadku osób w wieku średnim), to jednak grupa wdów i wdowców zwiększa się wraz z progresją wieku.

Tendencję wzrostową potwierdzają również wyniki badania w ramach projektu PolSenior (Mossakowska i in., 2012)<sup>3</sup> (wykr. 5).

**Wykr. 5.** Stan cywilny mężczyzn i kobiet według grup wieku (w %)



Źródło: Mossakowska i in. (2012).

<sup>3</sup> Badania na reprezentatywnej grupie 4979 osób starszych.

Z uzyskanych danych wynika, że im starsza grupa wieku, tym większy jest odsetek wdowców. W grupie 65–69 lat stanowią oni 6,6%. Wśród mężczyzn najstarszych (90 i więcej lat) odsetek ten jest niemal dziesięciokrotnie wyższy. W grupie 55–59 lat wdowcem jest co szesnasty badany. W starszych grupach mniej jest mężczyzn rozwiedzionych, żyjących w separacji oraz kawalerów. W starości znacznie więcej jest jednak wdów niż wdowców. Jest to konsekwencją tego, że kobiety zazwyczaj wchodzi w związki ze starszymi od siebie partnerami, a po wtóre – kobiety żyją dłużej. Wdowieństwo jest głównie losem kobiet. Odsetek wdów w populacji 90 lat i więcej jest czterokrotnie większy niż w grupie kobiet 55–59 lat. Wraz z przechodzeniem do coraz wyższych grup wieku, maleje odsetek kobiet rozwiedzionych, zaś w wieku sędziwym (90 lat i więcej) tylko znikoma część kobiet jest nadal zamężna.

Jak wspomniano wcześniej, w świetle danych dotyczących stanu cywilnoprawnego ludności w wieku 15 lat i więcej, zgromadzonych w trakcie Narodowego Spisu Powszechnego z 2011, odsetek osób owdowiałych wynosił 9,6% (15,5% wśród kobiet oraz 3,1% wśród mężczyzn)<sup>4</sup>. W województwie podlaskim odsetek ten wynosił 9,8% (16,1% wdów oraz 3,0% wdowców – tablica).

**Tablica.** Ludność w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego prawnego, płci i grup wieku w 2011 r. w województwie podlaskim (w %)

| Wyszczególnienie | Ogółem | Wiek  |       |       |       |                 |
|------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
|                  |        | 15–24 | 25–34 | 35–49 | 50–64 | 65 lat i więcej |
| Wdowcy .....     | 3,0    | 0,0   | 0,0   | 0,5   | 3,1   | 15,8            |
| Wdowy .....      | 16,1   | 0,0   | 0,4   | 2,9   | 15,0  | 57,8            |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Urząd Statystyczny w Białymstoku (2012).

Pięciokrotnie wyższy odsetek wdów świadczy o większej umieralności mężczyzn (wyższej w środowisku wiejskim), powodującej częstsze owdowienia kobiet. Większa umieralność mężczyzn widoczna jest w grupie osób w wieku 65 lat i więcej. Na wsi odsetek osób owdowiałych jest wyższy niż w mieście – odpowiednio 11,6 % i 8,6%.

## 6. Jakość życia owdowiałych osób starszych

Wdowieństwo (inaczej stan wdowi) określane jest jako sytuacja emocjonalna i prawna pozostałego przy życiu małżonka po śmierci drugiego małżonka. Konsekwencją doświadczania takiego stanu jest status wdowy lub wdowca, tj. osoby, której prawne małżeństwo przestało istnieć z powodu śmierci współmałżonka (GUS, 2013; Urząd

<sup>4</sup> Według danych z Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2002 roku odsetek wdów/wdowców wynosił 9,5% (15,4% wśród kobiet oraz 3,0% wśród mężczyzn).

Statystyczny w Białymstoku, 2012). Z ustaleń Piotra Szukalskiego wynika, że kluczowe znaczenie w przepracowywaniu stanu wdowieństwa mają takie czynniki, jak wiek, stan zdrowia osoby w momencie zgonu jej współmałżonka, liczba posiadanego potomstwa i rodzeństwa, dostęp do zasobów materialnych oraz cechy psychiczne jednostek dotkniętych stratą towarzysza dotychczasowego życia (Szukalski, 2006). Oczywiście poczucie straty odbierane jest przez każdą osobę owdowiałą w sposób wysoce zindywidualizowany (Flores, 2010). Wdowieństwa nie należy jednak utożsamiać tylko ze stratą osobistą. Należy je interpretować również w kontekście straty rodzinnej, społecznej oraz ekonomicznej.

Wdowieństwo jest stratą osobistą, w której pozostali przy życiu małżonek często traci przyjaciela, towarzysza, kochanka i partnera seksualnego. (...) Jest stratą rodzinną, związaną z utratą partnera w rodzicielstwie bądź pełnieniu roli dziadków. (...) Jest stratą społeczną, dotyczącą utraty statusu osoby będącej w związku na rzecz osoby samotnej. (...) Jest stratą finansową z powodu możliwego obniżenia dochodu i majątku (Koren i Lowenstein, 2008, s. 141).

Według Skali Oceny Społecznego Reagowania (SRRS) (Holmes i Rahe, 1967), badającej poziom stresu, związanego z określonymi wydarzeniami życiowymi oraz ogólny poziom stresu, utrata najbliższych, śmierć współmałżonka osiąga najwyższą wartość – 100 pkt (dla porównania np. rozwód 73 pkt, separacja 65 pkt). Wdowieństwo może stanowić jeden z czynników ryzyka depresji. Doświadczanie tego stanu wiąże się z podwyższoną umieralnością osoby owdowiałej. Za szczególnie niebezpieczny z punktu widzenia możliwości wystąpienia zgonu uznaje się pierwszy rok po utracie współmałżonka. Wynika to z konieczności przystosowania się do nowo zaistniałej sytuacji, swoistego zmagania się z rzeczywistością pustki, bólu po utracie bliskiej osoby (Piguła, 2015). Owdowienie wywiera ponadto negatywny wpływ na pozycję wdowy/wdowca w rodzinie (Mossakowska i in., 2012). W grupie starszych kobiet wdowy częściej doświadczają deprywacji materialnej niż mężatki (Timoszek, 2017).

Przyjmując stanowisko polskich gerontologów, stwierdzić zatem należy, że doświadczanie wdowieństwa przez osoby starsze jest ważnym aspektem w ich subiektywnej ocenie jakości życia (Kijak i Szarota, 2013), zaś samotne życie dla wielu osób starszych jest trudne i zdecydowanie zmniejsza poziom ich zadowolenia z życia (Halicka, 2004).

W 2019 r. Miasto Białystok zleciło opracowanie raportu na temat jakości życia i potrzeb seniorów w Białymstoku<sup>5</sup>. Badaniem ankietowym objęto 980 osób w wieku 65 lat i więcej, w podziale na cztery grupy wiekowe: osoby w wieku 65–69 lat (44,5%); 70–75 lat (24,6%); 76–80 lat (16,8%), osoby powyżej 80. roku życia (14,1%). Badania dotyczyły sytuacji finansowej seniorów, stanu ich zdrowia, poziomu zadowolenia z różnych aspektów życia, ich mobilności oraz czasu wolnego. W toku stu-

<sup>5</sup> Jakość życia seniorów w Białymstoku – Miejski Portal Informacyjny Bstok.pl Białystok (dostęp: 16.01.2021).

diów ustalono najważniejsze potrzeby białostockich seniorów dotyczące m.in. poprawy dostępności do lekarzy specjalistów, usług medycznych (w szczególności rehabilitacji), poprawy dostępności do informacji na temat działań organizowanych przez Miasto, przygotowywania oferty działań wielopokoleniowych, integracyjnych, edukacyjnych, informacyjnych na osiedlach miasta.

W celu uzupełnienia powyższych badań, kontynuowano analizę jakości życia grupy seniorów, którzy ukończyli 82. rok życia (Szada-Borzyszkowska i Mantur, 2020). W badaniach dodatkowych uczestniczyły 263 osoby (61,6 % stanowiły kobiety, 38,4% mężczyźni). W charakterystyce badanej populacji uwzględniono wykształcenie, stan cywilny, stan zatrudnienia, sytuację materialną i mieszkaniową oraz subiektywny poziom zadowolenia z życia. Niemal połowę badanych stanowiły osoby owdowiałe (49,0%). Wśród badanych kobiet najliczniejszą grupę stanowiły wdowy (56,8%). Co trzeci (36,6%) badany mężczyzna był wdowcem. Kobiety najczęściej mieszkają samotnie (42,0%), natomiast mężczyźni ze współmałżonką/partnerką (51,5%). Konsekwencją tego jest częstsze odczuwanie samotności wśród kobiet (74,7%) niż mężczyzn (52,5%).

Większość badanych oceniła swoją sytuację materialną jako raczej dobrą (kobiety 43,8%; mężczyźni 39,6%). Głównym źródłem dochodów badanych seniorów 82+ jest emerytura (92,0%). Najwięcej pieniędzy seniorzy wydają na zakup żywności (96,0%), leki i prywatne wizyty u lekarza, opłaty za mieszkanie, telefon i Internet. Znacząca część badanych (90,9%) nie korzysta z jakichkolwiek form pomocy społecznej.

Seniorzy bardzo dobrze (71,2%) lub raczej dobrze (83,5%) oceniają swoje warunki mieszkaniowe. Dominującą formą własności (72,2%) jest mieszkanie własnościowe lub dom dobrze wyposażony w media i sprzęt codziennego użytku. Prawie wszyscy badani (93,5%) czują się bezpiecznie w swoim miejscu zamieszkania.

Połowa badanych ocenia swój stan zdrowia jako przeciętny. Co piąty badany senior w wieku 82+ (21,0%), ze względu na doświadczane dolegliwości i choroby, swój stan zdrowia ocenia źle lub bardzo źle. Największe ograniczenia w codziennym życiu powodują osłabienie wzroku (75,8%) oraz problemy z poruszaniem się (68,8%). Formalne orzeczenie o niepełnosprawności posiada 25% respondentów. Kłopoty z poruszaniem się powodują trudności w wykonywaniu prac domowych, robienia zakupów, przygotowania posiłków. Dusznosci przy wysiłku lub spoczynku, zaburzenia pamięci, zaburzenia równowagi, nerwowość i płaczliwość warunkują niższy poziom zadowolenia z życia. Badani nie mają natomiast problemów przy rozporządzaniu swoimi pieniędzmi, właściwym dawkowaniu i przyjmowaniu lekarstw oraz korzystaniu z telefonu. Respondenci z reguły dobrze lub bardzo dobrze oceniali jakość usług związanych z podstawową opieką zdrowotną oraz prywatnymi wizytami u lekarzy specjalistów. Warto zaznaczyć, że ponad połowa badanych seniorów 82+ (58,6%) była zdania, że opieka geriatryczna powinna być bardziej dostępna

w publicznym systemie ochrony zdrowia. W sytuacji pogorszenia zdrowia i sprawności fizycznej badani seniorzy najbardziej liczą na wsparcie rodziny (kobiety 84,6%; mężczyźni 92,2%). Formalne orzeczenie o niepełnosprawności posiada 25% respondentów.

Pomimo tego, że dzieci (wnuki) odwiedzają swoich rodziców (dziadków) z częstotliwością raz w tygodniu lub rzadziej, to jednak w opinii większości badanych (89,9%) zaspokojona jest ich potrzeba kontaktów przyjacielskich lub kontaktów z osobą towarzyszącą.

Seniorzy w większości twierdzili, że poświęcają sobie taką przestrzeń czasu wolnego, jakiej potrzebują (55,1%). Najczęstszymi formami organizowania czasu wolnego są aktywności domocentryczne, tj. oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie gazet i książek, spacer, spotkania z przyjaciółmi. Niewielkie jest natomiast uczestnictwo badanych w życiu lokalnej społeczności (4,2% badanych). Większość seniorów powyżej 82. roku życia nie uczestniczy w imprezach lub festynach organizowanych w mieście (78,7%). W dużej części (87,5%) nie są też członkami organizacji ani stowarzyszeń.

Większość badanych wyrażała częściowe zadowolenie z aktualnej sytuacji życiowej (kobiety 51,9%; mężczyźni 47,5%). Badani seniorzy 82+ są bardziej zadowoleni z życia, jeśli mogą samodzielnie poruszać się poza domem. Taka prawidłowość dotyczy szczególnie kobiet (50,0%). Połowa respondentów (50,2%) czuje się usatysfakcjonowaną dotychczasowym życiem.

W Zakładzie Andragogiki i Gerontologii Edukacyjnej Wydziału Nauk o Edukacji Uniwersytetu w Białymstoku od wielu lat, w ramach seminariów dyplomowych, podejmowane są prace dotyczące sytuacji życiowej, funkcjonowania osób starszych (w tym owdowiałych) w województwie podlaskim (zarówno w środowisku miejskim jak i wiejskim). Materiał gromadzony jest m.in. w oparciu o metodę studium przypadku i technikę wywiadu. Nadmienić należy, że przywołane niżej wybrane wyniki nie mają charakteru statystycznego, reprezentatywnego, a przedstawiają jedynie swoiste sygnały wpisujące się w narrację opisanych już ustaleń ogólnopolskich.

Jak wspomniano wcześniej, doświadczanie wdowieństwa jest kwestią wysoce zindywidualizowaną. W większości przypadków (co wydaje się naturalne) jest ogromną, nieodżałowaną stratą. Zdarzają się jednak sytuacje, w których śmierć partnera traktowana jest jako wyzwolenie w znaczeniu dosłownym (jeżeli wspólne życie nacechowane było np. chorobą alkoholową, przemocą) i w znaczeniu symbolicznym (uwolnienia od obowiązków opiekuńczych względem chorego współmałżonka, poczucie większej niezależności, samostanowienia). Bezspornie jednak, w relacjach osób owdowiałych, doświadczanie wdowieństwa jest sytuacją trudną. Na skutek braku bliskiej osoby spowodowanej śmiercią badani często odczuwają samotność, ale nie zawsze czują się osamotnieni. Jak wynika z wypowiedzi badanych osób, głównie ze

względem na posiadanie dzieci, wnucząt, funkcjonowanie wśród innych ludzi, sąsiadów. Podejmują zatem aktywności, które wypełniają zaistniałą pustkę. Bardzo często są to zajęcia o charakterze domocentrycznym, tj. oglądanie telewizji, słuchanie radia, lektura gazet, książek, realizacja pasji (np. filmy, działka, kwiaty). Często wdowy skupiają się na pozostałych członkach rodziny, świadcząc np. opiekę nad wnukami. Swoistym remedium w tym wymiarze jest realizacja codziennego życia, tj. prowadzenie domu, sprzątanie, pranie, przyrządzanie posiłków, spacer, pielęgnacja ogrodu i inne. W przypadku osób owdowiałych w środowisku wiejskim czynności dnia codziennego często wyznaczane są porami roku. Okres jesienno-zimowy w kontekście podejmowania aktywności jest trudniejszy ze względu na złą pogodę, a przez to wymuszoną izolację. W mieście dość często podejmowana jest aktywność kulturalna związana z wizytami w instytucjach kultury.

Z wypowiedzi większości badanych osób wynika, że po śmierci partnera relacje wewnątrzrodzinne się nie zmieniły. Są one raczej bardzo dobre lub dobre. Dotyczy to zarówno relacji z ograniczonym kontaktem (np. kontakt telefoniczny ze względu na znaczną odległość), jak i w obrębie współdzielonego gospodarstwa domowego. Relacje rodzinne większości badanych osób owdowiałych oparte są na wzajemnym wspieraniu się (finansowym i duchowym) i stanowią fundament poczucia przynależności do wspólnoty rodzinnej oraz budowania poczucia sensu życia. Sporadycznie wskazywane złe relacje wynikają ze skomplikowanej sytuacji rodzinnej (np. kłótni) lub braku rodziny. Utrzymywane są również kontakty z rodziną zmarłego współmałżonka (z rodzeństwem). Kontakty przyjmują jednak charakter okazjonalny, odświeżający. W środowisku wiejskim badane osoby owdowiałe w większości dobrze lub bardzo dobrze oceniły swoje kontakty sąsiedzkie. Otrzymują oni pomoc w różnych sprawach (np. prace przydomowe tj. pilowanie drewna na opał, skoszenie trawy, opieka zdrowotna, wsparcie duchowe, rozmowy, czasami pomoc w załatwianiu spraw urzędowych). Oczywiście relacje z sąsiadami bywają również płytkie, wynikające z nietrwałych, sporadycznych kontaktów, opartych na ogólnie przyjętych zasadach poprawnego współżycia sąsiedzkiego.

W ocenie badanych wdów ze środowiska wiejskiego, ich sytuacja materialna pogorszyła się po śmierci współmałżonka. Jest ona stabilna, ale wymaga finansowej powściągliwości i oszczędzania. Głównym źródłem dochodów jest emerytura bądź renta. Większość badanych seniorek nie jest właścicielkami domów, w których mieszkają. Wynika to ze swoistego zabezpieczenia swego bytu na drodze notarialnego przekazania majątku dzieciom (sporadycznie innym osobom) z klauzulą obowiązku dożywotniego utrzymania dotychczasowego właściciela nieruchomości.

Oprócz czynników materialnych ważnym elementem jakości życia osób owdowiałych jest religia i sfera duchowa. W przynależności do wspólnoty wyznaniowej, w modlitwie, poszukują oni ukojenia i oparcia.

Bardzo często i mocno wyrażana była potrzeba bycia zdrowym, sprawnym, akceptowanym, potrzeba przynależności, poczucia bezpieczeństwa. Wobec przyszłości najczęściej formułowane były oczekiwania dotyczące zgody i poczucia jedności rodziny, bycia dla siebie opoką w trudnych chwilach.

Żadna spośród badanych osób owdowiałych nie deklarowała gotowości do wejścia w nowy związek formalny ani teraz, ani w przyszłości – ze względu na swoje dorosłe już dzieci, ogromną tęsknotę za utraconą, niepowtarzalną osobą, zaawansowany wiek.

## 7. Podsumowanie

Owdowienie wymienia się jako jeden z najistotniejszych kryzysów wieku podeszłego (Dzięgielewska, 2004). Wdowieństwo określa specyfikę poczucia jakości życia, a niekiedy może prowadzić do wykluczenia społecznego rozumianego jako sytuacja, w której jednostki zostają z różnych przyczyn pozbawione pełnego uczestnictwa w życiu społecznym (Czykier, 2014). Od wielu już lat podejmowane są liczne działania, programy skierowane do osób starszych. Jednym z przykładów są rekomendacje Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” wskazujące na konieczność podejmowania działań podnoszących jakość życia osób starszych (Kleiber, 2008). W sferze publicznej wśród obszarów wymagających ciągłego doskonalenia wskazano m.in. na ochronę zdrowia, działalność opiekuńczą, edukację na przestrzeni całego życia, poprawę warunków mieszkaniowych oraz likwidację barier architektonicznych i technicznych. Na gruncie lokalnym rekomendacje udoskonaleń w zakresie polityki senioralnej na najbliższe lata zawarte zostały w dokumencie „Strategia Polityki Społecznej Województwa Podlaskiego do roku 2030” (ROPS w Białymstoku, 2021). Stanowią one odpowiedź na zdiagnozowane fakty i obserwowane zjawiska, które interpretować należy jako przejawy starzenia się społeczeństwa. W dokumencie zwrócono uwagę m.in. na konieczność deinstytucjonalizacji usług społecznych i rozwój sieci pomocy środowiskowej. Ważne w tym zakresie wydaje się zintegrowanie informacji o dostępnych usługach społecznych, działaniach instytucji i organizacji społecznych na rzecz osób starszych. Istotnym obszarem jest również wspieranie organizacji i działań w zakresie aktywizacji seniorów, ich poczucia bezpieczeństwa, profilaktyki chorób i promocji idei zdrowego stylu życia, usług edukacyjnych, rekreacyjnych, kulturalnych. W kontekście poruszanego w tekście problemu istotne jest podejmowanie działań zapobiegających samotności i izolacji osób starszych. Strategia zakłada m.in. wspieranie inicjatyw wolontaryjnych, rozwijających i wzmacniających poczucie więzi sąsiedzkiej i międzypokoleniowej.

