

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

O sytuacji ludzi starszych

Pod redakcją
Józefiny Hryniewicz



TOM III

Warszawa 2012

The Situation of Elderly People

Edited by *Józefina Hrynkiewicz*

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Warszawa 2012

Copyright © by Rządowa Rada Ludnościowa
Warszawa 2012

ISBN 978-83-7027-491-7

Redaktor *Władysława Czech-Matuszewska*
Współpraca *Alicja Dąbrowska-Nowacka*

Rządowa Rada Ludnościowa

Al. Niepodległości 208

00-925 Warszawa

Tel. (48) 22 449 40 40

(48) 22 608 30 40

(48) 22 608 31 75

Fax (48) 22 608 38 87

e-mail: kongres_demograficzny@stat.gov.pl



Druk i oprawa Zakład Wydawnictw Statystycznych
al. Niepodległości 209, 00-925 Warszawa

SPIIS TREŚCI

Przedmowa – Zbigniew Strzelecki	5
Forewort – Zbigniew Strzelecki	6
„Los starca zależy od kontekstu społecznego” – Wprowadzenie – Józefina Hryniewicz	7
Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie – Elżbieta Bojanowska	19
Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym – Małgorzata Halicka, Emilia Krakowska	33
Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym – Elżbieta Trafiałek	51
Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy – Mariola Raclaw	71
Kapitałowe emerytury i renty a ryzyko ubóstwa w Polsce – Grażyna Ancyparowicz	83
Uwagi o dochodach ze świadczeń emerytalno-rentowych – Barbara Petz	98
Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Dylematy i kie- runki zmian – Maria Zralek	103
Niepelnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji. – Anna Wilmowska-Pieruszyńska	126
Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski – Barbara Bień	151
Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja – Magdalena Nita	159
Program aktywizacji pracowników i osób bezrobotnych po 50. roku życia. Rozwiązania niemieckie – Magdalena Pancewicz	190
Bibliografia – przegląd literatury – Elżbieta Bojanowska	196
Summary	208

LIST OF CONTENTS

Forewort – <i>Zbigniew Strzelecki</i>	6
”Old people’s fate depending on the social context” – Introductory Remarks – <i>Józefina Hryniewicz</i>	7
Elderly people in the family and society – <i>Elżbieta Bojanowska</i>	19
The participation of elderly people in social life – <i>Małgorzata Halicka, Emilia Krakowska</i>	33
Integration conditions and risks of discrimination against elderly people in the family and local community – <i>Elżbieta Trafiałek</i>	51
Informal carers. Short-term functionality of non-salaried work – <i>Mariola Raclaw</i>	71
Capital retirement pays and pensions vs. poverty risk in Poland – <i>Grażyna Ancyparowicz</i>	83
Notes concerning income from retirement and pension benefits – <i>Barbara Petz</i>	98
Satisfying the housing needs of elderly people. Dilemmas and change directions – <i>Maria Zralek</i>	103
Disability and inability to lead a self-sufficient life – <i>Anna Wilmowska-Pieruszyńska</i>	126
Geriatric care from the perspective of the population ageing in Poland – <i>Barbara Bień</i>	151
Nursing insurance in the Federal Republic of Germany. Ideas and implementation – <i>Magdalena Nita</i>	159
The activation programme for persons aged more than 50, both employed and unemployed. German solutions – <i>Magdalena Pancewicz</i> ...	190
References – Outline of literature – <i>Elżbieta Bojanowska</i>	196
Summary	208

PRZEDMOWA

Prezentowana publikacja jest kolejnym tomem wydanym z okazji II Kongresu Demograficznego w Polsce. Książka zawiera zbiór ekspertyz, które zostały sporządzone na potrzeby aktualizacji „Założeń polityki ludnościowej w Polsce” w części dotyczącej sytuacji osób w starszym wieku, w pewnym zakresie niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

Przygotowane przez wybitnych ekspertów prace są oryginalnymi i najnowszymi opracowaniami dotyczącymi sytuacji ludzi w starszym wieku w Polsce. Zawarte w książce materiały mogą być cennym źródłem wiedzy i inspiracji dla tych, którzy interesują się aktualną sytuacją tej grupy ludności, badają jej problemy, a także pracują nad rozwiązywaniem dylematów starzejącego się polskiego społeczeństwa.

Ekspertyzy zamieszczone w książce nie wyczerpują oczywiście zagadnień związanych z sytuacją ludzi starszych w Polsce. Zawierają jednak informacje, analizy i wnioski, które mogą poszerzyć wiedzę o sytuacji społecznej, miejscu w rodzinie i społeczeństwie, o dochodach, zdrowiu i warunkach mieszkaniowych tej grupy. Dwie ostatnie ekspertyzy prezentują przykłady rozwiązań – z powodzeniem zastosowanych w Republice Federalnej Niemiec – dotyczących ubezpieczenia pielęgnacyjnego (dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji) oraz podejmowanych działań zwiększających możliwości zatrudnienia osób w starszych grupach wieku. W obszernej bibliografii, zamieszczonej na końcu książki, Czytelnik znajdzie przegląd najnowszej literatury dotyczącej tej problematyki.

Autorzy książki poruszają wiele problemów związanych z uwarunkowaniami życia osób w podeszłym wieku, a co za tym idzie – z wynikającymi z tego zadaniami dla polityki ludnościowej i społecznej państwa oraz samorządów wobec tej grupy ludzi w naszym kraju.

**Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
*dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. nadzw. SGH***

PREFACE

We are pleased to present a second volume of publications developed as part of the 2nd Demographic Congress in Poland. This publication features a collection of expert opinions, issued with a view to updating “The assumptions to population policy in Poland” aimed at elderly people, and, to a certain extent, at both disabled and dependent persons.

The opinions issued by experts included herein are original and have been developed by their respective authors. They constitute a collection of the most recent studies on the situation of elderly people in Poland. The content of this publication may serve as a valuable source of information and inspiration to all those who are interested in the current situation of elderly people in Poland, and those who examine their problems, and who work on new solutions regarding the ageing of Polish society.

This publication by no means exhausts the problem in question, or the issues related to the situation of elderly people in Poland. However, it contains a wealth of information, analyses and conclusions that may considerably add to the knowledge on this specific group of the population in Poland. Special attention is given to their social status, place in the family and society, income, health and dwellings. We also present selected solutions which have been successfully implemented in the Federal Republic of Germany. Apart from these studies, we have also included a list of references (an outline of the most recent publications) on the subject matter in question.

A group of prominent experts, who are authors of this publication, make us familiar not only with a number of problems experienced by elderly people in their everyday lives, but also with the challenges that need to be faced by the national and local population and social policy aimed at this resident group in our country.

President of the Government Population Council
Zbigniew Strzelecki, PhD hab.,
Professor at the Warsaw School of Economics

„LOS STARCA ZALEŻY OD KONTEKSTU SPOŁECZNEGO”¹ – WPROWADZENIE

W przygotowaniu i konsultacji projektu „Założeń polityki ludnościowej w Polsce” w części: „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie” najżywszą dyskusję wywoływało określanie (nazywanie) kategorii ludności, która jest podmiotem opracowania. Powszechny protest wywołuje użycie określenia: „osoba stara”, „stary człowiek”. W Polsce używanie w dyskusjach publicznych kategorii „człowiek stary” okazało się politycznie niepoprawne. Stosowanie przymiotnika „stary” na określenie człowieka w zaawansowanym wieku wywołuje żywe protesty, a nawet oburzenie słuchających lub czytających. Poprawniej, kulturalniej, lepiej, przyjemniej i ładniej, jak twierdzą przeciwnicy (nazywania starymi ludzi starych), brzmi użycie określeń: „człowiek starszy”, „senior”, „osoba trzeciego wieku”, „osoba w czwartym wieku” oraz używanie innych określeń (choć trochę maskujących rzeczywistość). Zdaniem wielu krytyków pojęcia „starość”, używanie przymiotnika „stary” na określenie osoby w wieku zaawansowanym jest formą dyskryminacji, wykluczenia, a nawet swoistej przemocy stosowanej wobec najstarszych w społeczeństwie generacji.

Z wielu dyskusji nad nazwaniem tej kategorii ludności, której poświęcona jest jedna z części „Założeń polityki ludnościowej...” – wnoszę, że poziom wiedzy i uświadomienie rozległego problemu, jakim jest narastający problem starzenia się społeczeństwa i trudnej sytuacji ludzi starych w Polsce – pozostają na poziomie poprawności lub niepoprawności używania przymiotnika „stary”, „stara”, w odniesieniu do osób w zaawansowanym wieku. Wiedza na temat „starości” i sytuacji ludzi „starych”, jako politycznie niepoprawna, pozostaje (w ograniczonym zakresie) w literaturze specjalistycznej (geriatria, gerontologia, socjologia, pedagogika, demografia). Każda z dyscyplin bada określony aspekt „starości”, co na ogół z pewnością nie odzwierciedla sytuacji osób, które dożyły zaawansowanego wieku. Z wielu dyskusji, jakie odbywały się w trakcie przygotowania „Założeń...”, utwierdziłam się w przekonaniu, że w społecznej świadomości starość to coś „wielce wstydliwego”, o czym osobom mającym aspiracje do bycia ludźmi kulturalnymi i wrażliwymi po prostu „nie wypada mówić”. Tym bardziej więc nie trzeba, nie powinno się tego

* Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz – Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski.

¹ Simone de Beauvoir, *Starość*, tłum. Z. Styszyńska, Warszawa 2011, s. 6.

(jak się zorientowałam smutnego i wielce ambarasującego) tematu poruszać w publicznej debacie. Dla wielu osób „starość po prostu nie istnieje”; jest bowiem czymś trudno wyobrażalnym, niepotrzebnym, zbędnym, brzydkim, złym, niepoznanym, tajemniczym, mrocznym... Są tylko ludzie młodzi!

Nie ma w literaturze przedmiotu (z żadnej z dyscyplin naukowych) jednego określenia dla nazwania osób starych, stanowiących w Europie, także i w Polsce, coraz liczniejszą grupę ludności. Negatywne naznaczanie w społecznej świadomości STAROŚCI jest formą dyskryminacji, przemocy, poniżania, wykluczania. Unikanie słowa „starość” nie zmienia rzeczywistości. Potwierdza natomiast ukrywanie stanu, jakim jest złe traktowanie ludzi starych w społeczeństwie; „(...) starzy ludzie nie mają ani tych samych potrzeb, ani tych samych praw, co reszta. (...) Są celowo skazani na biedę, ciężkie warunki mieszkaniowe, niedołęstwo, samotność, beznadzieję” – pisze Simone de Beauvoir w książce *Starość*. Dalej autorka podkreśla, że starość jest tematem zakazanym, wstydliwą tajemnicą. Dlatego używanie wszelkich eufemizmów ma jedynie na celu „uśpienie publicznego sumienia”².

Dlatego m.in. **trzeba przywrócić neutralny charakter i wyłącznie opisowe znaczenie terminu „starość” na określenie ostatniej fazy życia człowieka**. Tak neutralnej, jak wiek dziecięcy, młodzieńczy czy dojrzały. Unikanie słowa nie zmienia złej sytuacji ludzi starych, a jedynie ją ukrywa i odsuwa ze społecznej świadomości. Ludzie starzy nie stanowią bowiem żadnej siły ekonomicznej ani politycznej, nie mają więc możliwości upominania się o swoje prawa. Stereotypy i mity stworzone przez kulturę powodują, że ludzi starych postrzega się jako INNYCH. Ale jeśli koncepcja INNEGO w socjologii jest szeroko analizowana w stosunku do osób pochodzących z innych kultur, to milczeniem pokrywa się INNEGO, którym we własnej kulturze i środowisku jest (staje się wraz z upływającymi latami życia) człowiek w późnych latach swojego życia – człowiek stary.

Próba sporządzenia diagnozy sytuacji osób niepełnosprawnych, starych i niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) wykazała, że nader wiele obszarów życia osób w zaawansowanym wieku, których dotyczą założenia polityki ludnościowej, nie ma pogłębionych i systematycznych badań³. Wiele materiałów urzędowych, także badań, statystyk, pomija tę ważną, coraz liczniejszą kategorię ludności. Wskutek zmian demograficznych i społecznych, dzięki poprawie warunków życia, lepszemu wyżywieniu, szerszemu dostępowi do usług ochrony zdrowia, następuje dynamiczny wzrost liczby ludności określanej w statystykach struktury demograficznej jako ludność w wieku poprodukcyjnym. Szybki przyrost w strukturze ludności tej kategorii to skutek zmian demograficznych. Głównie malejącej stopy urodzeń, istotnego zmniejszenia wskaźnika umieralności niemowląt i wydłużają-

² Simone de Beauvoir, op. cit.

³ Wyjątek stanowią systematyczne badania realizowane od kilku lat na Uniwersytecie Łódzkim pod kierunkiem prof. dr hab. Jerzego Kowaleskiego i dr Piotra Szukalskiego, w których podejmowane są różne aspekty sytuacji ludzi starych w Polsce.

cej się przeciętnej trwania życia ludzkiego. Są to zjawiska i procesy w demografii stosunkowo nowe. Spadek stopy urodzeń oraz spadek poziomu umieralności niemowląt to zjawiska i procesy charakterystyczne dla ostatniego półwiecza. Dopiero w ostatnich dekadach XX wieku przeciętne dalsze trwanie życia uległo istotnemu wydłużeniu. Gdy kanclerz Otto von Bismarck wprowadzał w latach 80. XIX wieku reformy zabezpieczenia społecznego, do ustawowego wieku emerytalnego (70 lat dla robotników) dożywało jedynie 2,4% ubezpieczonych robotników. Nowoczesny system ubezpieczenia społecznego wprowadzony w latach 80. XIX wieku w Niemczech skutecznie rozwiązywał problem braku środków utrzymania utraconych wskutek choroby, wypadku, inwalidztwa i starości. W czasie, gdy przyjmowano ustawy ubezpieczenia społecznego, nie było społecznego problemu opieki nad starcami – starców w społeczeństwie po prostu nie było w takiej liczbie, aby opieka nad nimi stwarzała istotny problem społeczny. Istniejące struktury rodziny i instytucji społecznych (głównie dobroczynnych) były do około lat 60/70. XX wieku funkcjonalne z punktu widzenia zapewnienia niewielkiej skali opieki nad starcami oraz osobami niepełnosprawnymi.

Pojawienie się w znacznej skali kategorii ludności w „wieku poprodukcyjnym”, ludzi starych, w zaawansowanym wieku, to zagadnienie, które stało się przedmiotem publicznej debaty dopiero w ostatnich 30–40 latach ubiegłego stulecia. W latach 70. XX wieku z inspiracji środowisk akademickich rozpoczęła się w Niemczech debata o konieczności powszechnego i systemowego rozwiązania problemu opieki i pomocy ludziom starym, dożywającym sędziwego wieku, niezręcznie też niezdolnym do samodzielnej egzystencji. Debata o koniecznych i możliwych sposobach rozwiązania problemu opieki podjęto wskutek zmieniającej się struktury demograficznej ludności – rosnącej liczby starców oraz istotnych zmian w rodzinach (spadek poziomu dzietności). Brak rozwiązań dostosowanych do sytuacji demograficznej i społecznej stwarzał rodzinom i społecznościom lokalnym trudne do rozwiązania problemy opieki. Istniejące rozwiązania prawne i finansowe oraz instytucje pomocy wymagały zastosowania nowych rozwiązań systemowych, które zapewniałyby opiekę dostosowaną do indywidualnych potrzeb – tworzyły warunki powszechnego dostępu osobom w zaawansowanym wieku do odpowiednich usług ochrony zdrowia (głównie rehabilitacji i pielęgnacji). W projektowanym rozwiązaniu przyjęto zasadę, aby osobom starym, niezdolnym do samodzielnej egzystencji, zapewnić warunki możliwie najdłuższego pozostawania we własnym mieszkaniu (domu). Projekt zakładał wdrożenie takich działań, które miały zapewnić osobom w zaawansowanym wieku sprawność i samodzielność życiową jako warunek pozostawania najdłużej, jak to tylko możliwe, we własnym mieszkaniu i własnym, dobrze im znanym środowisku.

Systemowe rozwiązanie narastającego problemu społecznego opieki nad ludźmi starymi stawało się coraz pilniejsze, ponieważ wskutek niskiej od wielu lat stopy urodzeń poważnie zmniejszał się potencjał opiekuńczy rodziny. Powszechne oczekiwanie i przekonanie, że opiekę „na starość” zapewni rodzina – okazało się

nierealistyczne. Wielkość rodziny systematycznie się zmniejszała, rodzina rozpraszana się wskutek migracji. W wielu przypadkach członków rodziny, zobowiązanych do udzielenia opieki, po prostu nie było. Nastąpiła też zmiana funkcji i struktury rodzin. Wskutek wielu czynników społecznych, ekonomicznych, kulturowych zanikały *rodziny wielopokoleniowe*, przekształcał się charakter więzi, malała intensywność i częstotliwość kontaktów rodzinnych.

Rozpoczęta na początku lat 70. XX wieku w Niemczech debata nad możliwymi rozwiązaniami problemu udzielenia opieki i pomocy ludziom starym po około 20 latach doczekała się w Niemczech rozwiązania; 26 maja 1994 r. przyjęto ustawę o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Problem opieki na osobami niesamodzielnymi rozwiązano w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, przyjmując nowy zakres podmiotowy i przedmiotowy ubezpieczenia społecznego. Ustawa pielęgnacyjna systemowo rozwiązywała problem opieki na osobami starymi, niesamodzielnymi, niezdolnymi do samodzielnej egzystencji.

Przypominając w największym skrócie wprowadzenie rozwiązania opieki nad osobami w zaawansowanym wieku w Niemczech – wskazuję jednocześnie, że problem rozwiązania opieki nad ludźmi starymi w najbliższych latach stanie się ważnym i pilnym problemem w Polsce. Doświadczenia i wiedza zgromadzone w okresie przygotowania „Założeń...” dowiodły, że w Polsce nie podjęto dotychczas tego ważnego problemu w skali i zakresie odpowiadającym wielkości i trudności zadania. W niewielu środowiskach akademickich prowadzone są badania naukowe poświęcone zagadnieniu sytuacji ludzi starych w Polsce. Temat ten jest podejmowany w naszym kraju niemal wyłącznie z inicjatywy kilku badaczy. W badaniach poruszane są różne obszary przedmiotowe: zdrowie, sytuacja społeczna, uwarunkowania demograficzne, aspekty pedagogiczne, zagadnienia zabezpieczenia społecznego. Nie ma jednolitego, wielodyscyplinarnego programu badawczego inspirowanego i finansowanego przez władze publiczne, odpowiedzialne za przygotowanie rozwiązań systemowych obejmujących wszystkie ważne aspekty sytuacji i położenia ludzi starych. W praktycznych rozwiązaniach polityki społecznej podejmowane działania mają charakter incydentalny, nieskoordynowany, pomijają uwarunkowania demograficzne, społeczne i ekonomiczne. Takie postępowanie dowodzi jedynie braku świadomości narastającego w Polsce problemu opieki nad osobami starymi i niesamodzielnymi. Potwierdzają to wszystkie badania realizowane na gruncie wielu dyscyplin naukowych.

Procesy starzenia się populacji to procesy naturalne. Starość, starzenie się, niepełnosprawność są przedmiotem prac badawczych wielu dyscyplin naukowych. W literaturze przedmiotu używa się różnych określeń dla opisanego osób w późnych latach ich życia (osób starych). Wielu autorów unika używania pojęć: „człowiek stary”, „ludzie starzy”, gdyż ma to, ich zdaniem, w społecznym odbiorze pejoratywny wydźwięk. Jest w literaturze „starość” i „starzenie się”. W Polsce ukształtował się i utrwalił negatywny stereotyp człowieka starego (osoby starej). Wyrażenie „starzec”, (osoba „stara”) nie jest kategorią opisującą sytuację, położenie i status osoby

w zaawansowanym wieku, naznaczając ją negatywnymi skojarzeniami i stereotypami. Ale powszechnie używane w literaturze określenie „osoba starsza” tym bardziej nie opisuje osób w zaawansowanym wieku. Trudności z definiowaniem wieku, od którego rozpoczyna się starość człowieka, nie są zagadnieniem nowym ani problemem polskim. W różnych kulturach unika się nazywania osób w późnych latach ich życia.

W czasach powszechnego kultu nieustannej młodości i sprawności trudno określić wiek, od którego zaczyna się starość. Być może w definiowaniu starości (podobnie jak w określaniu przynależności do narodu) trzeba decyzję pozostawić każdemu, kto sam określi swoją przynależność do grupy wieku, bez względu na jego wiek metrykalny. Socjologicznie definicja taka jest niewątpliwie poprawna, jednak z punktu widzenia polityki społecznej jest nieużyteczna. **Wielu autorów stara się unikać pojęcia „człowiek stary”.** Zastępuje je określeniem „senior”, „seniorzy”, lub „osoby trzeciego, czwartego wieku, późnego wieku”. Trzeci wiek to czas, gdy jednostka wolna jest od pracy zawodowej i zadań rodzicielskich, zaś czwarty wiek to czas życia, gdy jednostka ze względu na podeszły wiek traci samodzielność i niezależność, ma ograniczoną sprawność fizyczną i umysłową. Senior to ktoś najstarszy w danej zbiorowości, lecz stare mogą być osoby nie tylko najstarsze w danej zbiorowości, ale też i młodsze od nich, ale także *stare*. Żadne z podanych określeń nie jest jednak dostatecznie precyzyjne. Żadne z nich nie definiuje jednoznacznie ostatniej, naturalnej fazy życia człowieka po zakończeniu aktywności zawodowej. Podejmowane próby uniknięcia określenia człowieka w zaawansowanym wieku jako osoby starej trudno ocenić jako zadawalające. Nie pozwalają one uniknąć negatywnych skojarzeń związanych ze starością, jakie powstały i utrwaliły się w świadomości społecznej w czasach kultu wiecznej młodości. Unikanie pojęć „stary”, „starość” w opisie sytuacji najstarszego pokolenia utrwała negatywny stereotyp ukształtowany na zasadzie przeciwstawiania młodości (jako „dobrego” czasu życia) starości (jako „złego” okresu życia). Dyskusja o tym, kto jest, a kto nie jest starym człowiekiem, wydaje się nie mieć końca. Dlatego proponuję, żeby za osoby stare uznawać te osoby, które same siebie określają jako osoby stare. Podobnie jak z określeniem narodowości: ten jest Polakiem, kto sam siebie tak określa i identyfikuje się z narodem polskim.

Zaawansowanie procesów starzenia się ludności oraz powszechne zmiany stanu ich zdrowia uzasadniają w „Założeniach polityki ludnościowej...” **wyodrębnienie osób starych, niesamodzielnych; niezdolnych do samodzielnej egzystencji** z powodu kondycji fizycznej lub/i psychicznej, wymagających stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w zakresie zwykłych czynności dnia codziennego. Większość osób niesamodzielnych to osoby w wieku zaawansowanym; ale wśród osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych są osoby w różnym wieku. Kategoria demograficzna osób „w wieku poprodukcyjnym” (starych) jest bardzo zróżnicowana ze względu na ich wiek, płeć, stan cywilny, stan rodzinny, rodzaj gospodarstwa domowego, wykształcenie, zawód, stan zdrowia, poziom sprawności (stopień ogranicze-

nia samodzielności), dochody, miejsce zamieszkania, potrzeby oraz wiele innych cech. Wyodrębnianie kategorii osób niesamodzielnych w zbiorczej kategorii osób w wieku poprodukcyjnym (w wieku zaawansowanym) pozwoli na bliższe poznanie charakteru i przyczyn niesamodzielności, w tym wpływu warunków życia, skutków działania (lub zaniechania działania) systemu ochrony zdrowia, jego sprawnej (lub niesprawnej) organizacji dostosowanej (lub nie) do potrzeb starzejącej się ludności. Znajomość charakteru i przyczyn niesamodzielności może być istotną wskazówką do zastosowania przedsięwzięć prewencyjnych i rehabilitacyjnych, ograniczających zakres i skalę niesamodzielności, a co za tym idzie – także istotnie zmniejszających koszty opieki.

Wiele osób niesamodzielnych (np. z powodu wypadków, podeszłego wieku) to „ofiary” **nieskutecznego działania i wadliwej organizacji systemu opieki medycznej**; braku kompleksowej zintegrowanej wielo- i wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentem, przedłużających się proceduralnych postępowań w organizacji leczenia i rehabilitacji. Wielu przypadków niezdolności do samodzielnej egzystencji można byłoby uniknąć, gdyby w leczeniu pacjenta punktem wyjścia były jego potrzeby wynikające ze stanu zdrowia, a nie „podział” schorzeń według kompetencji, specjalności i dyscyplin medycznych.

Kategoria osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji jest silnie zróżnicowana pod względem cech demograficznych, sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz stanu zdrowia. Wskazanie wielu czynników różnicujących kategorię ludności w wieku zaawansowanym wskazuje na konieczność wysoce zindywidualizowanego podejścia do rozwiązywania problemów tej grupy. W dotychczasowej praktyce polityki społecznej osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji włączone są do kategorii osób: (1) starych (niesamodzielni ze względu na kondycję psychofizyczną, np. osoby z chorobą Alzheimera, z demencją, osoby w bardzo zaawansowanym wieku z daleko posuniętymi objawami starzenia się), (2) niepełnosprawnych z powodu skutków wypadku, chorób somatycznych, chorób psychicznych, wad wrodzonych. Kategorię osób niesamodzielnych najczęściej zalicza się do osób niepełnosprawnych. Jej wyodrębnienie spośród osób starych i niepełnosprawnych w aktualnych założeniach polityki ludnościowej jest uzasadnione bardzo istotnym zróżnicowaniem; od niepełnosprawności ruchowej (co nie musi oznaczać niesamodzielności) do niesamodzielności z powodu choroby psychicznej (pomimo całkowitej sprawności ruchowej). Liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, potrzebująca opieki innych osób, szacowana w 2011 r. na około 1,6–2 mln osób, w czasie przewidywanym w „Założeniach...” będzie rosła. Opieka nad osobą niesamodzielną musi być sprawowana przez opiekuna osobiście. Nie można jej sprawować za pomocą nowoczesnych technologii komunikacyjnych czy informacyjnych. Wzrost udziału najstarszej populacji w strukturze ludności – zwiększa istotnie rozmiar zadań w zakresie opieki nad osobami starszymi i starymi.