Pomimo działań podejmowanych w obszarze polityki senioralnej (zarówno na szczeblu ogólnopolskim, jak i regionalnym), problem wdowieństwa pozostawia się często do rozwiązania najbliższym osobom wdów i wdowców – krewnym i przyja-

ciołom (Błądowski i Pędich, 2004; Szukalski, 2006). Na szczególną uwagę zasługuje potrzeba wsparcia osób owdowiałych oraz ich rodzin. W wypracowaniu dobrych praktyk należy jednak nie tyle koncentrować się na deficytach i problemach, co na zasobach tkwiących w jednostce, jej rodzinie, środowisku lokalnym. Alban Knecht i Franz-Christian Schubert (Knecht i Schubert, 2012) dzielą zasoby na dwie podstawowe kategorie: zasoby osobiste oraz zasoby środowiskowe. Właściwe ustalenie zasobów może stanowić podstawę do wypracowania dobrych praktyk służących efektywnemu wsparciu osób owdowiałych, realizowanego w środowisku lokalnym, grupach wyznaniowych, stowarzyszeniach, fundacjach, instytucjach opiekuńczych, wychowawczych i innych. Wymaga to jednak dalszych badań naukowych i wspierania inicjatyw temu służących.

## Bibliografia

- Babicz-Zielińska, E., Bartkowicz, J., Tańska, M. (2021). Jakość życia osób starszych i jej determinanty, *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, (28), 1 (126): 51–67.
- Błądowski, P. (2014). Ekonomiczne aspekty starzenia się ludności. W: *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*. Federacja Polskich Towarzystw Medycznych.
- Błądowski, P., Pędich, W. (2004). Opiekunowie rodzinni jako podstawowe źródło opieki domowej nad niepełnosprawnymi osobami starszymi. W: P. Błądowski (red.), *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Czykier, K. (2014). Wdowieństwo jako przyczyna wykluczenia społecznego. W: S. Neslušanová, I. Emmerová, E. Jarosz (red.), *Sociální pedagogika ve službě člověku a společnosti* (s. 382–392). Institut Mezioborových Studií: 382–392.
- DiGiulio, J.F. (1992). Early widowhood: An atypical transition. *Journal of Mental Health Counseling*, 14(1).
- Długosz, Z., Kurek, S., Kwiatek-Sołtys, A. (2011). Stan i perspektywy starzenia się ludności w Polsce i Europie. W: M. Soja, A. Zborowski (red.), *Człowiek w przestrzeni zurbanizowanej*, Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej Uniwersytetu Jagiellońskiego: 11–26.
- Dzięgielewska, M. (2004). Praca socjalna jako odpowiedź na kryzysy starości. W: J.T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Flores, E. (2010). *An exploratory study on widows' experiences following the loss of their spouse*. Long Beach: California State University.
- Główny Urząd Statystyczny. (2013). *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*. <https://stat.gov.pl/spisy-powszechnie/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/ludnosc-stan-i-struktura-demograficzno-spoeczna-nsp-2011,16,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r,1,5.html>.



- Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2019-roku,2,2.html>.
- Halicka, M. (2004). *Satysfakcja życiowa ludzi starych: studium teoretyczno-empiryczne*. Akademia Medyczna w Białymstoku.
- Halicka, M., Pędich, W. (2002). Satysfakcja życiowa ludzi starych. W: B. Synak (red.), *Polska starość* (s. 219–230). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Halicki, J. (2010). *Obrazy starości, rysowane przeżyciami seniorów*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, (Vol 11), (Issue 2): 213–218.
- Jakość życia seniorów w Białymstoku – Miejski Portal Informacyjny Bstok.pl Białystok. (Dostęp: 16.01.2021).
- Janiszewska, A. (2015). Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców. W: Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy, Space – Society – Economy*, (14), *Department of Population and Services Studies* (s. 25–48). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kijak, R.J., Szarota, Z. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Kinsella, K., Phillips, D.R. (2005). Global Aging: The Challenge of Success, *Population Bulletin*, 60 (1): 3–40.
- Kleiber, M. (2008). *Memoriał 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*. <https://prognozy.pan.pl/pl/memoriay/36-memoriay-w-sprawie/64-starzenie-si-spoeczestwa-2008>.
- Knecht, A., Schubert, F.Ch. (red.). (2012). *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung – Förderung – Aktivierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Koren, C., Lowenstein, A. (2008). *Late-life widowhood and meaning of life*. *Ageing International*, 32(2).
- Kotowska, I. (1999). *Przemiany demograficzne w Polsce w latach 90. w świetle koncepcji drugiego przejścia demograficznego*. Szkoła Główna Handlowa.
- Kowaleski, J.T. (2008). Struktura demograficzna starszego odłamu ludności (rozważania metodologiczne i elementy obrazu sytuacji w województwach i powiatach na przełomie stuleci). W: Kowaleski, J.T., Szukalski P. (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kurek, S. (2008). *Typologia starzenia się ludności Polski w ujęciu przestrzennym*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Lassota, L (2006). Satysfakcja z życia emerytów w Polsce i w Niemczech. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Wydawnictwo KUL.
- Mossakowska, M., Więcek, A., Błędowski, P. (red.). (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekologiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Piguła, N.G. (2015). *Poczucie sensu życia osób starszych: Inspiracje do edukacji w starości*. Oficyna Wydawnicza Impuls.

- ROPS w Białymstoku. (2021). *Strategia Polityki Społecznej Województwa Podlaskiego do roku 2030*.
- Szada-Borzyszkowska, J., Mantur, J. (2020). *Jakości życia seniorów 82+ w Białymstoku. Raport, Białystok 2020*, <http://pracownia.ckubialystok.pl/>.
- Szukalski, P. (2006). Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce, *Gerontologia Polska* (t. 14), 2.
- Szukalski, P. (2008). Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku. W: P. Szukalski (red.), *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*. Instytut Spraw Publicznych.
- Timoszuik, S. (2017). Wdowieństwo a sytuacja materialna kobiet w starszym wieku w Polsce. *Studia Demograficzne* 2(172) : 121–138.
- Urząd Statystyczny w Białymstoku. (2012). *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników w województwie podlaskim*. [https://bialystok.stat.gov.pl/files/gfx/bialystok/pl/defaultaktualnosci/753/11/1/8/nsp\\_2011\\_raport\\_z\\_wynikow\\_wpodl.pdf](https://bialystok.stat.gov.pl/files/gfx/bialystok/pl/defaultaktualnosci/753/11/1/8/nsp_2011_raport_z_wynikow_wpodl.pdf).
- Urząd Statystyczny w Białymstoku. (2021a). *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie podlaskim w 2020 r.* <https://bialystok.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/ludnosc-ruch-naturalny-i-migracje-w-wojewodztwie-podlaskim-w-2020-r-,3,15.html>.
- Urząd Statystyczny w Białymstoku. (2021a). *Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2021*. <https://bialystok.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-wojewodztwa-podlaskiego-2021,7,18.html>.
- Wolańska, D. (2006). Jakość życia starszych mieszkańców Dolnego Śląska. W: J.T. Kowalski, Szukalski P., *Starość i starzenie się jako doświadczanie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego.
- World Health Organization. (1998). Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse: WHOQOL *Measuring Quality of Life*. WHO.

## Senior w realiach północno-wschodniej Polski

### 1. Wprowadzenie

Problem starości i funkcjonowania osób starszych jest przedmiotem licznych badań i dyskusji społecznych. Jak dowodzą dane demograficzne, w Polsce wciąż zauważalny jest wzrost odsetka osób w wieku senioralnym. Oznacza to, że społeczeństwo polskie starzeje się, dlatego też powinno się szczególną dbałością otoczyć osoby starsze. Artykuł prezentuje zbiór informacji i badań na temat grupy osób starszych. Celem artykułu i motywem podjęcia działań badawczych było przedstawienie sytuacji seniora w polskiej, a w szczególności podlaskiej rzeczywistości, przy uwzględnieniu jego subiektywnej perspektywy oraz oceny. Element dodatkowy stanowił punkt widzenia pracownika socjalnego i prezencja osób starszych jako klienta pomocy społecznej. Badania, osadzone zostały w perspektywie jakościowej oraz przeprowadzone na terenie województwa podlaskiego położonego w północno-wschodniej części Polski. Grupę badawczą stanowiło 18 seniorów w przedziale wieku 64–76 lat oraz 4 pracowników socjalnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białymstoku. Uzyskane wyniki badań mogą stanowić implikację do rozwiązań systemowych w zakresie regionalnej polityki senioralnej, a także w innych działaniach pomocowych.

Przechodząc do starości, warto zauważyć, że jej obraz w ciągu wieku uległ diametralnej zmianie. Związane jest to nie tylko z przemianą społeczną, ale także ze specyfiką życia w danym kraju. Warto się zastanowić, czego aktualnie potrzebują seniorzy do satysfakcjonującego funkcjonowania w społeczeństwie oraz co można zrobić, aby im to ułatwiać. Odpowiedzi na te pytania poszukują nie tylko gerontolodzy, ale także inni badacze z pokrewnych dyscyplin naukowych. Na początku rozważań i analizy należy jednak zdefiniować samą starość. W ujęciu wielowymiarowym, ujmowana jest jako okres w życiu człowieka, w którym występują zmiany, związane z: osłabieniem biologicznym organizmu, obniżeniem sprawności psychofizycznej oraz zmianą

---

<sup>a</sup> Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Nauk o Edukacji. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2957-525X>.

roli społecznej (Halicka, 2019). Najczęściej przyjmuje się, że starość rozpoczyna się w momencie zakończenia aktywności ekonomicznej, związanej z przejściem na emeryturę (Fihel, 2017). Według literatury, zjawisko starzenia się jest również bardzo ważne z punktu widzenia gospodarki i zasad życia społecznego. Wpływa także na całokształt ról podejmowanych w społeczeństwie. Istnieje zatem zasadność i konieczność interdyscyplinarnego podejścia do starości i starzenia przy szczególnym uwzględnieniu zakresu medycznego, ekonomicznego, społecznego i politycznego. Szczególnie ważnym elementem analizy jest subiektywna perspektywa seniora (samoocena poszczególnych sfer życia). Pozwala ona zrozumieć ukryte trudności życia seniorów, poznać ich potrzeby i przygotować dopasowane do nich rozwiązania systemowe, które mogą być ujęte w ramach długofalowej strategii i rządowej polityki senioralnej. Szczególna dbałość o tak liczną grupę społeczną znajduje odbicie w całościowej poprawie funkcjonowania całego społeczeństwa. Przyjmując fakt, że starość staje się zjawiskiem masowym, istnieje również możliwość spożytkowania potencjału tkwiącego w tej grupie społecznej na rzecz reszty społeczeństwa. Wytworzona korzyść wówczas będzie obopólna i znacząca dla przyszłości społeczeństwa senioralnego. Do tego jednak potrzeba stałej analizy sytuacji seniora i jego aktualnych potrzeb oraz monitoringu efektywności wprowadzonych rozwiązań.

## 2. Starość w Polsce

Starzenie się społeczeństwa polskiego obecnie jest faktem. Statystyki demograficzne wskazują na brak zastępowalności pokoleń i na rosnący udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski. Można wyróżnić różne przyczyny zjawiska starzenia się społeczeństwa, a w szczególności trzy główne aspekty: spadek płodności i ubytek naturalny, emigracja przewyższająca imigrację ludności (Okólski, 2009), dłuższe trwanie życia. Do pośrednich czynników można zaliczyć takie elementy jak: poziom zamożności społeczeństwa, promowany model rodziny, aktywność zawodową kobiet, poziom opieki społecznej i ochrony zdrowia, wykształcenie ludności oraz politykę społeczną państwa (Kancelaria Senatu, 2011, s. 5). Najnowsze badania Głównego Urzędu Statystycznego (GUS, 2022) wskazują na szczególne zmiany w strukturze społecznej w latach 2011–2021. Zauważalny jest duży przyrost grupy osób w wieku poprodukcyjnym – z 16,9% (2011) do 21,8% (2021). W ciągu dziesięciu lat przybyło ponad 1,8 mln osób w wieku senioralnym i aktualnie (2021) ich liczba wynosi 8337,0 tys. i stanowią 21,8% całej ludności. Dla porównania w Polsce, pod koniec roku 2020, liczba osób wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,8 miliona (na Podlasiu 297,9 tys.). Odsetek osób w wieku senioralnym w ogólnej populacji mieszkańców Polski osiągnął w roku 2020 poziom 25,6% (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). W latach 2020–2021 można zauważyć wyraźny spadek liczby osób starszych. Przyczyną tak znaczącej różnicy w przyroście liczby osób w wieku senioralnym

niewątpliwie może być pandemia wirusa SARS-CoV-2. Nadmiarowa liczba zgonów osób starszych w naturalny sposób obniżyła ich procentowy udział w strukturze demograficznej Polski. Według ogólnej prognozy GUS, liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce będzie nadal rosła. W 2030 r. wzrośnie do poziomu 10,8 mln, a w 2050 r. wyniesie 13,7 mln (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). Wówczas osoby starsze będą stanowiły praktycznie 40% ogółu ludności Polski.

Według badań zdecydowana większość seniorów zamieszkuje w miastach (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). W 2020 r. 65% osób w wieku 60 lat i więcej mieszkało w miastach. W ogólnej liczbie osób starszych dominują kobiety – 58,1% (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). Wynika to stąd, że w Polsce kobiety żyją dłużej niż mężczyźni. Oprócz uwarunkowań genetycznych należy również wziąć pod uwagę funkcje pełnione przez kobietę i mężczyznę w ciągu życia. Literatura wymienia w tym zakresie środowiskowe uwarunkowania różnic w długości życia, które wskazują na zależność od warunków socjoekonomicznych i stylu życia (Wieczorowska-Tobis, 2012). Mężczyźni są częściej narażeni na ryzyko związane z wykonywaniem określonego zawodu. Zły stan zdrowia natomiast często bywa konsekwencją stosowania używek bądź braku odpowiedniej profilaktyki zdrowia. Kobiety, w porównaniu do mężczyzn, bardziej dbają o swoje zdrowie, poświęcają więcej uwagi restrykcyjnej profilaktyce, stosują się do zaleceń profesjonalistów (Wieczorowska-Tobis, 2012, s. 388). Dodatkowym czynnikiem poza zdrowotnym, mającym wpływ na jakość życia płci żeńskiej jest wykluczenie społeczne i ubóstwo. W tej kwestii, należy podkreślić kluczowy element oceny społecznej: naznaczanie i dehumanizację. Seniorki częściej padają ofiarą wyśmiewania i stereotypowego podejścia, przez co mogą wycofywać się z aktywnego życia społecznego. Przykładem może być określenie „moherowy beret”, które nadal funkcjonuje w społeczeństwie polskim.

W opinii publicznej istnieje przekonanie o niskich dochodach seniorów. Według badań GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku (2021) sytuacja finansowa polskiego seniora nie jest zła i ciągle ulega poprawie. Istotną rolę w samoocenie sytuacji dochodowej seniorów odgrywa wielkość gospodarstwa domowego. W 2020 r. osoby w wieku 60 lat i więcej, prowadzące gospodarstwo domowe z osobami w tym samym przedziale wieku, posiadały przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w wysokości 2170 zł. Jest on praktycznie wyższy o 2,9% w porównaniu do poprzedniego roku dla tej samej grupy (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). W gorszej sytuacji znajdują się seniorzy, którzy prowadzą jednoosobowe gospodarstwo domowe. Znacznie częściej są narażeni na życie w ubóstwie, a swoją sytuację finansową określają jako złą lub raczej złą (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021).

Sytuacja materialna osób starszych nie jest jednak jednolita (Richert-Kaźmierska, 2019). Dane wskazują na wzrost dochodów przy jednoczesnym wzroście ubóstwa skrajnego wśród osób starszych. Według definicji GUS (2020), ubóstwo skrajne określone jest na podstawie minimum egzystencji, które jest szacowane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Konsumpcja poniżej określonego poziomu oddziałuje na realizację naturalnych potrzeb, co w następstwie może powodować biologiczne zagrożenie życia. W 2020 r. (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021) ubóstwem skrajnym dotkniętych zostało 4,3% osób w wieku 60 lat i więcej, co oznacza, że w stosunku do 2019 r. stopa ubóstwa skrajnego wśród seniorów wzrosła o 0,6 pkt. procentowego. W ogólnej ocenie, osoby starsze dobrze określają swoje możliwości gospodarowania dochodem i zaspokajania potrzeb (Błędowski, 2021). Warto podkreślić, że ważnym elementem samooceny kondycji finansowej seniora jest jego perspektywa i świadomość w ocenie realizacji poszczególnych potrzeb. Senior, mając na uwadze, że nie jest w stanie zaspokoić swoich „wygórowanych” potrzeb, wypiera je, skupiając się na tych najważniejszych i najpotrzebniejszych do życia. Można posłużyć się przykładem uzyskanym z obserwacji: *Mi niczego nie brakuje. Chleb mam, masło mam. A jakieś wymysły wakacje, wyjazdy, to po co komu (S. 71 lat, mężczyzna)*.

Kolejną kwestią jest niepełnosprawność osób starszych. Joanna Staręga-Piasek (1975, s. 134) definiuje starość jako proces zmniejszania się w miarę starzenia się, szanse na zaspokojenie potrzeb. Długie pozostawanie w zdrowiu osoby starszej zależy od wielu czynników: dobrostanu fizyczno-psychicznego, społecznego czy duchowego (Smoliński, Raciborski, 2013). Niestety, nie zawsze jest to możliwe. Według gerontologów starzenie się jest nieodwracalne i etapowe. Naturalnym jest to, że wraz z wiekiem i wchodzeniem w kolejny przedział starości, następuje utrata sprawności fizycznej, a także wzrost w populacji odsetka osób o ograniczonej samodzielności lub pełnej niesamodzielności (Richert-Kaźmierska, 2019). Według Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. w Polsce było 4,7 miliona osób niepełnosprawnych, w tym 5% osób w wieku 60 lat i więcej (Szweda-Lewandowska, 2016, s. 61). W 2019 r. było 2,4 mln osób pobierających świadczenia emerytalno-rentowe i/lub ubezpieczonych, przez płatników składek w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niezdolności do pracy (GUS, 2019a, s. 2). Szacuje się, że w kolejnych latach liczba osób niepełnosprawnych będzie rosła wraz z ich zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne. Rzeczywistą potrzebę leczenia lub badania zadeklarowało w 2019 r. 73,4% osób starszych (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2019). Jest to zdecydowanie duży odsetek. Subiektywnej oceny, dobrego lub bardzo dobrego stanu zdrowia doświadcza 35% polskich seniorów w wieku 60–69 lat i 22% w wieku 70–79 lat. W najstarszej grupie osób (w wieku co najmniej 80 lat) nie więcej niż 16% respondentów jest zadowolonych ze swojego stanu zdrowia (GUS, 2019b). Wieloaspektowe i kompleksowe

wspieranie osób starszych w zakresie zdrowia może wpływać nie tylko na ich samoocenę zdrowotną, ale także zabezpieczyć przed szybką utratą samodzielności, hospitalizacją czy zapotrzebowaniem na pomoc innych. Ogranicza również to ich wydatki z budżetu gospodarstwa domowego na sfinansowanie usług zdrowotnych, opieki i zakupu leków.