Potencjał opiekuńczy rodziny w Polsce, rozumiany jako zdolność rodziny do świadczenia opieki swoim starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym człon-

kom, z przyczyn demograficznych, ekonomicznych i społecznych zmniejsza się. Rodziny stają się mniej liczne, kontakty w rodzinach mniej intensywne, następuje osłabienie więzi, w zasadzie rozpadły się rodziny wielopokoleniowe, zanikają kręgi rodzinne. W Polsce utrzymuje się wciąż bardzo wysoki poziom emigracji zarobkowej, tak wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Liczba osób zobowiązanych i zdolnych do udzielenia opieki z przyczyn demograficznych sukcesywnie będzie się zmniejszać. Potencjał opiekuńczy rodziny zależy od jej wielkości, struktury oraz od statusu społeczno-ekonomicznego.

Niski poziom urodzeń w Polsce na przełomie wieków XX i XXI nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszania potencjału opiekuńczego rodzin. Nastąpi zatem wzrost zadań opieki, które zmuszone będą podejmować instytucje pozarodzinne. Wynikać to będzie wprost z: (1) ograniczającego się potencjału opiekuńczego rodziny oraz (2) wydłużającego się przeciętnego dalszego trwania życia (i od poszerzającego się w związku z tym zakresu niesamodzielności).

W Polsce przyjmuje się powszechnie, że opieka nad osobą starą i niesamodzielną „należy do rodziny”. Potwierdziły to badania zrealizowane w 2011 roku. W świadomości lokalnych liderów samorządowych i społecznych problem opieki nad osobami starymi i niesamodzielnymi to „sprawa rodziny” lub – jeszcze dobitniej – „uciążliwy kłopot rodziny”. Trzeba jednakże wskazać, że procesy zmian społecznych i ekonomicznych wywołały głębokie zmiany w strukturach i warunkach życia rodzin. Rodziny dezorganizują się wskutek emigracji za pracę, szczególnie w środowiskach, gdzie występuje masowe długotrwałe (permanentne) bezrobocie. Coraz dłuższe zaangażowanie kobiet w pracę zarobkową ogranicza istotnie możliwość zapewnienia opieki niesamodzielnym członkom rodziny. Coraz częściej opieka nad osobą w zaawansowanym wieku wymaga pomocy specjalistycznej, w której często muszą być zaangażowane służby opieki medycznej. Nie ma w Polsce odpowiedzi na pytanie: kto ma zastąpić rodziny w funkcji opieki nad członkiem rodziny – osobą niesamodzielną z powodu zaawansowanego wieku, przewlekłej lub długotrwałej choroby? Kto ma podjąć zadania opieki specjalistycznej? Kto i z jakich źródeł ma zadania te sfinansować? Powszechny dziś w Polsce problem eurosieroctwa dotyczy przecież nie tylko dzieci emigrantów, ale także starych i niesamodzielných członków rodziny. Dlatego w Polsce pilnie potrzebne są rozwiązania systemowe zastępujące nieobecnych z powodu emigracji lub/i pracy zarobkowej członków rodzin w funkcji opieki także nad starymi osobami. Opieka rodziny na osobami starymi i niezdolnymi do samodzielnej egzystencji będzie (musi być!) coraz częściej zastępowana opieką osób spoza rodziny lub opieką instytucji. Skala pozarodzinnego zastępstwa w opiece, wskutek zmian w rodzinie, niskiego poziomu urodzeń oraz wysokiego poziomu emigracji zarobkowych, jest trudna do oceny. Problem wymaga starannych, pogłębionych badań jakościowych wykonanych na poziomie wielu środowisk lokalnych. Dostępne dane statystyczne nie dają obecnie podstaw do oceny potencjału opiekuńczego rodzin w środowiskach lokalnych.

Starzenie się ludności ma bardzo rozległe konsekwencje dla położenia rodzin i gospodarstw domowych, zatrudnienia oraz finansów publicznych. Podjęcie opieki, szczególnie nad niesamodzielnymi członkami rodziny, ogranicza utrzymanie dotychczasowego zatrudnienia opiekunom. Zaprzestanie pracy zarobkowej przez opiekuna obniża dochody gospodarstwa domowego, w sytuacji, gdy wydatki istotnie wzrastają. Rosnąć też muszą wydatki publiczne na organizację opieki, dodatkowe usługi ochrony zdrowia, pomocy w utrzymaniu gospodarstwa domowego. Powstaje rynek pracy, usług i towarów związany z opieką nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. W Polsce jest to rynek nieuregulowany, jest to raczej szara (lub czarna) sfera zatrudnienia i usług. Nieformalny rynek usług opieki wywoływać będzie dalsze komplikacje wynikające z cech rynku „ułomnego”, gdyż potencjalny klient (podopieczny) pozbawiony jest nierzadko (z powodu wieku, stanu zdrowia) zdolności wyboru i oceny „zakupionego towaru”. Podstawą dobrego funkcjonowania rynku jest zdolność do swobodnego wyboru (którego nie może dokonać osoba niesamodzielną). Nakłada to na sektor publiczny ważne zadanie kontroli i nadzoru nad funkcjonowaniem sfery wolnego rynku usług, która z powodu jej nieformalnego charakteru słabo poddaje się jakiegokolwiek kontroli.

Określenie możliwości **zmniejszenia skali zagrożenia wykluczeniem** oraz tworzenie warunków sprzyjających społecznej integracji ludzi starych, niesamodzielnym i niepełnosprawnym nie jest zadaniem prostym. Postępujące procesy starzenia się, zmieniająca się sytuacja demograficzna – to ważne czynniki sprzyjające wykluczeniu. Zagrożenie wykluczeniem tkwi także w zakresie i formach polityki społecznej i ludnościowej niedostosowanych do sytuacji demograficznej. **Wykluczenie** pozostaje w istotnym związku z niską pozycją **ekonomiczną** zdecydowanej większości ludzi starych i niepełnosprawnych; świadczenia społeczne (emerytury, renty inwalidzkie, renty socjalne, zasiłki) są zbyt niskie w stosunku do rosnących potrzeb; wraz z wiekiem rosną wydatki spowodowane koniecznością opłacenia koniecznych towarów (leki), usług opieki oraz kosztów prowadzenia gospodarstwa domowego. Wydłuża się czas życia po zakończeniu aktywności zawodowej, a zmniejszają się wraz z upływem czasu dochody. Ustanowiony mechanizm niepełnej waloryzacji świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego (rent, emerytur) powoduje, że wraz z upływem lat pozostawania w stanie „spoczynku” istotnie obniża się wartość świadczenia z zabezpieczenia społecznego. Wartość świadczenia systematycznie „oddala się” od wartości składki opłacanej w okresie aktywności zawodowej; wraz z upływem czasu powstają „nowe-stare portfele” emerytalne, a w konsekwencji ekonomiczne wykluczenia ludzi starych.

Wykluczeniu sprzyjają też postawy wobec ludzi starych, upowszechniane poglądy, że ludzie w podeszłym wieku są zbędnym i kosztownym obciążeniem młodego pokolenia. Czynnikiem wykluczenia staje się nawet język, którym opisuje się owo „obciążenie” młodego pokolenia (*wskaźnik obciążenia*) kosztami utrzymania ludzi starych. Sama konstrukcja „obciążenia” ekonomicznego zakłada, że młode pokolenie przejmuje od starego pokolenia – bez żadnych zobowiązań – cały nagro-

madzony przez poprzednie pokolenia majątek narodowy. W Polsce od 1997 r. (uchwalenie ustawy o otwartych funduszach emerytalnych z 28 sierpnia) nastąpiła zamiana systemu emerytalnego opartego o zasady solidarności i wzajemności na system kapitałowy, zgodnie z którą „każdy sam dla siebie gromadzi środki na zabezpieczenie starości”. W konsekwencji po 12 latach funkcjonowania systemu kapitałowego w systemie emerytalnym (sztucznie wyodrębnionym z systemu zabezpieczenia społecznego) nastąpił kryzys finansów: nie tylko finansów zabezpieczenia społecznego, ale także kryzys finansów publicznych. System kapitałowy, który miał dostarczyć wielkich środków na rozwój gospodarki i zapewnić solidne i wysokie emerytury, okazał się „źródłem długu publicznego, zysków dla powszechnych towarzystw emerytalnych i złudzeń dla emerytów”⁴. Dodajmy, stał się też ważną przyczyną emigracji zarobkowej młodego pokolenia, które nie znajdowało zatrudnienia i dochodu we własnym kraju. Nadmierne obciążenie finansów państwa wydatkami na bieżące i przyszłe emerytury czyniło bowiem niemożliwym wspieranie zatrudnienia liczego pokolenia młodzieży wstępującej na początku XXI wieku na rynek pracy.

Analiza szczegółowych polityk wykazuje, że żadna nie uwzględnia w programach zadań wynikających ze zmian sytuacji demograficznej Polski. Dotyczy to w istocie wszystkich przedmiotowych zakresów polityki społecznej.

- **W zabezpieczeniu społecznym** (ubezpieczenie społeczne, pomoc i opieka, ochrona zdrowia, pomoc rodzinie) nie uwzględnia się zadań wynikających z rosnącej liczby osób w wieku poprodukcyjnym, w tym w wieku podeszłym (80+). Zasady ustalania i waloryzacji świadczeń nie zapewniają dochodów w odpowiedniej proporcji do rosnących wraz z wiekiem wydatków. W systemie opieki i pomocy społecznej nie uwzględnia się skutków zmniejszającego się potencjału opiekuńczego rodziny dla sytuacji najstarszej populacji. Dostępność usług w zakresie geriatry, rehabilitacji i pielęgnacji jest wręcz niedostateczna, co dla osób w zaawansowanym wieku skutkuje wzrostem kosztów leczenia oraz komplikacjami w ich zdrowiu. Ograniczony dostęp do rehabilitacji skazuje na utratę sprawności. Oszczędności w wydatkach na leczenie i rehabilitację są w przypadku ludzi starych bardzo „kosztowne”; ich skutkiem są wysokie koszty opieki i pielęgnacji osób niesamodzielnych.
- W sferze **zatrudnienia** polski rynek pracy w całym okresie transformacji działa w warunkach nadmiaru wysoko wykwalifikowanych, młodych, tanich pracowników. Powszechne zatrudnianie osób młodych na „umowy śmieciowe” znacząco obniża koszty pracy. Tym samym powoduje „wypychanie” z rynku pracy osób w wieku niemobilnym, które nie mogą, ze względu na konieczność posiadania ubezpieczenia społecznego, „konkurować” na rynku pracy z osobami młodymi.

⁴ L. Oręziak, *Otwarte fundusze emerytalne – źródło długu publicznego, zysków dla PTE i złudzeń dla emerytów*, w: *Ubezpieczenia społeczne w Polsce. 10 lat reformowania*, J. Hryniewicz (red.), Warszawa 2011.

Wchodzący na rynek pracy z konieczności przyjmują niekorzystne warunki zatrudnienia (tzw. umowy śmieciowe lub zatrudnienie bezumowne – „na czarno”), co obniża szanse na zatrudnienie pracowników w wieku 50+. Istotną przeszkodą w powszechnym zatrudnieniu osób w wieku niemobilnym, w przedłużeniu wieku aktywności zawodowej jest także zły stan zdrowia znacznej części populacji urodzonych w latach 1955–1970. Wyniki badania zdrowia ludności wykazują wciąż wysoki udział osób niepełnosprawnych oraz osób o złym stanie zdrowia, szczególnie w grupach wieku powyżej 50. roku życia (badania GUS, grudzień 2009). Porównanie oceny stanu zdrowia osób w wieku 50+ z projektowanymi zmianami przedłużenia zatrudnienia powyżej obowiązującego w 2011 r. wieku emerytalnego (59 dla kobiet/ 64 dla mężczyzn) wskazuje na ograniczoną możliwość wprowadzenia takich zmian ze względu na zły stan zdrowia znacznej części osób w wieku 50+. Realizacja zamiaru **podwyższenia wieku emerytalnego** w powszechnej skali może okazać się niemożliwa z uwagi na znaczny udział osób w złym stanie zdrowia oraz o znacznie ograniczonej sprawności.

- Podnoszenie wieku emerytalnego musi wpływać na istotne zmiany w **polityce rodzinnej** państwa w zakresie **opieki** nad najstarszym i najmłodszym pokoleniem. Późniejszy wiek emerytalny ograniczy potencjał opiekuńczy rodziny. Osoby wydłużające czas aktywności zawodowej są pozbawione możliwości zapewnienia opieki swoim niesamodzielnym członkom rodziny. Praca opiekuńcza członka rodziny (opieka nad najmłodszym i najstarszym pokoleniem) może być oczywiście zastępowana usługami instytucji lub osób spoza rodziny. Wpłynie to nie tylko na jakość opieki, poczucie bezpieczeństwa i komfortu podopiecznych, ale także na istotny wzrost kosztów opieki realizowanej przez instytucje lub osoby spoza rodziny.
- Osoby starsze mieszkają w **mieszkaniach niedostosowanych** do ich potrzeb i możliwości, w większości w mieszkaniach o niskim standardzie technicznym i niedostatecznie wyposażonych. W Polsce nie ma programu dostosowywania mieszkań do zmieniającej się sytuacji osób o ograniczonej z powodu stanu zdrowia lub/i wieku sprawności. Złe warunki zamieszkania obniżają poziom i warunki życia osób starszych i niesamodzielných.
- Zmiany wymaga obecny system **edukacji** osób starszych, gdyż przygotowanie do aktywnej starości wymaga wdrożenia wielu programów z kilkunastoletnim wyprzedzeniem, aby uzyskać efekt aktywnego starzenia się w czasie odpowiednim dla danej populacji.
- W mediach publicznych, w utworach **kultury** musi nastąpić zmiana wizerunku osoby starszej, traktowanej jako synonim zacofania, obciążenia finansów publicznych oraz głównej przeszkody w realizacji modernistycznych zamierzeń społeczeństwa. Konieczna jest zarówno zmiana języka opisującego ludzi starych, jak i zmiana negatywnego wizerunku, który uporczywie utrwalany jest w medialnych przekazach. Negatywne stereotypy osób starszych (starych) upowszechniane są

przez kulturę, szczególnie tzw. masową (popularną, niską). W społecznym odbiorze traktowane są one często jako formy przemocy, dyskryminacji i wykluczenia. Agresywny język, medialny obraz upowszechniający negatywny wizerunek ludzi w podeszłym wieku zagraża ich bezpieczeństwu. Tworzy atmosferę społecznego przyzwolenia na lekceważące, poniżające godność ludzi starych traktowanie i zachowania wobec nich. Prowadzi do stosowania przemocy wobec osób starszych, do zagrożenia ich bezpieczeństwa w różnych sferach życia; od sfery prawnej, ekonomicznej do sfery bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania, w instytucjach opieki, świadczących usługi ochrony zdrowia, a także i w rodzinach.

Problem przemocy wobec ludzi starych jest niemalże nieobecny w badaniach, w społecznym dyskursie, w działaniach polityki społecznej. Potrzebne są zarówno społeczne kampanie przeciwko wszelkim formom przemocy i wykluczenia osób starszych, jak i poważne zmiany we wszystkich szczegółowych zakresach polityki społecznej. Konieczna jest społeczna edukacja przywracająca ludziom starym właściwe im miejsce w społeczeństwie, szacunek i godność. Konieczne jest przeciwdziałanie wykluczeniu oraz integracja osób starych i niepełnosprawnych. Wymaga to zaawansowanego, zintegrowanego i systemowego podejścia do rozwiązywania problemu dezintegracji i zagrożenia wykluczeniem. Program polityki ludnościowej musi obejmować: (1) zmniejszenie skali wykluczenia ekonomicznego, (2) ułatwiony i realny w czasie życia ludzi starych dostęp do usług ochrony zdrowia, w tym do rehabilitacji, (3) dostęp do usług opieki, w tym opieki długoterminowej i opieki specjalistycznej, (4) uczestnictwo w różnych dziedzinach życia społecznego, (5) eliminowanie dyskryminacji, przemocy, zapewnienie bezpieczeństwa. Problemy wynikające z sytuacji ludzi starych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych są w Polsce bardzo słabo uświadamiane, tak przez władze publiczne odpowiedzialne za kształtowanie i kreowanie kierunków polityki społecznej, jak i przez społeczeństwo.

W porażającej prawdę książce o stosunku tzw. cywilizowanych społeczeństw do starości Simone de Beauvoir pisze: „jeśli chodzi o status ekonomiczny, ludzi starych zalicza się do jakiejś dziwacznej grupy, która nie ma ani tych samych potrzeb, ani uczuć, co inni ludzie. Wystarczy im przyznać mizerną jałmużnę, żeby mieć poczucie spełnionego obowiązku”. Książkę *Starość* autorka napisała w 1970 r. „(...) dla przełamania zмовy milczenia. Społeczeństwo konsumpcyjne zastąpiło (...) świadomość bolesną świadomością radosną, która odrzuca wszelkie poczucie winy. Trzeba otworzyć ludziom oczy. Stosunek społeczeństwa do osób starszych jest nie tylko krzywdzący, lecz także zbrodniczy. Wielkie idee rozwoju i dostatku dopuszczają traktowanie starców, jak wyrzutków społecznych”. Zmiana postawy wobec ludzi w późnych latach ich życia wymaga głębokiej zmiany w społecznej świadomości. Trzeba przełamać „zмовę milczenia”, gdyż starcy to ci sami młodzieńcy, tyle tylko, że przeżyli sporo lat. Stary człowiek jest ciągle tą samą osobą wraz z jej wadami i zaletami⁵.

⁵ Simone de Beauvoir, op. cit., s. 6–7.

Zbiór studiów zawartych w tym tomie ma przybliżyć czytelnikom problemy starzejącego się społeczeństwa, a więc problemy tych, którzy dziś są jeszcze młodzi. Mamy nadzieję, że zebrane materiały przygotowane przez ekspertów pozwolą im łatwiej wyobrazić sobie to – co czeka nas najpewniej – własną starość. Ale "(...) los starca zależy od kontekstu społecznego. (...) degradacja fizyczna może być przyspieszona lub opóźniona w zależności od środków, jakimi dysponuje wspólnota: bywa, że zniedołężnienie zaczyna się w 40. roku życia, a bywa też, że w 80. Z drugiej strony, gdy społeczeństwo jest stosunkowo zamożne, starzec może dokonać wyboru: jest to dla niego wielka różnica, czy będzie postrzegany, jako przytłaczające brzemię, czy zostanie włączony do wspólnoty, której członkowie postanowili poświęcić dużą część swego bogactwa, by zabezpieczyć starość. Nie tylko sytuacja materialna starca odgrywa tu rolę, ale też przypisywana mu wartość. Innymi słowy może być źle traktowany i pogardzany albo dobrze traktowany i podziwiany, albo też może budzić lęk. Jego status zależy od dążeń wspólnoty"⁶. Dalej autorka pisze: „(...) sens, jaki ludzie przypisują swojemu istnieniu, i ich system wartości określają sens i wartość starości. I na odwrót: sposób, w jaki społeczeństwo obchodzi się ze starcami, obnaża całą prawdę – czasami starannie skrywaną – o jego priorytetach i dążeniach”. Środki stosowane przez społeczeństwa w dziejach ludzkości wykazują, że wobec starców stosowano bardzo różne środki; zabijano ich, pozostawiano na pewną śmierć, przyznawano życiowe minimum, zapewniano godny koniec życia, zapewniano im cześć, szacunek i wywyższenie. „Społeczności nazywane cywilizowanymi stosują te same metody” – podkreśla Simone de Beauvoir. „Jedynie zabójstwo jest niedozwolone, chyba, że zamaskowane”⁷.

*

Publikacja zawiera zbiór autorskich, oryginalnych opracowań, przygotowanych na potrzeby sporządzenia „Założeń polityki ludnościowej w Polsce” w części dotyczącej sytuacji ludzi starych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych w Polsce. Materiały przedstawione w tej publikacji zostały wykorzystane w przygotowanych „Założeniach polityki ludnościowej”. Stanowią zatem uzupełnienie i rozszerzenie problematyki przedstawionej w syntetycznym ujęciu w części „Założeń...” obejmujących sytuację osób starych i niesamodzielnych. Opracowania Autorów zostały uzupełnione o bibliografię, która może być przydatna dla osób zamierzających poszerzyć swoją wiedzę o tym ważnym, a ciągle niedocenianym zagadnieniu, tak w badaniach, jak i praktyce polityki ludnościowej, i szerzej – polityce społecznej państwa i samorządów. Problemy ludzi starych wciąż są też bardzo słabo uświadamiane przez społeczeństwo.

⁶ Ibidem, s. 95–96.

⁷ Ibidem, s. 96.

ŁUDZIE STARSI W RODZINIE I SPOŁECZEŃSTWIE

Wydłużony okres dalszego trwania życia oraz spadek płodności, obok migracji, stanowią powszechną przyczynę starzenia się ludności, która ma wpływ zarówno na życie całych społeczeństw, jak i jednostek. Na skutek tego zmienia się proporcja między liczebnością osób starszych a liczbą osób w wieku produkcyjnym. Wynika stąd konieczność poszerzania świadomości społecznej na temat zmian społecznych, jakie niesie ta perspektywa. Już w latach 60. XX wieku E. Rosset w studium dotyczącym osób starszych sformułował problem ludzi starych¹, związany nie tylko z zabezpieczeniem ich potrzeb (w sensie ilościowym i jakościowym), ale także z rosnącą liczbą seniorów i ich pozycją w świecie społecznym. Stwierdził, że proces starzenia się rewolucjonizuje wszystkie zastane struktury społeczne i demograficzne, bowiem „chodzi o proces – pisał – któremu badacze przypisują nie mniejsze znaczenie, niż zjawiskom zmieniającym bieg historii ludzkości”¹.

W Polsce ludzie starzy stanowią grupę, w której – mimo gwarancji stałych dochodów z tytułu uzyskiwanych świadczeń społecznych – ryzyko marginalizacji występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społeczeństwa. Z racji różnorodnych ograniczeń osoby starsze postrzegane są również, zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym w kategoriach niskiego statusu społecznego. Na ryzyko ich wykluczenia wpływa ogrom różnorodnych czynników natury ekonomicznej, społecznej i kulturowej, ale najistotniejsze mieszczą się w obrębie struktur podstawowych, tworzących przestrzeń życiową i stanowiących przedmiot zainteresowań polityki społecznej. Są to: rynek pracy, system zabezpieczenia społecznego, dostęp do konsumpcji dóbr i usług, a nawet środowisko lokalne i rodzinne². Za główną przyczynę ubóstwa osób starszych w Polsce uważa się niski poziom dochodów i brak oszczędności, które można by wykorzystać do zaspokojenia bieżących potrzeb. Wraz z upływem lat pogarszający się poziom zdrowia i sprawności osób starych oraz malejąca w związku z tym ich samodzielność powodują, że nasila się potrzeba korzystania z pomocy lub wręcz opieki ze strony osób trzecich oraz ponoszenia znacznych kosztów na lekarstwa i pomoc medyczną. Niejednokrotnie wiąże

* Elżbieta Bojanowska – Instytut Socjologii, Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

¹ E. Rosset, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, Warszawa 1967, s. 7.

² E. Trafiałek, *Rodzina i środowisko zamieszkania jako obszary wykluczenia społecznego osób starszych*, w: *Stan przestrzegania praw osób starszych. Analiza i rekomendacje działań*, B. Szatur-Jaworska (red.), Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2008, s. 83.

się to z pogorszeniem sytuacji materialnej gospodarstw domowych. Rodzi się więc pytanie, w jakim stopniu osoby starsze są przygotowane do ponoszenia dodatkowych wydatków i w jakiej mierze mają możliwość korzystania z odpłatnie udzielanych świadczeń i pomocy. Ponadto, problemy ekonomiczne mają wpływ zarówno na sposób odżywiania, spędzania wolnego czasu, jak i kontakty międzyludzkie.

Zakres przedmiotowy świadczeń społecznych związanych z ryzykiem starości i niezdolności do pracy obejmuje: emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy (służby), renty rodzinne dla wdów (wdowców), zasiłki (dodatki) pielęgnacyjne. Ubezpieczenie emerytalno-rentowe gwarantuje dochód w wieku poprodukcyjnym (o ile pracownik nabył odpowiednie uprawnienia związane również ze stażem pracy) albo w sytuacji inwalidztwa i niemożności kontynuowania pracy. Technika zaopatrzeniowa w formie zasiłku pielęgnacyjnego adresowana jest do osób, które przekroczyły 75. rok życia, bez względu na uzyskiwany dochód (system świadczeń rodzinnych). Ponadto szczególnym grupom seniorów – kombatanom, ofiarom represji okresu wojennego i powojennego – przysługuje wsparcie finansowe (dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny, dodatek kompensacyjny), są im także przyznawane przywileje związane z korzystaniem z transportu publicznego (ulgi) oraz nabyciem uprawnień pracowniczych i emerytalnych.

W wypadku nieprzekroczenia kryterium dochodowego osoba starsza może ubiegać się również o świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki, świadczenia rzeczowe):

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,
- zasiłek celowy (oraz specjalny zasiłek celowy i zasiłek celowy na zasadach zwrotu).

Przeciętna emerytura w 2009 roku (1651,21 zł)³ w gospodarstwie emeryckim, gdzie każdy ma własną emeryturę, pozwalała zaspokoić potrzeby osoby starszej na poziomie co najmniej minimum socjalnego. Natomiast minimalna emerytura z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (675,10 zł)⁴ nie pozwalała na zaspokojenie potrzeb na poziomie minimum socjalnego, ale była wyższa od minimum egzystencji dla jednej osoby starszej.

Podobnie jak emerytura, przeciętna renta rodzinna z FUS (1441,30 zł)⁵ – w różnych systemach – wystarczała, aby zaspokoić potrzeby jednej osoby starszej na poziomie minimum socjalnego. Takiego poziomu zaspokajania potrzeb nie zapewniała natomiast minimalna renta rodzinna z FUS (636,29 zł). Umożliwiała ona zaspokojenie potrzeb osoby starszej na poziomie między minimum egzystencji a minimum socjalnym.

³ *Biuletyn Statystyczny* 2010, nr 2, GUS, s. 82.

⁴ Od 1 marca 2010 r. minimalna emerytura wynosi 706,29 zł.

⁵ *Ibidem*.

Sytuacja materialna osób starszych jest zróżnicowania w zależności od charakteru głównych źródeł ich dochodów. Relatywnie najkorzystniejszą sytuację mają gospodarstwa domowe utrzymujące się z emerytury – choć też kształtuje się ona różnie. Sytuacja ta jest także zróżnicowana – pod wpływem takich czynników, jak poziom wykształcenia czy przynależność do grupy społeczno-zawodowej. Niewątpliwie czynnikami różnicującymi sytuację materialną i ograniczającymi możliwość podejmowania działań na rzecz poprawy własnej sytuacji materialnej są wiek i stan zdrowia osoby starszej. Badania przeprowadzone pod kierunkiem Janusza Halika pokazały, iż zdecydowana większość ludzi starszych deklaruje, że ich dochody są za niskie: 42% badanych wystarczą na skromne życie, 34% – na bardzo skromne życie i 11% nie wystarczą na życie. Tylko 11% respondentów uważa, że ich dochody wystarczają na życie bez szczególnych ograniczeń. Na ocenę sytuacji wpływa m.in. odczuwana przez respondentów niekorzystna zmiana sytuacji po przejściu na emeryturę⁶. Wyniki badania CBOS z 2007 r. pokazują, że 4% osób w podeszłym wieku posiada miesięczne dochody netto na osobę niższe niż 300 złotych. Kwotą wyższą od 300 zł, ale niższą od 500 zł dysponuje co jedenasty badany (9%). Dwie piąte respondentów (39%) ma do wydania miesięcznie od 500 do 900 zł. Co czwarta starsza osoba (25%) szacuje swoje miesięczne dochody w przedziale od 900 do 1200 zł i prawie tyle samo pytanym (23%) ma do dyspozycji co najmniej 1200 zł. Według deklaracji respondentów jedynie 7% z nich żyje dobrze, a pieniędzy starcza im bez specjalnego oszczędzania. Prawie co drugi ankietowany w starszym wieku (46%) żyje natomiast na średnim poziomie, co oznacza, iż w jego gospodarstwie domowym starcza na codzienne wydatki, ale na poważniejsze zakupy trzeba oszczędzać. Niewiele mniej osób starszych (41%) uważa, że żyją skromnie i muszą na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować. 6% badanych – w swojej opinii – żyje bardzo biednie, ponieważ ma problemy z zaspokojeniem nawet podstawowych potrzeb. Jak podkreśla CBOS, sytuacja materialna respondentów, szczególnie tych starszych, w dużej mierze zależy od typu i wielkości ich gospodarstwa domowego. Zdecydowanie najciężiej mają osoby samotne, które muszą sobie radzić, korzystając wyłącznie z własnych przychodów – aż 9% z nich, w swojej opinii, żyje bardzo biednie i nie jest w stanie pokryć nawet podstawowych wydatków, a prawie połowa (48%) musi na co dzień oszczędnie gospodarować. Z drugiej strony znajdują się gospodarstwa dwuosobowe jednopokoleniowe, z których prawie dwie trzecie (63%) żyje średnio lub nawet dobrze i nie musi uważnie liczyć pieniędzy na co dzień. Gospodarstwa wieloosobowe plasują się mniej więcej pośrodku – większość z nich bez trudu pokrywa niezbędne wydatki, muszą przy tym jednak dokładnie wszystko kalkulować⁷.

⁶ M. Pączkowska, *Sytuacja materialna ludzi starszych*, w: *Starzy ludzie w Polsce*, J. Halik (red.), Warszawa 2002, s. 35.

⁷ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (211) zrealizował CBOS w dniach 1–4 grudnia 2007 r. na liczącej 870 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Według sondażu przeprowadzonego przez CBOS w 2010 r. prawie co drugi ankietowany w starszym wieku (46%) żyje na średnim poziomie, co oznacza, że w jego gospodarstwie domowym starcza na codzienne wydatki, ale na poważniejsze zakupy trzeba oszczędzać. Niewiele mniej osób starszych (41%) uważa, że żyją skromnie i muszą na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować. Wreszcie sześciu na stu badanych (6%) w swojej opinii żyje bardzo biednie, ponieważ ma problemy z zaspokojeniem nawet podstawowych potrzeb⁸.

Zdaniem wielu socjologów i polityków społecznych⁹, materialne warunki bytu ludzi starych w Polsce nie są złe, bowiem w o wiele gorszej sytuacji znajdują się dzieci i bezrobotni. Zdaniem Elżbiety Tarkowskiej ryzyko ubóstwa w Polsce zmniejsza się wraz z wiekiem. Wbrew utrzymującym się w społeczeństwie stereotypom, że w Polsce najbiedniejsi są ludzie starzy, renciści i emeryci, w sferze ubóstwa skrajnego zdaniem autorki znajduje się 6,3% emerytów, w porównaniu z 18-procentową populacją biednych w kategorii do lat 19 czy z sięgającym 40% ubóstwem rodzin wielodzietnych. Brak zaplecza rodzinnego, samotność, a także związane z wiekiem choroby – w powiązaniu z brakiem środków na pokrycie tych potrzeb – czynią sytuację części ludzi starych szczególnie trudną. Pośrednim dowodem stosunkowo niezłej sytuacji materialnej ludzi starszych może być zjawisko asymetryczności świadczeń, charakterystyczne dla relacji międzypokoleniowych w polskich rodzinach, polegające na pomocy płynącej od pokoleń starszych ku młodszym: pomoc dorosłym dzieciom czy wnukom świadczona jest przez ponad 1/5 ludzi starszych, w tym prawie 6% osób udziela jej w sposób stały. Pomoc idąca w odwrotnym kierunku jest znacznie mniejsza¹⁰. W rodzinie odbywa się transfer międzypokoleniowy pomiędzy generacjami¹¹, przyjmujący postać pomocy materialnej (rzeczowej i finansowej), transferów czasu (w postaci świadczonych usług), a także emocjonalnej. Międzypokoleniowy „transfer w postaci usług bytowych jest chyba jedynym, którego bilans jest korzystny dla starszego pokolenia. (...) Transfer zaś w postaci rzeczowej bądź pieniężnej płynie przede wszystkim od rodziców do dzieci, od starszych do młodszych”¹². Potwierdzają to również badania przeprowa-

⁸ Komunikat z badań „Obraz typowego polaka w starszym wieku”, BS/2/2010, CBOS, Warszawa 2010.

⁹ Por. S. Golinowska, *Ubóstwo w Polsce. Badania, miary i programy jego zwalczania*, Warszawa 2002; P. Czekanowski, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, w: *Polska starość*, B. Synak (red.), Gdańsk 2002; *Lata tłuste, lata chude... Spojrzenia na biedę w społecznościach lokalnych*, K. Korzeniewska, E. Tarkowska (red.), Warszawa 2002; J. Laskowska-Otwinowska, *Człowiek stary w ubogiej rodzinie polskiej wsi współczesnej*, w: *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, E. Tarkowska (red.), Warszawa 2000.

¹⁰ E. Tarkowska, *Oblicza polskiej biedy*, IFiS PAN, Warszawa 2007, www.przeciw-ubostwu.rpo.gov.pl/pliki/1179995085.pdf, s. 4.

¹¹ Możemy oczywiście mówić jeszcze o transferze publicznym, ale ze względu na wyniki badań w sposób szczególny skupię się na transferach prywatnych.

¹² *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, S. Golinowska (red.), UNDP, Warszawa 1999, s. 81.

dzione pod kierunkiem Janusza Halika¹³. Wskazuje na to również Leon Dyczewski, pisząc, że pomoc finansowa i rzeczowa ma wyraźnie kaskadowy kierunek, tzn. płynie ona głównie od pokoleń starszych ku młodszym¹⁴. Badania GUS zaś wskazują, iż w zakresie wsparcia finansowego istnieją niezaspokojone potrzeby wśród osób starszych. Jednocześnie duża część emerytów i rencistów deklaruje, że udziela wsparcia innym osobom¹⁵.

Rodzina, jako podstawowa grupa w strukturze społecznej, jest zwierciadłem, w którym odbijają się wszelkie zmiany zachodzące w społeczno-politycznym organizmie państwa¹⁶. Pozycja i prestiż w strukturach społecznych zawsze zależały od takich czynników, jak: ustrój, struktura społeczeństwa, priorytety kulturowe, model i funkcje rodziny, typy dominującego przekazu (mówionego, pisanego) oraz miejsca w hierarchii społecznej wypracowanego przez całe życie. W poszczególnych epokach historycznych zmieniające się realia geopolityczne przyczyniły się do specyficznego traktowania człowieka w podeszłym wieku¹⁷. Trzeba mocno podkreślić, że dopiero czasy nam współczesne zachwiały pozycję człowieka starego w życiu rodzinnym i społecznym. Złożyło się na to szereg przyczyn, z których dwie wydają się mieć najistotniejsze znaczenie:

- gwałtowny wzrost liczby ludzi starych spowodowany rozwojem medycyny, postępem higieny i wzrostem stopy życiowej;
- wzmożone tempo zmian oraz zdecydowane nastawienie jednostek i całych społeczeństw ku przyszłości.

Niewątpliwie miał na to także wpływ przebiegający intensywnie proces industrializacji i urbanizacji, a także zmiany polityczne, społeczne i gospodarcze.

Według Anny Kwak „rodzina jako instytucja społeczna oraz przemiany, jakim podlega jest tylko częścią szerszego kontekstu relacji i procesów społecznych”¹⁸. Zbigniew Tyszka zwraca uwagę na obecność istotnego związku między charakterystycznymi cechami społeczeństwa i rodziny w danej epoce. Za podstawę kształtowania rodziny uznaje: typ społeczeństwa, poziom i stopień dynamiki rozwoju sił wytwórczych, układy makrostruktur społecznych i przemiany kulturowe. Wyróżnia trzy stadia przemiany rodziny powiązane z trzema formami społeczeństw: preindustrialnym, industrialnym i postindustrialnym. W każdym z nich kształt i zasady funkcjonowania rodziny są – w sensie ogólnym – wyznaczone poziomem rozwoju ekonomicznego, społecznego i kulturowego. Przemiany makrospołeczne wymuszają zmiany w funkcjonowaniu rodziny, a zmiany struktury rodziny wymagają zmian

¹³ Por. *Starzy ludzie w Polsce*, ed. cit., s. 39–44, 62.

¹⁴ L. Dyczewski, *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Lublin 2002, s. 82.

¹⁵ M. Daszyńska, *Zróżnicowanie warunków życia w Polsce w 1997 r.*, GUS, Warszawa 1998.

¹⁶ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2000, s. 162.

¹⁷ E. Trafiałek, *Człowiek stary*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, T. Pilch (red.), Warszawa 2003, t. 1, s. 581.

¹⁸ A. Kwak, *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Warszawa 2005, s. 13.

w funkcjonowaniu (co najmniej) niektórych wymiarów społeczeństwa globalnego¹⁹. L.J. Waite podkreśla, że sposób organizacji społecznej rodziny zmienia się razem z innymi zachodzącymi zmianami społecznymi, wśród których należy uwzględnić: wzrost znaczenia gospodarki rynkowej, zwiększanie się zarobków, przyrost produkcji, urbanizację, zmiany w strukturze edukacji, zmiany w ideologii ukierunkowanej na większą indywidualizację. Wszystkie te zmiany odsuwają od rodziny podejmowanie decyzji oraz kontrolę społeczną i przenoszą je na jednostki i inne instytucje społeczne. Obecnie spędzamy więcej czasu poza rodziną – w instytucjach edukacyjnych, opiekuńczych i kulturalnych oraz zakładach pracy²⁰. Ksiądz Władysław Majkowski uważa, że industrializacja i urbanizacja wpłynęły pośrednio na strukturę rodziny. Zwiększyła się bowiem ruchliwość przestrzenna, która osłabia rodzinną więź poprzez fakt, że obniża się częstotliwość kontaktów pomiędzy członkami rodziny, i osłabia także nieformalną kontrolę społeczną. Zwiększa się ruchliwość społeczna, co prowadzi do zróżnicowania klasowego wewnątrz rodziny. Ponadto, proces industrializacji wytwarza nowy system wartości, którego podstawą jest zasada *know how to do* (umieć coś zrobić), a nie wrodzony status społeczny²¹. Wielisława Warzywoda-Kruszyńska zauważa, że „zależność między rodziną a społeczeństwem wyraża się w tym, że funkcje i struktura rodziny muszą być co najmniej niesprzeczne z wymogami społeczeństwa, w ramach którego rodzina istnieje”²². Gosta Esping-Andersen za rozstrzygające o funkcjonowaniu społeczeństwa i przebiegu zachodzących w nim przemian uznaje wzajemne powiązania między państwem, rynkiem a rodziną. Relacje te przyjmują formę familizacji, gdy stosowana jest polityka przerzucania maksimum zadań państwa na gospodarstwo domowe i rodzinę, lub defamilizacji, gdy zmniejszone jest poleganie jednostki na rodzinie. Defamilizacja może dokonywać się za pośrednictwem rynku lub państwa, które oferuje usługi zmniejszające potrzebę polegania na rodzinie (np. domy pomocy dla ludzi starszych). Przemiany zachodzące w rodzinie i na rynku pracy zbiegają się w czasie ze wzrastającymi trudnościami państw narodowych, które nie są w stanie w dłuższej perspektywie zaspokajać potrzeb wynikających ze starzenia się społeczeństwa oraz bezrobocia. Problematiczne staje się także godzenie pracy zawodowej kobiet z ich funkcją reprodukcyjną, co prowadzi do pułapki niskiej dzietności²³.

Po roku 1989 w Polsce nastąpiły istotne przemiany we wzorcach życia małżeńsko-rodzinnego, które wyrażają się przede wszystkim: spadkiem skłonności do zawierania małżeństwa, opóźnianiem wieku zawarcia małżeństwa przez ludzi młod-

¹⁹ Z. Tyszka, *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2002, s. 15–18.

²⁰ L.J. Waite, *The family as a social organization: Key ideas for the twenty-first century*, "Contemporary Sociology" 2000, vol. 29, s. 463–469.

²¹ W. Majkowski, *Szanse i zagrożenia polskiej rodziny wielkomiejskiej*, w: *Rodzina i gospodarstwo domowe w środowisku wielkomiejskim*, S. Wierzbosławski (red.), Poznań 2009, s. 243.

²² W. Warzywoda-Kruszyńska, *Rodzina w procesie zmian*, w: *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.), Łódź 2004, s. 13.

²³ G. Esping-Andersen, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford 1999, s. 128–129.

szych, opóźnianiem okresu macierzyństwa oraz rozpadem rodzin. Niewątpliwie zjawiska te będą miały wpływ zarówno na system opieki, jak i pomocy osobom starszym. Przez pojęcia zapewnienia pomocy i opieki osobom starszym rozumiem całokształt świadczeń mających na celu ułatwienie organizacji życia i zaspokajania właściwych dla wieku potrzeb. Dlatego tak ważne jest zabezpieczenie społeczne, tj. system świadczeń i uprawnień gwarantujących bezpieczeństwo socjalne jednostce. System obejmuje ubezpieczenia społeczne, ochronę zdrowia, pomoc społeczną oraz pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji. W odniesieniu do ludzi starych system zabezpieczenia społecznego powinien gwarantować: stałe i systematyczne dochody w wysokości potrzebnej do zaspokojenia potrzeb życiowych, dostęp do usług niezbędnych ze względu na indywidualne potrzeby oraz odpowiednią sieć kontaktów społecznych. O prawie osób w podeszłym wieku do opieki instytucjonalnej i o obowiązkach instytucji świadczących tę formę pomocy stanowi Europejska Karta Społeczna²⁴. Jest to m.in. zagwarantowanie osobom starszym wsparcia, z równoczesnym poszanowaniem ich sfery prywatności, oraz umożliwienie udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących warunków życia w takich instytucjach. Ponadto, prawo każdego człowieka do zabezpieczenia społecznego zostało zapisane w 1948 r. w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ, a następnie zostało potwierdzone w 1966 r. w Międzynarodowym Pakcie Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych. Międzynarodowa Organizacja Pracy wpisała prawo każdego do ubezpieczenia społecznego na starość (m.in. Konwencja nr 102 o minimalnych normach zabezpieczenia społecznego). Krokiem w kierunku ujednolicenia celów polityki można uznać zalecenia Rady UE z 27.07.1992 r. w zakresie ochrony socjalnej, w których jest mowa m.in. o zapobieganiu izolacji społecznej ludzi starszych oraz o działaniu na rzecz zaspokajania ich specyficznych potrzeb. Dnia 6 grudnia 1993 r. przedstawiciele krajów UE uchwalili deklarację z okazji Europejskiego Roku Starszych Ludzi. Art. 3 ust. 3 *Traktatu o Unii Europejskiej* stanowi, iż zadaniem Unii jest między innymi zwalczanie wykluczenia społecznego i dyskryminacji oraz wspieranie sprawiedliwości społecznej i ochrony socjalnej, równości kobiet i mężczyzn oraz solidarności między pokoleniami. Zgodnie zaś z art. 25 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Unia uznaje i szanuje prawo osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym. Dnia 22 lutego 2007 r. Rada i przedstawiciele rządów państw członkowskich przyjęły rezolucję „Możliwości i wyzwania związane ze zmianami demograficznymi w Europie: wkład osób starszych w rozwój gospodarczy i społeczny”, w której podkreślono zarówno konieczność zwiększenia możliwości aktywnego uczestnictwa starszych ludzi, jak również nowe możliwości gospodarcze („rynek seniorów”) powstające za sprawą rosnącego popytu starszych ludzi na pewne towary i usługi. Dnia 8 czerwca 2009 r. Rada przyjęła konkluzję „Równość szans kobiet

²⁴ Europejska Karta Społeczna została uchwalona przez Radę Europy 18 października 1961 r. w Turynie.

i mężczyzn: aktywne i godne starzenie się”, zaś 20 listopada 2009 r. Rada przyjęła konkluzję „Zdrowe i godne starzenie się”, wzywając Komisję m.in.: „by opracowała działania służące podnoszeniu świadomości, aby wspierać aktywne starzenie się, w tym ewentualny europejski rok aktywnego starzenia się i solidarności międzypokoleniowej w roku 2012”. Dnia 11 listopada 2010 r. Parlament Europejski przyjął rezolucję zatytułowaną „Wyzwania demograficzne i solidarność między pokoleniami”. W polskiej Konstytucji z 1997 r. zapisano prawo każdego obywatela do zabezpieczenia społecznego po osiągnięciu wieku emerytalnego (art. 67).

Michael Hill wskazuje, że są trzy sposoby organizowania działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych:

- wszystkie działania podejmowane są w ramach rodziny – dlatego koszty nie są ponoszone przez podmioty publiczne, natomiast ludzie zamiast podejmować aktywność zawodową wykonują „pracę” nieodpłatnie, rzadko znajdując swoją rekompensatę w „transferach” wewnątrzrodzinnych;
- są one przedmiotem transakcji rynkowych – nabywanie opieki generuje zatrudnienie i jest rejestrowane przez konwencjonalny system obliczeniowy jako część gospodarki;
- działania podejmowane są przez państwo – to rozwiązanie również generuje miejsca pracy, jednak system obliczeniowy jest skłonny traktować je jako koszt obciążający prywatną działalność gospodarczą.

Dlatego tam, gdzie rolę w świadczeniu i finansowaniu opieki przejęło państwo (np. w państwach skandynawskich), wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne powoduje wzrost zatrudnienia. Jeżeli problem ten pozostawiono rynkowi, wówczas kwestia wzrostu zatrudnienia zależy od siły nabywczej osób potrzebujących opieki, co paradoksalnie wymaga zwiększania wysokości emerytur, czemu zagrażają zmiany demograficzne. Jeżeli zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne są pozostawione rodzinie, wówczas dane dotyczące aktywności zawodowej (oraz konsumpcji rynkowej) stają się coraz mniej miarodajnymi wskaźnikami wielkości rzeczywiście wykonywanej pracy²⁵.

Zmiany wprowadzone w Polsce po 1999 r., których celem było odejście od scentralizowanej polityki społecznej na rzecz kształtowania jej przez społeczności lokalne i samorządy, objęły m.in.: decentralizację funkcji społecznej państwa oraz komercjalizację i prywatyzację usług i instytucji zabezpieczenia społecznego. W związku z tym samorządowi lokalnemu przypadła również rola kreatora lokalnej polityki wobec człowieka starego, w tym za własne środki i na własną odpowiedzialność.

Komercjalizacja i prywatyzacja usług objęła m.in.:

- ubezpieczenia społeczne – przez stworzenie quasi-rynkowego sektora w ubezpieczeniach emerytalnych;

²⁵ M. Hill, *Polityka społeczna we współczesnym świecie. Analiza porównawcza*, Warszawa 2010, s. 288–289.

- ochronę zdrowia – gdzie nastąpiło przeniesienie znacznej części kosztów usług ochrony zdrowia na indywidualnych użytkowników tych usług;
- pomoc społeczną – przez obciążenie kosztami utrzymania mieszkańców domów pomocy społecznej (DPS) lub ich rodziny, a dopiero później samorządów gminnych.

Świadczenia w ramach systemu pomocy społecznej mieszczą się w następujących zakresach:

- **pomocy środowiskowej** w miejscu zamieszkania, sprawowanej przez pracowników ośrodków pomocy społecznej (OPS),
- **pomocy instytucjonalnej** w domach pomocy społecznej, będących placówkami stałego bądź czasowego pobytu dla osób starszych, które ze względu na stan zdrowia, wiek, są zmuszone z niej skorzystać.

Sektor ochrony zdrowia w ramach pomocy instytucjonalnej oferuje miejsca w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-leczniczych, hospicjach, na oddziałach opieki paliatywnej i dla osób przewlekle chorych.

Jak więc widać, w zakresie instytucjonalnej opieki nad osobami starszymi występuje przenikanie się dwóch systemów: pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Wynika to z niedookreśloności zadań i braku jasno sformułowanych kryteriów, kiedy który sektor powinien interweniować²⁶.

W związku z tym w polskiej rzeczywistości rodzina stanowi główną „instytucję opiekuńczą” świadczącą pomoc osobom starszym. Wypełnienie przez rodzinę funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych wymaga stworzenia odpowiednich warunków, które umożliwią jej realizację tych funkcji. Wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze wynika ze wzrostu liczby gospodarstw jednoosobowych osób starszych, osłabienia skłonności do zawierania małżeństwa i posiadania dzieci, procesów starzenia się społeczeństwa, wzrostu udziału osób w wieku 75 i więcej lat, wzrostu udziału osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, z migracji, rozpadu więzi rodzinnych, rozpadu więzi lokalnych, wzrostu poziomu ubóstwa, a także procesów marginalizacji i izolacji społecznej. Narastające problemy zapewnienia opieki osobom starym czy chorym są także skutkiem zmian w polskich rodzinach. Rozpadła się bowiem struktura rodziny wielopokoleniowej, która gwarantowała swoim członkom pomoc i opiekę. W wyniku migracji wiele starszych osób pozostaje bez opieki. Naturalne procesy starzenia się powodują rozluźnienie kontaktów z ludźmi, utratę wielu dotychczas pełnionych ról społecznych²⁷. Kolejnym zagrożeniem będzie wzrastająca częstość braku współmałżonka na skutek rozwodu. Ten problem dotknie przede wszystkim mężczyzn, którzy z jednej strony zostaną pozbawieni ważnej czę-

²⁶ V. Timonen, *Ageing societies. A comparative introduction*, Open University Press, London 2008, s. 109.

²⁷ J. Hryniewicz, *Rodzina jako naturalny sprzymierzeniec rozwoju społecznego i ekonomicznego*, referat wygłoszony na Forum Międzyparlamentarnym towarzyszącemu IV Światowemu Kongresowi Rodzin, Warszawa 2007.

ści wsparcia zarówno emocjonalnego, jak i rzeczowego, z drugiej – ich role społeczne w okresie starości zostaną dodatkowo ograniczone²⁸. Ponadto, niesamodzielność życiowa prowadzi do dalszego ograniczenia kontaktów i osamotnienia oraz izolacji człowieka stariego. Niestety nie znajduje ona dostatecznej pomocy instytucjonalnej w sprawowaniu opieki i pielęgnacji nad człowiekiem starszym i niepełnosprawnym. A przecież od wydolności opiekuńczej rodziny oraz od stopnia obciążenia opiekuna zależy w dużej mierze to, czy osoba starsza mimo swojej niepełnosprawności pozostawać będzie w środowisku. Komisja Europejska zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt – że rodziny nie będą mogły same rozwiązać problemu opieki nad osobami starszymi, bez względu na to, czy będą one zależne, czy samodzielne. Natomiast poprawa stanu zdrowia dzisiejszych młodych pokoleń pozwala przewidywać, że osoby w podeszłym wieku w przyszłości będą pozostawać coraz dłużej samodzielne i będą pragnęły mieszkać we własnym domu. Dlatego opieka „intensywna” będzie coraz bardziej koncentrowała się na końcowym okresie życia²⁹.

Popyt na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne wzrasta również w wyniku zmian w strukturze rodzin, pogorszenia relacji między liczbą osób w młodszym wieku a najstarszymi oraz zmniejszenia się wielkości gospodarstw domowych. Zmiany w strukturze rodzin, tj. rosnąca liczba rozwodów i coraz niższa dzietność rodzin, powodują wzrost liczby samotnych osób starszych. Migracje zarobkowe zaś wpływają na rozluźnienie więzi rodzinnych i pogłębianie skali samotnej starości. Aktywność zawodowa kobiet powoduje dalsze ograniczanie zakresu usług opiekuńczych świadczonych osobom starszym przez rodzinę. W związku z tym rodzina coraz częściej nie będzie w stanie spełnić pokładanych w niej oczekiwań. Ponadto w Polsce obserwować będziemy dwa różne procesy demograficzne: przy oczekiwanym wzroście liczby osób starszych w Polsce nastąpi ogólny spadek ludności. Zakłada się, że w latach 2007–2035 wyniesie on 2123 tys. osób³⁰. O ile w grupach wieku 0–17 lat liczba ludności zmniejszy się o 1856 tys., a w grupie wieku 18–44 lata aż o 4433 tys., o tyle wśród osób w wieku 45–59 lat nastąpi wzrost o 237 tys., o 703 tys. wśród 60–64-latków i aż o 3227 tys. wśród osób w wieku 65 lat i więcej. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej, wynoszący w 2007 r. 13,46% wzrośnie w Polsce do 2035 r. do 23,22%. Liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie do 2035 w stosunku do 2007 r. o 62,9% (mężczyzn o 76,6%, a kobiet o 54,6%), a liczba osób w wieku 80 lat i więcej wzrośnie aż o 125,8%³¹. Należy przy tym pamiętać, że zwiększy się liczba i odsetek jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 65 i więcej lat. W 2030 r. będą one stanowić ponad połowę wszystkich jednoosobowych gospodarstw domowych

²⁸ Szukalski P., *Polscy seniorzy w przyszłości*, w: *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i kierunki działania*, PAN, Warszawa 2008, s. 57.

²⁹ Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich, Zielona Księga: *Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami*, Bruksela 2005, s. 10.

³⁰ *Rocznik demograficzny 2008*, GUS, Warszawa 2008, s. 195.