### 3. Potrzeby seniora w Polsce

Według literatury, potrzeby człowieka zmieniają się zależnie od wieku. Są jednak takie, które mimo upływających lat, niezależnie od kraju, miejsca zamieszkania, nie zmieniają się i towarzyszą człowiekowi. W tym przypadku można posłużyć się piramidą Masłowa (2006). Podstawową i nieodzowną potrzebą jest: potrzeba fizjologiczna, którą można nazwać biologiczną, związaną z funkcjonowaniem człowieka w środowisku i jego naturalną fizjologią. Brak zaspokojenia tej potrzeby uniemożliwia realizację dalszych potrzeb (Masłowski, 2006). U większości seniorów występowanie schorzeń, chorób, niepełnosprawności może prowadzić do niezdolności do wykonania podstawowych czynności, związanych z podstawową potrzebą fizjologiczną. Przyczyną zdiagnozowaną mogą być niedostatki w finansowaniu ochrony zdrowia oraz ograniczony dostęp osób starszych do świadczeń zdrowotnych (Błędowski, 2016, s. 39). Osoby starsze zamieszkujące tereny wiejskie, szczególnie doświadczają trudności, związanych z dotarciem do lekarza, oczekiwaniem na wizytę czy zabieg. W konsekwencji stan zdrowotny seniora może się pogarszać, uniemożliwiając realizację potrzeby fizjologicznej i innych potrzeb wyższego rzędu. Co więcej, skrócony czas oczekiwania na pomoc i opiekę medyczną niewątpliwie stanowi tu kluczową rolę w dbaniu o dobry stan psychofizyczny seniorów.

Rok 2020 pokazał jednak, że istnieją inne przesłanki, które mogą ograniczyć kompleksową realizację potrzeb seniora. Jedną z przyczyn, stała się pandemia wirusa SARS-CoV-2. Osoby starsze znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji, przede wszystkim, z uwagi na największą podatność na wirusa, poważniejszy przebieg choroby, jak i wyższą śmiertelność (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). Sytuacja pandemiczna zrodziła również inną potrzebę ochrony i zagwarantowania seniorom poczucia bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego. Według informacji o sytuacji osób starszych w Polsce, rząd, a także instytucje centralne, regionalne oraz lokalne, podjęły stosowne działania, mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobom starszym (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2020, s. 4). Przykładem może być miasto Białystok. W dniu 20 marca 2020 r. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku utworzył sekcje koordynatorów pomocy oraz wdrożył procedury udzielania pomocy skierowane do: osób starszych, samotnych oraz chorych i niepełnosprawnych. Od 20 października 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. seniorzy w ramach rządowego Programu „Wspieraj Seniora”, mogli również skorzystać

z pomocy w zakresie czynności takich jak: dostarczenie do domu artykułów spożywczych, środków higieny osobistej czy leków. Program miał za zadanie ograniczenie konieczności wychodzenia starszych mieszkańców z domu w związku z zagrożeniem pandemią COVID-19. Liczba zgłaszających się osób w całym województwie podlaskim zarówno za pośrednictwem infolinii, jak i bezpośrednio do ośrodków pomocy społecznej wyniosła – 1326 (PUW, 2020). Niestety, wszelakie stosowane środki zabezpieczenia nie wykluczyły konieczności izolacji, które pogłębiły narastające problemy seniorów, a także skazały ich na samotność. Ograniczony został również tradycyjny dostęp do usług pomocowych i zdrowotnych. W wielu przypadkach wiązało się to z podjęciem nowych, nieznanych dotąd czynności, np. rejestracji internetowej. Strach, który zapanował wśród osób w wieku senioralnym, miał również wpływ na realizację większości potrzeb. Seniorzy obawiali się nie tylko wyjścia poza obszar domu w celu zrobienia zakupów, ale także kontaktów międzyludzkich, przez co stali się bardziej wycofani z życia społecznego. Restrykcje covidowe równie mocno dotknęły tę grupę osób, szczególnie w zakresie samorealizacji i potrzeby przynależności. Wszelkie instytucje, koła, kluby seniora w okresie pandemii ograniczyły swoją działalność. Co więcej, osoby starsze miały utrudniony dostęp również do miejsc sakralnych, przez co nie mogły fizycznie uczestniczyć w obrzędach religijnych bądź w życiu wspólnoty. W pewien sposób ta sytuacja zmusiła seniorów do korzystania z nowych metod uczestnictwa w życiu społecznym, np. poprzez wykorzystanie nowych środków komunikacji w celu realizacji swoich potrzeb. Wkroczenie seniorów do cyberprzestrzeni, a także eksplorowanie jej na własny użytek, obecnie rodzi coraz większą potrzebę uświadamiania zagrożeń i rozwijania kompetencji w tym zakresie.

#### **4. Pomoc dla seniora**

Państwo polskie zapewnia szereg programów pomocowych dla seniorów, w myśl których ma zostać ułatwione ich codzienne życie i funkcjonowanie. Działają one zarówno na rozwój infrastruktury systemu opieki nad osobami starszymi, jak i na wzrost dostępności usług opiekuńczych (Richert-Kaźmierska, 2019). Szeroko stosowana polityka wobec starości (Tymowski, 1987, s. 30) powinna nie tylko zaspokajać potrzeby typowe dla populacji osób starszych, ale przyjmować charakter interwencyjno-pomocowy. Opieką w tym zakresie, zajmują się instytucje ulokowane na szczeblu samorządowo-lokalnym, jak i rządowym. Do podstawowych świadczeń pomocowych, na które mogą liczyć najstarsi obywatele, można zaliczyć m.in: emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinne, zasiłki z pomocy społecznej, dodatki z ZUS, zwolnienia i ulgi z różnych opłat (np. ulgi komunikacyjne, zwolnienie z abonamentu radiowo-telewizyjnego).

Podstawowym świadczeniem, wspierającym seniora jest emerytura finansowana z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Wypłacana jest osobom, które już osiągnęły



wymagany wiek emerytalny. W 2013 r. próg wiekowy został podwyższony i zrównany dla obu płci. Od 1 października 2017 r. wiek emerytalny wynosi ponownie 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn (ZUS, 2017). Po osiągnięciu wymaganego wieku uprawniającego do przejścia na emeryturę, seniorzy mogą zaprzestać aktywności zawodowej lub kontynuować pracę zawodową. Warunkiem koniecznym do uzyskania emerytury jest również udokumentowanie jakiegokolwiek okresu ubezpieczenia (pracy) oraz rozwiązanie stosunku pracy.

Innym typem świadczenia emerytalnego jest emerytura rolnicza. Przysługuje ona osobom prowadzącym gospodarstwo rolne i ich domownikom. Wypłaca ją Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS, 2020). Otrzymanie emerytury warunkowane jest tak jak w przypadku emerytury z FUS: odpowiednim wiekiem, ale również udokumentowanym co najmniej 25-letnim okresem podlegania ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu.

W przypadku renty ZUS z tytułu niezdolności do pracy osoba również musi spełnić szereg warunków. Formalnie musi posiadać: orzeczoną niezdolność do pracy, wymagany i określony w ustawie o emeryturach i rentach okres składkowy i nieskładkowy, a niezdolność musi powstać w czasie okresów składkowych i nieskładkowych bądź w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów (Ustawa, 1998). Rentę tzw. rodzinną ZUS można uzyskać po śmierci członka rodziny, który miał prawo do renty. Wysokość renty rodzinnej uzależniona jest od liczby osób do niej uprawnionych. Wszystkim członkom rodziny przysługuje dzielona po równo jedna łączna renta rodzinna. Jedna osoba uprawniona może otrzymać 85% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu. Dwie osoby uprawnione otrzymają 90% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu. Trzy lub większa liczba uprawnionych może otrzymać 95% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu (Ustawa, 1998).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zapewnia również dodatki do świadczeń emerytalno-rentowych przysługujące osobom starszym, które spełnią określone wymagania. Wyróżnić można tu dodatek pielęgnacyjny i kombatancki. Pierwszy z nich przyznawany jest osobom, które zostały uznane za całkowicie niezdolne do pracy oraz niezdolne do samodzielnej egzystencji. Osoby te muszą spełnić warunki regulacyjne np. nie pobierać zasiłku pielęgnacyjnego (ZUS, 2018b). Osoby mające ukończone 75 lat otrzymują dodatek z „urzędu” i nie muszą o niego składać wniosku. Od 1 marca 2021 r. wysokość dodatku to 239 złotych i 66 groszy. O dodatek kombatancki mogą ubiegać się seniorzy, którzy uznani są za kombatanę, na mocy decyzji Szefa Urzędu do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych. Wysokość dodatku kombatanckiego jest taka sama jak dodatku pielęgnacyjnego (ZUS, 2018a).

Innym rodzajem wsparcia jest praca socjalna na rzecz osób starszych. Ustawa o pomocy społecznej (2004) wyróżnia trzy główne zasiłki pomocowe, z których może skorzystać senior: stały, okresowy i celowy. Pierwszy z nich, zasiłek stały, przeznac-

czony jest dla osób niezdolnych do pracy w związku z wiekiem lub niepełnosprawnością, które nie przekraczają kryterium dochodowego. Wysokość tego zasiłku oblicza się według kryterium dochodowego osoby gospodarującej lub dochodu w przeliczeniu na osobę w rodzinie. Kryterium dochodowe dla osób samotnie gospodarujących obecnie wynosi 776 złotych netto. Dla osób w rodzinie jest ono niższe i wynosi 600 złotych netto. Liczba świadczeniobiorców zasiłków stałych w wieku 60 lat i więcej przypadająca na 10 tysięcy osób w wieku 60 lat w województwie podlaskim wynosiła tylko 68 (GUS i Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2021). W przypadku zasiłku okresowego, o jego przyznanie może się ubiegać osoba z tytułu: długotrwałej choroby, bezrobocia, niepełnosprawności, w czasie oczekiwania na przyznanie emerytury lub renty. Wymagania kryterium dochodowego dla zasiłku okresowego jest takie samo jak w przypadku zasiłku stałego. Okres pobierania tego rodzaju świadczenia określa ośrodek pomocy społecznej. Najniższa kwota zasiłku to 20 złotych, a najwyższa to 418 złotych. Wysokość tego zasiłku ustalana jest na podstawie co najmniej 50% różnicy między kryterium dochodowym a dochodem osoby samotnej lub osoby w rodzinie. Ostatni z zasiłków, celowy przysługuje osobom, które nie mogą pozwolić sobie na zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych, ponieważ nie mają wystarczających środków, którymi mogą dysponować. Wysokość zasiłku najczęściej zależy od indywidualnych kwestii, które rozpatruje ośrodek pomocy społecznej. Przyznawany najczęściej jest na m.in. na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, ogrzewania, w tym opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu (Ustawa, 2004, s. 32).

Warto również wspomnieć o programach ministerialnych i rządowych, z których może skorzystać senior. W województwie podlaskim osoba starsza w ramach programu polityki społecznej państwa „Korpus Wsparcia Seniorów”, może uzyskać tzw. wsparcie społeczne. Dużą nowością są także opaski zaprojektowane z myślą o osobach starszych, które mają zapewnić bezpieczeństwo oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania. Posiadają one wybrane funkcje takie jak np. przycisk bezpieczeństwa, detektor upadku, czujnik zdjęcia opaski, lokalizator GPS, funkcje umożliwiające komunikowanie się z centrum obsługi i opiekunami czy funkcje monitorujące podstawowe czynności życiowe (POW, 2020). W ramach ogólnopolskich programów np. tarczy antyinflacyjnej senior prowadzący jednoosobowe gospodarstwo domowe, w którym przeciętne miesięczne dochody nie przekraczają 2100 zł, może ubiegać się o dodatek osłonowy. W przypadku gospodarstwa wieloosobowego miesięczne dochody nie mogą przekroczyć 1500 zł na osobę. Dodatek ma za zadanie zniwelować rosnące ceny energii, gazu, żywności oraz wspomóc budżety seniorów.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej prowadzi również szereg różnych programów, uwzględniających potrzeby seniorów. W ramach programu „Opieka

75+” dostępność usług opiekuńczych na terenach gmin realizujących usługi samodzielnie ma ulec poprawie. Grupę odbiorców stanowią seniorzy, którzy potrzebują wsparcia i opieki w miejscu zamieszkania (poprawa jakości życia w środowisku lokalnym). Gminy, które będą realizować program, mogą starać się o wsparcie finansowe w wysokości do 50% przewidywanych kosztów realizacji zadania (Richert-Kaźmierska, 2019). Jest on także uzupełnieniem programu „Senior+”, którego założeniem jest m.in: pomoc i wsparcie działań jednostek samorządu w rozwoju sieci Dziennych Domów „Senior+”, Klubów „Senior+” oraz aktywizacja w różnym zakresie seniorów nieaktywnych. Wprowadzony program znacząco przyczynił się do wzrostu liczby placówek oraz miejsc opieki dedykowanych seniorom (Richert-Kaźmierska, 2019). W ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych, pomoc finansową mogą również uzyskać także organizacje pozarządowe i inne podmioty realizujące projekty, które uwzględniają potrzeby seniorów w ich lokalnym środowisku. Obszary tematyczne, w których należy realizować owe zadania to: aktywność społeczna, partycypacja społeczna, włączenie cyfrowe, przygotowanie do starości. Jest to znaczący program do budowy sieci wsparcia różnych podmiotów zaangażowanych w działalność na rzecz osób w wieku senioralnym.

Ministerstwo Zdrowia także prowadzi autorski program dedykowany seniorom – „Leki 75+”. Realizowany jest on od 2016 r. (Ustawa, 2016). Każda osoba, która ukończyła 75 lat, może skorzystać z darmowych leków uwzględnionych na liście leków refundowanych. W tym celu musi udać się do lekarza lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Ważne jest, aby recepta posiadała specjalne oznaczenie „S” w wyznaczonym miejscu. Obecnie można już zauważyć rezultaty wprowadzonego programu pomocowego. Według badań PolSenior2 (Błędowski, 2021) brak pieniędzy na zakup leków notowany jest prawie o połowę rzadziej niż w badaniu PolSenior1. Jest to bardzo znaczący fakt, wskazujący na poprawę życia polskiego seniora.

## 5. Materiały i metoda badawcza

Pozyskanie informacji na temat życia osób starszych w środowisku polskim, wymaga podjęcia określonych działań badawczych. W tym zakresie, przyjęta zostanie perspektywa zarówno seniora, jak i pracownika socjalnego. Należy zaznaczyć, że postrzeganie problemu, jakim jest sytuacja seniora stanowi ujęcie subiektywne. Przeprowadzone badania osadzone zostały w perspektywie jakościowej, przy zastosowaniu wielokrotnego studium przypadku. Materiał badawczy uzyskany został w okresie listopad 2021 r. – luty 2022 r., przy pomocy scenariusza wywiadu pogłębianego. Grupa badawcza podzielona została na dwa obszary: 18 seniorów w wieku 64–76 lat zamieszkujących województwo podlaskie (miasta), pozostających w związkach mał-

żeńskich, oraz 4 pracowników socjalnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie. Łącznie grupę badawczą stanowiło 22 badanych, wybranych za pomocą metody losowej. Badania były prowadzone na terenie miast, ze względu na wyższy czynnik zamieszkiwania osób starszych i ujednolicenie grupy badawczej. W analizie badawczej przytoczone zostaną fragmenty wypowiedzi pracowników socjalnych (P.S.) oraz seniorów (S.), które pozyskane zostały z sporządzonych transkryptów znormalizowanego maszynopisu. Główny problem badawczy został sformułowany następująco: Jak postrzegana jest sytuacja seniora w województwie podlaskim?

Szczegółowe problemy badawcze koncentrowały się wokół odpowiedzi na następujące pytania:

- Jakie problemy najczęściej dotyczą seniora?
- Jak senior ocenia swoją sytuację życiową, finansową?
- Jak senior ocenia swoją sytuację zdrowotną?
- Jak senior postrzega swoje potrzeby?
- W jaki sposób postrzegany jest senior jako klient pracy socjalnej?
- Czy często senior korzysta z pomocy społecznej?
- O jaką pomoc najczęściej ubiega się senior?
- Czy seniorzy korzystają z programów rządowych skierowanych do ich grupy wiekowej?
- Czy seniorzy korzystają z takich instytucji jak kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku?
- Jakie działania można podjąć by poprawić sytuację seniora?

## 6. Analiza badań

W materiale badawczym wyróżnione zostały dwie perspektywy: seniora i pracownika socjalnego. Wspólny element stanowi refleksja na temat działań, które mogłyby polepszyć sytuację seniora.

Subiektywna ocena zdrowia seniorów zamieszkujących określony region jest ważnym elementem w ogólnej ocenie stanu zdrowia całej populacji osób starszych. Wśród badanych, dwunastu seniorów posiadało orzeczenie o niepełnosprawności. Problemy, które najczęściej dotyczą seniorów według ogólnych wskazań badanych to: choroby, złe samopoczucie, niska emerytura, długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, niepełnosprawność. W wywiadach seniorzy określali swój stan zdrowia jako dobry, bądź ani dobry-ani zły mimo występujących chorób m.in. takich jak: nadciśnienie tętnicze, choroby układu krwionośnego (choroba wieńcowa), choroby serca (arytmia), nowotwór, przebyty zawał, a także udar. Ukazuje to pewną specyfikę podejścia starszych ludzi do swojego stanu zdrowia. *Zawsze trochę coś będzie bolało, ważne, żeby nie poddawać się (S. 70 lat, kobieta), (...) lepiej już nie będzie (S. 69 lat, mężczyzna), (...) są dni, w których czuję się gorzej, ale ogólnie*

*nie mogę narzekać (S. 67 lat, kobieta). (...) Ten Covid wszystko zmienił, czuję się dobrze, szczepiłem się, ale nadal trochę się boję, bo jestem stary (S. 71 lat, mężczyzna).* Kobiety zwykle sceptyczniej oceniają swoje zdrowie niż mężczyźni. W wywiadach ta tendencja nie została zauważona. Problematiczną kwestią w zakresie zdrowia jest dostęp do usług specjalistycznych i zdrowotnych (...) *jest już lepiej niż było, ale nadal za długo się czeka na wizytę u specjalistów (S. 68 lat, kobieta), (...) na rehabilitację się czeka długo (S. 71 lat, mężczyzna), (...) ta pandemia wydłużyła czas oczekiwania na wszystko (S. 74 lat, kobieta).*

Seniorzy w zakresie swoich potrzeb ustanawiają prywatną hierarchię wartości. Jedne potrzeby są oceniane jako ważniejsze (dla prawidłowego funkcjonowania), inne jako mniej ważne i realizowane sporadycznie. *Potrzeby? – moją potrzebą na teraz jest pojechanie do sanatorium, złożyłam już wniosek i czekam na decyzję. Mam nadzieję, że dostanę dofinansowania (S. 69 lat, kobieta). (...) Nie mam jakiś specjalistycznych potrzeb, żyję, funkcjonuję, jest dobrze, ale niestety nie stać nas z mężem na wyjazd na wakacje za granicę, (...) stać mnie pójść do fryzjera, i czasem do kosmetyczki. Do kosmetyczki to rzadziej chodzę. To takie moje potrzeby (S. 70 lat, kobieta). Chodzę do kosmetyczki i fryzjera, o to dbam (S. 68 lat, kobieta).* W większości, badani nie korzystają z oferty klubu seniora czy też Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Swoje zaangażowanie w ogólną działalność lokalną oceniają jako *dość duże*. Co jest ciekawe, seniorzy określają mianem działalności, aktywność w życiu kościoła. *Do kościoła chodzimy. Ta pandemia to utrapienie, wcześniej to musieliśmy mszę na Internecie oglądać. Córka nam włączała, więc aktywnie uczestniczyliśmy (S. 69 lat, kobieta). Kościół to jedyna atrakcja można wyjść, spotkać się i popatrzeć na ludzi (S. 66 lat, kobieta).* Kościół funkcjonuje również jako wsparcie i forma rozrywki dla osób starszych zamieszkujących na Podlasiu.