³¹ *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009.

w Polsce. Najbardziej wzrośnie odsetek tych gospodarstw w grupie osób w wieku 80 i więcej lat, gdzie co szósta osoba będzie prowadziła jednoosobowe gospodarstwo domowe. Przewiduje się, że łączne wydatki na świadczenia opieki długoterminowej wzrosną ponad 6-krotnie – z około 7,5 mld w 2010 r. do ponad 47 mld w roku 2035. Będzie miało to istotny wpływ na organizację opieki nad osobami niesamodzielnymi.

W Polsce jest niewiele badań na większą skalę obrazujących ten problem. Jednym z nich był międzynarodowy projekt UE zatytułowany EUROFAMCARE³². Jak wynika z badań, najliczniejszą grupę opiekunów osób starszych stanowią ich dzieci (51,1%). Zdecydowanie rzadziej rolę głównego opiekuna rodzinnego pełnią małżonkowie (18,2%), synowie i zięciowie osób starszych (13,4%) oraz wnuki (6,6%). Pozostali członkowie rodziny bardzo rzadko pełnili rolę opiekunów. Taki model opieki nad osobami starszymi wynika z jednej strony ze struktury demograficznej polskiej rodziny (stosunkowo duża liczba dzieci), z drugiej zaś preferowanego modelu opieki nad najstarszymi członkami rodziny (opieka pełniona przez najbliższą rodzinę – przede wszystkim w domu). Ponad 85% opiekunów mieszka bądź w tym samym gospodarstwie domowym co podopieczny, bądź innym, ale mieszczącym się w tym samym budynku, lub mieszka w pobliżu (w zasięgu spaceru). Blisko 15% opiekunów mieszka dalej i potrzebuje co najmniej 10 minut jazdy samochodem, autobusem czy pociągiem, aby dotrzeć do podopiecznego. Przeciętny okres sprawowania opieki wynosił około 6 lat. Aby bliżej się przyjrzeć kwestii czasu sprawowania opieki, został on podzielony na dwa okresy: krótszy, w którym opieka była sprawowana do dwóch lat, i dłuższy – powyżej dwóch lat. Okazało się, że znacznie większy odsetek opiekunów (74,1%) opiekuje się osobą starszą powyżej dwóch lat. 66,6% badanych, czyli ponad dwie trzecie, zajmuje się osobami starszymi do pięciu godzin dziennie, 18,2% badanych zadeklarowało, że udziela opieki co najmniej 12 godzin na dobę, a 9,2% uznało, że pełni opiekę przez 24 godzinę na dobę. Motywami, które skłaniają do opieki, są prawie dla połowy badanych (47,5%) – „więzy uczuciowe” (miłość i przywiązanie), ponadto „poczucie obowiązku” (22%) oraz „osobiste poczucie zobowiązania wobec osoby starszej jako członka rodziny” (21,1%). Niewielu respondentów wskazało, że „nie było innej alternatywy” (2,1%) oraz że „koszt opieki profesjonalnej był zbyt drogi” (0,2%). Na pytanie dotyczące ewentualnego umieszczenia osoby starszej w domu pomocy społecznej 86,9% opiekunów odpowiedziało, że nie jest gotowych, aby rozważyć umieszczenie osoby starszej w takim domu, i to niez-

³² Projekt „Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage – EUROFAMCARE” był realizowane w ramach 5. Programu Ramowego UE. Koordynatorem krajowym była prof. Barbara Bień. Celem projektu, przeprowadzonego w latach 2003–2005, była ocena opiekunów rodzinnych ludzi starych w Europie pod względem dostępności, znajomości, korzystania i akceptowania świadczeń wspierających pełnienie rodzinnej opieki nad seniorami. Badanie przeprowadzono w 6 krajach (Grecji, Szwecji, Niemczech, Wielkiej Brytanii, Włoszech i Francji), gdzie przebadano po około 1000 sytuacji (szczegółowe informacje dotyczące projektu znajdują się w Internecie pod adresem: www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare).

leżnie od sytuacji, która miałyby miejsce. 11,6% opiekunów rozważyłaby ewentualnie taką możliwość, gdyby sytuacja osoby starszej uległa pogorszeniu. I tylko 1,5% rozważyłoby ewentualność umieszczenia osoby starszej w tego typu domu, nawet gdyby sytuacja się nie pogorszyła. Wspomniana niechęć do umieszczania osoby starszej w domu pomocy społecznej jest niejako odpowiedzią na to, czego oczekują same osoby stare.

Badanie Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego pokazało, że 60% osób starszych korzysta ze wsparcia młodego pokolenia w zakresie prac domowych, niemal co druga osoba starsza korzysta z pomocy w robieniu zakupów i załatwianiu spraw urzędowych, w 41% w zakresie opieki pielęgnacyjnej³³.

W badaniu „To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski” przeprowadzonym przez Instytut Spraw Publicznych wśród respondentów w wieku 45–65 lat, w odpowiedziach dotyczących podmiotów, które mogłyby zapewnić najlepszą pomoc w życiu osobom starszym, również najwyższe miejsce zajęły dzieci. 64% respondentów „zdecydowanie zgodziło” się z tą odpowiedzią, 27,3% „zgodziło się”, co daje 91,3% pozytywnych odpowiedzi. Równie często (87,3%) respondenci wskazali żonę/męża (partnera/partnerkę) jako te osoby, które mogą okazać pomoc.

Z reprezentatywnych badań nad sytuacją życiową ludzi starych (65+) wynika, że 70% spośród nich nigdy nie chciałoby zamieszkać w domu pomocy społecznej, a dalsze 22% brało pod uwagę taką możliwość, ale skorzystałoby w niej w ostateczności³⁴. Niechęć do zamieszkiwania w tego typu instytucjach wynika z tego, że przez lata kojarzyły się one z miejscem, w którym zamieszkują osoby najbiedniejsze, nie radzące sobie w życiu, wyrzucone przez rodzinę lub odrzucone przez społeczeństwo. Ponadto ważną kwestią jest, jaką siecią wsparcia dysponuje opiekun. Ta nieformalna bądź formalna sieć wsparcia opiekuna stanowi dla niego wsparcie emocjonalne i pomaga mu w codziennym wypełnianiu jego roli. Od tego zależy w dużej mierze zachowanie przez opiekuna równowagi psychicznej oraz to, czy będzie kontynuował sprawowanie opieki w przyszłości, czy też umieści w placówce osobę starszą³⁵. Warto podkreślić, że uznaniem cieszą się wyłącznie te rozwiązania, które stwarzają osobom starszym możliwość pozostania w ich naturalnym środowisku. Potwierdzają to wyniki badań zawarte w *Raporcie o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*. Zgodnie z nimi ludzie deklarują, iż najbardziej pożądanym przez nich modelem zamieszkiwania jest mieszkanie blisko dzieci, ale osobno. Jednocześnie od dzieci oczekują pomocy na wypadek choroby czy zaistnienia innych

³³ P. Czekanowski, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, w: *Polska starość*, ed. cit., s. 164.

³⁴ P. Czekanowski, *Sytuacja materialna*, w: *Polska starość*, ed. cit., s. 101–114.

³⁵ Z.B. Wojszel, B. Bień, *Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce, Zostawić ślad na ziemi*, M. Halicka, J. Halicki (red.), Białystok 2007, s. 347.

trudnych sytuacji życiowych. Wynika z tego, że ważne jest, aby więzi rodzinne były trwałe i mocne, a jednocześnie – by ludzie starsi cieszyli się dużą niezależnością³⁶.

Wyniki badania DIALOG Population Policy Acceptance Study (PPAS), mającego na celu poznanie opinii ludności 14 krajów europejskich, w tym Polski, na temat zachodzących procesów demograficznych, wykazały, że Polacy w największym stopniu opowiedzieli się za stwierdzeniem, że dzieci powinny opiekować się starymi rodzicami (90,1%), a krewni starszymi członkami rodziny (80,2%). 85,1% respondentów wyraziło wolę wspólnego mieszkania ze starymi rodzicami. Wśród badanych to najczęściej Polacy byli zdania, że osoby w starszym wieku powinny przebywać w domu rodzinnym, aby mieć zapewnioną opiekę dzieci lub krewnych (60,2%)³⁷. Potwierdzają to również badania Special Eurobarometer 283/Wave 67.3 z 2007 roku³⁸, w których blisko 60% Polaków wyraziło opinie, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci, mogącym zapewnić im opiekę.

Jak wynika z przedstawionej, na początku artykułu, sytuacji materialnej osób starszych, niepełnosprawnych nie stać na zakup usług opiekuńczych na wolnym rynku. Ciągłe bowiem brakuje dobrze rozbudowanej siatki usług nastawionych na potrzeby ludzi starych. Wiele osób starszych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji, nie ma zapewnionej odpowiedniej opieki i pomocy – w instytucjach i w rodzinach. Dlatego rozwiązanie tego problemu musi nastąpić w ramach systemu zabezpieczenia społecznego. Jednak w istniejącym obecnie systemie niezdolność do samodzielnej egzystencji nie jest objęta ubezpieczeniem. W tej sytuacji rozważyć należy wprowadzenie społecznego (powszechnego) ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Ubezpieczenie to – jako element systemu ubezpieczeń społecznych – funkcjonuje już w niektórych krajach europejskich.

W polityce społecznej państwa konieczne są wielokierunkowe działania wspierające wszystkie funkcje rodziny – ekonomiczną, prokreacyjną, socjalizacyjną, wychowawczą, opiekuńczą i pielęgnacyjną. Poza oficjalnymi deklaracjami uznającymi wartości rodziny, polityka rodzinna musi skupić się na realnym wspieraniu wszystkich jej podstawowych funkcji. Pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji wiąże się z koniecznością rozwoju w środowisku zamieszkania wielu usług społecznych, w tym usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych wspomagających rodzinę w wypełnianiu jej funkcji³⁹. Należy bowiem pamiętać, że realizacja przez rodzinę jej funkcji nadaje wymiar jakości życia obecnych pokoleń, ale skutkować będzie odtwarzaniem lub modernizacją struktury społeczeństwa polskiego w przyszłości. Współcześnie

³⁶ Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości, S. Golinowska (red.), UNDP, Warszawa 1999, s. 33.

³⁷ R.R. Stiftung, *The demographic future of Europe – facto, figures, policies. Results of the Population Policy Acceptance Study*, 2006 (http://www.bib-demographie.de/dialog_ppas_e.pdf).

³⁸ Badanie „Health and long-term care in the European Union”, Special Eurobarometer 283/Wave 67.3 – TNS Opinion & Social, 2007.

³⁹ J. Hryniewicz, op. cit.

rodziny w Polsce oczekują od władz publicznych takiej organizacji życia społecznego, rozwoju i rozbudowy usług społecznych w zakresie ochrony zdrowia, opieki, wychowania, edukacji, rekreacji, które wspomagałyby rodzinę w prawidłowym wypełnianiu jej funkcji. Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że nie chodzi tu o zastępowanie rodziny, ale o wspomaganie rodziny w prawidłowym funkcjonowaniu⁴⁰. Kondycja rodziny zależy bowiem od warunków generowanych przez otaczający nas makrosystem społeczny.

Dzisiaj podkreśla się przede wszystkim negatywne skutki procesu starzenia się ludności, a więc wzrost kosztów ubezpieczeń i świadczeń socjalnych, jednocześnie pomijając wkład osób starszych w życie społeczeństw, także w ich gospodarczy rozwój. Ważne jest zatem, by ustawodawcy zrozumieli, że proces starzenia się społeczeństwa domaga się zmian w wielu dziedzinach polityki społecznej, docenili wartość ludzi starych w życiu społecznym, ale przy tym ważne jest także zrozumienie starości przez samych ludzi w podeszłym wieku. To, że wydłuża się ludzkie życie, wcale nie oznacza, że ludzie są zdrowsi, że mają mniej problemów. Wręcz przeciwnie – w nadchodzących latach coraz więcej będzie osób wymagających opieki. W związku z tym istotną sprawą jest poszukiwanie rozwiązań systemowych gwarantujących ludziom starszym należyte miejsce w społeczeństwie oraz stworzenie warunków godziwego życia. Życia w bezpiecznym i przyjaznym otoczeniu, przystosowanego do osobistych preferencji i zmieniających się możliwości. Człowiek stary czy chory nie musi być wykluczony z całościowego życia społecznego, nie musi być na pozycji człowieka niepotrzebnego, lecz powinien być wspierany w pokonywaniu trudności i niedogodności właściwych dla jego wieku. Dlatego niezbędne są zmiany dostosowujące życie publiczne, gospodarcze i społeczne do zmieniającej się sytuacji demograficznej w Polsce. Zainicjowanie takich zmian wymaga jednak powszechnego uświadomienia sobie sytuacji demograficznej i jej konsekwencji dla samych osób starszych i całego społeczeństwa.

⁴⁰ Ibidem.

UCZESTNICTWO LUDZI STARYCH W ŻYCIU SPOŁECZNYM

Problematyka ludzi starych i starości to zagadnienie, któremu w ostatnim czasie poświęca się coraz więcej uwagi. Wynika to m.in. z faktu, że Polska należy do starzejących się społeczeństw, gdzie populacja ludzi w podeszłym wieku jest liczniej reprezentowana niż pokolenia ludzi młodych – mówi się zatem o tzw. odwróconej piramidzie demograficznej¹. Oznacza to także, iż w społeczeństwie polskim mamy do czynienia ze starością demograficzną, albowiem przyjmuje się, że społeczeństwa, w których odsetek osób po 60. roku życia przekroczył 12%, a po 65. roku życia 8% – to społeczeństwa demograficznie stare. Według *Rocznika Demograficznego Głównego Urzędu Statystycznego (GUS)* z roku 2010, w 2009 r. osoby w wieku 65 i więcej lat stanowiły 13,5% ludności naszego kraju². Ponadto dostępne prognozy wskazują, że proces starzenia się społeczeństwa polskiego będzie postępował w ciągu najbliższych lat czy dekad. Na przykład z danych EUROSTATU wynika, iż w 2020 r. osoby po 60. roku życia będą stanowić blisko 25% ludności polskiego społeczeństwa, a przygotowana przez GUS *Prognoza ludności na lata 2008–2035* wskazuje, że najbliższe lata będą cechowały się przyrostem ludności w najstarszych grupach wieku (tzw. pokolenie stulatków). Szacuje się, że w roku 2030 liczba osób w wieku 85 lat i więcej może sięgać prawie 800 tysięcy³. Przytoczone liczby sygnalizują istotę problemu, z którym już, a w przyszłości jeszcze bardziej, będzie musiało zmierzyć się społeczeństwo polskie i polska polityka społeczna. Mając zatem na uwadze dobro ludzi starych, jak też potrzebę przygotowania ciągle brakującej w Polsce polityki społecznej wobec ludzi w starszych wieku, należy zastanowić się nad różnymi kwestiami dotyczącymi tej grupy ludności.

* Prof. dr hab. Małgorzata Halicka – Wydział Psychologii i Pedagogiki, Uniwersytet w Białymstoku.

** Dr Emilia Kramkowska – Wydział Psychologii i Pedagogiki, Uniwersytet w Białymstoku.

¹ E. Trafialek, *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2006, s. 63.

² *Rocznik Demograficzny* GUS, Warszawa 2010, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_rocznik_demograficzny_PLK_HTML.htm; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_rs_rocznik_demograficzny_2010.pdf; dostęp: 6.05.2011.

³ *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf; dostęp: 06.05.2011.

Jednym z ważnych zagadnień, które należałoby omówić w kontekście starzejącego się społeczeństwa polskiego, jest problem uczestnictwa ludzi starych w różnych dziedzinach życia społecznego. Obecne wciąż w naszym społeczeństwie stereotypowe myślenie na temat starości, jak też samych seniorów, bardzo mocno rzutują na ich uczestnictwo (lub jego brak) w sferze publicznej.

Kiedy mówi się o społecznym zaangażowaniu ludzi starych, to w pierwszej kolejności wymieniane są uniwersytety trzeciego wieku (UTW) lub też inne stowarzyszenia czy organizacje tworzone przez ludzi w podeszłym wieku, współpracujące z nimi i dla nich działające. Upowszechniają one i realizują m.in. ideę edukacji ustawicznej, czyli edukacji przez całe życie, także w wieku starszym. Nie jest to jednak łatwe zadanie, gdyż w naszym społeczeństwie – jak dotąd – nadal obowiązuje pogląd, że w pewnym wieku wysiłki edukacyjne nie mają już sensu. Dotyczy to szczególnie osób starszych, które na ogół cechuje bierna postawa wobec życia utrwalona przez wiele lat funkcjonowania socjalistycznego społeczeństwa. A współczesna andragogika i gerontologia zwracają uwagę, że aktywność edukacyjna osób starszych to jeden z czynników ułatwiających dopasowanie się do starzenia się i starości⁴. Z drugiej strony należy pamiętać, że grupa osób, do której tego typu formy aktywności chcemy kierować, to specyficzna kategoria odbiorców, co trzeba uwzględnić, planując jakiegokolwiek działania.

W latach 2007–2009 Zakład Andragogiki i Gerontologii oraz Katedra Edukacji Międzykulturowej Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku realizowały w partnerstwie z innymi krajami (Austria, Niemcy, Hiszpania, Irlandia, Włochy, Wielka Brytania, Słowenia, Szwecja, Grecja) międzynarodowy projekt **IANUS European Guidelines for Later Learning in Intergenerational, Intercultural and ITC-based Settings**, pt. *European Quality Standards for Later Learning in Intergenerational, Intercultural and IT-based Settings* – w ramach programu Grundtvig. Doświadczenia zdobyte w czasie jego realizacji pomogły w zrozumieniu istoty nauki w późnym wieku, albowiem celem projektu były: diagnoza narodowej i europejskiej polityki edukacyjnej wobec ludzi w wieku 50+, określenie kluczowych czynników, które determinują proces kształcenia podejmowany po 50. roku życia oraz przygotowanie materiałów (podręcznika, koncepcji warsztatów dla trenerów, Zielonej Księgi), dzięki którym nauka w późnym wieku będzie szybciej i efektywniej się rozwijać w krajach partnerskich. Warto w tym momencie zasignalizować kilka ważnych wniosków, jakie przyniosły prace wykonywane w ramach projektu.

Przed wszystkim trzeba pamiętać, że dla osób starszych uczestnictwo w zajęciach, np. organizowanych przez UTW, jest swoistym działaniem na rzecz podniesienia własnej samooceny. Dzięki takiemu społecznemu i edukacyjnemu zaangażo-

⁴ M. Halicka, *Dostęp osób starszych do edukacji*, w: *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, B. Szatur-Jaworska (red.), „Biuletyn RPO. Materiały” nr 65, Warszawa 2008, s. 111–112.

waniu osoby w starszym wieku czują się ciągle przydatne, wartościowe i „na czasie”. Patrzą na siebie jako na osoby, które pasują do współczesnego społeczeństwa i są w stanie podążyć za nowościami typu komputer czy komórka. Co więcej, mają świadomość, że są dość ważną grupą społeczną, skoro również do nich kierowane są różne oferty edukacyjne czy towarzyskie⁵. Jako przykład można podać inicjatywy podejmowane przez współpracujące z Zakładem Socjologii Edukacji Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku **Stowarzyszenie Akademia plus 50** – organizację pozarządową non-profit, której głównym celem jest kulturalna i społeczna aktywizacja i integracja grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Akademia plus 50 właśnie skończyła realizować międzynarodowy projekt **Open (H)art**, którego celem było dzielenie się doświadczeniami i promowanie stosowania sztuki i metod kreatywnych w edukacji i pracy socjalnej. Ponadto stowarzyszenie to organizuje warsztaty tańca, zajęcia ruchowe, naukę języków obcych, a działająca grupa turystyczna oferuje różnorodne wycieczki⁶. Podejmowanie takich inicjatyw sprzyja promowaniu idei aktywnej starości i nie należy szczędzić wysiłków i zaangażowania na rzecz jej upowszechniania. Jest to bowiem doskonały sposób przełamywania stereotypów dotyczących ludzi starych i starości.

Warto jednocześnie podkreślić, że praca z osobami starszymi wymaga od trenerów prowadzących zajęcia dobrego przygotowania i wiedzy nie tylko merytorycznej, ale także gerontologicznej. W ramach projektu IANUS, posiłkując się doświadczeniami z różnych krajów europejskich, partnerzy określili i opracowali kluczowe czynniki wpływające na proces uczenia się w późnym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań biogenetycznych, psychologicznych, społeczno-psychologicznych czy pedagogicznych. Mają bowiem one ogromny wpływ na przebieg aktywności edukacyjnych w wieku starszym; np. ludzie starzy w przeciwieństwie do ludzi młodych potrzebują częstszych przerw w czasie zajęć, gdyż stopień ich koncentracji jest niższy, lepiej też czują się w grupach składających się z ich rówieśników niż w grupach heterogenicznych ze względu na wiek⁷. W związku z tym warto przekonywać wszystkich tych, którzy zajmują się organizowaniem i realizacją edukacji ustawicznej, szczególnie edukacji w późnym wieku, jak ważne jest, by trenerzy pracujący z ludźmi starymi byli wyposażeni w wiedzę gerontologiczną, dzięki której poznają specyfikę okresu starości, typ i przebieg zmian, jakie zachodzą w osobowości i psychice człowieka starego itp. Warto też postulować, by oferta uniwersytetów trzeciego wieku, czy podobnie działających instytucji i organizacji, w większym stopniu, niż jest to obecnie, dotyczyła mężczyzn. To prawda, że

⁵ Wskazówki i zalecenia projektu IANUS dotyczące uczenia się w późnym wieku w wymiarze międzypokoleniowym, międzykulturowym i opartym na technologiach informacyjnych, IANUS – projekt uczenia się w ciągu całego życia, Austria, Graz 2009.

⁶ Informacje dostępne na stronie Stowarzyszenia Akademia Plus 50 (<http://akademiaplus50.ning.com>, dostęp: 21.05.2011)

⁷ *Koncepcja warsztatów IANUS dla trenerów i mentorów*, IANUS – projekt uczenia się w ciągu całego życia, Austria, Graz 2009.

mamy do czynienia z feminizacją starości – stąd tak wiele różnorodnych form aktywności dla kobiet. Niemniej jednak wielu mężczyzn w starszym wieku wyraża chęć uczestnictwa w zajęciach dla seniorów, lecz często nie znajduje propozycji adekwatnych do swoich potrzeb i zainteresowań. Trzeba zatem uczynić starszych wiekiem mężczyzn adresatami form aktywności: edukacyjnej, społecznej i towarzyskiej.

Obok promowania idei aktywnej starości jako sposobu przełamywania stereotypów, inną dobrą formą tego typu działań jest podejmowanie inicjatyw w wymiarze międzygeneracyjnym – chodzi mianowicie o łączenie pokoleń. Okres starości to czas przyjmowania nowych ról społecznych, m.in. roli babci i dziadka. I jak wynika z badań CBOS z 2009 r., podejmujących tematykę postaw wobec ludzi starszych i własnej starości, większość Polaków patrzy na ludzi starych przez pryzmat właśnie tejże nowej roli seniorów. Albowiem 87% respondentów było zdania, że ludzie starzy potrzebni są społeczeństwu, a na pytanie o powód ich przydatności 97% ankietowanych odpowiedziało, iż mają czas dla wnuków, gdy rodzice intensywnie pracują; 95% uznało, że mają istotne doświadczenie i wiedzę, której brakuje ludziom młodszym, a 90% zaznaczyło odpowiedź, że pomagają finansowo swoim dzieciom i wnukom⁸. Zacytowane wyniki badań powinny cieszyć, bo przecież zauważa się „plusy” płynące z obecności ludzi starych w społeczeństwie. Jednakże warto zasygnalizować, iż właściwa postawa wobec przedstawicieli najstarszych generacji to postawa nacechowana poszanowaniem ich godności, praw, czy też okazywaniem im szacunku. Tylko takie wzorce przekazane młodemu pokoleniu mogą przyczynić się do zmiany stereotypów. Dlatego też warto promować częstsze niż tylko z okazji Dnia Babci czy Dziadka spotkania dzieci czy młodzieży z ludźmi starszymi; warto częściej zapraszać seniorów do szkoły, np. z okazji różnych świąt państwowych, by poprzez swoje opowieści pokazali młodym ludziom świat sprzed kilkunastu lub kilkudziesięciu lat. Warto też inicjować wśród młodzieży działalność grup wolontarystycznych pomagających ludziom starym.

Trzeba też budzić w ludziach młodych świadomość zagrożeń i niebezpieczeństw czyhających na osoby w starszym wieku. Inicjatywę taką podjął m.in. Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku. Do przygotowanych przez policję laurek, które wnukowie wręczali dziadkom z okazji Dnia Babci i Dziadka, dołączone były informacje na temat bezpieczeństwa ludzi starych i różnych sposobów obrony przed agresorem, np. na ulicy. Akcja miała na celu dotarcie do ludzi starych poprzez dzieci – ich wnuków, ale z drugiej strony miała nauczyć młode pokolenie, jak ważna jest troska o dobro tych, których kochamy. Dzieciom została więc przekazana informacja o konieczności poszanowania dobra i godności także ludzi starych.

⁸ K. Wądołowska, *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2009 (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.PDF; dostęp: 22.05.2011).

Dużo ostatnio mówi się o tym, że ludzie w podeszłym wieku nie uczestniczą w życiu politycznym, nie ma ich w parlamencie, a decyzje dotyczące ich spraw podejmowane są bez nich. Z drugiej strony warto zauważyć, że życie i aktywny udział we współczesnej polityce wymagają bardzo dobrego zdrowia i psychicznej odporności. A wiadomo, iż takich zasobów często już brakuje ludziom starym. Dlatego warto tworzyć grupy doradcze składające się z osób w podeszłym wieku, które byłyby swoistym gremium, w którym dyskutowano by różne kwestie dotyczące seniorów. W ten sposób ludzie starzy mieliby wpływ na kształt decyzji ich dotyczących i realizowana byłaby myśl: „nic dla nich bez nich.”

Dyskryminacja, przemoc i zapewnienie bezpieczeństwa

Inną ważną kwestią, która powinna być uregulowana w polityce społecznej wobec ludzi w starszym wieku, jest problem eliminacji dyskryminacji, przemocy oraz zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym.

Zagadnienie przemocy wobec ludzi starych nie zostało jeszcze w Polsce dobrze zdiagnozowane. Jest to z pewnością temat trudny i bardzo drażliwy, ale skoro mamy tak wiele publikacji, które podejmują tematykę przemocy wobec dzieci, przemocy w rodzinie – zwłaszcza wobec młodych kobiet, trzeba podjąć podobne inicjatywy w celu określenia skali tego zjawiska w odniesieniu do ludzi starych.

Aby móc określić konkretne działania, których podjęcie jest niezbędne, gdy faktycznie myślimy o przeciwdziałaniu przemocy wobec ludzi starych, należy odnieść się do wyników badań realizowanych w województwie podlaskim, w latach 2006–2009, przez Zakład Andragogiki i Gerontologii Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, we współpracy z Komendą Wojewódzką Policji w Białymstoku oraz Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w Białymstoku. Projekt badawczy „Przemoc wobec ludzi starych w Polsce. Na przykładzie badań środowiskowych na Podlasiu” finansowany był przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a jego celem było zdiagnozowanie problemu przemocy wśród ludzi starych oraz zaplanowanie i podjęcie działań prewencyjnych, interwencyjnych i edukacyjnych. Badania były realizowane na obszarach miejskich (3 osiedla Białegostoku) i wiejskich (3 gminy wiejskie) pogranicza polsko-białoruskiego, wybranych celowo ze względu na środowiskowe zróżnicowanie pod względem statusu społecznego, a także pod względem etnicznym i kulturowym. Badania były prowadzone w 3 etapach. W pierwszym etapie przy pomocy sondażu diagnostycznego zbadano opinię 560 osób: studentów, policjantów dzielnicowych, pracowników socjalnych i pielęgniarek. Drugi etap stanowiły badania środowiskowe wśród wybranych drogą losową 619 osób, w wieku 60 i więcej lat, mieszkających w środowiskach miejskich i wiejskich na Podlasiu. Trzeci etap badań to studium przypadku, opisujące w sposób bardziej pogłębiony nadużycia i zaniedbania wobec osób star-

szych. Wywiadem pogłębianym zostało objętych 47 osób – deklarowanych ofiar przemocy⁹. A zatem materiał zgromadzony w czasie 3-letniego projektu to pogłębiona i rzetelna diagnoza problemu przemocy wobec ludzi starych, która może stanowić punkt wyjścia działań prewencyjnych i naprawczych. Chcąc zapobiegać takiemuż zjawisku, winniśmy mieć wcześniej wiedzę na jego temat.

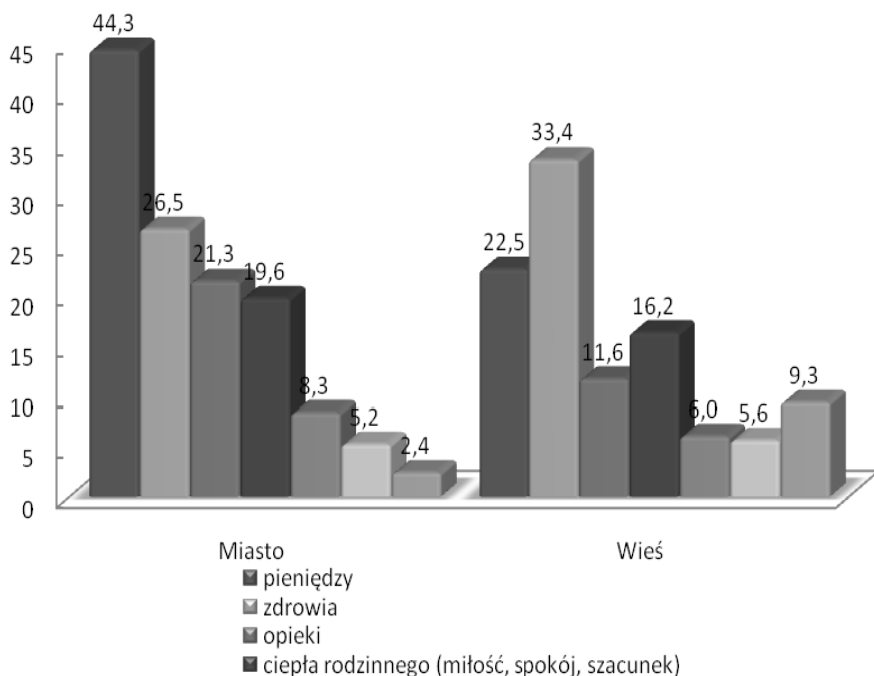
W pierwszej kolejności należałoby przedstawić, co o swojej sytuacji i zagrożeniach w starości mówią sami seniorzy, chodzi zatem o przedstawienie materiału zgromadzonego w czasie II etapu badań, a były to badania środowiskowe wśród osób w wieku 60 i więcej lat.

W celu zdiagnozowania problemów, z jakimi zmagają się ludzie w starszym wieku, respondenci zostali poproszeni o dokończenie zdania: „Myślę, że dzisiaj ludziom starszym brakuje...”. Ogólna analiza wszystkich odpowiedzi wskazała, że uczestniczącym w badaniach osobom starszym najbardziej brakuje **pieniędzy**. Stwierdziło tak ogółem 33,4% respondentów. Jednak deficyty finansowe zdecydowanie bardziej dokuczają osobom starszym zamieszkałym w mieście (wskazuje na nie aż 44,3% badanych) niż na wsi (22,5%). Pozostałe różnice między środowiskami obrazuje wykres 1¹⁰. Na drugim miejscu w rankingu braków badani seniorzy wymieniają **zdrowie**. Brak zdrowia deklaruje 30,0% badanych osób starszych. Poziom tego deficytu jest jednak zróżnicowany środowiskowo. W mieście o braku zdrowia mówi 26,5% uczestniczących w badaniach, natomiast na wsi niedostatki w zakresie zdrowotnym są wskazywane przez 33,4% badanych seniorów. Jest to zgodne z poziomem oceny własnego stanu zdrowia i sprawności lokomocyjnej dokonanej przez respondentów miejskich i wiejskich.

⁹ *Przemoc wobec ludzi starych. Na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim*, M. Halicka, J. Halicki (red.), Temida2, Białystok 2010, s. 48–49.

¹⁰ J. Halicki, K. Czykier, *Opinie ludzi starych na temat przemocy w starości*, w: *Przemoc wobec ludzi starych...*, ed. cit., s. 106.

**Rysunek 1. Najbardziej odczuwane braki a zróżnicowanie środowiskowe
miasto – wieś (w %)**



Źródło: Badania własne.

Na kolejnym miejscu wśród wymienionych braków znalazły się niedostatki **ciepła rodzinnego**. Tego typu odczucia wymieniło 17,9% respondentów, przy czym odsetek ten był zbliżony w mieście (19,6%) i na wsi (16,2%). Zauważa się jednak pewne zróżnicowanie w odbiorze tego niedostatku wśród kobiet i mężczyzn na wsi. W środowiskach wiejskich kobietom bardziej brakuje ciepła rodzinnego (18,8%) niż mężczyznom (11,4%), co może mieć związek z migracjami dzieci z domu rodzinnego i emocjonalnym przeżywaniem tej sytuacji przez kobiety. **Brak opieki** jest kolejnym deficytem, na który uskarżają się badane osoby. Czyni tak 16,5% respondentów. Mamy tu jednak do czynienia z dużą dysproporcją między miastem a wsią. Brak opieki jest dokuczliwy dla 21,3% mieszkańców miasta i 11,6% mieszkańców wsi. Wiąże się to zapewne ze sposobem zamieszkiwania ludzi starszych w tych środowiskach. W środowisku miejskim częściej niż na wsi osoby starsze zamieszkują samotnie, stąd też ewentualna pomoc lub opieka nie może być udzielona *ad hoc*. Na wsi, gdzie osoby starsze zamieszkują z rodziną, prawdopodobieństwo szybkiego udzielenia pomocy jest dużo większe niż w mieście¹¹.

¹¹ Ibidem, s. 107.

Mając zatem na uwadze doświadczane przez ludzi starych problemy, potrzeby i braki, warto tak ukierunkować politykę społeczną wobec seniorów, aby niwelować trudności pojawiające się w wieku podeszłym. A zatem problemy finansowe można po części rozwiązać, jeśli zostałaaby podjęta skuteczna walka z problemem ageizmu, czyli dyskryminacją ludzi (głównie na rynku pracy) ze względu na wiek. Jak sygnalizują autorzy ekspertyzy przygotowanej dla Rzecznika Praw Obywatelskich, „potrzebne jest przeprowadzenie szerokiej akcji społecznej uświadamiającej koszty indywidualne i społeczne związane z *ageizmem*, koszty ponoszone nie tylko przez poddanych dyskryminacji, lecz również przez dyskryminujących (ci ostatni płacą np. wyższe składki na ubezpieczenie społeczne i podatki w celu sfinansowania wcześniejszej dezaktywacji zawodowej tych pierwszych). Niezbędna jest też akcja uświadamiająca pracodawcom, iż zarówno masowa emigracja ludzi młodych, jak i zmniejszająca się szybko liczebność generacji wchodzących na rynek pracy w nadchodzących latach „skazują” ich na poleganie w coraz większym stopniu na starszych wiekiem pracownikach”¹².

Z kolei zdrowotne problemy ludzi starych mogłyby być po części rozwiązane, gdyby w systemie ochrony zdrowia zostały wprowadzone określone zmiany. Są one niezbędne, albowiem perspektywa starzejącego się społeczeństwa polskiego wskazuje, iż w niedalekiej przyszłości ludzie starzy mogą być jedną z liczniejszych kategorii pacjentów, korzystających z usług służby zdrowia. Wspomniany wyżej raport dla Rzecznika Praw Obywatelskich donosi, że w Polsce brakuje specjalistów geriatrów, a w minimach programowych kształcenia lekarzy brakuje przedmiotu *geriatria*. Ponadto osoby w podeszłym wieku mają ograniczony dostęp do pomocy w nagłych przypadkach (pogotowie ratunkowe) – wiek pacjenta decyduje często o przysłaniu karetki; nierzadkie jest również złe traktowanie starszych wiekiem pacjentów przez lekarzy i średni personel (brak kultury osobistej, arogancja, poniżanie, paternalistyczny stosunek do seniora)¹³. Nie można więc bagatelizować problemu dyskryminacji osób starszych, która – jak wynika z powyższych danych – przejawia się na różnych płaszczyznach życia seniorów.

Pozostaje kwestia przemocy – problem ważny, a jednocześnie często przez ludzi starych ukrywany i przemilczany. W gerontologii przemoc wobec człowieka starego rozumiana jest jako działania mające charakter nadużycia i/bądź zaniechania działań wspomagających seniora, czyli zaniedbania. Badania przeprowadzone na Podlasiu wskazują, że dla dużej części ankietowanych osób starszych nie jest wcale jasne, na czym polega przemoc wobec seniorów. Taką opinię wyraża 33,2% respondentów, przy czym na wsi odsetek ten jest znacznie wyższy (46,2%) niż w mieście (20,1%). Wynika to najprawdopodobniej z gorszego wykształcenia respondentów wiejskich. Zdaniem respondentów przemoc wobec osób starszych najczęściej przybiera postać

¹² Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań..., ed. cit., s. 137.

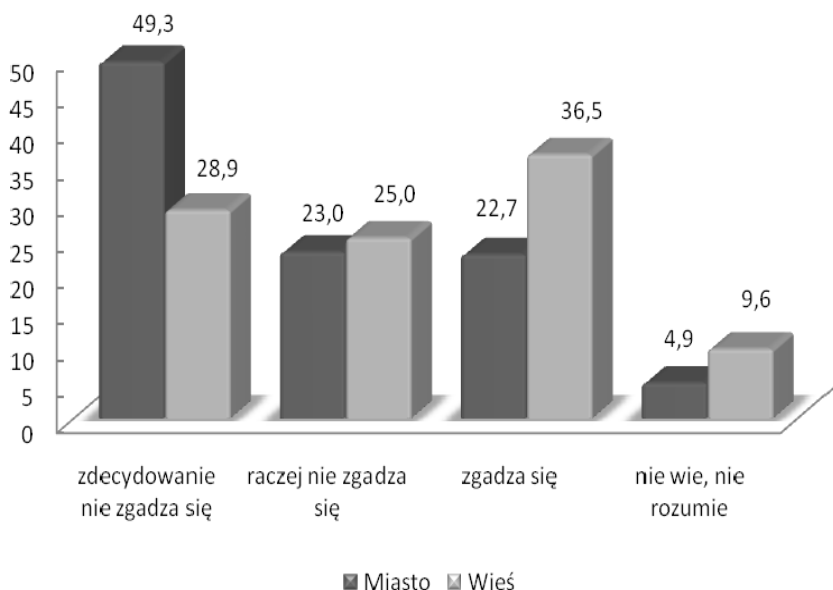
¹³ Ibidem, s. 145.

agresji fizycznej (19,6%), jednak częściej taką opinię wyrażają badani z miasta (25,0%) aniżeli ze wsi (14,1%). Kolejnym wskazywanym przez respondentów przejawem przemocy są nadużycia finansowe (14,4%), a równie często wskazywaną jest przemoc psychiczna (13,8%). Na kolejnym miejscu plasują się zaniedbania w sferze opiekuńczej i emocjonalnej (9,3%). W mieście wskazywane są przez 12,3% badanych, na wsi wymienia je o połowę mniej respondentów (6,2%). W kategorii „inne” przemoc wobec ludzi starszych to także, zdaniem badanych, niezgoda w rodzinie, alkoholizm (6,8%). I wreszcie niewielki odsetek określa ogólnie przemoc jako zło (3,2%). Przy tym częściej czynią to mieszkańcy wsi (5,2%) niż mieszkańcy miasta (1,1%). Warto też podkreślić, że część badanych nie rozumie znaczenia słowa „przemoc”. Niektórzy z nich podkreślają, że to słowo jest im znane, bo słyszy się je często w radiu czy telewizji, ale nie są oni w stanie powiedzieć, co ono oznacza¹⁴.

A zatem uzyskane wyniki badań wskazują na potrzebę przeprowadzenia powszechnych i zorganizowanych na dużą skalę kampanii adresowanych do ludzi starych, dzięki którym seniorzy zyskają świadomość i wiedzę na temat zjawiska przemocy, jego definicji, przejawów itp. Ponadto tego typu akcje powinny też służyć przekazywaniu informacji na temat instytucji, które udzielają pomocy ofiarom przemocy. Albowiem wywiady pogłębione prowadzone w ramach projektu pokazały, że ofiary przemocy bardzo często nie wiedzą, gdzie mogą udać się po pomoc, nie są świadome, że funkcjonują instytucje, które zajmują się tego typu sprawami. Co więcej, uzyskane wyniki badań wskazują, że ludzie starzy wstydzą się mówić komukolwiek o doświadczanej sytuacji przemocy, choć jeśli już zdecydują się z kimś o tym porozmawiać, to będzie to raczej członek rodziny niż osoba z zewnątrz, czy profesjonalista, który posiada wiedzę na temat dostępnych form pomocy (rys. 2).

¹⁴ J. Halicki, K. Czykier, op. cit., s. 110–111.

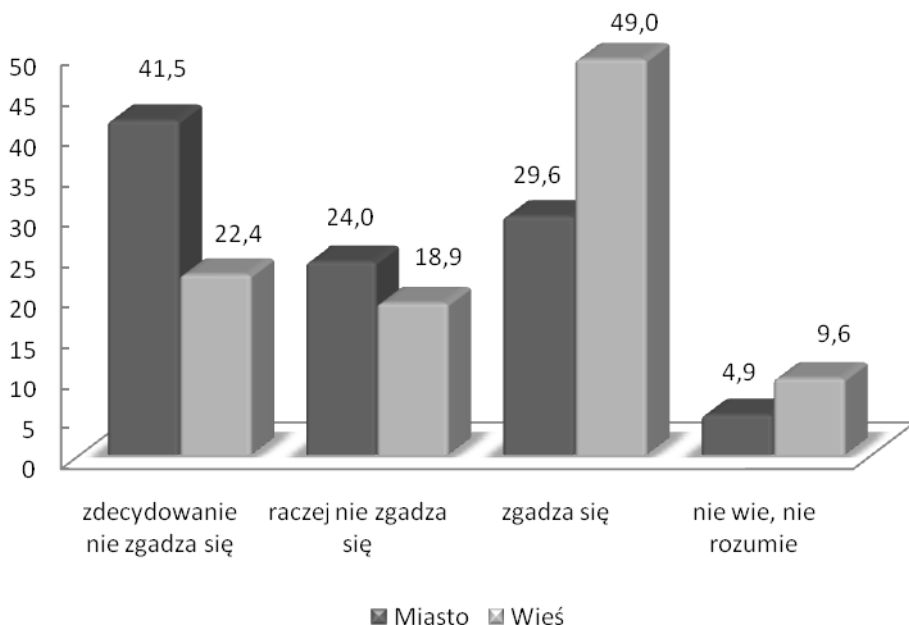
Rysunek 2. Reakcja respondentów na stwierdzenie, że w sytuacji przemocy wstyd powiedzieć o tym innym członkom rodziny (w %)



Źródło: Badania własne.

Prawie połowa badanych mieszkańców miasta (49,3%) zdecydowanie nie zgadza się ze stwierdzeniem, że w razie przejawianej przemocy przeciwko osobom starszym wstyd powiedzieć o tym innym członkom rodziny. Natomiast taką tezę odrzuca tylko 28,9% respondentów wiejskich. Ze stwierdzeniem tym zgadza się 36,5% badanych na wsi i 22,7% mieszkańców miasta. A zatem starsi wiekiem mieszkańcy miasta są bardziej otwarci na informowanie innych członków rodziny o aktach agresji, nadużyć i zaniedbań. Można to rozumieć jako pośrednie poszukiwanie u innych członków rodziny pomocy w rozwiązaniu zaistniałej sytuacji. Osoby mieszkające na wsi w dalece większym stopniu niż osoby z miasta odczuwają wstyd przed informowaniem członków rodziny o mającej miejsce przemocy. Wydaje się, że dużą rolę odgrywa tu presja środowiska. Jest również bardzo prawdopodobne, że respondenci ze środowisk wiejskich agresję, nadużycia i zaniedbania wobec osób starszych odbierają częściej jako zdarzenia mające miejsce w kręgu osób najbliższych.

Rysunek 3. Reakcja respondentów na stwierdzenie, że w sytuacji przemocy wstyd powiedzieć o tym osobom spoza rodziny (w %)



Źródło: Badania własne.

Jeszcze większą powściągliwość w przekazywaniu informacji na temat przemocy zachowują badani na wsi w sytuacji, kiedy odbiorcą informacji jest osoba spoza rodziny (rys. 3). Postawę taką przyjmuje 49,0% mieszkańców wsi i około 30% respondentów z miasta ($p < 0,0001$). Podkreślić należy jednak, że 41,5% badanych mieszkańców miasta i 22,4% badanych mieszkańców wsi nie wstydzi się informowania osób spoza rodziny o takich zdarzeniach. Wiedza o mających miejsce aktach przemocy traktowana jest na wsi jako sprawa prywatna, pozostająca w wąskim kręgu rodzinnym, o której szerzej nie powinno się mówić. Niechęć do dzielenia się informacjami na temat przemocy wobec członków rodziny i traktowanie jej jako sprawy wewnątrzrodzinnej potwierdza około jedna trzecia badanych w mieście i aż dwie trzecie badanych na wsi. Można przypuszczać, że więzi rodzinne na wsi są silniejsze niż w mieście. Starzy rodzice w środowiskach wiejskich częściej zamieszkują z dziećmi, niż ma to miejsce w mieście. Stąd niewłaściwe jest krytykowanie – nawet nagannego postępowania najbliższych – przed dalszą rodziną, a tym bardziej ludźmi obcymi. Z kolei lepsze wykształcenie respondentów miejskich sprzyja procesowi indywidualizacji, co może prowadzić do większej otwartości nawet w tak trudnych sprawach, jak przemoc w rodzinie. Nie oznacza to jednak, że zbędne są

działania mające na celu uświadamianie osobom doświadczającym przemocy, że ich agresor czy krzywdziciel narusza ich godność, bo takie działanie nie ma żadnego usprawiedliwienia. Trzeba zatem podejmować różne działania, dzięki którym możliwe będzie dotarcie do ludzi starych, doświadczających przemocy, i udzielenie im pomocy w przerwaniu doznawanej przez nich sytuacji. Warto włączyć do tego typu akcji Kościół katolicki, albowiem w społeczeństwie polskim, a zwłaszcza wśród ludzi starych, księża wciąż cieszą się dużym szacunkiem i zaufaniem. Znane są inicjatywy podejmowanej współpracy między organizacjami pozarządowymi a duchowieństwem. Polegają one na tworzeniu przy parafiach punktów konsultacyjnych, gdzie osoby doznające przemocy mogą uzyskać niezbędną pomoc. Fakt umieszczenia takiego punktu przy parafii, jak też podanie w kościele ogłoszenia o jego funkcjonowaniu, zwiększa prawdopodobieństwo dotarcia odpowiednich informacji do większej grupy potencjalnych ofiar przemocy. Warto jeszcze pamiętać, by w organizowanych akcjach czy kampaniach unikać sformułowań „ofiara przemocy” i „sprawca przemocy”, albowiem samo wyrażenie może wywołać u osób należących do tych grup negatywne odczucia i spowodować zaniechanie jakichkolwiek działań na rzecz poszukiwania pomocy. Należy zatem o ofiarach mówić – „osoby doznające przemocy”, a o sprawcach – „osoby stosujące przemoc”. Dzięki temu unikniemy zbędnego etykietowania.

Trzeba też wspomnieć, że w prowadzonych badaniach ludzie starzy zostali zapytani, w jaki sposób – ich zdaniem – można zwalczać przemoc. I jak się okazuje, respondenci wskazywali najczęściej na działania doraźne, które są odpowiedzią na zaistniały stan rzeczy. Za takie bowiem należy uznać interwencję policji, areszt, karę pieniężną czy dozór kuratora. I tak interwencja policji – w opinii badanych – jest najczęściej wymienianym środkiem przeciwdziałania przemocy wobec seniorów zarówno na wsi, jak i w mieście. Jednak mieszkańcy wsi traktują interwencję policji jako dużo skuteczniejsze narzędzie przeciwdziałania przemocy niż mieszkańcy miasta; widać to wyraźnie we wskazaniach respondentów, gdzie 54,7% osób badanych na wsi wierzy w dobroczynne działanie stróżów prawa, natomiast w mieście podobnego zdania jest 42,9% osób uczestniczących w badaniach ($p < 0,001$). Skutkiem interwencji policji i późniejszego działania wymiaru sprawiedliwości może być areszt. To działanie zapobiegające przemocy jest równie skuteczne w opinii badanych zarówno mieszkańców miasta, jak i wsi. Twierdzi tak 21,8% respondentów miejskich i wiejskich. Z kolei mniej skutecznym środkiem zapobiegającym przemocy niż areszt są kary pieniężne. Ten sposób postępowania ze sprawcami przemocy aprobowany jest przez 11,9% respondentów miejskich i 14,7% respondentów wiejskich. Najmniej skuteczny, jak wynika z badań, jest dozór kuratora. Na ten ostatni środek zapobiegawczy wskazuje 9,7% badanych we wszystkich środowiskach. Jednak jest on wyraźnie mniej popularny na wsi, gdzie tylko 7,2% respondentów wypowiada się pozytywnie o skutkach ustanowienia kuratora. Badane osoby w mieście aprobują ten sposób przeciwdziałania przemocy wobec ludzi starych prawie dwukrotnie częściej (12,2%) – $p < 0,05$.

Do działań długofalowych zapobiegających przemocy należy wychowanie i powiązane z nim upomnienie. Zarówno wychowanie, jak i upominanie wskazywane jest przez jedną piątą respondentów. Jednak te dwa sposoby zapobiegania przemocy są inaczej oceniane w środowisku miejskim, a inaczej w wiejskim. Wychowanie zdecydowanie częściej wskazywane jest w mieście (25,7%) niż na wsi (14,3%) – $p < 0,05$, natomiast upominanie bardziej doceniają respondenci na wsi (30,6%) niż w mieście (12,2%) – $p < 0,001$ ¹⁵.

Warto w tym momencie zacytować też odpowiedzi osób, które uczestniczyły w pierwszym etapie naszych badań; chodzi tu o opinie studentów, policjantów, pracowników socjalnych i pielęgniarek, którzy również zostali zapytani o sposoby zapobiegania przemocy wobec ludzi starych. I jak się okazuje, studenci (70%), policjanci (71,7%), pracownicy socjalni (69,5%) i pielęgniarki (59,5%) najczęściej wskazywali kary jako sposób zapobiegania przemocy wobec osób starszych, jedynie pracownicy socjalni (84,1%) uznali możliwość izolacji od sprawcy za najskuteczniejsze działanie przeciwdziałające opisywanemu zjawisku. Można więc stwierdzić, że kary i możliwości odseparowania sprawcy stanowią dwie najczęściej wybierane możliwości działania wobec problemu przemocy przez poszczególne grupy badanych. Z kolei działania wychowawcze i edukacyjne to następne w kolejności, często wskazywane sposoby zapobiegania przemocy. Największą rangę edukacji i wychowaniu nadają pracownicy socjalni (56,8%) oraz studenci (49,5%). Dalej, leczenie sprawcy to kategoria zaznaczana bardzo rzadko, zaledwie przez 6,1% respondentów, w wynikach obejmujących wszystkie grupy zawodowe i studentów łącznie¹⁶. Zgromadzony materiał empiryczny pozwala więc stwierdzić, że ludzie w podeszłym wieku mają nieco inne propozycje dotyczące przeciwdziałania zjawisku przemocy wobec ludzi starych niż studenci czy przedstawiciele takich grup zawodowych, jak policja, pracownicy socjalni czy pielęgniarki. Warto wziąć to pod uwagę, pracując nad strategią prewencyjną oraz pomocy osobom doświadczającym przemocy.

Inne pomysły i rekomendacje w zakresie przeciwdziałania nadużyciom i zaniebdaniom doznawanym przez osoby w starszym wieku zostały wypracowane na podstawie badań zrealizowanych przez Zakład Socjologii Edukacji oraz Zakład Andragogiki i Gerontologii Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku we współpracy z innymi partnerami (Niemcy, Austria, Wielka Brytania, Portugalia, Węgry) w ramach międzynarodowego projektu **DAPHNE III** *Intimate partner violence against older women*. Projekt dotyczył przemocy w związku małżeńskim/partnerskim doświadczanej przez kobiety w wieku 60 i więcej lat. Badania były prowadzone w trzech etapach. Na początku został przeprowadzony sondaż diagnostyczny w instytucjach, które mogą mieć lub też mają kontakt ze starszymi ko-

¹⁵ J. Halicki, K. Czykier, op. cit., s. 129–130.

¹⁶ A. Sidorczuk, J. Halicki, K. Czykier, *Opinie studentów i profesjonalistów na temat przemocy wobec ludzi starych w: Przemoc wobec ludzi starych. Na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim*, ed. cit., s. 96.

bietami, ofiarami przemocy ze strony męża/partnera – 142 instytucje odesłały wysłany do nich kwestionariusz, na wysłanych w sumie 440 ankiet. Drugi etap to wywiady z osobami, które pracują z kobietami starszymi doświadczającymi przemocy w związku małżeńskim/partnerskim (przeprowadzono 30 wywiadów). Ostatnią fazą procesu badawczego były wywiady ze starszymi kobietami – ofiarami przemocy ze strony męża/partnera – 11 kobiet zgodziło się opowiedzieć o swojej sytuacji.