Sytuację finansową seniorów można uznać za trudną do stwierdzenia. Zasadniczo jest określana jako lepsza niż była. W badaniach, szczególnie zwrócona została uwaga na wielkość gospodarstwa domowego seniora. Najczęściej współmałżonek stanowi wsparcie w kwestiach utrzymania, co również potwierdza badanie. (...) *Żeby nie mąż to ciężko by było, ja mam niską emeryturę, sama bym się nie utrzymała (S. 68 lat, kobieta), (...) w pojedynkę to ciężko by się żyło, wszystko jest drogie (S. 72 lata, mężczyzna).* Zdecydowana większość badanych oceniała dochód w rodzinie jako wystarczający na skromne, ale w miarę dobre życie. (...) *wystarcza mi, ale co z tego, jak większość idzie na leki, taki wiek (S. 68 lat, kobieta). (...) Żyjemy w miarę dobrze, ale na jakieś odkładanie pieniędzy nie ma mowy (S. 69 lat, mężczyzna).* Sytuacja jednakże mogłaby ulec zmianie w przypadku śmierci małżonka, co również podkreślali seniorzy.

Ośrodek pomocy społecznej nie jest także zbyt popularną instytucją, do której zgłaszają się seniorzy. *Nie korzystamy z pomocy finansowej MOPR-u (S. 73 lata, męż-*

czynna), (...) *dajemy radę bez pomocy Państwa i MOPR-u. (S. 69 lat, kobieta)*. Częściej seniorzy korzystają z pomocy najbliższej rodziny, czyli dzieci. Należy wziąć pod uwagę, że osoby badane nie wymagają czynności opiekuńczych, dlatego też pomoc ogranicza się do czynności życia codziennego: zakupy, wykupienie leków, przewóz do lekarza, sprawy urzędowe.

Seniorzy korzystają również z niektórych programów rządowych. *Korzystamy z mężem z programu 75 plus, ten dodatek do leków, ale nie każde leki są objęte tym programem, za mało ich jest. Przy rozliczeniu pit również odpisujemy koszty leków, zawsze to jakiś zwrot (S. 75 lat kobieta)*. Nie znam tych programów (...) czasem w telewizji pokazują, mówią, ale to trzeba spełnić jakieś wymagania, nie wiem jakie (S. 74 lat, mężczyzna). Raz korzystaliśmy z tego pakietu badań, trochę mało jak dla seniora, powinno być więcej. (S. 66 lat, mężczyzna). Rząd dał nam ostatnio tą trzynastą emeryturę to choć trochę nam pomogła i podobno ma być teraz czternasta (S. 71 lat, mężczyzna). Informację o programach i pomocy dla seniora, osoby starsze czerpią od: rodziny, innych seniorów, telewizji i radia. Ciekawym pomysłem wartym do rozważenia jest propozycja seniora: w telewizji tej lokalnej powinien być co jakiś czas program, mówiący z czego możemy uzyskać pomoc, z jakich programów, bo na komputerze to ja słabo się znam (S. 71 lat, mężczyzna).

Większość seniorów jest mocno związana z miejscem zamieszkania i nie wyobraża sobie życia w innym miejscu niż Polska, Podlasie. Można tu wskazać na silną więź, wynikającą z tradycji i przynależności do danego miejsca. Według ogólnej i subiektywnej oceny życia w Polsce, seniorom żyje się lepiej (...) *na pewno jest lepiej niż było (S. 68 lat, mężczyzna), (...) teraz się czuje, że choć trochę dba o nas, seniorów (S. 69 lat, kobieta), (...) nie jesteśmy zostawieni całkowicie sami sobie (S. 72 lata, mężczyzna)*.

Ciekawą sylwetkę seniora zaprezentowała grupa pracowników socjalnych. Podlaski senior nie jest dość częstym beneficjentem pracy socjalnej. Jako klient także nie przejawia zachowań agresywnych w stosunku do pracownika socjalnego, co ma miejsce w innych grupach wiekowych. *Niedużo osób korzysta wbrew pozorom, bo zazwyczaj im przekracza dochód. Zazwyczaj zgłaszają się samotni, gdzie ma emeryturę 900 złotych, ciężko za to żyć, a na naszą pomoc się nie kwalifikują (P.S.)*. Osoby starsze najczęściej przychodzą do MOPS-u (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej) po usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub zasiłek specjalny celowy (...) *doraźnie najczęściej i najwięcej w porze zimowej tradycyjnie na opał lub chcą, żeby im fakturę za leki opłacić (P.S.)*. W sytuacji gdy, senior posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym, a nie posiada dochodu, otrzymuje zasiłek stały i zasiłek pielęgnacyjny. Na pozostały zakres pomocy najczęściej seniorzy nie mogą liczyć przez wzgląd na próg dochodowy. W takiej sytuacji korzystają z możliwości dofinansowania z PFRON (Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) na protezę, aparaty słuchowe czy wyjazd na turnus rehabilitacyjny. W ogólnym ujęciu, praca socjalna z seniorami powinna uwzględniać wszechstronność działań pomocowych. Nie powinno się ograniczać działań pomocowych tylko do wybranego obszaru, wybranych zadań systemu pomocy czy ochrony zdrowia. Senior, zgłaszając się do MOPR-u (Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie) powinien być informowany (...) *o klubach seniora, a także o programach rządowych, stowarzyszeniach i innych instytucjach, tak aby mógł również być aktywny społecznie i budować wsparcie społeczne. Często nie wiedzą takich rzeczy i nie korzystają (P.S).*

W badaniach podjęta została również próba zbadania, jakie działania mogłyby poprawić sytuację seniora. Według wszystkich badanych w celu polepszenia jakości życia i zdrowia, warto by było rozważyć kwestię obniżenia progu wiekowego w programie „Leki 75+” oraz rozszerzenia listy bezpłatnych leków, wyższe emerytury, bardziej rozszerzone i promowane programy pomocowe. W zakresie pomocy niepełnosprawnym seniorom, ważnym elementem wsparcia społecznego są środowiskowe domy samopomocy. Zapewniają uczestnikom m.in: zaspokojenie potrzeb żywieniowych, wspomagają usamodzielnienie i integrację społeczną. *Seniorzy mają towarzystwo, zajęcie, wycieczki, mają trzy posiłki i zajęcia terapeutyczne, rehabilitację. Jest łazienka, można się umyć, niektórym to życie uratowało. Im najbardziej dokucza samotność, nie da się tego ukryć, a takich placówek z zapewnionym posiłkiem powinno być jak najwięcej (P.S).* Nadal istnieje silna potrzeba rozszerzania sieci środowiskowych domów pomocy, jak i innych instytucji świadczących tego typu usługi. Pracownicy socjalni również wskazywali na realne konsekwencje prawne w przypadku niewywiązywania się opieki dzieci nad rodzicami (...) *wygląda to tak, że dzieci jadą sobie za granicę i nie interesują się rodzicami, którzy żyją w nędzy. A ściągać z nich na DPS w przypadku pobytu za granicą trwa latami (P.S).* W tym zakresie warto się zastanowić nad wprowadzaniem odpowiednich rozwiązań systemowych i uściśleniem przesłanek prawnych w tym zakresie.

## 7. Podsumowanie

Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem, które dotyka wiele państw. Przytoczone i poruszone zagadnienia badawcze w artykule pozwoliły na rozszerzenie informacji o sytuacji życiowej seniorów w Polsce, a szczególnie na obszarze województwa podlaskiego. Uzyskane rezultaty i sformułowane rekomendacje mogą być uwzględnione w regionalnej polityce senioralnej. Niektóre zmiany wymagają działań w skali całego kraju, gdyż dotyczą one programów rządowych realizowanych przez ministerstwa we współpracy z wojewodami i władzami jednostek samorządu terytorialnego.

Według przeprowadzonych badań, podlaski senior w subiektywnej ocenie swojej sytuacji, często posiłkuje się kryterium minimum do prawidłowej egzystencji. Kwestia potrzeb wyższych jest przez niego często jest zapomniana i pomijana na rzecz podstawowych komponentów egzystencjalnych. Wynika to z prywatnego wyboru seniora, który w wielu przypadkach może sporadycznie sobie pozwolić na rozszerzenie swoich wydatków na „nieco bardziej wygórowane” potrzeby, co można zaobserwować szczególnie u senierek. Sytuację finansową osób starszych, pozostających w związkach małżeńskich bądź mieszkających z rodziną, można uznać za dobrą. Posiadają oni wsparcie zarówno w realizacji potrzeb, czynności codziennych, jak i w domowym budżecie. Problematiczną kwestią jest jednak senior samotnie gospodarujący, posiadający tylko jedno źródło utrzymania. Postępujący wiek, a za nim choroby czy niepełnosprawność, dodatkowo mogą obciążać jego budżet. W takiej sytuacji trudno realizować potrzeby bezpieczeństwa czy samorealizacji.

Badane osoby szczególnie podkreślały, iż ciężko byłoby się im utrzymać bez wsparcia małżonka, rodziny. Badani seniorzy także nie zawsze mają konkretne informacje na temat programów, z jakich mogą korzystać oraz gdzie mogą się udać po pomoc. Jest to jednak kluczowe do interwencji dotyczącej poprawy sytuacji życiowej i finansowej seniora. Warto się zastanowić nad stworzeniem szerokiej kampanii informacyjnej w regionalnych kanałach telewizyjnych, której celem będzie zaprezentowanie poszczególnych form pomocy oraz omówienie zasad ich udzielania. Dzięki temu, seniorzy, którzy nie korzystają z Internetu, będą mieli szansę na uzyskanie rzetelnych informacji.

Za największe aktualne wyzwanie należy uznać potrzebę wydłużenia oczekiwanego trwania życia w zdrowiu. W tym zakresie ważny byłby wzrost wydatków ze środków publicznych na rzecz osób starszych w systemie pomocy społecznej i zdrowotnej. Dodatkowo warto rozważyć rozszerzenie pakietu badań okresowo-cyklicznych, a także skutecznych programów zdrowotnych, które doprowadzą do poprawy stanu zdrowia seniorów i zmniejszenia zapotrzebowania na lekarstwa. Na uwagę zasługuje również postulat rozszerzenia programu „Leki 75+” na młodsze grupy wiekowe seniorów oraz weryfikacja i edycja listy leków refundowanych. Takie działania umożliwiłyby wsparcie budżetu seniorów młodszych wiekowo, posiadających liczne schorzenia i choroby. Dla ogólnej poprawy funkcjonowania seniorów na Podlasiu kluczowe jest zatem działanie kompleksowe na wielu płaszczyznach. Kompensowanie potrzeb pomocy, wsparcia powinno odbywać się przy pomocy i współpracy różnych instytucji zdrowotnych, pomocowych, fundacji, stowarzyszeń. Utworzenie kompletnej i sprawnie funkcjonującej sieci pomocowo-informacyjnej niewątpliwie pomogłoby w realizacji świadczeń. Wymaga to jednak dużego nakładu finansowego, dobrej komunikacji międzyinstytucjonalnej i koordynacji działań na poziomie rządowym oraz lokalnym.



## Bibliografia

- Błądowski, P. (2016). Polityka wobec starzenia się i starości. Zakres i definicje. W: P. Błądowski, Z. Szwecka-Lewandowska (red.), *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015–2035. Aspekty teoretyczne i praktyczne* (s. 29–42). Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Błądowski, P. (2021). Sytuacja materialna. W: P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.), *Polsenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (s. 851–864). GUM.
- Fihel, A. (2017). O demograficznym starzeniu się. W: A. Fihel (red.), *Starzenie się społeczeństwa a polityka fiskalna i migracyjna* (s. 11–28). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Główny Urząd Statystyczny. (2019a). *Osoby niepełnosprawne w 2019 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/osoby-niepelnosprawne-w-2019-roku,33,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2019b). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2020). *Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019 r.* [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/14/7/1/zasieg\\_ubostwa\\_ekonomicznego\\_w\\_polsce\\_w\\_2019\\_r.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/14/7/1/zasieg_ubostwa_ekonomicznego_w_polsce_w_2019_r.pdf).
- Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Informacja o wstępnych wynikach Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021.* <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-wstepne/informacja-o-wstepnych-wynikach-narodowego-spisu-powszechnego-ludnosci-i-mieszk-2021,1,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2020-roku,2,3.html>.
- Halicka, M. (2016). *Satysfakcja życiowa ludzi starszych.* Akademia Medyczna.
- Kancelaria Senatu. Biuro analiz i dokumentacji. (2011). *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki.* <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf> (Dostęp: 02.02.22).
- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. (2020). *Informacje podstawowe. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.* <https://www.krus.gov.pl/wydawnictwa/broszury-informacyjne-o-krus/> (Dostęp: 01.02.22).
- Masłow, A. (2006). *Motywacja i osobowość.* Wydawnictwo PWN.
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2019). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.* <https://das.mpips.gov.pl/source/2020/Informacja%20za%202019%20r.%2027.10.2020%20r..pdf> (Dostęp: 04.02.22).
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2020). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2020 r.* <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-2020-r>. (Dostęp: 04.02.22).
- Okólski, M. (2010). *Wyzywania Demograficzne Europy i Polski. Studia Socjologiczne*, 4(199), 37–78.
- Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku. (2020). *Informacja o sytuacji osób starszych w województwie podlaskim za rok 2020.* <https://puw.bip.gov.pl/informacje-o-sytuacji-osob-starszych>

- w-województwie-podlaskim/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-województwie-podlaskim-za-rok-2020.html (Dostęp: 06.02.22).
- Samoliński, B., Racibroski F. (2013). *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Wydawnictwo SCHOLAR.
- Staręga-Piasek, J. (1975). Niematerialne potrzeby ludzi starszych. W: J. Piotrowski (red.), *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2016). *Czynniki kształtujące potrzeby osób starszych*. W: P. Błędowski, Z. Szweda-Lewandowska, Z. (red.), *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015–2035. Aspekty teoretyczne i praktyczne* (s. 49–69). IPISS.
- Richert-Kaźmierska, A. (2019). *Polityka państwa wobec starzenia się ludności w Polsce*. CEDEWU.
- Tymowski, A. (1987). *Polityka Starości. Człowiek i światopogląd*, (9).
- Ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. (Dz.U. z 2021 r. poz. 291 z późn.zm.).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. (Dz.U.2020.1876.).
- Ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. (Dz.U. 2016 poz. 652.).
- Wieczorowska-Tobis, K. (2012). Dlaczego mężczyźni żyją krócej? *Nowiny Lekarskie*, 81(4), 386–389.
- Zakład Ubezpieczeń Socjalnych. (2017). *Zmiany w przepisach emerytalnych od 1 października 2017 r.* [https://www.zus.pl/baza-wiedzy/biezace-wyjasnienia-komerek-merytorycznych/swiadczenia/-/publisher/details/3/zmiany-w-przepisach-emerytalnych-od-1-pazdziernika-2017-r\\_/906678](https://www.zus.pl/baza-wiedzy/biezace-wyjasnienia-komerek-merytorycznych/swiadczenia/-/publisher/details/3/zmiany-w-przepisach-emerytalnych-od-1-pazdziernika-2017-r_/906678) (Dostęp: 01.02.22).
- Zakład Ubezpieczeń Socjalnych. (2018a). *Dodatek kombatancki oraz dodatek kompensacyjny*. <https://www.zus.pl/swiadczenia/dodatki-do-swadczen-emerytalno-rentowych/dodatek-kombatancki-oraz-dodatek-kompensacyjny> (Dostęp: 01.02.22).
- Zakład Ubezpieczeń Socjalnych. (2018b). *Dodatek pielęgnacyjny*. <https://www.zus.pl/swiadczenia/dodatki-do-swadczen-emerytalno-rentowych/dodatek-pielegnacyjny> (Dostęp: 01.02.22).

# **Wyzwania jednostek samorządu terytorialnego wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa na przykładzie miasta Suwałki**

## **1. Wprowadzenie**

Proces starzenia się społeczeństwa jest widoczny nie tylko w prezentowanych danych statystycznych, ale też na naszych ulicach i wsiach, w zakładach pracy, w środkach komunikacji zbiorowej oraz w każdym miejscu życia miast i gmin. Jako aktywny uczestnik życia publicznego i jego obserwator mogę niestety tylko potwierdzić, że nasze społeczeństwo robi się coraz starsze. Widzę to w trakcie bezpośrednich spotkań i różnych kontaktów z wieloma środowiskami, grupami społecznymi lub podczas wizytowania instytucji i zakładów pracy.

Jednostkom samorządu terytorialnego w Polsce są przypisane różne zadania do realizacji określone szczegółowo w przepisach prawa, wśród których ważne miejsce zajmuje rosnąca z roku na rok grupa spraw dotyczących szeroko rozumianej pomocy społecznej.

Zadania samorządu terytorialnego dotyczące pomocy osobom starszym określają przepisy krajowe, jak:

- ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych;
- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018r. w sprawie przyjęcia dokumentu pt. Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ; ale też przepisy lokalne i regionalne zawarte w uchwałach rady gminy, miasta, powiatu lub województwa. Niektóre z nich mają charakter programów służących rozwiązywaniu zdiagnozowanych i określo-

---

<sup>a</sup> Prezydent Suwałk.

nych w nich problemów. Podobnie jest w mieście Suwałki, gdzie na szczeblu lokalnym sprawy dotyczące osób starszych zostały zamieszczone w:

1. Strategii rozwiązywania problemów społecznych miasta Suwałki na lata 2016–2025;
2. Programie integracji społecznej i aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w Suwałkach na lata 2017–2021;
3. Programie działań na rzecz seniorów na lata 2021–2026 w mieście Suwałki.

Ten ostatni dokument pt. „Program działań na rzecz seniorów na lata 2021–2026 w mieście Suwałki” został przyjęty przez Radę Miejską w Suwałkach na sesji w marcu 2021 r. i jest on naszą odpowiedzią na rosnącą w szybkim tempie liczbę suwalskich seniorów i wynikające z tego wyzwania oraz zadania.

Samorząd terytorialny w działaniach na rzecz osób starszych pełni wiele funkcji, które można prezentować w trzech grupach:

- jest realizatorem zadań własnych i zleconych wynikających z przepisów prawa i programów rządowych;
- jest koordynatorem działań w stosunku do osób starszych prowadzonych przez podmioty publiczne, niepubliczne i organizacje pozarządowe;
- jest animatorem i inicjatorem działań na rzecz seniorów.

Każda z tych funkcji i ról jest istotna, ale wydaje się, iż najważniejsza jest aktywność i inicjatywa samych samorządów. Każdy samorząd musi wykonywać własne zadania obligatoryjne czy zlecone. Obserwując aktywność polskich samorządów, można stwierdzić, iż są samorzady podejmujące się realizacji wielu inicjatyw i pomysłów na rzecz seniorów, ale są i takie, które ograniczają się tylko i wyłącznie do wykonywania tego, co wynika z przepisów prawa.

W artykule zaprezentowane zostaną problemy starzenia się społeczeństwa w Suwałkach wraz ze wskazaniem naszych działań i instytucji, które pracują na rzecz seniorów.