Zgromadzony materiał ukazał problem przemocy wobec starszych kobiet z różnych perspektyw – i taki był jego cel. Pozwoliło to na wypracowanie rekomendacji dalszych działań naprawczych i prewencyjnych, dzięki którym osoby doznające przemocy uzyskają odpowiednią pomoc, a zjawisko przemocy w związku małżeńskim/partnerskim będzie stopniowo zanikało.

Wynika to – zdaniem ekspertów – z małej wiedzy na ten temat. Potrzeba zatem długofalowych i interdyscyplinarnych działań edukacyjnych dotyczących zagrożeń w starości, ich specyfiki, zasadniczych cech i sposobów pracy z osobami nimi dotkniętymi – co wiąże się z koniecznością upowszechnienia elementarnej wiedzy przede wszystkim z zakresu psychologii, socjologii, pedagogiki, prawa, ale także z obszaru zdrowia publicznego i teologii.

Badania terenowe i bezpośrednie rozmowy z samymi osobami starszymi, a także spotkania grup eksperckich uświadomiły nam również konieczność **edukacji samych seniorów**. Niezbędne są im informacje z zakresu problematyki przemocy w starszym wieku, a ponadto uczestniczący w spotkaniach lekarze geriatrzy zwracali uwagę na potrzebę upowszechnienia wiedzy na temat zachowań seksualnych w starości. Edukacja seksualna to działanie niezbędne w planowaniu strategii przeciwdziałania przemocy w związkach małżeńskich/partnerskich w starszym wieku. Ludzie starzy powinni być bardziej świadomi zmian w sferze seksualnej, jakie zachodzą w nich samych i u ich życiowego partnera. Zrozumienie przemian i potrzeb drugiego człowieka mogłoby pomóc w zapobieganiu zachowaniom agresywnym na tle seksualnym.

Eksperci sygnalizowali także konieczność **powołania fundacji**, która zajmowałaby się sprawami seniorów. Z ich doświadczeń wynika, iż jest to dobry sposób na wsparcie zaplecza systemowego, które jest także potrzebne, ale samo nie wystarcza. Uczestnicy spotkania odwoływali się do przykładów efektywnej działalności fundacji zajmujących się ochroną dzieci przed przemocą i nadużyciami ze strony dorosłych. Akcje podejmowane przez fundacje skutkowały inicjowaniem i przeprowadzaniem różnorodnych kampanii uświadamiających istnienie problemu i sposobów przeciwdziałania zjawisku. Stymulowało to również odpowiednie agendy rządowe do podjęcia aktywności, dzięki której promowane przez kampanie hasła i sposoby pomocy dzieciom – ofiarom przemocy staną się faktem, a nie tylko sloganem. Podobne działania można by podjąć z troską o dobro i interesy ludzi starych – a zwłaszcza starszych kobiet.

Uczestnicy grup eksperckich wskazali potrzebę powoływania **zespołów interdyscyplinarnych**, które zajmowałyby się problemami ludzi starych i przyczyniły do

wieloaspektowego rozpatrywania trudności towarzyszących ich życiu oraz wypracowywania sposobów pomocy najstarszym członkom społeczeństwa. W ich skład powinni wchodzić przedstawiciele różnych instytucji, np. pomocy społecznej, służby zdrowia, policji, duchowieństwa, a także sami seniorzy. Zespoły mogłyby być także dobrym forum dyskusyjnym, które opracowałoby program i przeprowadziło wyżej wspomniane szkolenia służb publicznych czy też samych seniorów. Zdaniem ekspertów warsztaty i szkolenia powinny być przygotowane w sposób profesjonalny, a co więcej – należy wypracować konkretne standardy tego typu nauczania. W Polsce szczególnie braki edukacyjne (niezależnie od grupy wieku) obserwuje się w środowiskach wiejskich.

Bogata oferta różnorodnych firm trudniących się doszkalananiem/przeszkalananiem personelu różnych placówek, i to w różnych dziedzinach, powoduje, że poziom jednego szkolenia nie jest równy poziomowi innego, mimo iż tematyka może być ta sama. Niezbędne jest zatem wypracowanie konkretnych standardów, które byłyby przestrzegane w działalności edukacyjnej na rzecz podniesienia kwalifikacji pracowników służb publicznych, mających kontakt z ludźmi starymi.

Jeśli natomiast chodzi o system pomocy społecznej, to jednym z zadań, które stoją przed placówkami pomocy społecznej, a które mogłoby stanowić pomoc i przyczynić się do przeciwdziałania zachowaniom agresywnym wobec osób starszych, jest wypracowanie i wdrażanie **programów pomocy dla ofiar przemocy**. Najlepszą ich formą mogłyby być grupy wsparcia dla ofiar przemocy – zawłaszcza dla starszych kobiet – ofiar przemocy. Wiadomo, że empatia drugiego człowieka, poczucie zrozumienia, zaufania są bardzo pomocne w pokonywaniu napotykanых trudności. Szczególnie jest to istotne w sytuacji przemocy, np. ze strony osób najbliższych. Stąd też potrzeba zorganizowania grup wsparcia, które powinny dawać osobom w nich uczestniczącym poczucie sprawczości, powinny uświadamiać osobom w nich uczestniczącym, że nie są same ze swoim problemem, bo są inni, którzy te trudności pomogą pokonać. Grupy wsparcia mogą także przyczynić się do tego, że ofiary przemocy – dzieląc się swymi doświadczeniami z innymi – będą miały poczucie, iż mogą coś dać od siebie; opowiadając o swoich doświadczeniach, mogą pomóc innym, będącym jeszcze na początku drogi, którą oni sami już przeszli. Grupy wsparcia mogą więc dać osobom starszym – ofiarom przemocy poczucie bycia stale komuś potrzebnym, co mobilizuje do innego spojrzenia na siebie, na swój los i pomaga pokonywać pojawiające się trudności.

Pracownicy pomocy społecznej mogliby również organizować różnego rodzaju spotkania – czy może **grupy wsparcia dla członków rodzin**, w których pojawiła się przemoc – mowa tu np. o kursach kierowanych do dorosłych dzieci starszych kobiet, które doświadczają przemocy ze strony męża/partnera itp. Eksperci, przybyli na zorganizowaną dyskusję, podkreślali, jak ważne jest zapewnienie osobom starszym wielotorowego wsparcia w procesie walki z doświadczaną sytuacją przemocy. Doświadczenia personelu pokazują, iż ludzie w podeszłym wieku szybko wycofują się ze współpracy z placówką, która chce im pomóc i mobilizuje do podjęcia czasami

radikalnych działań. Takim osobom bardzo potrzebne jest wsparcie nie tylko osób postronnych – pracowników instytucji pomocy, lecz także członków rodziny, osób najbliższych, zaufanych itd. Dlatego też warto podjąć działania – np. w postaci cyklicznych spotkań – na rzecz uwrażliwiania współuczestników sytuacji przemocy na potrzeby ofiar agresywnych zachowań – zwłaszcza potrzebę poczucia bezpieczeństwa, oparcia i pomocy ze strony tych, którzy są najbliżej. Samo wsparcie instytucjonalne nie wystarczy. Potrzebna jest współpraca ze środowiskiem rodzinnym, domowym ofiar przemocy.

Niektórzy eksperci zwracali uwagę na potrzebę zwiększania liczby pracowników socjalnych. Podkreślano, że obciążenie pracą pracownika socjalnego jest bardzo duże, a jego dochody zbyt niskie. Zdaniem ekspertów konieczna jest specjalizacja pracy pracownika socjalnego. Według nich pracownicy socjalni, by móc dobrze pomagać swoim klientom, powinni mieć przydzielony, określony (zawężony) obszar zadań/działania i nie zajmować się wszystkim „po trochu”. Oddzielenie czystej pracy socjalnej od pomocy finansowej – która jest jedną z zasadniczych usług świadczonych przez pomoc społeczną – mogłoby skutkować lepszą jakością pracy instytucji pomocy społecznej i – co równie ważne – większą satysfakcją z wykonywanej pracy.

Służba zdrowia – według członków Zespołów Ekspertów – jest tym sektorem publicznym, który jest najbardziej oporny na jakiekolwiek zmiany i dodatkowe szkolenia z obszaru innego niż medycyna. Z doświadczeń uczestników spotkań wynika, iż wielokrotnie podejmowane próby nawiązania współpracy z lekarzami, pielęgniarkami czy innymi przedstawicielami personelu medycznego nie spotykały się z oczekiwanym zainteresowaniem i chęcią współdziałania. A jak wynika z badań, czy też z relacji ekspertów, sektor medyczny jest niejednokrotnie pierwszą placówką, do której swe kroki kieruje starsza kobieta – ofiara przemocy ze strony męża/partnera. Dlatego tak ważne jest podejmowanie różnorodnych działań na rzecz zachęcania lub zobligowania pracowników służby zdrowia do udziału w wyżej opisywanych szkoleniach, warsztatach, seminariach.

Trzeba budzić świadomość lekarzy w zakresie nadużyć i zaniedbań wobec osób starszych, a także przekonać ich, że lekceważenie objawów, z jakimi zwraca się do nich pacjent – tzn. celowe niekwalifikowanie ich jako śladów zachowań agresywnych – nie jest rozwiązaniem problemu. Nawet więcej, lekarz musi mieć świadomość ciężącej na nim odpowiedzialności karnej za niepodjęcie odpowiednich działań w sytuacji podejrzenia, że miała bądź mogła mieć miejsce przemoc. Z relacji ekspertów wynika, że pracownicy służby zdrowia (a zdarza się także, że i pracownicy pomocy społecznej) w sposób zamierzony nie kwalifikują danej sprawy czy obrażeń na ciele jako zdarzenia, które może mieć coś wspólnego z przemocą domową (jest to sposób na uniknięcie uczestnictwa w ewentualnych procesach sądowych i zeznawaniu w roli świadka). Należałoby zatem podjąć działania, czy to w postaci cyklicznych spotkań, czy może poprzez słowo pisane – np. ulotkę, broszurę itp., które uświadomią wszystkim właściwym służbom konsekwencje zaniechania działań, wpisujących się w jakimś stopniu w zakres ich obowiązków.

Uczestnicy spotkań w ramach Zespołu Ekspertów proponowali także podjęcie działań na rzecz wprowadzenia do pracy pielęgniarek środowiskowych obowiązku **wypełniania** specjalnie przygotowanej **ankiety**, która byłaby narzędziem pomagającym w diagnozowaniu problemu przemocy wobec ludzi starych. Częstotliwość wypełniania takich kwestionariuszy oraz sama ich konstrukcja są do ustalenia. Niemniej jednak warto wprowadzić narzędzie, które będzie tak ułożone, że jego wypełnienie nie zajmie więcej niż 10 minut, a jednocześnie będzie to sposób na w miarę wczesne wykrywanie budzących niepokój sytuacji doświadczanych przez osoby w starszym wieku.

Kolejnym udoskonaleniem, którego wprowadzenie mogłoby przyczynić się do poprawienia stanu bezpieczeństwa i jakości życia ludzi starych, są **ubezpieczenia pielęgnacyjne**. Składkę opiekuńczą od pensji płaciliby co miesiąc solidarnie wszyscy. Jednak szansa na wejście w życie ustawy jest raczej mała, gdyż trudno będzie przekonać tych wszystkich, którzy nie zetknęli się z problemem niesamodzielnego starego lub chorego człowieka, by się opodatkowali.

Jeszcze innym pomysłem, który mógłby być zrealizowany z pomocą służby zdrowia, jest prowadzenie systematycznej akcji tzw. **bilansu seniora**. Podczas okresowych badań, których częstotliwość jest do ustalenia, przygotowani odpowiednio lekarze mogliby zdiagnozować ofiary nadużyć i zaniedbań, a osoba starsza miałaby szansę na uzyskanie informacji na temat dostępnych możliwości i form pomocy, sposobów rozpoznania przemocy i przeciwdziałania zjawisku. To, co mogłoby być możliwe dzięki wprowadzeniu bilansu seniora, to uczynienie problemów ludzi starych bardziej widzialnymi, a zwłaszcza problemu przemocy wobec seniorów¹⁷.

Podsumowanie

Problematyka ludzi starych i starości jest bardzo złożona, a jednocześnie – jak dotąd – zaniedbana w ramach polityki społecznej; w Polsce nie ma polityki społecznej wobec ludzi w starszym wieku. Przedstawiony wyżej materiał wskazuje, że w kwestii uczestnictwa ludzi starych w życiu społecznym oraz dyskryminacji i przemocy wobec seniorów jest jeszcze wiele do zrobienia. Niemniej jednak wdrożenie postulowanych wyżej punktów powinno przyczynić się do znaczących zmian w zakresie funkcjonowania ludzi starych w dzisiejszej rzeczywistości. A im szybciej i więcej zrobimy w tej kwestii, tym łatwiej będzie nam wszystkim zmierzyć się z wyzwaniami, jakie niesie ze sobą życie w starzejącym się społeczeństwie. W sposób szczególny należy dostrzec obszary ryzyka, wśród których istotne są: zróżnicowania regionalne (szczególnie tzw. ściana wschodnia) i środowiskowe (miasto/wieś), płeć

¹⁷ M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska, *Przemoc w związku małżeńskim partnerskim wobec starszych kobiet w Polsce (IPVoW – Intimate Partner Violence against Older Women)*, Badania realizowane w ramach projektu DAPHNE III. Raport 2010 (www.ipvow.org).

(bardziej docenić rolę mężczyzn, którzy w starości są w zdecydowanej mniejszości), wiek (im osoby starsze, tym większe ryzyko niesprawności i zaangażowania opiekuńczego), gospodarstwa jednoosobowe i wieloosobowe i dochód we wspólnym gospodarstwie domowym, obiektywne warunki mieszkaniowe (czy osoba starsza ma do dyspozycji swój własny pokój/izbę), niewydolność opiekuńcza rodziny (doinwestowanie rodziny w postaci kapitału opiekuńczego lub też wsparcie finansowe), także edukacja osób starszych oraz osób współpracujących z seniorami w obszarze działań formalnych i nieformalnych (m.in. pracownicy pomocy społecznej, pracownicy służby zdrowia, osoby duchowne, wolontariusze). Może warto przywołać w tym miejscu zapomnianą myśl Samuela Smilesa, który w ten oto sposób nawoływał do uczestnictwa w życiu społecznym: „Jeśli sam czemu podołać nie możesz, tołącz się z innymi, którzy tego samego, co ty pragną, a wiele drobnych sił w połączeniu stworzy jedną wielką potęgę”¹⁸.

¹⁸ S. Smiles, *Pomoc własna (self-help)*, Wyd. Gebethner i sp., wyd. nowe pomnożone, Warszawa 1908, s. 74.

WARUNKI INTEGRACJI I RYZYKA DYSKRYMINACJI LUDZI STARSZYCH W RODZINIE I ŚRODOWISKU LOKALNYM

Kluczowe gwarancje i normy prawne

Gwarancje wolności, praw osobistych, politycznych, ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych dla osób w starszym wieku, podobnie jak dla wszystkich obywateli Polski, zawiera ustawa zasadnicza, czyli *Konstytucja RP* z 1997 roku, uwzględniająca zapisy z takich dokumentów międzynarodowych, jak: *Konwencja Rzymska o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, *Europejska Karta Społeczna* czy *Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego*. Konstytucyjny dokument obejmuje, między innymi, prawa do: bezpieczeństwa osobistego, poszanowania życia prywatnego, rodzinnego, do ochrony zdrowia, do zabezpieczenia społecznego, do pomocy społecznej i medycznej, do ochrony prawnej, medycznej i ekonomicznej¹. Analiza jego zapisów upoważnia do przyjęcia tezy, iż granice wiekowe w żadnej mierze nie różnicują w kraju gwarancji praw znaczących dla poszanowania życia oraz wyznaczania jego jakości, także w fazie starości.

Generalnie, rodzina i środowisko zamieszkania, stanowiące dla ludzi starszych główną przestrzeń życiową, są środowiskiem naturalnym pozostającym poza odrębnymi regulacjami prawnymi. Ponieważ jednak o jakości życia w rodzinie i najbliższym otoczeniu decydują takie czynniki, jak: status materialny, zawodowy i społeczny jej członków, wielkość i struktura rodziny, warunki mieszkaniowe i potencjalna zdolność do partycypacji społecznej – należy przyjąć, że regulacje prawne w sposób pośredni wyznaczające funkcjonalność tych płaszczyzn, zawarte są zarówno w *Konstytucji RP*, jak i wielu ustawach, z których najważniejsze to:

- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118, z późn. zm.; Dz.U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74);

* Dr hab. prof. UJK Elżbieta Trafialek – Zakład Polityki Społecznej, Instytut Nauk Politycznych, Uniwersytet im. Jana Kochanowskiego w Kielcach.

¹ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku* (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).

- Ustawa *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* z dnia 25 lutego 1964 roku (Dz.U. Nr 9, poz. 59, z późn. zm.; Dz.U. z 1999 r. Nr 52, poz. 532; Dz.U. z 2000 r. Nr 122, poz. 1322 i Nr 128, poz. 1403);
- Ustawa *Kodeks cywilny* z dnia 23 kwietnia 1963 roku (Dz.U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.; Dz.U. z 2002 r. Nr 113, poz. 984 i Nr 141, poz. 1176, z późn. zm.);
- Ustawa *Kodeks pracy* (Dz.U. z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o pracowniczych programach emerytalnych (Dz.U. z 2004 r. Nr 116, poz. 1207);
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 16 lutego 2007 roku o zmianie Ustawy o pomocy społecznej z 2004 roku – stan prawny obowiązujący z dniem 1 kwietnia 2007 roku (Dz.U. Nr 48, poz. 320);
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. Nr 228, poz. 2255);
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. Nr 35, poz. 305);
- Ustawa *Prawo o stowarzyszeniach* z dnia 7 kwietnia 1989 roku (Dz.U. z 2001 r. Nr 79, poz. 855)
- Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 23 stycznia 2003 roku (Dz.U. Nr 45, poz. 391);
- Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 14 lipca 2006 roku (Dz.U. Nr 143, poz. 1032);
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.);
- Ustawa o zmianie ustawy o dodatkach mieszkaniowych z dnia 8 października 2004 roku (Dz.U. Nr 240, poz. 2406);
- Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 roku (Dz.U. Nr 96, poz. 873);
- Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz.U. z dnia 20 września 2005 r. Nr 180, poz. 1493);
- Ustawa z dnia 7 września 2007 roku o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz.U. Nr 192, poz. 1378);
- Ustawa *Prawo o stowarzyszeniach* z dnia 7 kwietnia 1989 roku (Dz.U. z 2001 r. Nr 79, poz. 855, z późn. zm.);
- Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 28 marca 1990 roku (Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591, z późn. zm.);
- Ustawa o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998 roku (Dz.U. Nr 91, poz. 578);
- Ustawa o samorządzie wojewódzkim z dnia 5 czerwca 1998 roku (Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590);

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o zmianie ustawy – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2008 r. Nr 220, poz. 1431).

W większości wymienionych dokumentów – ludzie starsi nie występują ani jako adresaci określonych form wsparcia, ani jako odbiorcy określonych usług, osoby uprawnione czy też zobowiązane do czegoś. Należy to rozumieć jako ustawowe traktowanie ich na równi z innymi obywatelami, ale jednocześnie jako brak czytelnych zasad ochrony praw człowieka starego, które bardzo wyraźnie formułowane są od lat w dokumentach ONZ i Unii Europejskiej². W prezentowanej diagnozie ogólnej ocenie poddano tylko niektóre ustawy zawierające elementy prawnych podstaw wyznaczania pozycji człowieka starszego w rodzinie i jego praw w tym środowisku.

1. Kodeks rodzinny i opiekuńczy – w dokumencie dużo miejsca poświęcono opiece i kurateli nad małoletnim oraz nad ubezwłasnowolnionym członkiem rodziny (jest nawet zapis o możliwości ustalenia kuratora dla dziecka poczętego), a nie ma w nim regulacji dotyczących opieki nad chorym, niepełnosprawnym, bezradnym, starym, osamotnionym rodzicem lub krewnym. W świetle obowiązujących zapisów kodeksowych, obowiązek alimentacyjny dorosłych dzieci względem rodziców powstaje wyłącznie w sytuacji zdiagnozowanego niedostatku (art. 133 § 2), czyli braku możliwości samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb. Do podstawowych i usprawiedliwionych potrzeb w doktrynie i orzecznictwie zalicza się potrzeby: mieszkaniowe, zdrowotne, związane z żywieniem i ubraniem, a czasem także edukacyjne, rehabilitacyjne, kulturalne i związane z wypoczynkiem. Usprawiedliwione potrzeby zawsze są oceniane indywidualnie z uwzględnieniem obiektywnych przyczyn powstania niedostatku. Obowiązek alimentacyjny dzieci względem rodziców może być wykonywany albo w formie świadczeń pieniężnych, albo poprzez dostarczenie żywności, opału, jedzenia, lekarstw itp. Jego egzekucję, formę i wysokość musi poprzedzać złożenie odpowiedniego pozwu i prawomocny wyrok sądowy.

W znowelizowanej w 2008 r., a obowiązującej od 13 czerwca 2009 r. wersji kodeksu rodzinnego i opiekuńczego ustawodawca wprowadził nowe zasady alimentacji, ale zmiany ograniczył głównie do kwestii kontaktów i zobowiązań płatniczych rodziców względem pełnoletnich dzieci. Regulacje relacji pokoleniowych oraz zobowiązań alimentacyjnych względem starszych rodziców i dalszych krewnych, zawarte w części II „Pokrewieństwo – Obowiązek alimentacyjny”, w dziale „Opieka i Kuratela” oraz w dziale „Opieka nad ubezwłasnowolnionym całkowicie” – pozostały w niezmienionej wersji – ogólnej i obciążonej ryzykiem dowolnej interpretacji³.

² Por. np.: *Europejska Karta Społeczna* – dokument Rady Europy, sporządzony w Turynie w 1961 r., zmieniony Protokołem z 21 października 1991 i ratyfikowany przez Polskę 10 czerwca 1999 r. (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67); *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, UNDP, CASE, Warszawa 1999.

³ *Kodeks cywilny. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Stan prawny na 1 sierpnia 2009 roku*, Warszawa 2009, s. 295–351.

2. Kodeks cywilny – wiele kontrowersji budzi zapis o darowiznach. „Darczyńca może odwołać darowiznę nawet już wykonaną jeżeli obdarowany dopuścił się względem niego rażącej niewdzięczności” (art. 898 § 1), ale dalej: „darowizna nie może być odwołana po upływie roku od dnia w którym uprawniony dowiedział się o niewdzięczności obdarowanego” (art. 899 § 3) i „przepisów o odwołaniu darowizny nie stosuje się gdy darowizna czyni zadość obowiązкови wynikającemu z zasad współżycia społecznego” (art. 902). Z doświadczeń praktycznych (wywiady prowadzone przez rok ze służbami społecznymi) wynika, że sądy niezmiennie rzadko rozstrzygają spory rodzinne na korzyść ludzi starych – potencjalnych darczyńców, źle traktowanych przez osoby obdarowane. Możliwość cofnięcia darowizny nie powinna być obwarowana żadnymi terminami, stanowiąc tym samym dla człowieka starego dożywotni gwarant godnego traktowania w rodzinie. Ostatni cytowany zapis można też traktować jako uznanie za wyższy społeczny użytek z dysponowania domem, mieszkaniem przez np. młode małżeństwo z dzieckiem (nawet jeśli nie wypełniają oni swych zobowiązań opiekuńczych) niż przez samotnego człowieka w podeszłym wieku. W mieszkaniach zastępczych, w hostelach pomocy społecznej i domach pomocy społecznej przebywa wiele osób (brak statystyk na ten temat) w starszym wieku, które przekazały majątek dzieciom, wnukom i w wyniku zaniedbań, przemocy stosowanej przez nowych właścicieli, stały się podopiecznymi pomocy społecznej: ośrodków interwencji kryzysowej, a następnie instytucji opiekuńczych.

Kontrowersje budzi też zapis z działu III „Dożywocie”: „jeżeli w zamian za przeniesienie własności nieruchomości nabywca zobowiązuje się zapewnić zbywcy dożywotnie utrzymanie (umowa o dożywocie), powinien on w braku odmiennej umowy, przyjmując zbywcę jako domownika, dostarczać mu żywienia, ubrań, mieszkania, światła i opału, zapewnić mu odpowiednią pomoc i pielęgnowanie w chorobie oraz sprawić mu własnym kosztem pogrzeb odpowiadający zwyczajom miejscowym” (art. 908) i dalej: „prawo dożywocia jest niezbywalne”, ale „sąd może zmienić prawa dożywocia na dożywotnią rentę odpowiadającą wartości tych uprawnień” (art. 912). W *Kodeksie* nie ma mowy o ustaleniu kuratora w celu kontrolowania takich zobowiązań. Ponadto dożywotnia renta, jako kompensata utraconych praw, trudna jest do wyegzekwowania. Ludzie starzy wstydzą się doznawanej w rodzinie krzywdy i nikt nie reprezentuje ich interesów. Na profesjonalną pomoc prawników ich nie stać, a najczęściej po prostu nie wiedzą, gdzie zgłaszać problemy. Jeśli mają stałe źródło dochodu – nie zabiegają (ani też nie czyni tego nikt w ich imieniu) o uzyskanie renty dożywotniej, pozostając najczęściej w placówkach pomocy społecznej, w szpitalach, hospicjach, ośrodkach interwencji kryzysowej.

Ustawodawca z reguły zakłada, że rodzina jest gwarantem ochrony praw człowieka starego i nie ma potrzeby opracowywania zasad postępowania w warunkach konfliktu interesów jej członków. Praktyka jest jednak różna, dlatego też prawo powinno przewidywać sytuacje, kiedy w tym właśnie środowisku najstarszy członek rodziny doznaje przemocy i jest źle traktowany.

3. Ustawy emerytalne – arbitralnie wyznaczają próg wieku, po przekroczeniu którego pracodawca może rozwiązać umowę o pracę. W warunkach prowadzenia prawidłowej polityki rynku pracy o odejściu od aktywności zawodowej powinien decydować nie tyle arbitralny przepis, co sam zainteresowany. Progi wieku emerytalnego wymagają zniesienia różnicowania według kryterium płci i niezbędnego uelastycznienia, bowiem jedni chcą i mogą pracować krócej (np. z przyczyn zdrowotnych, rodzinnych, nienadążania za wymaganiami pracodawców, za oczekiwaniami rynku pracy), inni natomiast są mobilni, zainteresowani dalszym funkcjonowaniem zawodowym nawet w wieku 66–80 lat. Sprawa jest też ważna ze społecznego i ekonomicznego punktu widzenia, bowiem migracja zarobkowa ludzi młodych z jednej strony powoduje pustoszenie rynków pracy, z drugiej zaś w sposób znaczący ogranicza wpływy i zwiększa wydatki budżetu państwa. Ponieważ w sytuacji rosnącego zadłużenia wewnętrznego dalsza dezaktywizacja zawodowa osób zdolnych do funkcjonowania na rynku pracy (niezależnie od płci i wieku) może spowodować utratę płynności finansów publicznych – wszelkie formy wspierania działań ukierunkowanych na aktywizację osób w wieku 50+ należy traktować w kategorii absolutnego priorytetu racjonalnej polityki rynku pracy, zatrudnienia i zabezpieczenia społecznego.

4. Ustawa o pomocy społecznej – w znowelizowanej wersji z 2004 r. nie ma zapisu o gwarancie pomocy społecznej w sytuacji starości, samotności i bezradności, choć wszystkie pozostałe grupy ryzyka społecznego określone są bardzo precyzyjnie (art. 7). Nie ma też wyraźnego określenia specyfiki pracy socjalnej na rzecz ludzi starych i zdefiniowania obowiązków służb społecznych względem najstarszych mieszkańców środowiska. Szczególnie ważna jest tu diagnoza, a także bieżące monitorowanie deficytów i potrzeb ludzi starych (głównie dotyczących wsparcia, pomocy w zwalczaniu skutków osamotnienia, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, załatwianiu spraw w urzędach, kontaktach z placówkami ochrony zdrowia). Ustawa powinna wyraźnie określać zadania pracownika socjalnego – obecnego w terenie, znającego potrzeby mieszkańców – a nie oczekującego na zgłoszenia w swoim biurze. Człowiek stary niezmiernie rzadko zgłasza się po pomoc – ale to nie znaczy, że jej nie potrzebuje.

Zgodnie z dyspozycją art. 39 ust. 1 ustawy – dla zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej może być przyznany zasiłek celowy, np. na pokrycie kosztów zakupu żywności, leków, opału, kosztów remontów, napraw, a także kosztów pogrzebu. Uzyskanie takiej pomocy wymaga jednak nie tylko złożenia stosownego wniosku i wypełnienia dokumentów, ale także dobrej woli pracowników decydujących o przyznaniu bądź nieprzyznaniu świadczenia. Wskazany przepis ustawy ma charakter uznaniowy, co oznacza stosowanie zasady tzw. administracyjnego uznania roszczenia, z uwzględnieniem równie nieprecyzyjnego „interesu społecznego i słusznego

interesu obywateli”⁴. Zarówno uznaniowość, jak i nieostre pojęcia „niezbędnej potrzeby życiowej” oraz „warunków odpowiadających godności człowieka” powodują, że z jednej strony decyzje jednostek uprawnionych do przyznawania zasiłków często są zaskarżane do sądów, z drugiej zaś – ludzie starsi, osoby niepełnosprawne, bezradne, z powodu niewiedzy o swoich prawach albo w obawie przed odmową, przed biurokratycznymi procedurami – rzadko z takiej formy wsparcia korzystają.

5. Ustawa o świadczeniach rodzinnych – wymienione są alimenty na rzecz dzieci (art. 3), ale brak informacji o obowiązkach alimentacyjnych dzieci względem rodziców. Są uwzględnione dodatki – świadczenia za opiekę nad dzieckiem, nad dzieckiem niepełnosprawnym, ale ustawodawca nie pomyślał o ekwiwalentach pieniężnych dla opiekunów osób starszych, wymagających stałej opieki domowej (np. chorzy na Alzheimera, cierpiący na demencję, niesprawni ruchowo). Wiele osób rezygnuje z pracy zawodowej, aby opiekować się starymi, chorymi rodzicami. Nie przysługuje im żadna rekompensata, choć z punktu widzenia interesów społecznych, budżetu i samego chorego – jest to rozwiązanie o wiele korzystniejsze od pobytu w zamkniętej placówce opiekuńczej, pielęgnacyjnej czy hospicyjnej.

Człowiek starszy w rodzinie

Na wszystkich etapach historycznych przemian rodzina zawsze stanowiła podstawę społeczeństwa i jego najważniejszą jednostkę metodologiczną. W kategorii źródeł tworzą ją zarówno związki pokrewieństwa, jak i więzi, relacje oraz wielokierunkowe zależności. U podstaw leżą szeroko rozumiane gwarancje bezpieczeństwa oraz poczucie tożsamości. O jej znaczeniu – z punktu widzenia opieki, kompensacji, wsparcia i zaspokajania najważniejszych potrzeb – świadczy fakt, że dotychczas nie zbudowano wobec niej żadnych wystarczająco skutecznych podmiotów zastępczych, a te już powstałe nawet w warunkach optymalnych ograniczają działania do funkcji interwencyjnych, naprawczych bądź kompensacyjnych.

Dla ludzi w starszym wieku rodzina jest najważniejszą płaszczyzną odniesienia oraz powszechnie odczuwanym gwarantem bezpieczeństwa, opieki i akceptacji. Wskazywana jest jako jedyna instytucja zdolna do wypełniania rozległych deficytów starości i skutecznego rozwiązywania problemów znamiennych dla podeszłego wieku: emocjonalnych, organizacyjnych, bytowych, związanych z codziennym funkcjonowaniem. I choć – jak wynika z licznych badań, w tym także przeprowadzonych przez Brunona Synaka – ludzie starsi coraz częściej żyją w samodzielnych gospodarstwach domowych, to rodzina nadal traktowana jest przez nich w kategorii naj-

⁴ Szczegółowe komentarze i kontrowersje wokół ww. zapisów ustawy oraz przykładowe wyroki sądowe w przedmiotowej sprawie patrz: *Pomoc społeczna w praktyce, Fachowy poradnik dla pracowników socjalnych i osób zarządzających placówkami socjalnymi*, J. Sobczak, A. Wiśniewska-Mucha (red.), t. 2, cz. 4, r. 4, Warszawa 2009, s. 2–18.

ważniejszych grup odniesienia, jako przedmiot szczególnego zainteresowania, aktywności i jako niezastąpione źródło satysfakcji⁵. Takie preferencje aksjologiczne potwierdzają też badania Zofii Szaroty, Leona Dyczewskiego i innych gerontologów. W rodzinie realizowane są najważniejsze potrzeby psychiczne, a tradycyjny, odwieczny przekaz pokoleniowy między generacjami gwarantuje stały transfer wzajemnych usług materialnych, emocjonalnych oraz rzeczowych⁶. Ich kierunek z reguły różnicuje się w następujących kategoriach:

- prowadzenie gospodarstw domowych i wsparcie emocjonalne – przepływ wzajemny, dwukierunkowy;
- opieka, pomoc, wsparcie w chorobie i niepełnosprawności – rodzina na rzecz osoby starszej;
- pomoc materialna, opieka nad dziećmi i wnukami – osoba starsza na rzecz rodziny.

Jakość życia ludzi w starszym wieku w Polsce, wprowadzie w różnym zakresie, ale niemal zawsze wynika z pozycji zajmowanej w rodzinie, z relacji, kontaktów z najbliższymi oraz poziomu potencjalnej akceptacji z ich strony. Nie bez znaczenia – z uwagi na dostępność oczekiwanych interakcji i poziom zainteresowania nimi ze strony pokoleń młodszych – jest jednak fakt, że zarówno model rodziny, jak i pełnione przez nią funkcje ulegają ustawicznym zmianom.

Obecnie w rodzinach małych, dwupokoleniowych, samodzielnych ekonomicznie – z reguły nie ma miejsca dla przedstawicieli trzeciego pokolenia, a kontakty z nimi mają charakter doraźny, okazjonalny i odświętny. Z kolei w rodzinach dotkniętych bezrobociem i biedą czynnikiem integracji pokoleniowej jest nie tyle więź emocjonalna, co korzyści ekonomiczne płynące z prowadzenia wspólnego gospodarstwa z osobami posiadającymi stałe źródło dochodu. Według L. Dyczewskiego „pomoc finansowa i rzeczowa ma wyraźnie kaskadowy kierunek, tzn. płynie głównie od pokoleń starszych ku młodszym”⁷. W rodzinach dysfunkcyjnych ludzie starzy często są ofiarami przemocy, zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Są pozbawiani swych świadczeń, wykorzystywani jako tania siła robocza. W statystykach (w tym także sądowych) trudno wprowadzie znaleźć na ten temat jakiegokolwiek dane, ale tezę potwierdzają dokumenty znajdujące się we wszystkich ośrodkach interwencji kryzysowej i w powiatowych, gminnych oraz miejskich ośrodkach pomocy rodzinie.

⁵ B. Synak, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Gdańsk 2000, s. 14; E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2004; Z. Kawczyńska-Butrym, *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Lublin 2008; *Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii*, B. Zboina, G. Nowak-Starz (red.), Ostrowiec Świętokrzyski 2009.

⁶ L. Dyczewski, *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Lublin 2002, s. 82; Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Kraków 2004, s. 95; E. Trafiałek, *Starość w miasteczku Chmielnik*, Kielce 2000; E. Bojanowska, *Opieka nad ludźmi starszymi*, w: *Przygotowanie do starości*, P. Szukalski (red.), Warszawa 2009, s. 207–215.

⁷ L. Dyczewski, op. cit., s. 82.

Kolejnym problemem, związanym z brakiem wsparcia ze strony rodziny, są rzadkie kontakty z dziećmi i wnukami opuszczającymi środowisko lokalne w poszukiwaniu pracy i w celu zdobycia wykształcenia migrującymi do odległych miast, regionów, a coraz częściej i za granicę. Osłabione kontakty i więzi emocjonalne z bliskimi skutkują poczuciem osamotnienia, izolacji, a w konsekwencji także wykluczenia społecznego.

Poważnym źródłem wszelkich deficytów starości jest samotność, ale często równie niekorzystne jest pozostawanie we własnej rodzinie. Zanikają rodziny dwu-, trzypokoleniowe, w których osoby starsze mogły liczyć na opiekę i zainteresowanie. Owdowiali żyją najczęściej w rodzinach swych dzieci, które korzystają z obecności oraz pomocy babci czy dziadka, tym bardziej że instytucje opieki nad dziećmi są słabo rozwinięte, a na wsi prawie ich nie ma. Problem pojawia się wówczas, gdy starszy człowiek staje się niesprawny i zaczyna to obarczać rodzinę. W polskiej rzeczywistości rodzina nie znajduje dostatecznej pomocy instytucjonalnej w sprawowaniu opieki i pielęgnacji nad człowiekiem starszym i niepełnosprawnym. I nie jest to problem wyłącznie polski; towarzyszy on przemianom społecznym, ekonomicznym, demograficznym i kulturowym na całym świecie. Zapotrzebowanie na wszelkie formy wsparcia rodzin opiekujących się starszymi krewnymi rośnie niemal równoległe do coraz dłuższej średniej trwania życia. Odpowiedzią na nie są zarówno dzienne ośrodki opieki nad chorymi (np. na chorobę Alzheimera), środowiskowe domy samopomocy, świetlice i placówki opieki dziennej, sąsiedzkiej, jak i nowe zawody w sektorze pomocowym, dające uprawnienia do systematycznego wspierania rodziny w wypełnianiu przez nią funkcji opiekuńczej. Warto tu wymienić: asystentów rodziny, opiekunów osób starszych, asystentów osób niepełnosprawnych, asystentów pracy socjalnej i opiekunki środowiskowe.

Zarówno globalizacja, instytucjonalizacja, indywidualizacja życia, jak szereg innych procesów znamionujących kulturę cywilizacji XXI wieku – ustawicznie modyfikują zakres i warunki realizacji zabezpieczającej funkcji rodziny. W 2005 r. Komisja Europejska zwróciła uwagę, że współczesne rodziny nie są już w stanie rozwiązywać problemów związanych z opieką nad swoimi starszymi krewnymi⁸. Wymagają oni pomocy i instytucjonalnego wsparcia, w tym głównie ze strony jednostek samorządu lokalnego i organizacji pozarządowych w tworzeniu oferty dostępnych form wsparcia starszych i niesprawnych mieszkańców środowiska lokalnego. Wyzwania, jakie współczesność postawiła przed polityką społeczną, uprawniają zatem do przyjęcia tezy o pilnej potrzebie uznania wysokiej rangi wzajemnej zależności pomiędzy jakością życia w starości a indywidualnymi zdolnościami oraz motywacją do inwestowania w siebie i swoją przyszłość: w zdrowie, kondycję, edukację i niezależność ekonomiczną.

⁸ E. Bojanowska, op. cit., s. 209–211; Z. Szarota, *Seniorzy w przestrzeni kulturalno-edukacyjnej społeczeństwa wiedzy*; A. Chabior, *Spoleczny wymiar kształcenia gerontologicznego – aspekt teoretyczno-praktyczny*; M. Dziegielewska, *Edukacja jako sposób przygotowania do starości*, w: *Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność*, A. Stopińska-Pająk (red.), „Chowanna” 2009, tom 2 (33), s. 77, 235, 49.

Rodzina zawsze będzie zajmowała najwyższą pozycję w hierarchii aksjologicznych preferencji ludzi starszych, ale ważne jest upowszechnianie zasady, że nie może ona stanowić alternatywy dla braku samodzielności, czy bezradności. Poprawne relacje międzygeneracyjne w rodzinie zawsze dają możliwość wzajemnego świadczenia usług i pomocy, ale nie mogą być wymuszane i związane z koniecznością rezygnowania z innych niezbędnych form aktywności, np. zawodowej albo edukacyjnej, przez młodszych członków wspólnoty rodzinnej. Najskuteczniejszą formą profilaktyki w tej dziedzinie jest edukacja do starości i promocja zasad aktywnego starzenia się.

Warunki funkcjonowania w środowisku lokalnym – rola integracji społecznej i wsparcia środowiskowego

W Polsce ludzie starzy stanowią grupę, w której – mimo gwarancji stałych dochodów z tytułu uzyskiwanych świadczeń społecznych – ryzyko marginalizacji występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społecznych. Z racji różnorodnych ograniczeń postrzegani są też, zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym, w kategoriach niskiego statusu społecznego⁹. Na ryzyko ich wykluczenia wpływa ogrom różnorodnych czynników natury ekonomicznej, społecznej i kulturowej, ale najistotniejsze mieszczą się w obrębie struktur podstawowych, tworzących przestrzeń życiową i stanowiących przedmiot zainteresowań polityki społecznej. To rynek pracy, opieka zdrowotna, system zabezpieczenia społecznego, dostęp do konsumpcji dóbr i usług oraz najbliższe otoczenie, czyli środowisko rodzinne i lokalne.

Współczesny stereotyp starości, utożsamianej z pauperyzacją, niepełnosprawnością, bezradnością, dyskryminacją indywidualną i instytucjonalną, rodzi specyficzne postawy i reakcje społeczne: od negacji, przez obojętność, do litości. Wszystkie one odbierane są przez ludzi w starszym wieku jako przejaw odrzucenia, braku akceptacji, redukcji praw funkcjonowania w roli pełnoprawnych członków społeczeństwa, środowiska lokalnego, wspólnoty rodzinnej. Utrzymanie takich relacji skutkować może pogłębianiem polaryzacji grup wieku, marnotrawieniem kapitału tkwiącego w pokoleniowym przekazie. Postawy życzliwości wobec seniorów cech-

⁹ Z cyklicznych badań CBOS wynika, że poziom zdrowia, sprawności, samodzielności i optymizmu populacji ludzi starszych jest bardzo niski. Czują się bezradni wobec różnych przejawów dyskryminacji, a pozostałe grupy wieku bardziej skłonne są do dalszego ograniczania ich praw (np. do pracy), wskazywania na trudności związane z opieką nad osobami starszymi, chorymi, niż do wskazywania potrzeby wprowadzenia zmian w celu optymalnego przebiegu tej fazy życia, jako że sami o starości myślą rzadko lub nie myślą w ogóle. Por. K. Pankowski, *Polacy o starości*, Komunikat z badań CBOS nr 1/14/99, Warszawa 1999; B. Wciórka, *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości*, Komunikat z badań CBOS nr 172/00, Warszawa 2000; A. Grudniewicz, *Emerytów portret własny*, Komunikat z badań CBOS nr 6/13/01, Warszawa 2001.

ją środowiska osób dobrze sytuowanych, z wyższym wykształceniem, natomiast im niższe wykształcenie i gorsze materialne warunki bytu respondentów – tym większa skłonność do krytycznej oceny stosunku otoczenia do najstarszych¹⁰.

Wskazane tendencje potwierdzają wyniki badań CBOS z 2007 r., w świetle których co czwarty Polak prezentuje wobec ludzi starych postawy dystansu, obojętności lub niechęci. I choć, jak wynika z cytowanych badań, w ciągu ostatnich sześciu lat wzrósł poziom życzliwości rodziny (z 69% do 79%), sąsiadów (z 64% do 68%) i wspólnot parafialnych (z 58% do 64%) wobec tej grupy, to ludzie starzy nadal są w swoim środowisku traktowani bardzo różnie. Procesom integracji nie sprzyja powszechna skłonność najstarszych mieszkańców środowiska do wycofywania się z życia społeczności. W świetle badań CBOS z 2010 roku, zdecydowana większość z nich nie tylko nie udziela się społecznie, ale i nie pomaga osobom spoza swojego gospodarstwa domowego, czyli izoluje się, ograniczając swą aktywność do kontaktów z rodziną średnio raz w tygodniu. Nadal jednak poziom zadowolenia z życia osoby starsze uzależniają w pierwszej kolejności od relacji z rodziną, najbliższe otoczenie wymieniając na drugim miejscu¹¹.

W świetle założeń współczesnej gerontologii środowisko lokalne, środowisko zamieszkania stanowi najlepszą przestrzeń do organizowania skutecznych działań pomocowych, bowiem idea wsparcia bazuje na regule nieingerowania w utrwalony styl życia oraz na akceptacji wszystkich składowych przyjaznej przestrzeni życiowej człowieka starszego. Jedną z popularnych obecnie w Europie form wsparcia i integracji ludzi starszych w środowisku zamieszkania jest ich aktywizacja i umiejętne angażowanie w codzienne funkcjonowanie najbliższego środowiska. Na poziomie lokalnym taką szansę stwarza rozwój różnego typu usług, w tym głównie opiekuńczych. To obszar dotychczas słabo zagospodarowany, a z doświadczeń europejskich wynika, że optymalne wykorzystanie kapitału ludzkiego na poziomie lokalnym jest nie tylko możliwe, ale i pożyteczne, zarówno z ekonomicznego, jak i społecznego punktu widzenia. Za przykład można podać kraje skandynawskie, gdzie funkcjonują spółdzielnie socjalne świadczące usługi realizowane przez osoby dojrzałe i starsze objęte procesem reorientacji zawodowej. W systemie wsparcia środowiskowego równie ważne jest organizowanie pomocy wolontarnej, współpracy sąsiedzkiej czy też rodzinnych domów pomocy. Zgodnie z priorytetami wspólnotowej polityki spójności i solidaryzmu, wszelkie alternatywne formy aktywizacji osób po 50. roku życia służą wzmacnianiu potencjału tkwiącego w środowiskach lokalnych, a dla ludzi w starszym wieku mają znaczenie szczególne – zaspokajają bowiem potrzeby użyteczności publicznej, akceptacji oraz pełnienia ważnych ról społecznych. Aktywne – tzw. pomyślne – starzenie się, podobnie jak aktywna, nacechowana samodzielnością

¹⁰ B. Wciórka, *Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?*, Komunikat z badań CBOS nr BS/33/07, Warszawa 2007.

¹¹ K. Wądołowska, *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*, Komunikat z badań CBOS nr BS/2/2010, Warszawa 2010, s. 17–18; K. Zagórski, G. Gorzelak, B. Jałowiecki, *Zróżnicowanie warunków życia. Polskie rodziny i społeczności lokalne*, CBOS, Warszawa 2009.

faza życia w starości, oznaczają nie tylko sprawność psychofizyczną, ale także czynny udział, satysfakcjonujące uczestnictwo w życiu wspólnoty lokalnej, w życiu społecznym i kulturalnym. To niezwykle cenne determinanty w procesie samodzielnego sterowania własnym życiem, adekwatnego do wiedzy, umiejętności i oczekiwań. W kategoriach społeczno-ekonomicznych to zachowania i preferencje szczególnie ważne z punktu widzenia optymalnego zagospodarowania potencjału zawartego w kapitale ludzkim, a w kategoriach jednostkowych – niezbędne do realizacji marzeń, pragnień, aspiracji i zaspokajania narastających z wiekiem potrzeb afiliacyjnych.

Diagnozowanie problemów i potrzeb ludzi starszych – stan a potrzeby

Diagnozowanie warunków życia ludzi starych, podobnie jak wskazywanie potencjalnych źródeł ich wykluczenia społecznego, jest w Polsce zadaniem wyjątkowo trudnym z uwagi na brak podstawowych danych źródłowych na ten temat. Przedstawiciele trzeciej generacji, mimo dużej liczebności grupy, nadal traktowani są marginalnie – zarówno w obowiązujących ustawach, w strategiach polityki społecznej na lata 2007–2013, jak i w analizach statystycznych. Do rzadkości należą badania jakościowe prowadzone wśród tej populacji, brakuje stałego monitoringu ich potrzeb, w tym głównie opiekuńczych, konsumenckich. Najważniejsze jest to, że nadal nie ma wypracowanych, adekwatnych do potrzeb społecznych form pracy środowiskowej ułatwiających człowiekowi w podeszłym wieku pozostawanie w środowisku stałego zamieszkania. W statystykach pomocy społecznej nie ma wyodrębnionych kategorii: przemoc wobec ludzi starych, wiek podopiecznych ośrodków interwencji kryzysowej, formy wsparcia świadczone na rzecz najstarszych mieszkańców środowiska itp.

Przemoc w rodzinach wobec ludzi w podeszłym wieku, podobnie jak przemoc rodziców wobec dzieci, nigdzie nie jest rejestrowana. Doświadczających jej ludzi dorosłych nie broni w Polsce żadne prawo, nawet w kodeksach nie ma klasyfikacji prawnej tego zjawiska – choć samo zjawisko istnieje. Jak wynika z Raportu „Polityki” z 2007 roku, opartego na analizie telefonów do Niebieskiej Linii za lata 2003–2006 – tylko 1,2% starszych rodziców dręczonych przez dzieci szuka pomocy u rodziny lub znajomych, a 14% – u pracowników socjalnych. Zgłaszający przemoc to z reguły świadkowie, bo ofiary wolą milczeć w obawie przed „odesłaniem do domu starców”, „utrącią akceptacji i miłości”, „ze wstydu” lub z przekonania, że „do domów pomocy trafiają niechciani i niekochani”¹². W jednostkach pomocy społecznej ważniejsza od szybkiej interwencji jest rejestracja przypadku, a kwestionariusz, który ma do wypełnienia ofiara przemocy, obejmuje 72 strony. Biurokracja dominuje nad sprawami ludzkimi.

¹² E. Gietka, *Kiedy dzieci biją rodziców*, „Polityka” z 16 czerwca 2007 r., nr 24 (2608), s. 4–10.

Na rynku pracy brakuje też osób przygotowanych do pracy w nowych zawodach, związanych ze wspieraniem człowieka starego w środowisku zamieszkania: opiekunów osób niepełnosprawnych, opiekunów osób starszych, pielęgniarek środowiskowych, opiekunów medycznych itp. W takich krajach, jak Dania, Szwecja, Holandia – sukcesywne zastępowanie opieki instytucjonalnej wsparciem środowiskowym spowodowało nadanie tym zawodom wysokiej społecznej rangi. Pomysł daje dobre efekty, podobnie jak w Niemczech i we Włoszech, gdzie najpopularniejszą formą wsparcia ludzi o ograniczonej sprawności i mobilności jest zatrudnianie opiekunek domowych, z możliwością refundacji części kosztów z funduszu ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Formułowanie ostatecznych ocen i rekomendacji utrudnia niedostatek dostępnych analiz i opracowań GUS, pozwalających na diagnozę zjawiska. W corocznie publikowanych przez GUS *Rocznikach RP*, w dziale „Ludność” – informacje ograniczone są do grupy wieku 85 i więcej lat, a w pozostałych działach w ogóle nie ma podziału na grupy wieku. Nie ma ich w analizach typów i liczby gospodarstw domowych, w podziale ludności na kategorie stanu cywilnego. W opracowaniach dotyczących niepełnosprawności, budżetów gospodarstw domowych, przeciętnych miesięcznych wydatków, stanu i wyposażenia mieszkań, zachorowania na określone choroby, przyczyn zgonów czy świadczeń z pomocy społecznej – także nie podano, jakich grup wieku dotyczy podawane informacje.

Nadal stosowane są też takie określenia jak „wiek poprodukcyjny” (wymiar pejoratywny) oraz „emeryci i renciści”, choć wiadomo, że nie są to kategorie tożsame z podeszłym wiekiem. Za istotny czynnik specyficznych zakłóceń w obiektywnym postrzeganiu problemów towarzyszących ludziom starszym jest też utożsamianie ich z liczną grupą niezainteresowanych aktywnością zawodową, świadomie zastępujących dochody z pracy zarobkowej świadczeniami społecznymi.

W świetle najnowszych badań 60% Polaków w wieku powyżej 50 lat chce jak najszybciej odejść na emeryturę, a 1/3 populacji, mieszcząca się w kategorii „osób zdrowych w wieku 50–64 lata”, już korzysta z praw emerytalnych. Dla porównania: w krajach Europy Zachodniej jest to 1/5 wymienionej grupy¹³. Ponieważ, jak podaje Anna Giza-Poleszczuk, „emerytura przez osoby jeszcze pracujące jest idealizowana jako okres wolności od musu, stresów, od obowiązków”¹⁴ – polityka sprzyjająca dezaktywizacji zawodowej¹⁵ potęguje utrwalanie negatywnego stereotypu wszystkich emerytów – niezależnie od ich wieku. Przez osoby pracujące, bezrobotne, migrujące za pracą poza granice kraju, czy też utrzymujące się z pomocy społecznej

¹³ J. Cieśla, M. Papuzińska, *Straszna praca. Raport*, „Polityka” z 23 stycznia 2010 r., nr 4 (2740), s. 32–35.

¹⁴ Ibidem, s. 36.