## **2. Demografia Suwałk**

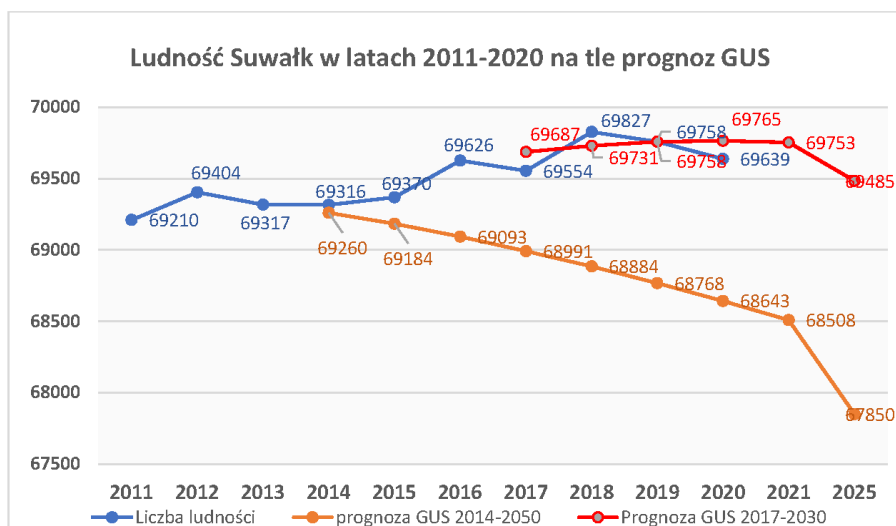
Sytuacja demograficzna Suwałk ulega stopniowemu pogorszeniu, ale na tle kraju, województwa i innych polskich średnich miast nie wypadamy najgorzej. Świadczą o tym następujące dane:

- w latach 2002–2020 liczba mieszkańców wzrosła o 0,9%, przy spadku liczby ludności w kraju i w województwie podlaskim;
- średni wiek mieszkańców Suwałk wynosi 40,8 roku i jest nieznacznie niższy od średniego wieku mieszkańców województwa podlaskiego oraz porównywalny do średniego wieku mieszkańców Polski;

- Suwałki do 2019 r. miały dodatni przyrost naturalny i dopiero w 2020 r. po raz pierwszy od dziesięcioleci zanotowano ujemny przyrost naturalny – 51;
- wskaźnik osób w wieku 60+ w 2019 r. w Suwałkach wynosił 21,8% i był niższy od tego wskaźnika w województwie podlaskim i w Polsce (25,3%);
- biorąc pod uwagę podział mieszkańców Suwałk według grup ekonomicznych, sytuacja w naszym mieście była korzystniejsza niż w województwie podlaskim i w kraju.

Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego na lata 2014–2050 dotyczące ludności Suwałk nie były optymistyczne, ale się nie sprawdziły. Natomiast prognoza ludności GUS dla naszego miasta na lata 2017–2030 jest już trafna, o czym świadczy niżej zamieszczony wykr. 1.

**Wykr. 1.** Ludność Suwałk w latach 2010–2020 na tle prognoz GUS

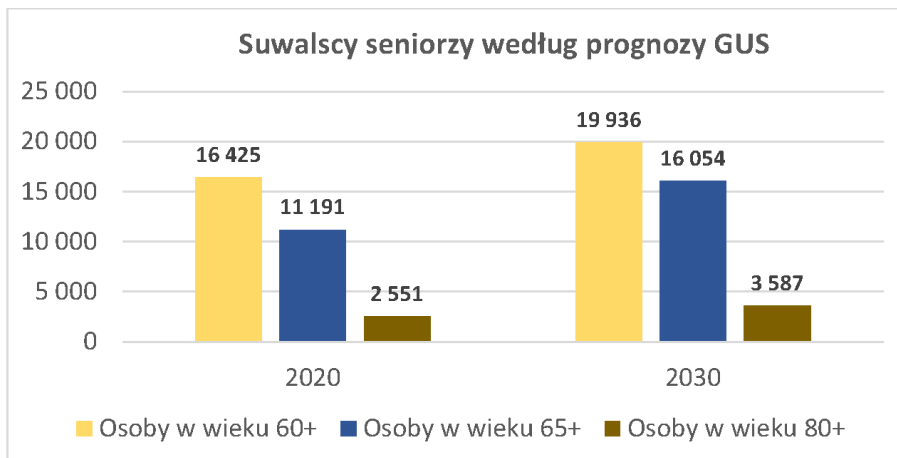


Pomimo nieco lepszych wskaźników demograficznych dla Suwałk na tle kraju i województwa już teraz dostrzegamy problemy, które z czasem będą przybierać na sile i warto już teraz czynić wszystko, żeby przygotować się do tych nowych zadań i wyzwań. Przede wszystkim, należy uruchomić takie działania, które ograniczą negatywne skutki demograficzne i przygotują nas lepiej do nadchodzącej przyszłości. Starzenie się społeczeństwa to nie tylko problemy pomocy społecznej, ochrony zdrowia czy też aktywności osób starszych, ale też ważny problem gospodarczy związany ze zmniejszającą się grupą osób aktywnych zawodowo, czyli deficytami kadrowymi. Z prognoz demograficznych jednoznacznie wynika, iż grupa osób w wieku senioralnym będzie w najbliższych latach szybko rosła, a grupa osób w wieku produkcyjnym będzie sukcesywnie maleć.

### 3. Program działań miasta Suwałki na rzecz seniorów na lata 2021–2026

Pogarszające się wskaźniki demograficzne miasta zainspirowały władze Suwałk do opracowania specjalnego miejskiego programu dedykowanego osobom starszym. Według prognozy ludności GUS w 2030 r. w każdej grupie wiekowej suwalskich seniorów zauważalny jest zdecydowany przyrost. Świadczy o tym poniższy wyk. 2.

**Wykr. 2.** Suwalscy seniorzy według prognozy GUS



Przyjęty program jest aktem prawa miejscowego i ma na celu ukierunkowanie polityki senioralnej w mieście Suwałki. Został opracowany przez powołany w tym celu zespół z udziałem przedstawicieli wielu środowisk związanych z działalnością na rzecz osób starszych oraz samych seniorów. Zdefiniowano problemy i potrzeby oraz określono cztery obszary priorytetowe.

Obszary priorytetowe i zdefiniowane problemy:

- Zdrowie, profilaktyka zdrowotna i aktywność fizyczna
  1. Niski poziom sprawności fizycznej osób w wieku emerytalnym;
  2. Niewystarczająca promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna;
  3. Niewydolny/niewystarczający system i sieć opieki geriatrycznej;
  4. Ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych i opieki rehabilitacyjnej;
  5. Brak lub mała dostępność różnorodnych zajęć, dedykowanych seniorom, odbywających się pod opieką instruktora;
  6. Niska znajomość działań, obejmujących obszar usług zdrowotnych w zakresie profilaktyki zdrowotnej;

- Rozwój sieci usług środowiskowych oraz instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego wsparcia niesamodzielnym osobom starszym
  1. słabo rozwinięta infrastruktura w zakresie opieki długoterminowej i geriatrycznej (choroba i niepełnosprawność uniemożliwiająca samodzielne funkcjonowanie w środowisku przez 24 godz. na dobę). Osłabienie więzi rodzinnych;
  2. ograniczenia finansowe wynikające z niskiej wysokości otrzymanych rent i emerytur (niewystarczająca ilość środków na odpłatność za świadczone usługi);
  3. niewystarczający rozwój usług opiekuńczych;
  4. słabo rozwinięty wolontariat na rzecz osób starszych;
  5. lęk przed wyjściem z domu z powodu przyjmowania leków moczopędnych;
  6. małe wsparcie środowiska lokalnego;
  7. niewystarczająca infrastruktura socjalna i zdrowotna;
- Uczestnictwo seniorów w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, edukacyjnej
  1. choroba i niepełnosprawność uniemożliwiająca samodzielne wyjście poza mieszkanie z uwagi na bariery architektoniczne lub ograniczenia finansowe;
  2. niedostateczna wiedza seniorów na temat bezpieczeństwa;
  3. brak nowych liderów do prowadzenia organizacji pozarządowych, klubów seniora;
  4. niewystarczająca aktywizacja seniorów w życiu społecznym i kulturalnym;
  5. niskie kompetencje cyfrowe – wykluczenie cyfrowe;
- Integracja międzypokoleniowa i kształtowanie pozytywnego postrzegania osób starszych w społeczeństwie
  1. niewystarczająca prezentacja aktywności osób starszych w środowisku;
  2. zbyt duży dystans społeczny dzieci i młodzieży do seniorów;
  3. niedostateczna znajomość posługiwania się Internetem i innymi technologiami teleinformatycznymi;
  4. niewystarczająca współpraca organizacji senioralnych, brak przepływu informacji;
  5. niski poziom komunikacji i przepływu informacji;
  6. Negatywny wizerunek osób starszych.

W programie określono i przypisano zadania do realizacji przez miejskie jednostki organizacyjne, wojewódzkie placówki ochrony zdrowia mające siedzibę w Suwałkach oraz organizacje pozarządowe działające na rzecz seniorów. Intencją programu jest nie tylko lepsze zajęcie się rozwiązywaniem problemów osób starszych i niesienia im pomocy, ale także pobudzenie ich do aktywności społecznej (kulturalnej, sportowej, działalności wolontariatu). Dlatego też ważnym zagadnieniem zauważonym w programie, które może bardzo pomóc w zwiększeniu ich aktywności jest dalsze

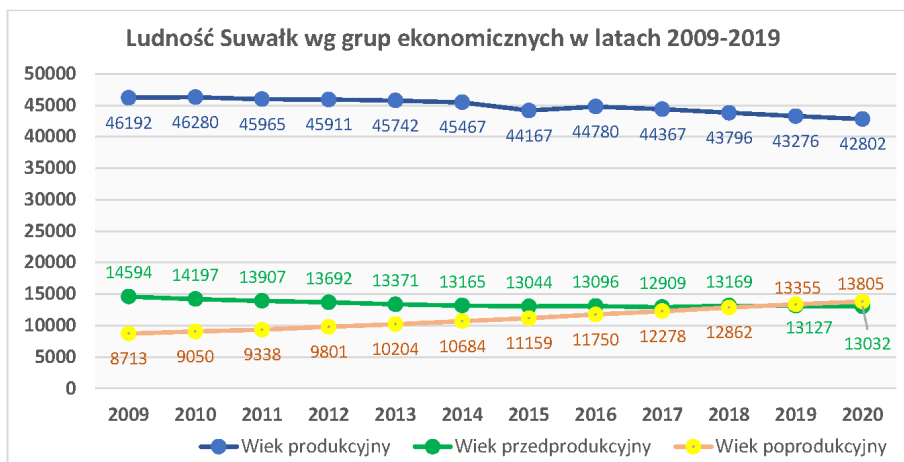
wspieranie klubów seniora, stowarzyszeń, organizacji i fundacji, ale także działanie w kierunku integracji międzypokoleniowej.

Każdy program, który przewiduje konkretne działania samorządu, musi mieć oparcie w środkach finansowych potrzebnych na realizację określonych w nim zadań. Przewidujemy, iż będą to środki finansowe miasta oraz środki pozyskane z budżetu państwa i różnych programów Unii Europejskiej. Chcemy też corocznie w ramach współpracy z organizacjami pozarządowymi przekazywać w ramach ogłaszanych konkursów dotację tym organizacjom, które skupiają naszych seniorów i prowadzą na ich rzecz działalność integracyjną, pomocową, zdrowotną, kulturalną, sportową, charytatywną i inną.

#### 4. Wyzwania rynku pracy

Starzenie się społeczeństwa i niska dzietność to nie tylko wyzwania społeczne, ale też wyzwania ekonomiczne przejawiające się głównie zmniejszającą się liczbą osób w wieku produkcyjnym. W 2010 r. w Suwałkach grupa osób w wieku produkcyjnym stanowiła 66,56% ludności miasta, a w 2020 r. już 61,5% (-5,06%). W ujęciu ilościowym zmniejszyła się ona o 3478 osób (rocznie – o 316 osób).

**Wykr. 3.** Ludność Suwałk według grup ekonomicznych w latach 2009–2019



Zmniejszanie się grupy osób w wieku produkcyjnym rodzi problemy na rynku pracy, co jest zauważalne zarówno w Polsce, jak i w Suwałkach. Już teraz dużym wyzwaniem jest konieczność uzupełnienia braków na rynku pracy. Pojawia się pytanie, skąd wziąć pracowników i jak ich zastąpić? W tym celu musimy podejmować różne działania, w tym między innymi:



- Dążyć do przedłużenia aktywności zawodowej, szczególnie w pierwszym etapie starzenia się. Dzisiaj są już takie zawody jak np. pielęgniarki i nauczyciele, w których średnia wieku zdecydowanie jest za wysoka. Z uwagi na brak napływu do tych zawodów młodych pracowników, musimy zachęcać do pracy osoby, które osiągnęły już wiek emerytalny. W Suwałkach średni wiek nauczyciela przekroczył 48 lat. Dobrze, że część nauczycieli suwalskich szkół i przedszkoli mających wiek emerytalny nadal pracuje, bo byłby problem z ich zastąpieniem, szczególnie nauczycieli przedmiotów ścisłych i przedmiotów zawodowych;
- Realizować programy wzrostu aktywności zawodowej w wieku demograficznej nie mobilności. Jest to trudne wyzwanie, ponieważ w Polsce wraz z wiekiem mobilność pracowników spada, co w dużej mierze wynika z naszych tradycji i przywiązaniu do miejsca;
- Tworzyć warunki pracy dla obcokrajowców. Praca obcokrajowców, szczególnie Ukraińców, Białorusinów, ale też Gruzinów i Hindusów, w polskich firmach jest dzisiaj na porządku dziennym. Sytuacja ta ma też miejsce w Suwałkach. Miasto Suwałki jest w stałym kontakcie z przedstawicielami najliczniejszej grupy pracujących w mieście obcokrajowców, czyli Ukraińców, których jest ok. 1,5 tys. Założony został Związek Ukraińców w Suwałkach, z którym samorząd realizuje działania integrujące tę społeczność w naszym mieście oraz różne wydarzenia prezentujące suwalczanom jej tradycje, kuchnię i kulturę. Dotacjami z budżetu miasta wspieramy otwarte spotkania Ukraińców z mieszkańcami Suwałk, ponieważ pragniemy włączyć ich w życie społeczne miasta. Część z nich pracuje nie tylko w firmach produkcyjnych i budowlanych, ale też i w szpitalach, instytucjach kultury oraz jednostkach pomocy społecznej. Niektóre z tych osób zdecydowały już, iż ich docelowym miejscem zamieszkania i pracy wraz z rodzinami będą Suwałki;
- Modernizować przedsiębiorstwa w kierunku automatyzacji, robotyzacji i cyfryzacji, czyli wszystko to, co określamy jako Przemysł 4.0. Zdaniem przedsiębiorców jest to jedyna droga przy deficycie pracowników, braku specjalistów i wzrastających kosztach pracy. Coraz więcej suwalskich firm zastępuje człowieka robotem, co jest szczególnie widoczne w przedsiębiorstwach produkcyjnych zlokalizowanych w suwalskiej strefie ekonomicznej.

Starzenie się społeczeństwa i ciągle rosnąca grupa seniorów tworzy też zapotrzebowanie na nowe usługi i produkty. Dostosowanie gospodarki do tzw. *silver economy* staje się oczywistą koniecznością. Osoby starsze są dobrymi i pewnymi klientami dla wielu firm oferujących usługi i produkty w ochronie zdrowia, rehabilitacji, pomocy społecznej i innych dziedzinach gospodarki. Jest to rosnący rynek, który będzie mieć coraz większe znaczenie, a jego wpływ na PKB z roku na rok będzie coraz bardziej widoczny. Rozwijający się dynamicznie rynek produktów i usług na rzecz osób starszych nie zawsze niesie za sobą odpowiednią jakość i rzetelność. Przyzwy-

czailiśmy się już do przypadków naciągania seniorów na zakup nieprzydatnych lub zbyt drogich przedmiotów, czasami nawet na kredyty bankowe. Dużą rolę do spełnienia mają działający na szczeblu powiatowym rzecznicy praw konsumenta, którzy głównie w imieniu osób starszych podejmują interwencję. Tak jest w przypadku działającego w Suwałkach Miejskiego Rzecznika Praw Konsumenta. Ważnym zadaniem dla samorządu jest też prowadzenie akcji edukacyjnych i informacyjnych mających na celu uświadomienie naszych seniorów i uchronienie ich przed utratą pieniędzy.

## **5. Instytucje miasta Suwałki dla seniorów – pomoc społeczna**

Jednym z głównych realizatorów przyjętego Programu działań na rzecz seniorów na lata 2021–2026, któremu przypisano najwięcej zadań, jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Suwałkach. Instytucja odpowiedzialna za organizowanie i koordynowanie pomocy dla osób potrzebujących wsparcia, w tym osób starszych.

Z pomocy tego ośrodka w 2019 r. skorzystały 463 osoby w wieku 60+:

- 38 osób uzyskało skierowania do domów pomocy społecznej (tendencja zmienna, w 2020 r. zmniejszenie skierowań);
- 264 osoby zostały objęte usługami opiekuńczymi – (tendencja wzrastająca);
- 256 osób otrzymało pomoc finansową (tendencja malejąca);
- 331 osób skorzystało z pomocy rzeczowej (obiady, dowóz posiłków) (tendencja stabilna);
- 626 osób w wieku 60+ pobierało zasiłek pielęgnacyjny (tendencja wzrostowa);
- 146 osobom wypłacono świadczenia z tytułu opieki osób drugich (tendencja malejąca);
- 626 osób w wieku 60+ posiadających orzeczenie o niepełnosprawności objęto pomocą społeczną (tendencja wzrostowa).

W ramach ośrodka funkcjonuje też Centrum Interwencji Kryzysowej, które również udziela pomocy osobom starszym w nagłych przypadkach, w tym także, kiedy dochodzi do przemocy w rodzinie.

Miasto Suwałki prowadzi też Dom Pomocy Społecznej „Kalina”, który zapewnia dla 195 osób starszych i somatycznie chorych całodobową opiekę oraz zaspokaja ich niezbędne potrzeby: bytowe, opiekuńcze, terapeutyczne, zdrowotne i inne. 82% mieszkańców tego domu to osoby w wieku 60+. Znamiennym jest to, iż przed okresem pandemii koronawirusa trzeba było oczekiwać kilka miesięcy na przyjęcie do tego domu, a teraz są wolne miejsca.

Kilka lat temu zgłoszono potrzebę utworzenia w mieście ośrodka dziennego pobytu dla osób starszych. Mieszkańcy miasta sygnalizowali konieczność zapewnienia opieki swoim rodzicom na czas ich pracy. Obawiali się pozostawienia samej osoby starszej w domu. W ten sposób powstał w Suwałkach Dzienny Dom Pobytu

„Kalinka”. Jest to środowiskowa forma pomocy półstacjonarnej służąca pomocą nieaktywnym zawodowo mieszkańcom Suwałk w wieku 60+. Dom przystosowany jest dla 15 osób, którym zapewnia się opiekę, terapię zajęciową oraz dostęp do kultury i rekreacji, a także dwa posiłki dziennie. Odpłatność za pobyt w Domu jest symboliczna, a większość mieszkańców korzysta ze zwolnienia z opłat. Przyjęcie do Domu następuje na podstawie skierowania z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.

W Suwałkach funkcjonuje też Środowiskowy Dom Samopomocy, jako miejska jednostka organizacyjna, przeznaczona dla 35 osób dorosłych (średniorocznie przebywa w nim ok. 6 osób 60+), które z powodu zaburzeń psychicznych wymagają wsparcia.

W ostatnim czasie miasto Suwałki przygotowało projekt i zabiega o dofinansowanie budowy Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego na 15 miejsc.

## **6. Pomoc instytucjonalna dla seniorów – ochrona zdrowia**

W Suwałkach funkcjonuje szereg jednostek ochrony zdrowia, z których specjalistycznych usług korzysta coraz więcej osób starszych. Działa tutaj szpital wojewódzki, jako jednostka organizacyjna województwa podlaskiego, zapewniający stacjonarną opiekę zdrowotną w ramach 22 oddziałów szpitalnych, w tym Oddział Reumatologii z pododdziałem Dermatologii i Geriatrii. Szpital świadczy też ambulatoryjną opiekę zdrowotną w ramach 23 poradni specjalistycznych. W jego strukturze funkcjonuje od niedawna poradnia geriatryczna, o którą zabiegał suwalski samorząd wraz z działająca w naszym mieście Radą Seniorów.

Bardzo ważną rolę w stosunku do osób starszych odgrywa w Suwałkach Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej, który świadczy usługi w zakresie: hospicjum stacjonarnego, domowej opieki paliatywnej oraz zakładu opiekuńczo-leczniczego. Jest to jednostka lecznicza prowadzona przez samorząd województwa podlaskiego.

Inna jednostka, tj. Samodzielny Publiczny ZOZ Ośrodek Rehabilitacyjny w Suwałkach, prowadzi działalność w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i w oddziale dziennym.

W przypadku zaburzeń psychicznych, co niestety też dotyczy w coraz większym stopniu osób starszych, pomoc niesie Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny ZOZ w Suwałkach. Prowadzi on między innymi stacjonarny Oddział Psychogeriatryczny (35 łóżek).

Pomimo że zlokalizowane w Suwałkach placówki ochrony zdrowia nie należą do miasta, to suwalski samorząd wspiera ich działalność, przekazując w formie dotacji środki finansowe – najwięcej szpitalowi wojewódzkiemu. Miasto Suwałki każdego roku przekazuje szpitalowi dotację w wysokości ok. 0,5 mln zł na zakup sprzętu

i wyposażenia, a także środki na realizację zleconych szpitalowi programów zdrowotnych. Kilku placówkom ochrony zdrowia zostały przekazane w formie darowizny miejskie nieruchomości potrzebne na ich działalność.

Pomimo świadczenia różnych usług ochrony zdrowia na rzecz seniorów przez placówki działające w mieście, to w odczuciu społecznym ta pomoc jest zbyt mała. Świadczą o tym zdefiniowane w *Programie działań na rzecz seniorów na lata 2021–2026* problemy do rozwiązania. Podkreśla się tam m. in. ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych i opieki rehabilitacyjnej, niewydolny/niewystarczający system i sieć opieki geriatrycznej oraz niewystarczającą promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną. Nie ulega wątpliwości, iż wraz z rosnącą liczbą osób starszych wyzwania i zadania w ochronie zdrowia nie tylko dla placówek, ale też władzy publicznej rządowej i samorządowej będą coraz większe. Świadomość społeczna, także osób starszych w zakresie procedur medycznych, możliwości dzisiejszej służby zdrowia oraz praw pacjenta jest coraz wyższa.

## **7. Inne programy i działania samorządu na rzecz suwalskich seniorów**

Dostrzegając niską zamożność suwalskich seniorów i wzrastające koszty życia w 2016 r., Rada Miejska w Suwałkach przyjęła Program „Aktywny Senior” przyznający osobom w wieku 65+ ulgi i bonifikaty w dostępie do usług i infrastruktury miejskiej. Program ten zastąpiła wprowadzona od 1 września 2018 r. *Suwalska Karta Mieszkańca* z modułem karty seniora. Oprócz osób starszych objętych w odrębnych opcjach rodziny wielodzietne, osoby niepełnosprawne i zwykłych mieszkańców Suwałk. Wprowadzona karta mieszkańca, oprócz pomocy osobom wymagających naszego wsparcia, miała też na celu zatrzymanie w mieście mieszkańców jako płatników podatków. Proces suburbanizacji i rozlewania się miasta poza jego granice jest także widoczny w Suwałkach. Na koniec 2020 r. – 4464 (34%) seniorów posiadało *Suwalską Kartę Mieszkańca*, a wartość udzielonych zwolnień lub bonifikat w dostępie do usług publicznych w zakresie zdrowia, kultury, sportu, rekreacji i komunikacji miejskiej szacujemy na ok. 400 tys. zł rocznie.

Innym programem, który został wdrożony w Suwałkach w 2019 r., jest Program „Złota rączka dla seniora”. Program zapewnia osobom w wieku 70+ samotnie mieszkającym lub w wieku 60+ w przypadku osób niepełnosprawnych bezpłatny dostęp do usług w zakresie drobnych napraw domowych. W 2020 r. z tego programu skorzystało 122 seniorów, na rzecz których wykonano 1100 usług. Jest on w całości finansowany z budżetu miasta.

Podobnie jak w wielu polskich miastach, w Suwałkach funkcjonują 3 punkty nieopłatnej pomocy prawnej. Całość kosztów ich funkcjonowania pokrywa budżet państwa. Liczną grupę klientów tych usług stanowią osoby starsze posiadające niskie emerytury lub renty.

Od ośmiu lat miasto Suwałki w oparciu o środki własne realizuje Program „Zdrowa jesień”, czyli szczepienia ochronne przeciwko grypie osób w wieku 65+. Pomimo bezpłatnych szczepionek przeciwko grypie dla osób starszych, miasto nie wstrzymało realizacji tego programu. Powodem były występujące problemy w dostępie do bezpłatnych „państwowych” szczepionek. W ramach ogłoszonego przez miasto konkursu wyłaniany jest podmiot leczniczy, który prowadzi kampanię informacyjną skierowaną do seniorów oraz przeprowadza szczepienia. W ten sposób miasto w 2020 r. sfinansowało szczepienia dla 1693 suwalskich seniorów.

Bardzo dużym wyzwaniem dla publicznej służby zdrowia oraz samorządów jest zapewnienie opieki geriatrycznej. Prowadzone od kilku lat przez Szpital Wojewódzki w Suwałkach działania, przy wsparciu suwalskiego samorządu, doprowadziły do uruchomienia w szpitalu poradni i pododdziału geriatrycznego. Od 2018 r. Miasto Suwałki w ramach ogłoszonego konkursu finansuje bezpłatne konsultacje geriatryczne na rzecz seniorów ukierunkowane na opiekę diabetologiczną, a także indywidualne konsultacje realizowane przez lekarza geriatrę dla osób w wieku 70+.

Z inicjatywy suwalskich seniorów został uruchomiony w Suwałkach projekt „Koperta życia”. Specjalnie przygotowana i oznaczona koperta zawiera w swoim wnętrzu informację o chorobach osoby starszej oraz przyjmowanych lekach. Jest ona przechowywana w lodówce, o czym wiedzą służby ratownicze. Ma ona istotne znaczenie szczególnie w przypadku samotnego zamieszkiwania osoby starszej, co jest coraz częstsze.

## **8. Działalność społeczna i aktywność suwalskich seniorów**

Pod koniec 2014 r. powołana została do życia Suwalska Rada Seniorów działająca od stycznia 2015 roku. W Polsce w 2016 r. było 197 rad seniorów. Nasza rada była pierwszą działającą w województwie podlaskim. Tworzy ją 9 osób: 7 to przedstawiciele organizacji pozarządowych, wybieranych w określonej procedurze, 2 – przedstawiciele Prezydenta Miasta Suwałk. Rada ma charakter konsultacyjny i doradczy dla władz miasta w obszarach:

- zapobieganie wykluczeniu społecznemu seniorów;
- wspieranie aktywności seniorów;
- mieszkalnictwo dla seniorów;
- profilaktyka i promocja zdrowia seniorów;
- rozwój form wypoczynku, rekreacji, edukacji, sportu i kultury seniorów;
- tworzenie miejskich przestrzeni, rozwiązań architektonicznych i komunikacji przyjaznej seniorom.

Suwalska Rada Seniorów jest inicjatorem i organizatorem wielu działań na rzecz osób starszych, w tym szczególnie:

- wspomnianej Koperty Życia i Programu Aktywny Senior przekształconego w Suwalską Kartę Mieszkańca;
- otwarcia Suwalskiego Centrum Inicjatyw Senioralnych, gdzie dziś działa Klub Seniora i odbywają się muzyczne spotkania senioralne;
- przy współpracy Ośrodkiem Sportu i Rekreacji w Suwałkach organizuje Suwalską Olimpiadę Seniorów;
- wydaje publikacje adresowane do seniorów jak: „Suwalski Poradnik Bezpiecznego i Pogodnego Seniora”, „Suwalski niezbędnik aktywnego, kulturalnego, pogodnego seniora”, ulotka „Seniorze, wyjdź z domu” a także opracowała Encyklopedię Suwalskiego Seniora (projekt Suwalskiego Budżetu Obywatelskiego 2018).

W Suwałkach działają 3 kluby seniora, prowadzone przez organizacje pozarządowe i finansowane przez miasto Suwałki. Prowadzą je: Stowarzyszenie Aktywności Społeczno-Artystycznej „Nie Po Drodze”, Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku i parafia pw. Matki Bożej Miłosierdzia. Są one zlokalizowane zarówno w centrum miasta oraz na terenie Osiedla Północ tzw. sypialni Suwałk.

W Suwałkach działa wiele organizacji skupiających seniorów i pracujących na ich rzecz. Należą do nich: Uniwersytet Trzeciego Wieku, Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Stowarzyszenie Seniorzy z Pasją Horyzont, Stowarzyszenie Suwalskie Starszaki, Stowarzyszenie Twórczych Seniorów Rozłogi, Fundacja Art.-SOS Alicji Roszkowskiej, Suwalskie Stowarzyszenie Amazonka, Polski Czerwony Krzyż. Miasto współpracuje z nimi w wielu obszarach. Bezpłatnie są udostępniane obiekty kulturalne na potrzeby działań artystycznych, takich jak m.in. doroczny Europejski Dzień Seniora organizowany każdego roku przez inną suwalską organizację senioralną, Dzień Solidarności Międzypokoleniowej, czy spektakle teatralne.

W Suwałkach ma miejsce współpraca seniorów z młodszym pokoleniem. Suwalska Rada Seniorów ściśle współpracuje z Młodzieżową Radą Miasta Suwałki, a organizacje senioralne z harcerzami. Efektem tego są m.in. wspólne wagary na pierwszy dzień wiosny połączone ze zwiedzaniem suwalskich zabytków, prezentacje Salonu Poetyckiego Erato, wydarzenie artystyczne w Suwalskim Ośrodku Kultury pn. Złaz u seniorów, czy Dzień Solidarności Międzypokoleniowej.

W 2020 r. miasto Suwałki dofinansowało realizację zadań na rzecz seniorów w sferze ich integracji, kultury, sportu i turystyki na kwotę ponad 200 tys. zł.

Pomimo prowadzonych przez suwalski samorząd różnych form wsparcia i pomocy osobom starszym nadal wyzwania i zadania do wykonania są ogromne. Szacuję, iż z ponad 16 tys. suwalskich seniorów aktywność społeczną wykazuje ok. 20%. Co zrobić, żeby więcej osób starszych było zainteresowanych szerszym udziałem w życiu miasta i chciało aktywnie spędzać czas w jesieni życia? To są pytania, na które należy szukać odpowiedzi i czynić wszystko żeby jak najdłużej utrzymać osoby starsze w aktywności zawodowej i życiu społecznym a przez to oddalić i skrócić okres późnej starości.

## Zmiany w strukturze wieku ludności Podlasia w latach 2001–2020

### 1. Wprowadzenie

Województwo podlaskie liczące na koniec 2020 r. 1173 tys. mieszkańców (3,1% ludności Polski) zajmowało 14. miejsce pod względem liczby ludności (mniej liczne były województwa: opolskie i lubuskie). Z liczbą 58 osób/km<sup>2</sup> zajmowało ostatnie miejsce wśród województw pod względem gęstości zaludnienia. Równocześnie udział ludności zamieszkałej w miastach w województwie plasował je wysoko (na 8. miejscu w gronie 16 województw) – był nieco wyższy od średniej dla całego kraju (GUS, 2021c).

Ujemny przyrost naturalny notowany w województwie od roku 2001 (z krótką przerwą na lata 2008–2010) oraz ujemne (od wielu lat) saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały, sprawiły że ludność województwa ulegała ciągłemu zmniejszeniu.

Województwo podlaskie, jedno z 4. województw tzw. ściany wschodniej, postrzegane jest jako to, w którym zachodzą intensywnie niekorzystne procesy demograficzne. Jednocześnie, ocena zmian jakie miały miejsce w XXI wieku wskazuje, że pod względem niekorzystnych procesów zaawansowanej depopulacji lub do takiej prowadzących, Podlasie wyprzedzają województwa: świętokrzyskie, opolskie, łódzkie i lubelskie (Kowalczyk, 2021). W analizie i ocenie zachodzących zmian demograficznych, niezwykle ważny jest wgląd w to co dzieje się w częściach składowych tak dużego agregatu, jakim jest województwo, w zmiany zachodzące w powiatach i gminach. Równocześnie trzeba pamiętać, że stan obecny jest wynikiem zjawisk zachodzących w przeszłości.

---

<sup>a</sup> Główny Urząd Statystyczny; Rządowa Rada Ludnościowa. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5392-1757>.

## 2. Zmiany w strukturze wieku ludności Podlasia w latach 2001–2020

W 1950 r. w ówczesnym województwie białostockim mieszkało 955 tys. osób. W roku 2000 ludność województwa podlaskiego liczyła 1211 tys. a w 2020 roku – 1173 tys. osób.

**Tabl. 1.** Struktura ludności według wieku województwa białostockiego (1950) i podlaskiego (2000 i 2020)

| Lata       | Udział ludności w wieku lat (w %): |       |       |       |             |
|------------|------------------------------------|-------|-------|-------|-------------|
|            | 0–19                               | 20–39 | 40–59 | 60–79 | 80 i więcej |
| 1950 ..... | 41,8                               | 26,0  | 22,5  | 8,6   | 1,1         |
| 2000 ..... | 29,3                               | 28,0  | 24,7  | 15,6  | 2,4         |
| 2020 ..... | 19,4                               | 27,9  | 27,3  | 20,4  | 5,0         |

Źródło: obliczenia własne na podstawie GUS (1968, 2021a) i danych z Banku Danych Lokalnych (BDL).

W 1950 r. mieszkańcy województwa białostockiego charakteryzowali się wyższym niż średni dla kraju udziałem ludności najmłodszej oraz wyższym udziałem ludności starszej i najstarszej; w grupie wieku 60–79 lat, z odsetkiem 8,6% białostockie zajmowało, wraz z województwem łódzkim, 2.–3. miejsce – wyprzedzało je tylko poznańskie (9,2%). W grupie ludności najstarszej białostockie zajmowało niepodzielnie pierwsze miejsce. Równocześnie w białostockim był niższy, w stosunku do średniej krajowej, udział ludności w wieku 20–39 lat (roczników urodzeń 1911–1930).

Podobne były różnice w strukturze wieku województwa podlaskiego w stosunku do średniej krajowej w roku 2000; wyższy odsetek najmłodszych, niższy w wieku 40–59 lat (urodzeni 1941–1960) i wyższy odsetek osób w wieku 60–79 i w wieku 80 i więcej lat (tabl. 2).

Nieco inny jest obraz struktury wieku ludności województwa podlaskiego na tle kraju w roku 2020; niższy odsetek najmłodszych i ludności w wieku 60–79 lat, nieco wyższy w wieku 20–59 lat i znacząco wyższy w wieku 80 i więcej lat (z 5% udziałem tej ludności województwo – wraz z opolskim i świętokrzyskim – zajęło najwyższy stopień podium) – tabl. 2.

W ciągu minionych 20 lat w województwie podlaskim odnotowano znacznie większy ubytek ludności najmłodszej (0–19 lat) niż średni w kraju. Liczebność tej grupy zmniejszyła się o prawie 36% (średniorocznie ubywało 2,2% ludzi najmłodszych), podczas gdy w kraju o 28% (średniorocznie o 1,6%).

W następnej grupie wieku zmiany w województwie były zbieżne z zachodzącymi w Polsce; liczba osób w wieku 20–49 lat zmniejszyła się o 5,44% (średnioroczny spadek o 0,2%) w kraju o 5,32% (o 0,18% średniorocznie).

Znacząco różne były zmiany liczebności w grupie 40–59 lat. W kraju liczba ludności w tej grupie wzrosła o 1,1% (średnioroczny wzrost o 0,0055%); w województwie podlaskim o 6,2% (o 0,35% średniorocznie).



W dwóch najstarszych grupach wieku skala przyrostu w województwie była znacznie mniejsza niż w kraju. W Polsce liczebność ludności w wieku 60–79 lat wzrosła o 42,9% (o 1,8% średniorocznie), w województwie o 26,3% (średnio o 1,2% każdego roku). Podobnie było w grupie najstarszej (80 i więcej lat). Liczba ludności w tym wieku w kraju zwiększyła się o 115,9% (o 3,9% średniorocznie), w województwie miało miejsce „tylko” podwojenie liczebności najstarszych mieszkańców (dokładnie zanotowany wzrost wyniósł 100,3%, tj. o niespełna 3,6% średniorocznie). Ten stosunkowo niski przyrost w województwie liczby ludności w starszym wieku wynika z różnic w strukturze wieku zanotowanej w roku 2000. Zauważmy, że udział ludności w wieku 40–59 lat (osób, które 20 lat później będą w wieku 60–79 lat był w województwie o 2,4 p.proc. niższy niż średni w Polsce – tabl. 2. Było to wynikiem wcześniejszej (przez wiele lat) emigracji z województwa ludzi młodych.

### **2.1. Zmiany w strukturze wieku ludności powiatów województwa podlaskiego w latach 2001–2020**

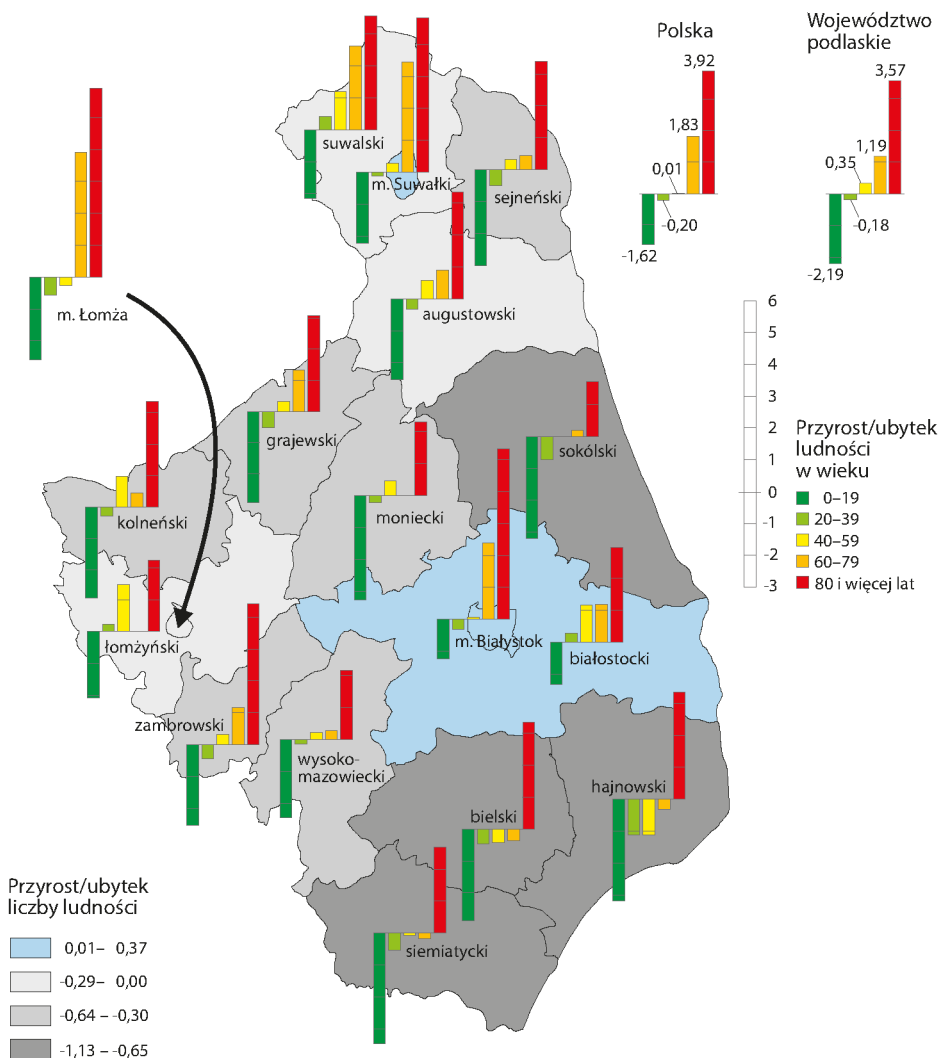
W latach 2001–2020 liczba ludności województwa podlaskiego zmniejszyła się o 3,1% (o 0,16% średniorocznie).

Tylko 3 powiaty, w tym dwa grodzkie, odnotowały w latach 2001–2020 wzrost liczby ludności. Był to powiat białostocki (o 7,7%, o 0,37% średniorocznie), m. Białystok (o 4%) i m. Suwałki (o 0,08%). Najwyższy względny spadek liczby ludności nastąpił w powiecie hajnowskim (o 20,3%, o 1,1% średniorocznie). W 5 kolejnych powiatach (siemiatyckim, sokólskim, bielskim, monieckim i sejneńskim) liczba ludności zmniejszyła się o kilkanaście procent (średniorocznie ubywało od 0,55% do 0,85%) – patrz mapa 1.

Na uwagę zasługuje duże zróżnicowanie tempa zmian liczebności poszczególnych grup wieku w powiatach województwa podlaskiego w latach 2001–2020.

W najmłodszej grupie wieku (0–19 lat) we wszystkich powiatach miało miejsce zmniejszenie liczby osób: od 22–23% (1,2–1,3% średniorocznie w m. Białymstoku i powiecie białostockim) do spadku o ponad połowę (dokładnie o 50,6%, średniorocznie o 3,45% w powiecie siemiatyckim). Średnioroczny spadek liczebności najmłodszej grupy wieku o około 3% miał miejsce jeszcze w 7 powiatach.

**Mapa 1.** Przyrost (+) lub ubytek (–) liczby ludności w latach 2001–2020  
w powiatach województwa podlaskiego (średnioroczny w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

W 3 kolejnych grupach wieku zmiany w liczebnościach były zróżnicowane; w jednych powiatach wystąpił spadek liczby osób a w innych – wzrost. W grupie 20–39 lat, w trzech powiatach (białostockim, łomżyńskim i suwalskim) liczba ludności wzrosła, w pozostałych zmniejszyła się, w kilku znacznie (w hajnowskim o ponad 20%), w sokółskim, w m. Łomży, w siemiatyckim – o 10 % i więcej. Liczebność grupy wieku 40–59 lat zmniejszyła się w 5 powiatach (bielskim, hajnowskim, siemiatyckim, sokółskim i m. Łomży), przy czym bardzo duże zmniejszenie liczebności dokonało

się w powiecie hajnowskim – o ponad 20% (o 1,1% średniorocznie). W tej grupie wieku miały miejsce także „ekstremalne” – rzecz można – przyrosty liczby osób; w powiecie łomżyńskim o 33,9% (o 1,5% średniorocznie), w suwalskim o 26,9% (o 1,2% średniorocznie) i w białostockim – o 26%. Liczebność kolejnej grupy wieku (60–79 lat) zwiększyła się w województwie o ponad jedną czwartą. Tymczasem w 3 powiatach (bielskim, hajnowskim i siemiatyckim) jej liczebność spadła (od 3,5% – o 0,18% średniorocznie w powiecie siemiatyckim do 6,9% – o 0,36% średniorocznie w bielskim). W dwóch kolejnych powiatach: łomżyńskim i monieckim liczebność tej grupy wieku pozostała na poziomie z roku 2000. Wysokie przyrosty liczby ludności w wieku 60–79 lat miały miejsce w powiatach grodzkich: w Łomży (wzrost o 116% – 3,9% średniorocznie), w Suwałkach o 97% – o 3,5% średniorocznie i w Białymstoku o 61% – o 2,4% średniorocznie oraz w powiecie suwalskim – o 68% (o 2,6% średniorocznie).

Liczba osób najstarszych (w wieku 80 i więcej lat) w latach 2001–2020 wzrosła w województwie dwukrotnie. We wszystkich powiatach miał miejsce kilkudziesięcioprocentowy wzrost a w 5 – w tym w powiatach grodzkich – liczba osób najstarszych podwoiła się a nawet potroiła (w m. Łomży wzrosła o 216% – o 5,9% średniorocznie). Bardzo wysoki przyrost był w Białymstoku (o 184% – o 5,5% średniorocznie) i Suwałkach (o 158% – o 4,9% średniorocznie). Spośród powiatów ziemskich najwyższy (o ponad 100%) przyrost osób w wieku 80 i więcej lat wystąpił w powiecie zambrowskim i suwalskim. Najmniejsze przyrosty liczby najstarszych mieszkańców zanotowano w powiecie sokólskim (o 41% – o 1,7% średniorocznie) oraz w: wysokomazowieckim, łomżyńskim i monieckim (o 53–58%). W pozostałych 8 powiatach ziemskich liczba ludności w wieku 80 i więcej lat zwiększyła się od 70% (o 2,7% średniorocznie) w powiecie siemiatyckim, do 95% (o 3,4% średniorocznie) – w sejneńskim.

Zmiany w liczebności poszczególnych grup wieku ludności w powiatach województwa podlaskiego są bardzo zróżnicowane, a różnice bywają zaskakująco duże. Przyrosty i ubytki liczby osób w tej samej grupie wieku różnią się często o kilkanaście p.proc. Np. liczba ludności w wieku 40–59 lat w powiecie łomżyńskim zwiększyła się o 34%, podczas gdy w hajnowskim zmniejszyła się ponad 20%. A nie jest to sytuacja odosobniona.

W województwie podlaskim w latach 2001–2020 w 3 powiatach ziemskich (białostockim, łomżyńskim i suwalskim) liczba ludności zmniejszyła się tylko w pierwszej grupie wieku (0–19 lat), w której procentowy ubytek w ww. powiatach był niższy od średniego dla województwa. Przełożyło się to na wzrost łącznej liczby mieszkańców powiatu (białostocki), bądź na nieznaczny tylko spadek. Wymienione 3 powiaty ziemskie sąsiadują z powiatami grodzkimi, są ich zapleczem, a także – podobnie jak w innych województwach w takich sytuacjach – sypialnią dla wielu mieszkańców

pracujących w miastach powiatowych. Warto dodać, że powiat ziemski suwalski składa się wyłącznie z gmin wiejskich.

Niejako na przeciwległej pozycji usytuowały się inne 3 powiaty: bielski, hajnowski i siemiatycki, w których w latach 2001–2020 liczba ludności wzrosła jedynie w najstarszej grupie wieku (80 i więcej lat). W tych powiatach, do których dołączył powiat sokólski, miał miejsce najwyższy procentowy ubytek łącznej liczby mieszkańców. Patrz mapa 1.

## 2.2. Struktura ludności według wieku w powiatach województwa podlaskiego w roku 2020

Znaczące, jednokierunkowe zmiany (przyrostu lub ubytku) liczby ludności są wynikiem oddziaływania, w przypadku niektórych powiatów województwa podlaskiego, długotrwałego oddziaływania składowych przyrostu rzeczywistego ludności, wśród których najbardziej destrukcyjną rolę odgrywa ujemne saldo migracji. Efektem są zmiany struktury ludności według wieku, co jest bardzo wyraźnie widoczne w kilku powiatach.

Wyżej wymienione zostały dwie grupy powiatów: 3 – w których zmniejszyła się jedynie liczebność najmłodszej grupy wieku i 3, w których wzrosła jedynie liczebność najstarszej grupy wieku.

Zobaczymy, jak w tych dwóch grupach powiatów zmienił się udział poszczególnych kohort wieku w łącznej liczbie mieszkańców powiatu, ze szczególnym uwzględnieniem udziału osób w wieku 60–79 lat oraz 80 i więcej lat.

**Tabl. 2.** Struktura ludności według wieku w wybranych powiatach województwa podlaskiego w latach 2000 i 2020

| Wyszczególnienie            | Udział ludności w ogólnej liczbie ludności (w %) |             |             |             |             |             |             |             |                 |            |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|------------|
|                             | 0–19 lat                                         |             | 20–39       |             | 40–59       |             | 60–79       |             | 80 lat i więcej |            |
|                             | 2000                                             | 2020        | 2000        | 2020        | 2000        | 2020        | 2000        | 2020        | 2000            | 2020       |
| <b>Polska</b> .....         | <b>27,2</b>                                      | <b>20,1</b> | <b>28,3</b> | <b>27,2</b> | <b>27,1</b> | <b>27,1</b> | <b>14,8</b> | <b>21,2</b> | <b>2,0</b>      | <b>4,4</b> |
| <b>Woj. podlaskie</b> ..... | <b>29,3</b>                                      | <b>19,4</b> | <b>28,0</b> | <b>27,9</b> | <b>24,7</b> | <b>27,3</b> | <b>15,6</b> | <b>20,4</b> | <b>2,4</b>      | <b>5,0</b> |
| Powiaty:                    |                                                  |             |             |             |             |             |             |             |                 |            |
| białostocki .....           | 28,6                                             | 20,4        | 28,4        | 28,0        | 24,0        | 28,1        | 16,3        | 19,1        | 2,7             | 4,4        |
| łomżyński .....             | 31,1                                             | 20,7        | 27,8        | 29,3        | 20,6        | 27,7        | 17,5        | 17,7        | 3,0             | 4,6        |
| suwalski .....              | 33,0                                             | 21,4        | 27,0        | 29,3        | 20,9        | 26,5        | 16,7        | 17,9        | 2,4             | 4,9        |
| bielski .....               | 27,7                                             | 18,2        | 24,5        | 26,2        | 24,3        | 26,2        | 20,5        | 22,5        | 3,0             | 6,9        |
| hajnowski .....             | 24,5                                             | 16,1        | 24,2        | 24,2        | 26,3        | 26,3        | 21,8        | 25,7        | 3,2             | 7,7        |
| siemiatycki .....           | 28,1                                             | 16,5        | 25,9        | 27,5        | 23,5        | 27,5        | 19,3        | 22,1        | 3,2             | 6,4        |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

Wskazane grupy powiatów różniły się zarówno w roku 2000, jak i 2020 strukturą ludności według wieku, przy czym różnice te wzrosły w ciągu minionego 20-lecia.

Udział ludności w wieku 0–19 lat w powiatach pierwszej grupy (białostocki, łomżyński i suwalski) w roku 2000 był znacznie wyższy niż średni w kraju i (poza powiatem białostockim) wyższy niż średni dla województwa podlaskiego. W ciągu 20 lat udział najmłodszych mieszkańców ww. powiatów w łącznej liczbie ludności zmniejszył się (zgodnie z ogólną tendencją), ale pozostawał na poziomie nieco wyższym niż średni w kraju – patrz tabl. 2.

W drugiej grupie powiatów (bielski, hajnowski i siemiatycki) udział ludności w wieku 0–19 lat, porównywalny w roku 2000 ze średnim dla kraju (poza powiatem hajnowskim, w którym był znacznie niższy), w roku 2020 był już w każdym z 3 powiatów znacznie niższy niż w kraju i w województwie.

Podobne – jak w przypadku grypy wieku 0–19 lat – proporcje udziałów osób w wieku 20–39 lat w łącznej liczbie ludności w stosunku do notowanych średnio w kraju i województwie podlaskim, miały miejsce w wyodrębnionych powiatach w latach 2000 i 2020.

W roku 2000 udział osób w wieku 40–59 lat w powiatach pierwszej grupy był niższy niż w kraju i województwie, w powiatach grupy drugiej – zbliżony do średniej dla województwa, która była o ok. 3 p.proc. niższa od średniej krajowej. W roku 2020 udział osób w wieku 40–59 lat w powiatach obydwu grup był porównywalny i zbliżony do średnich dla kraju i województwa.

Na szczególną uwagę zasługuje udział osób w dwóch najstarszych grupach wieku (60–79 lat oraz 80 i więcej lat). W roku 2000 udział ludności w obydwu grupach wieku był w województwie podlaskim wyższy niż średni w kraju. Z 17 powiatów tylko w 6 (w 3 ziemskich – grajewskim, kolneńskim i zambrowskim oraz w 3 grodzkich – w Białymstoku, Łomży i Suwałkach) odsetek ludności w każdej z tych grup był niższy niż średni dla województwa. We wszystkich 6 powiatach ujętych w tabl. 2 udział ludności w wieku 60–79 lat był wyższy niż średni dla kraju i województwa, tyle że różnica w pierwszej trójce powiatów wynosiła 1–2 p.proc. a w drugiej grupie powiatów (bielski, hajnowski, siemiatycki) 5–6 p.proc.

Nieco inna sytuacja była w roku 2020. W województwie podlaskim udział osób w wieku 60–79 lat był niższy niż średni w kraju (20,4% wobec 21,2%). W pierwszej grupie 3 powiatów udział osób w tym wieku był niższy od udziału dla całego województwa. W grupie drugiej 3 powiatów udział ten był znacznie wyższy nie tylko w stosunku do województwa, ale też w stosunku do średniej dla Polski. Ludność najstarszej grupy wieku (80 i więcej lat) ma w roku 2020 większy udział w województwie podlaskim niż w kraju (5,0% wobec 4,4%). W pierwszej grupie 3 powiatów udział osób najstarszych zawiera się w przedziale określonym odsetkami dla Polski i województwa podlaskiego. W drugiej grupie powiatów udział osób w wieku 80 i więcej lat jest bardzo wysoki – w powiecie hajnowskim osiągnął 7,7%.

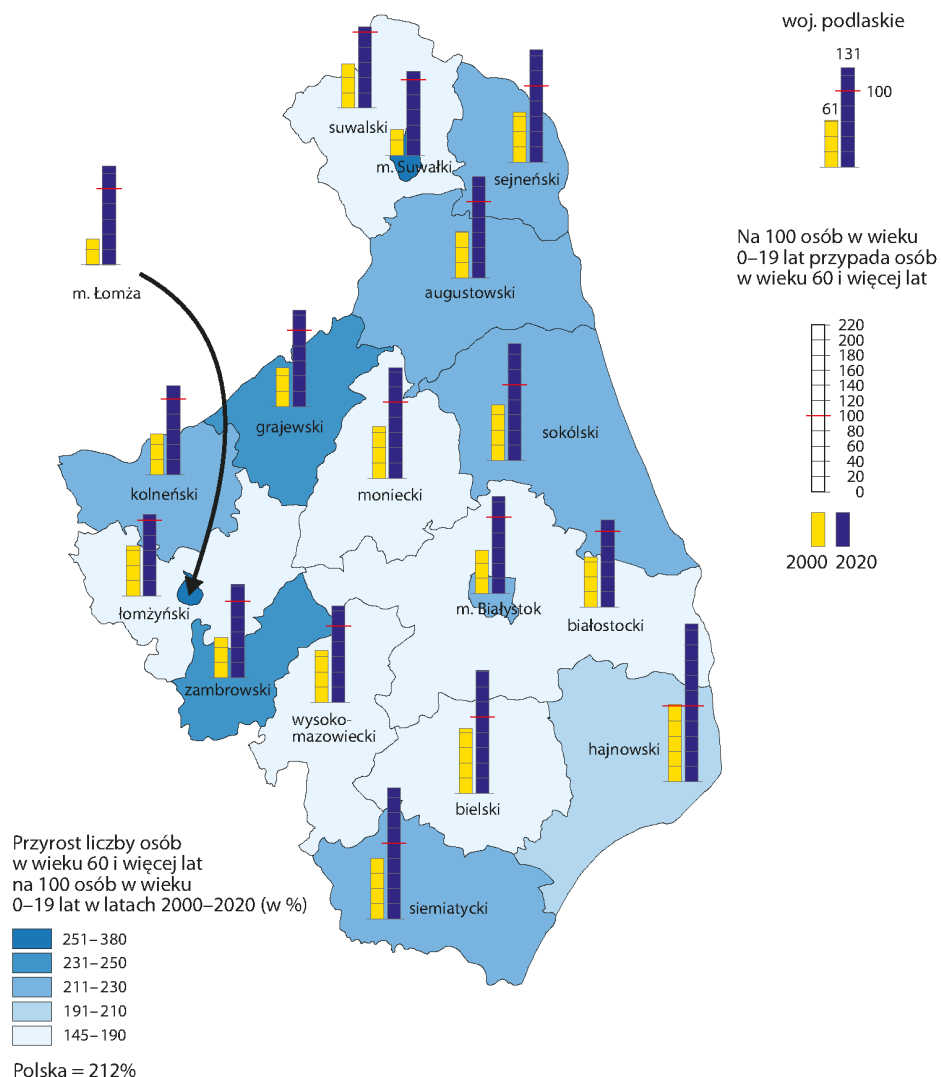
Omówione dwie grupy są reprezentantami powiatów nie tyle demograficznie młodych i starych, ale starzejących się wolniej lub szybciej.

W województwie podlaskim w roku 2000 na 100 osób w wieku 0–19 lat przypadało 61 osób w wieku 60 i więcej lat (w Polsce 60). W ciągu 20 lat liczba osób starszych (60+) przypadających na 100 najmłodszych (0–19 lat) wzrosła do 131 (w Polsce do 127). Uwagę zwraca duże zróżnicowanie proporcji liczebności tych dwóch grup wieku w powiatach. Już w roku 2000 w powiecie hajnowskim na 100 osób w wieku 0–19 lat przypadały 102 osoby w wieku 60 i więcej lat. W kolejnych powiatach: bielskim, siemiatyckim i sokólskim proporcje te wynosiły jak 85:100, 80:100 i 73:100. W roku 2020 najwyższe obciążenie najmłodszych najstarszymi przypadało na te same powiaty; nadal przewodził hajnowski z proporcją 208:100 – patrz mapa 2.

Najniższe obciążenie liczby młodych (0–19 lat) liczebnością osób starszych w roku 2000 miało miejsce w miastach: Łomży, Suwałkach (po 34:100) i Białymstoku (57:100) oraz w powiatach: grajewskim (51:100), zambrowskim (53:100) i suwalskim (58:100). W latach 2001–2020 największe niekorzystne zmiany proporcji ludności starszej (60+) do młodszej (0–19 lat) miały miejsce w ww. powiatach grodzkich: Łomży (wzrost o 280%), Suwałkach (o 223%) i Białymstoku (o 124%) oraz w powiatach: grajewskim (wzrost o 147%) i zambrowskim (o 134%, przy średnim wzroście dla województwa – o 115%) – patrz mapa 2.

W roku 2020 najmniej osób w wieku 60 i więcej lat na 100 osób w wieku 0–19 lat przypadało w powiatach: suwalskim (107), łomżyńskim (108), m. Suwałki (111), białostockim (115) i kolneńskim (117). Zauważmy, że poza kolneńskim są to powiaty sąsiadujące, a dokładnie – otaczające powiaty grodzkie. W przypadku Białegostoku i Łomży oznacza to prawdopodobnie pozostanie w tych miastach ludzi w starszym wieku, podczas gdy młodzi, zgodnie z obecnymi tendencjami częściej niż starzy „wyemigrowali” na wieś, choćby blisko – za granicę miasta.

**Mapa 2.** Proporcje liczby ludności w wieku 0–19 lat oraz 60 i więcej lat  
(na 100 osób w wieku 0–19 lat przypada osób w wieku 60 i więcej lat)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL.

### 3. Zmiany w strukturze wieku ludności Podlasia w latach 2021–2040<sup>1</sup>

Wyniki analizy dotychczasowych zmian w strukturze wieku ludności województwa podlaskiego skłaniają do zadania pytania o przyszłość.

<sup>1</sup> Głównym źródłem danych dla lat 2021–2040 jest *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.

W dotychczasowej analizie dotyczącej przeszłości ocenie zostały poddane kierunki i tempo procesów starzenia się ludności z wykorzystaniem kohort złożonych z 20 kolejnych roczników. Ta metoda zostanie utrzymana także do oceny przewidywanych trendów zamian na przyszłość (po roku 2020).

W trzeciej i czwartej dekadzie XXI w. zmiany w strukturze wieku ludności województwa podlaskiego będą powodowały dalsze starzenie się ludności. Będzie im towarzyszył duży spadek łącznej liczby mieszkańców, co w przypadku całego kraju będzie nowym zjawiskiem, a w województwie podlaskim kontynuacją – w przyspieszonym tempie – dotychczasowego trendu. Ludność Polski w latach 2021–2040 zmniejszy się o prawie 2,6 mln osób (tj. niemal o 7%; średniorocznie o 0,35%). W przypadku województwa podlaskiego w latach 2021–2040 liczba ludności zmniejszy się o 10%, co oznacza średnioroczny spadek o ponad 0,5% (w latach 2001–2020 (–) 0,16%) – patrz tabl. 3.

**Tabl. 3.** Zmiany w stanie i strukturze ludności Polski i województwa podlaskiego w latach 2021–2040

| Wyszczególnienie                | Polska                    |                                         | Województwo podlaskie     |                                         |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
|                                 | Rok 2040<br>(w tys. osób) | Wzrost/spadek<br>2021–2040 <sup>a</sup> | Rok 2040<br>(w tys. osób) | Wzrost/spadek<br>2021–2040 <sup>a</sup> |
| Liczba ludności .....           | 35 668                    | 93,2                                    | 1 059                     | 90,2                                    |
| w tym w wieku:                  |                           |                                         |                           |                                         |
| 0–19 lat .....                  | 6 370                     | 83,0                                    | 175                       | 76,7                                    |
| 20–59 lat .....                 | 17 564                    | 84,5                                    | 528                       | 81,5                                    |
| 60 lat i więcej .....           | 11 734                    | 119,7                                   | 356                       | 119,6                                   |
| 80 lat i więcej .....           | 2 500                     | 148,5                                   | 80                        | 137,1                                   |
| Liczba kobiet w wieku 15–49 lat | 6 500                     | 73,3                                    | 185                       | 69,2                                    |

a Rok 2020 = 100,0%.

Źródło: obliczenia własne na podstawie: GUS (2014, 2021a).

W ubytku liczby ludności Polski, w trzech czwartych partycypują najmłodsi, których liczba w roku 2040 będzie o ponad 1,9 mln niższa niż w roku 2020. W województwie podlaskim spadek liczby najmłodszych będzie stanowił prawie połowę łącznego ubytku liczby ludności w latach 2021–2040. Zmiany dotyczące liczebności 20 najmłodszych roczników opierają się głównie na prognozowanej liczbie urodzeń, na które wpływ mają dwa czynniki: liczba kobiet w wieku reprodukcyjnym i ich skłonność do rodzenia dzieci (współczynniki płodności). Liczba kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) systematycznie maleje i w roku 2040 będzie w województwie stanowiła mniej niż 70% stanu z roku 2020. Autorzy prognozy ocenili, że zmniejszać się będzie także skłonność do posiadania potomstwa. Założyli, iż współczynnik urodzeń w województwie podlaskim zmniejszy się z 9,0‰ w roku 2020 do 6,8‰ w roku 2040 (w Polsce z 9,3‰ do 7,7‰ – odpowiednio).



W latach 2021–2040 znacznie zmniejszy się liczba osób w wieku 20–59 lat. W roku 2040 łączna liczba tych 40 roczników będzie w województwie o 18–19% mniejsza niż w roku 2020.

W tym czasie, tak w całej Polsce, jak i w województwie podlaskim, nadal będzie zwiększała się liczba ludności w wieku 60 i więcej lat, w tym najstarszej – w wieku 80 i więcej lat (patrz tabl. 3). Zmiana ta będzie jednak znacznie mniejsza w stosunku do minionego 20-lecia (2001–2020). Udział ludności w wieku 60 i więcej lat zwiększy się z 25,4% do 33,7%. W rezultacie, 1/3 ludności stanowić będą osoby w starszym wieku. W tym czasie znacząco wzrośnie udział najstarszej ludności z 5,0% do 7,6%.

W wyniku tych różnokierunkowych zmian (spadek liczby ludności młodej i wzrost liczby roczników starszych) zdecydowanie pogorszy się proporcja najmłodszych i najstarszych. W roku 2040 na Podlasiu na 100 osób w wieku 0–19 lat przypadać będą 204 osoby (w Polsce – 184 osoby) w wieku 60 i więcej lat. Przekroczenie 200 osób starszych na 100 najmłodszych w całym województwie jest sygnałem o wyróżniającym je poziomie zaawansowanej starości. Dla przypomnienia – w roku 2020 taki wskaźnik osiągnął w województwie tylko jeden powiat – hajnowski.

#### 4. Podsumowanie

- Starzenie się ludności Polski jest procesem stałym o zróżnicowanej intensywności w przypadku poszczególnych województw;
- Województwo podlaskie (od 1999 r.), wcześniej białostockie (1944–1975), będące jednym z województw Polski Wschodniej w obecnych granicach, utworzonych całkowicie lub w większości z ziem należących przed II wojną światową do Polski. Województwa te w okresie powojennym miały ujemne saldo migracji – systematycznie „pozbywały się” ludności będącej w najkorzystniejszym wieku – zarówno pod względem aktywności zawodowej jak i prokreacyjnej. Był to długotrwały proces, w wyniku którego:
  - zmieniała się struktura ludności; wzrost udziału osób w starszym wieku,
  - zmniejszała się liczba urodzeń, co przekładało się na zmniejszenie liczby osób najmłodszych w strukturze wieku,
  - kumulacja ww. procesów przyczyniła się do przyspieszonego procesu starzenia się ludności, w czym województwo należało do czołówki;
- Ubytek migracyjny ludności młodej spowodował deformację struktury wieku, czego przykładem może być znacznie niższy niż w kraju udział liczby osób w wieku 40–59 lat w roku 2000. Efektem był mniejszy po 20 latach, względny przyrost ludności w wieku 60–79 lat. Nie oznacza to, że w województwie zahamowany został naturalny proces starzenia się ludności. Ludność województwa podlaskiego zestarzała się już wcześniej i zachowuje tę swoją „specyfikę”, o czym świadczą relacje liczby roczników najstarszych i najmłodszych;

- W województwie podlaskim występuje duże zróżnicowanie w sytuacji demograficznej powiatów, zarówno pod względem zmian w łącznej liczbie ludności w latach 2001–2020, jak i zróżnicowania w strukturze wieku. Przykładem są dwie grupy – po 3 wybrane powiaty: będące w najbardziej korzystnej sytuacji demograficznej i w sytuacji najgorszej. Uwagę zwraca udział ludności najstarszej zwłaszcza w powiatach drugiej grupy;
- Powiaty grodzkie, tj. miasta: Białystok, Łomża i Suwałki, wyróżnia bardzo wysokie tempo przyrostu ludności w wieku 60 i więcej lat, co było wynikiem m.in. relatywnie niskich udziałów tej ludności w roku wyjściowym (2000). Z kolei przylegające do nich powiaty: białostocki, łomżyński i suwalski zanotowały przyrost ludności w wieku 20–59 lat, co nie było udziałem pozostałych powiatów ziemskich. W trzech powiatach: bielskim, hajnowskim i siemiatyckim jedyną grupą ludności, której liczebność wzrosła, była grupa w wieku 80 i więcej lat. Efektem tych zmian jest nie tylko przyrost liczby ludności w tej grupie wieku ale też najszybsze tempo zmniejszania się łącznej liczby ludności powiatu.

Powiat hajnowski wyróżnia się najwyższą liczbą osób w wieku 60 i więcej lat przypadającą na 100 osób w wieku 0–19 lat, zarówno w roku 2000 (102) jak i w 2020 (208). Kolejne miejsca przypadły powiatom: siemiatyckiemu (80 w 2000 roku i 173 w 2020), bielskiemu (85 i 162) oraz sokólskiemu (73 i 154);

- Proces starzenia się ludności przybrał na sile zwłaszcza w dwóch ubiegłych dekadach. Będzie on kontynuowany także po roku 2020. W obecnym dwudziestoleciu, tj. do roku 2040, w województwie podlaskim:
  - liczba ludności w wieku 60 i więcej zwiększy się z 298 tys. do 356 tys. (wzrost – podobnie jak w całym kraju – o 19,5%),
  - liczba ludności najstarszej (w wieku 80 i więcej lat) wzrośnie o 37% (z niespełna 59 tys. osób do prawie 80 tys. osób),
  - przyrost liczby ludności w wieku 60 i więcej lat będzie miał miejsce przy równoczesnym zmniejszeniu łącznej liczby ludności (o 7% w Polsce i o 10% w województwie podlaskim), co oznacza, że będą mu towarzyszyły znaczne zmniejszenia liczby ludności w młodszych grupach wieku, szczególnie w wieku 0–19 lat (o 17% i 23% – odpowiednio),
  - znacznie pogłębi się dysproporcja liczby ludności starszej i najmłodszej; w roku 2040 na 100 osób w wieku 0–19 lat będą przypadały w Polsce o 184 osoby a w województwie podlaskim – 203 osoby.
  - Proces starzenia się ludności, będący zjawiskiem ciągłym, przyspieszył na przełomie stuleci i będzie intensywny do czasu zasilania najstarszych grup wieku przez roczniki wyżu demograficznego (urodzeni w latach 1946–1959), szczególnie do czasu wejścia w ten wiek najliczniejszego rocznika (urodzeni w roku 1955). Wiek 60 lat rocznik ten osiągnął w roku 2015, zaś do grupy 80-latków dołączy w roku 2035.

## Podziękowanie

Autor dziękuje pani Beacie Lipińskiej i panu Robertowi Chmielewskiemu za opracowanie map.

## Bibliografia

- Dziki, T. (2013). Podziały administracyjne Polski w latach 1944–1998. Z badań nad ustrojem ziem polskich w XIX i XX w. *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, (t. X).
- Eberhardt, P. (1989). *Regiony wyludniające się w Polsce*. Warszawa: Polska Akademia Nauk, Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania; *Prace geograficzne*, 148. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Gawryszewski, A. (2005). *Ludność Polski w XX wieku*. Polska Akademia Nauk, Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyńskiego.
- Główny Urząd Statystyczny. (1927). *Pierwszy Powszechny Spis Ludności z dn. 30 września 1921 r. Mieszkania. Ludność. Stosunki zawodowe. Województwo lubelskie* (t. 17).
- Główny Urząd Statystyczny. (1938). *Drugi Powszechny Spis Ludności z dn. 9.XII 1931 r. Mieszkania i gospodarstwa domowe. Ludność. Polska*.
- Główny Urząd Statystyczny. (1939). *Mały Rocznik Statystyczny 1939*.
- Główny Urząd Statystyczny. (1947). *Powszechny Sumaryczny Spis Ludności z dn. 14.II 1946 r.*
- Główny Urząd Statystyczny. (1968). *Rocznik Demograficzny 1945–1966*.
- Główny Urząd Statystyczny. (2000a). *Rocznik Statystyczny Województw 2000*.
- Główny Urząd Statystyczny. (2000b). *Tablice trwania życia w 2019 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2019-roku,2,14.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2020). *Sytuacja Demograficzna Polski do 2019 r. Migracje zagraniczne ludności w latach 2000–2019*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosci/sytuacja-demograficzna-polski-do-roku-2019-migracje-zagraniczne-ludnosci,16,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021a). *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 XII*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stand-w-dniu-31-12-2020,6,29.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021b). *Rocznik Demograficzny 2021*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2021,3,15.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021c). *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2021,2,21.html>.
- Holzer J.Z. (1980). *Demografia*. PWE.
- Holzer, J.Z. Józefowicz, A. (1960). Dynamika zaludnienia ziem polskich 1870–1958. *Biuletyn IGS*, 4; Instytut Gospodarstwa Społecznego.

- Kowalczyk, E. (2021). *Zmiany w stanie i strukturze ludności Polski w latach 2011–2019*. W: *Problemy rozwoju demograficznego Polski w XXI wieku w ujęciu regionalnym*. Rządowa Rada Ludnościowa. Główny Urząd Statystyczny. Pobrane z: <https://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosciowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosciowej/dylematy-rozwoju-demograficznego-polski-w-ujeciu-regionalnym-w-xxi-wieku/>.
- Kowalczyk, E., Cierniak-Piotrowska, M. (2022). *Województwo lubelskie 1919–2020 – rozwój demograficzny*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa, Polskie Towarzystwo Statystyczne.
- Markowski, K. (2020). *Przyczyny i konsekwencje depopulacji na Lubelszczyźnie*, W: J. Hryniewicz, G Ślusarz (red. nauk.), *Depopulacja. Uwarunkowania i konsekwencje*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa.
- Roland Pressat. (2014). *Słownik demograficzny (The Dictionary of Demography)*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie (opracowanie polskiej wersji Słownika Ewa Frątczak i Aneta Ptak-Chmielewska).

## Zakończenie

W większości prac poświęconych osobom starszym przyjmuje się osoby w wieku poprodukcyjnym za jednolitą grupę seniorów. W takim ujęciu seniorem jest osoba w wieku 65 lat, a także osoba która ma lat 90. Nie ma znaczenia, że te osoby dzieli 25 lat – to są seniorzy. Monografia *Niesamodzielna starość* odchodzi od takiego podziału, który więcej zaciemnia, niż wyjaśnia. Nikt nie traktuje jednakowo osób, które mają 15 lat i 40 lat. Monografia *Niesamodzielna starość* dotyczy głównie osób w zaawansowanym wieku, tzn. osób, które nie są starsze, lecz po prostu stare, ponieważ są już w wieku zaawansowanym. Obejmowanie ponad dwóch pokoleń określeniem seniorzy bardzo utrudnia opis i wyjaśnienie sytuacji. W ogólnym podziale ludności według ekonomicznych grup wieku seniorem zostaje ten, który jest w wieku emerytalnym. Unika się określania człowieka w wieku zaawansowanym mianem człowieka starego. Starość nie jest zdarzeniem ujmującym godności czy poniżającym. Jest naturalnym etapem życia, takim jak młodość, dorosłość itp. Dlaczego zatem nazwanie kogoś, kto ma 85, 90 i więcej lat człowiekiem starym jest niewłaściwe? Dlaczego nagminne unikanie nazywania człowieka starego – człowiekiem starym jest zachowaniem nieakceptowalnym, podczas gdy powszechnie akceptuje się infantyлизację osób starych („przedszkole dla seniorów”, „sanatorium miłości” itp.). Afirmacja młodości nie musi oznaczać poniżenia starości, pomniejszania jej wartości.

Monografia *Niesamodzielna starość* poświęcona jest sytuacji osób w bardzo zaawansowanym wieku. To, co najbardziej niepokoi osoby w zaawansowanym wieku, to utrata samodzielności oraz konieczność uzyskania pomocy, a z czasem opieki innych osób. Niesamodzielność może pojawić się w różnym wieku i z różnych przyczyn. Niesamodzielność starcza ma jednak inny charakter i wymiar. Człowiek młody, tracąc samodzielność, ma nadzieję, że ją odzyska w wyniku leczenia, rehabilitacji. Człowiek w wieku zaawansowanym nie ma nadziei, że odzyska np. pamięć, sprawność ruchową czy sprawność zmysłów. Proces stopniowej utraty sprawności fizycznej, psychicznej, mentalnej jest stanem bardzo trudnym do zaakceptowania. Stopniowa utrata samodzielności jest krępująca dla osoby starszej i dla jej bliskich. Skutkiem utraty samodzielności jest samotność, odrzucenie, niepokój o pogłębiającą się niesamodzielność. Człowiek niesamodzielny oddala się od osób samodzielnych, ponieważ wie, że brak samodzielności pogłębia jego zależność od osób samodzielnych.

Starość z różnych powodów jest niesamodzielna. Z powodów ekonomicznych, gdy uzyskiwane stałe dochody (z renty, emerytury, innych źródeł) nie wystarczają na zaspokojenie podstawowych potrzeb, gdy ograniczają wydatki do stanu, który uniemożliwi zaspokojenie podstawowych potrzeb. Gdy zbyt skromne dochody nie pozwalają korzystać z koniecznej pomocy lub ułatwień czy udogodnień, w poprawie stanu zdrowia itd. Starość może być niesamodzielna z powodu braku osób bliskich, które są w stanie udzielić wsparcia w różnych sprawach. Rozwiązanie problemu społecznego, jakim jest opieka nad osobami w bardzo zaawansowanej starości, wymaga dostosowania rozwiązań do sytuacji osób starszych.

Monografia stanowi cenny zbiór, obfitujący w aktualne i prognostyczne dane demograficzne dotyczące procesu starzenia się populacji w wymiarze krajowym, regionalnym i lokalnym. Zaletą jest również zamieszczenie w niej artykułów referujących wyniki badań społecznych określonych zbiorowości lokalnych oraz tekstów analitycznych, związanych z porządkowaniem i dyskusją nad kluczowymi elementami polityki wobec starzenia się populacji i na rzecz osób starszych (nowe ryzyko społeczne, jakość życia, deficyt opieki).

**Józefina Hryniewicz**

Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej  
Uniwersytet Warszawski

Monografia zawiera referaty wygłoszone podczas konferencji *Niesamodzielną starość*, drugiej z cyklu konferencji organizowanych w ramach III Kongresu Demograficznego, która odbyła się 18 września 2021 r. w Białymstoku. Jej organizatorami byli: Wojewoda Podlaski, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Główny Urząd Statystyczny i Rządowa Rada Ludnościowa. Autorzy prac zgromadzonych w tym tomie poświęcają uwagę narastającemu problemowi społecznemu, jakim jest organizacja opieki dla coraz liczniejszej populacji osób w bardzo zaawansowanym wieku.

W przygotowanie III Kongresu Demograficznego, którego inicjatorką jest Rządowa Rada Ludnościowa, zaangażowali się: Główny Urząd Statystyczny, Polskie Towarzystwo Statystyczne, wojewódzkie urzędy statystyczne, komitety naukowe Polskiej Akademii Nauk, uczelnie, wojewodowie, samorządy, instytuty naukowe oraz administracja rządowa i samorządowa. Konferencje odbywają się we wszystkich miastach wojewódzkich oraz w wybranych powiatach i gminach. Kongres koncentruje się na ważnych zagadnieniach związanych ze zmianami sytuacji demograficznej oraz ich konsekwencjami dla rozwoju społecznego i gospodarczego. Jego program obejmuje prezentację wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 oraz ich pogłębione analizy, co pozwala na szerokie upowszechnienie rzetelnej wiedzy o zmieniającej się sytuacji oraz wyzwaniach demograficznych XXI w.

### III KONGRES DEMOGRAFICZNY

#### Polska XXI w. – wyzwania demograficzne

Honorowy Patronat  
Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej  
Andrzeja Dudy

III Kongres Demograficzny wsparli:

Sponsorzy



NARODOWY  
BANK POLSKI

Projekt realizowany  
z Narodowym Bankiem Polskim  
w ramach programu edukacji ekonomicznej

Darczyńca



Dofinansowano ze środków Fundacji ORLEN

ISBN 978-83-67087-04-9  
e-ISBN 978-83-67087-05-6

Egzemplarz bezpłatny