¹⁵ H. Worach-Kardas, Sz. Kostrzewski, *Aktywność zawodowa i bezrobocie osób w starszym wieku produkcyjnym w Polsce na tle Unii Europejskiej – stan i perspektywy*, w: *Przyszłość demograficzna Polski*, J.T. Kowaleski, A. Rossa (red.), Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica 231, Łódź 2009, s. 1156–123.

wszyscy emeryci i renciści postrzegani są jako beneficjenci polityki socjalnej państwa oraz jako nieliczni, którzy mimo „nicnierobienia” są uprawnieni do uzyskiwania stałych dochodów.

Czynniki charakteryzujące obecną sytuację ludzi starszych w świetle opracowań statystycznych to:

- wysoki poziom niezależności mieszkaniowej i materialnej,
- relatywnie niskie zagrożenie ubóstwem,
- malejący wskaźnik zatrudnienia w wieku poprodukcyjnym,
- silne związki oparte na wzajemnej wymianie międzygeneracyjnej na poziomie materialnym i niematerialnym, emocjonalnym (to symbol, specyfika wyłącznie polskich rodzin).

Zdaniem wielu socjologów i polityków społecznych¹⁶ materialne warunki bytu ludzi starych w Polsce nie są złe, bowiem w o wiele gorszej sytuacji znajdują się dzieci i bezrobotni. Gwarancje stałego źródła dochodu w bezprecedensowo trudnej sytuacji gospodarczej i ekonomicznej kraju (bezrobocia, ustawicznie „kurczącego się” rynku pracy, braku środków na pomoc społeczną) z pewnością należy uznać za ważny wyznacznik bezpieczeństwa socjalnego, ale nie można zapominać, że:

- stałe, lecz nieadekwatne do minimalnych kosztów utrzymania dochody także skutkują „wchodzeniem” w biedę;
- bezpieczeństwo socjalne ludzi starych w dużej mierze zależy od dostępu do leków, rehabilitacji i placówek ochrony zdrowia, czyli tej sfery usług, koszty korzystania z której rosną znacznie szybciej niż ustawowe progi minimum socjalnego i minimum egzystencjalnego oraz poziom waloryzowania świadczenia emerytalno-rentowego;
- bieda jest ważnym, ale niejedynym źródłem marginalizacji ludzi starych w Polsce.

Według Elżbiety Tarkowskiej, bieda ludzi w podeszłym wieku nierzadko wynika z faktu wykorzystywania ich przez pozostałych członków rodzin, pozbawiania dochodów, zmuszania do finansowania wydatków w wieloosobowych gospodarstwach. Inna jest też bieda ludzi starych na wsi, gdzie ich świadczenia stanowią nierzadko jedyne stałe źródło utrzymania dla całych rodzin, gdzie niezależnie od stanu zdrowia i poziomu sprawności zmuszeni są do pracy w gospodarstwie. Inna jest natomiast w mieście, gdzie samotni, niepełnosprawni, o niskich dochodach zmuszani są do bardzo oszczędnego życia, nierzadko do rezygnacji z zakupu leków, ubrań, żywności¹⁷.

¹⁶ Por. S. Golinowska, *Ubóstwo w Polsce. Badania, miary i programy jego zwalczania*, Warszawa 2002; P. Czekanowski, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, w: *Polska starość*, B. Synak (red.), Gdańsk 2002; *Lata tłuste, lata chude... Spojrzenia na biedę w społecznościach lokalnych*, K. Korzeniewska, E. Tarkowska (red.), Warszawa 2002; J. Laskowska-Otwinowska, *Człowiek stary w ubogiej rodzinie polskiej wsi współczesnej*, w: *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, E. Tarkowska (red.), Warszawa 2000.

¹⁷ E. Tarkowska, *Zróżnicowanie polskiej biedy w świetle badań jakościowych*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i dyskusje” 2002, nr 4, s. 129.

Bieda, choć doświadcza wielu utrzymujących się ze świadczeń społecznych, nie jest w Polsce jedynym źródłem braku poczucia bezpieczeństwa socjalnego najstarszych, szczególnie obecnego pokolenia, nawykłego do ograniczeń. U jej podstaw bardzo często leżą: bezradność, ograniczona sprawność, obojętność najbliższego otoczenia, anomia środowisk lokalnych, konformistyczne „wpisywanie się” w powszechny stereotyp starości, bądź deprywacja potrzeb, poza ograniczeniami ekonomicznymi nierzadko generowana niskim poziomem wykształcenia, brakiem aspiracji, lękiem przed światem, kompleksami, poczuciem winy za bieg historii i za problemy najbliższych.

Wnioski i rekomendacje

Polityka promowania pomyślnego starzenia się oraz aktywnej, samodzielnej starości (*active ageing*) wymaga zintegrowanych, interdyscyplinarnych i międzyresortowych przedsięwzięć oraz sukcesywnego modyfikowania niemal wszystkich struktur społecznych: instytucjonalnych, pozarządowych, samopomocowych, środowiskowych, rodzinnych, a także rynku pracy i zabezpieczenia społecznego. Jakość życia ludzi w starszym wieku zawsze będzie pozostawać w silnej zależności od środowiska rodzinnego i miejsca zamieszkania, ale poziom, zakres i znaczenie tych wzajemnych związków w każdej kolejnej dekadzie wyznaczać będą inne mechanizmy i preferencje. Z całym prawdopodobieństwem można założyć, że funkcjonowanie rodzin i ich najstarszych członków w przyszłości będzie inne niż obecnie, bo kształtowane takimi zmianami, jak:

- mniejsza sieć powiązań międzygeneracyjnych, większa popularność gospodarstw jednoosobowych;
- wzrost ryzyka występowania psychologicznych źródeł wykluczenia społecznego w fazie starości (izolacja, samotność, osamotnienie);
- wyższy poziom wykształcenia, świadomości praw, dostępu do wiedzy i informacji ludzi w starszym wieku, wyższe aspiracje i oczekiwania;
- przestrzenne oddalenie członków rodzin (migracje zarobkowe młodych i dorosłych wyjeżdżających do pracy razem z dziećmi);
- słabsze związki emocjonalne między członkami rodzin;
- świadczenia emerytalno-rentowe na niższym poziomie zastępowalności w stosunku do dochodów z pracy;
- pauperyzacja w fazie starości spowodowana bezrobociem w fazie poprzedzającej uzyskanie uprawnień emerytalnych, bądź ograniczoną aktywnością zawodową w okresie składkowym.

Wiele państw europejskich, mimo dużych osiągnięć w organizowaniu działań wspierających ludzi starszych w ich środowisku rodzinnym, nadal intensywnie poszukuje nowych rozwiązań, gdyż w starzejącym się społeczeństwie kwestia samo-

działności obywateli traktowana jest priorytetowo. We Francji niektóre regiony określane są nawet mianem państw socjalnych. Ale i tam, niezależnie od zaangażowania władz regionu w budowanie przyjaznej przestrzeni życiowej dla najstarszych mieszkańców (rewitalizacja obszarów miejskich, solidarność lokalna i między miastami, inwestowanie w rozwój ekologiczny i socjalny), powszechne przekonanie o stygmatyzacji, o narastających deficytach życia w starości – narasta. Nawet w specjalnie organizowanych enklawach socjalnych wśród ludzi starszych są osoby samotne, mające problemy z samodzielnością, z adaptacją mieszkań do swoich specyficznych potrzeb. Potrzebują profesjonalnego wsparcia – potrzebują obok siebie przyjaznego człowieka i opiekuna.

W Niemczech, w Nadrenii Północnej-Westfalii, w mieście Dortmund w dwunastu dzielnicach działają biura seniorów, zatrudniające wysoko kwalifikowaną kadrę, pracowników pełniących role partnerów dla najstarszych mieszkańców. Omawiają z zainteresowanymi ich problemy, wspólnie poszukując optymalnych rozwiązań, w tym także pomocowych. Głównym celem jest wzmacnianie świadomości o możliwości pozostawania w swym środowisku domowym w każdej fazie życia i nawet w warunkach ograniczonej sprawności. W ramach wsparcia społecznego funkcjonują służby pracownicze świadczące pomoc w pokonywaniu różnorodnych, codziennych trudności, takich jak wnoszenie wózka inwalidzkiego, prace porządkowe w domu i obejściu, wyjście na spacer itp. Zapewnione są też miejsca, gdzie najstarsi mieszkańcy mogą się spotykać, nawiązywać kontakty, ustalać formy wzajemnej pomocy, pozostając jednocześnie pod stałą kontrolą fachowej kadry. Wielu opiekunów zaangażowanych w organizowanie przyjaznego środowiska lokalnego wykonuje swe zadania społecznie.

W programach socjalnych Unii Europejskiej zainteresowanie potrzebami ludzi starych ma dwubiegunowy charakter:

- dotyczy pomocy w prowadzeniu gospodarstw domowych i opieki pielęgnacyjnej, form kierowanych do najstarszych, o ograniczonej mobilności i sprawności;
- podkreśla rangę działań o charakterze integracyjnym, kompensacyjnym, niezbędnych w tworzeniu przyjaznej przestrzeni życiowej i utrwalaniu więzi wewnątrz- oraz międzypokoleniowych tzw. młodych emerytów, czyli osób, które granice wieku emerytalnego przekroczyły niedawno.

Ponadto, zgodnie ze wspólnotową koncepcją wspierania osób starszych we wszystkich fazach trzeciej trójki życia, przyjęta strategia dotyczy trzech sfer:

- przygotowania do starości,
- aktywizacji,
- stymulowania samodzielności.

Społeczna oraz kulturowa ranga funkcjonowania przedstawicieli tej grupy wieku jako pełnoprawnych członków współczesnych społeczeństw, potrzeba ich ustawicznego, wszechstronnego rozwoju, tworzenia szans do przekazywania przez nich wiedzy i doświadczenia – znalazła odzwierciedlenie w wielu dokumentach rekomendo-

wanych państwom członkowskim UE. Wystarczy tu wymienić: *Kartę Podstawowych Praw Ludzi Starszych* z 1991 r.; *Traktat Amsterdamski* z 1997 r.; *Strategię Lizbońską* z 2001 r., czy *Strategię Międzynarodową z Madrytu* z 2002 roku.

Kształtowanie przyjaznej przestrzeni życiowej dla przyszłych pokoleń trzeciej i czwartej generacji w kategoriach zmian systemowych i w dyscyplinach szczegółowych polskiej polityki społecznej wobec starości i ludzi w starszym wieku wymaga wielu przedsięwzięć:

1. **Opracowania nowej formuły współpracy społecznej i wsparcia środowiskowego oraz upowszechniania wiedzy gerontologicznej.** Przeciętne trwanie życia jest coraz dłuższe, granice starości przesuwają się w górę, a ostatnia faza życia nie zawsze jest tożsama z niepełnosprawnością. Potrzebna jest zatem zmiana dotychczasowej formuły współpracy społecznej, pokoleniowej, modyfikacja systemu zabezpieczenia społecznego i rynku usług. Odpowiedniej regulacji wymaga też system instytucji specjalizujących się w zapewnianiu obywatelom profesjonalnej opieki, wsparcia środowiskowego w każdej fazie życia i system placówek edukacyjnych – odpowiedzialnych za upowszechnianie na wszystkich poziomach kształcenia edukacji gerontologicznej.
2. **Uelastycznienia i ujednolicenia do 65 lat wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn.** Zjawisko starzenia się społeczeństw nadal wykazuje tendencje wzrostu, sprzyja dezaktywacji, a w konsekwencji jeśli nie hamuje, to osłabia tempo wzrostu gospodarczego. Jest problemem ekonomicznym i społecznym, analizowanym i rozstrzyganym w poszczególnych krajach adekwatnie do potrzeb i obiektywnych możliwości.
Warunkiem godnego życia są odpowiednie dochody, a te w obecnym systemie zależą od aktywności na rynku pracy, wysokości składek na ubezpieczenia społeczne, od tzw. przezorności ubezpieczeniowej. Zarówno w interesie państwa, jak i samych obywateli konieczne jest zatem stworzenie optymalnych warunków dla jak najdłuższego pozostawania pracowników na rynku pracy. To ważne, choćby ze względu na fakt, że nowym problemem, nie tylko polskiego rynku pracy, ale i rynków europejskich, jest ich ustawiczne pustoszenie, niski przyrost naturalny i brak rąk do pracy.
3. **Promocji aktywności zawodowej osób w wieku 50+.** Coraz dłuższe życie mieszkańców starego kontynentu, ich kondycja psychofizyczna, wykształcenie i sukcesywnie rosnące aspiracje – wymagają weryfikacji wcześniejszych priorytetów społecznej polityki spójności. Promowane do niedawna wychodzenie z rynku pracy osób w wieku 50+ w celu tworzenia stanowisk dla ludzi młodych – straciło na aktualności zarówno w powodu migracji zarobkowej młodych przedstawicieli poszukiwanych zawodów, jak i z uwagi na ogromne koszty zabezpieczenia społecznego coraz liczniejszej grupy osób utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, nierzadko zresztą nadal aktywnych – ale w tzw. szarej strefie zatrudnienia. Z całym prawdopodobieństwem można przyjąć, że trwałe zakłócenie relacji między liczebnością oraz aktywnością zawodową pokoleń z czasem spowoduje nie

tylko wzrost tzw. współczynnika obciążenia demograficznego, ale i zakłócenia we wdrażaniu zasad solidaryzmu społecznego¹⁸. Racjonalne gospodarowanie kapitałem społecznym, w tym głównie kapitałem ludzkim, stanowi zatem obecnie ważne wyzwanie dla polityki społecznej, bowiem od skutecznej aktywizacji zawodowej pokolenia 50+ w dużej mierze zależy obecna i przyszła kondycja rynku pracy, a ostatecznie także i stan gospodarki oraz finansów publicznych kraju.

4. **Systemowego wspierania funkcji opiekuńczej rodzin.** Zadania polityki społecznej dotyczą konieczności podejmowania działań systemowych w obrębie wszystkich polityk szczegółowych. Przede wszystkim: (1) wspierania w polityce rodzinnej funkcji opiekuńczej i zabezpieczającej; (2) priorytetowego traktowania usług opiekuńczych w kategorii oszczędności w wydatkach publicznych (na służbę zdrowia, pomoc socjalną, funkcjonowanie instytucji odpowiedzialnych za gwarancje wsparcia).
5. **Podziału odpowiedzialności za jakość życia w starości.** Ważne jest szukanie odpowiedzi na pytanie, na ile odpowiedzialność za realizację zadań spoczywa na państwie, a ile na samych zainteresowanych godną starością i ich rodzinach? Do katalogu obowiązków państwa z pewnością zaliczyć należy: rozwój form opieki zamkniętej, promowanie wsparcia środowiskowego i nowych zawodów w sferze pomocy społecznej oraz zoptymalizowanie działań na rzecz pomocy rodzinom sprawującym opiekę nad osobą starszą w miejscu jej zamieszkania. Warto tu wskazać choćby takie potrzeby, jak: możliwość uzyskiwania przez członków rodzin zwolnień z pracy w celu sprawowania opieki nad osobą starszą, korzystania z ruchomego czasu pracy, dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego, gwarancje uzyskiwania pomocy rzeczowej, dostęp do usług opiekuńczych i poradnictwa w zakresie sprawowania opieki nad osobą chorą i niepełnosprawną w warunkach domowych. Za szereg zadań winna też odpowiadać rodzina: za przystosowanie mieszkań do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością, zabezpieczenie materialne na starość, przeczorność ubezpieczeniową, za kształtowanie odpowiednich postaw wobec starości i wobec ludzi w starszym wieku. Tu warto podkreślić pilną potrzebę upowszechniania edukacji gerontologicznej, wiedzy o starości, przygotowania do starości oraz wdrażania zasad integracji, spójności społecznej, odbudowywania rangi więzi społecznych.

Prezentowane analizy upoważniają też do sformułowania kilku rekomendacji szczegółowych, adresowanych do podmiotów ustawodawczych i instytucji pomocowych działających na poziomie środowisk lokalnych. To, między innymi:

- potrzeba wprowadzenia w doktrynie prawa dodatkowych mechanizmów zabezpieczenia interesów osób starszych w formalnym dochodzeniu praw;

¹⁸ D. Wachnicka, *Integracja socjalna ludzi starych*, w: *Integracja socjalna z perspektywy członkostwa Polski w Unii Europejskiej*, K. Głabicka (red.), Radom 2008, s. 132–133; I. Kotowska, *Zmiany aktywności zawodowej a proces starzenia się*, w: *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź 2008, s. 13–22.

- zwiększenie dostępu populacji najstarszych do pomocy prawnej oraz do informacji o należnych prawach i dostępnych usługach w środowisku;
- zapobieganie potencjalnym skutkom starzenia się mieszkańców środowisk poprzez aktywizację zawodową osób 50+ oraz promocję zasad aktywnego starzenia się i samodzielności w miejscu zamieszkania;
- organizowanie wszechstronnego wsparcia społecznego ludzi starszych w środowisku zamieszkania;
- ograniczanie rozwoju instytucjonalnych form opieki na rzecz rozwoju lokalnych sieci wsparcia, grup samopomocowych, rozwoju wolontariatu i innych inicjatyw środowiskowych;
- wsparcie materialne i organizacyjne rodzin sprawujących opiekę nad starszymi i niepełnosprawnymi krewnymi;
- rozbudowa systemu kształcenia w zawodach towarzyszących pracy socjalnej, a związanych z organizowaniem skutecznego wsparcia ludzi starszych i ich rodzin w środowisku lokalnym, w tym: opiekunów osób starszych, asystentów osób niepełnosprawnych, asystentów rodzinnych i opiekunów środowiskowych;
- wprowadzenie do analiz statystycznych i wszelkich opracowań resortowych dotyczących kategorii wieku umożliwiających systematyczne monitorowanie i diagnozowanie potrzeb, problemów, deficytów i zmian zachodzących w warunkach życia ludzi starszych oraz w wieku podeszłym.

Bibliografia

- Bojanowska E., *Opieka nad ludźmi starszymi*, w: *Przygotowanie do starości*, P. Szukalski (red.), Warszawa 2009.
- Chabior A., *Z badań nad aktywnością seniorów – przykłady doświadczeń polskich i niemieckich*, w: *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, A. Fabiś (red.), Bielsko-Biała 2008.
- Cieśla J., Papużyńska M., *Straszna praca. Raport*, „Polityka” z 23 stycznia 2010 r., nr 4 (2740).
- Dyczewski L., *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Lublin 2002.
- Dziewięcka-Bokun L., *Rodzina jako wyzwanie polityki społecznej*, w: *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, J. Kędzior i A. Ładyżyński (red.), Toruń 2006.
- Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność*, A. Stopińska-Pająk (red.), „Chowanna” 2009, tom 2 (33).
- Europejska Karta Społeczna*, Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67.
- Frąckiewicz L., *Nowe zadania przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu*, w: *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*, L. Frąckiewicz (red.), Katowice 2005.
- Gietka E., *Kiedy dzieci biją rodziców*, Raport, „Polityka” z 16 czerwca 2007 r., nr 24 (2608).
- Głos osób starszych. Siła przyszości*, Forum 50+, Warszawa 2006.
- Golinowska S., *Raport społeczny Polska 2005*, Warszawa 2005.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Lublin 2008.

- Kodeks cywilny. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Stan prawny na 1 sierpnia 2009 roku, Warszawa 2009.
- Krasiejko I., Przeperski J., *Nowoczesne formy wsparcia rodziny – asystentura rodzin i Konferencja Grupy Rodzinnej*, „Praca Socjalna” 2011, nr 2.
- Krzyszkowski J., *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkiwania w Polsce i w innych krajach UE*, w: *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź 2006.
- Lata tłuste, lata chude... Spojrzenia na biedę w społecznościach lokalnych*, K. Korzeniewska, E. Tarkowska (red.), Warszawa 2002.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn 2005.
- Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, J.T. Kowaleski (red.), Łódź 2006.
- Mapa pomocy rodzinie*, ROPS w Krakowie, Kraków 2003.
- Mielczarek A., *Pomoc społeczna w Polsce – wyzwania współczesności*, „Praca Socjalna” 2007, nr 3.
- Młodość i starość. Integracja pokoleń*, B. Bugajska (red.), Szczecin 2011.
- My też. Seniorzy w Unii Europejskiej*, Warszawa 2004.
- Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź 2004.
- Niezabitowski M., *Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej. Problemy uczestnictwa społecznego*, Katowice 2007.
- Pakuła M., *Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne*, Lublin 2007.
- Parchomiuk M., Byra S., *Kompetencje społeczne w procesie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych*, „Praca Socjalna” 2011, nr 2.
- Pawłowska R., Jundziłł E., *Pedagogika człowieka samotnego*, Gdańsk 2000.
- Pędich W., *Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżyca*, w: *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej*, Materiały konferencyjne PTG, Warszawa 2004.
- Pomoc społeczna w praktyce. Fachowy poradnik dla pracowników socjalnych i osób zarządzających placówkami socjalnymi*, Sobczak J., Wiśniewska-Mucha A. (red.), t. 2, cz. 4, r. 4, Warszawa 2009.
- Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź 2008.
- Pospiszyl I., *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1994.
- Problematyka osób w wieku starszym*, J. Rzepka (red.), Mysłowice 2006.
- Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013*, Dokument przyjęty przez Radę Ministrów, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, 29 listopada 2006.
- Przeciw bezradności społecznej*, Materiały II Konwencji Ruchu Przeciw Bezradności Społecznej, Biuro RPO, Kraków 2003.
- Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, UNDP, CASE, Warszawa 1999.
- Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej, aktywnej starości*, UNDP, Warszawa 1999.
- Rodzina jako środowisko pracy socjalnej. Teoria i praktyka*, B. Matyjas i J. Biała (red.), Kielce 2007.
- Sektorowy Program Operacyjny. Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006*, Warszawa 2003.
- Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, J. Twardowska-Rajewska (red.), Poznań 2007.

- Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii*, B. Zboina, G. Nowak-Starz (red.), Ostrowiec Świętokrzyski 2009.
- Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, J. Halik (red.), Warszawa 2002.
- Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, praca zbiorowa, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005.
- Synak B., *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Gdańsk 2000.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Kraków 2004.
- Szatur-Jaworska B., *Kształcenie gerontologiczne w Polsce*, „Gerontologia Polska” 1997, nr 4.
- Trafiałek E., *Człowiek starszy w Polsce w latach 1994–1997 w świetle analiz statystycznych i sondaży społecznych*, Katowice 1997.
- Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2003.
- Trafiałek E., *Starość w miasteczku Chmielnik*, Kielce 2000.
- Trafiałek E., *Środowisko rodzinne jako obszar ryzyka dyskryminacji ludzi w starszym wieku*, w: *Zagrożenia współczesnej rodziny*, E. Lisowska (red.), Kielce 2008.
- Vademecum seniora. Przewodnik po uprawnieniach*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2002.
- W obliczu starości*, L. Frąckiewicz (red.), Katowice 2007.
- Wądołowska K., *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*, Komunikat z badań CBOS, nr BS/2/2010, Warszawa 2010.
- Worach-Kardas H., Kostrzewski Sz., *Aktywność zawodowa i bezrobocie osób w starszym wieku produkcyjnym w Polsce na tle Unii Europejskiej – stan i perspektywy*, w: *Przyszłość demograficzna Polski*, J.T. Kowaleski, A. Rossa (red.), Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica 231, Łódź 2009.
- Woźniak Z., *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*, Poznań 1997.
- Zagórski K., Gorzelak G., Jałowiecki B., *Zróżnicowanie warunków życia. Polskie rodziny i społeczności lokalne*, CBOS, Warszawa 2009.

OPIEKUNOWIE NIEFORMALNI. KRÓTKOOKRESOWA FUNKCJONALNOŚĆ NIEOPŁACANEJ PRACY

Zależność stanowi część życia ludzkiego – wszyscy jesteśmy narażeni na ryzyko i w pewnych okresach naszego życia potrzebujemy opieki. (...) Również obowiązki opiekuńcze stanowią część codziennego życia. Łatwo jednak wpaść w pułapkę poglądu, że „opieka jest wszędzie” (...), pozbawiając w ten sposób pojęcia „opieki” znaczenia¹.

Znaczenie opieki nieformalnej.

Między potrzebą efektywności systemu i adekwatności potrzeb a potrzebą bliskości jednostki

W jednej z ostatnich publikacji Gosta Esping-Andersen podkreślał, że rodzinę należy rozpatrywać jako zasadniczy element tzw. reżimu opiekuńczego². Przyznał, że błędem było pomijanie jej znaczenia we wcześniejszych opracowaniach, które zwracały przede wszystkim uwagę na instytucjonalne rozwiązania związane z państwem opiekuńczym. Autor postrzegał w nich rodziny przez pryzmat konsumpcji, a nie jako jednostki produkcji wytwarzające różnorodne dobra i usługi. Jednak współczesne rodziny, z aktywnymi zawodowo rodzicami, mają zbyt mało czasu, aby wytworzyć usługi domowe. „Jeśli tego typu usługi nie są subsydiowane, wysoki koszt rynkowy zmusza europejskie rodziny do ich wewnętrznej produkcji. Ponieważ ma to niekorzystny wpływ na karierę zawodową kobiet, alternatywne konsekwencje to odłożone macierzyństwo i mała liczba dzieci – koszt alternatywny posiadania dzieci staje się dla kobiet bardzo wysoki”³. Stąd jednostki albo wycofują się z obciążeń rodzinnych, albo próbują zwiększyć udział obojga dorosłych w wytwarzaniu dóbr i usług domowych. Pierwsza z wymienionych strategii prowadzi do spadku liczby urodzeń, druga zaś tylko pozornie rozwiązuje problem niedostępności usług domowych: „Z perspektywy *genderowej* polityka, która odpowiada się za większym

* Dr Mariola Raclaw – Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski.

¹ J. Philips, *Troska*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2009, s. 190; podkreślenia własne.

² G. Esping-Andersen, *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2010.

³ Ibidem, s. 75.

uczestnictwem mężczyzn w obrębie gospodarstwa domowego, może jawić się jako egalitarna, ale nie wygląda na strategię, w której wygrywają obie strony. Można założyć, że większość gospodarstw domowych wolałaby obniżyć niezbędną liczbę godzin nieodpłatnej pracy dla obojga partnerów, jeśli tylko byłoby to możliwe⁴. Niska zastępowalność usług domowych przez rynek (m.in. ze względu na wysoki koszt ich nabycia) w sytuacji nacisku na wysoki wskaźnik zatrudnienia dorosłych generuje stałe napięcia w systemach, które – wbrew powszechnemu przekonaniu – nie zdjęły ciężarów zadań domowych z rodzin.

Zmiany struktury rodziny, wynikające z przeobrażeń zachowań matrymonialnych i prokreacyjnych, opisanych i analizowanych w paradygmacie II przejścia demograficznego, dynamizują proces starzenia się populacji. Szczególnie kwestia wsparcia osób starszych i niesamodzielnych staje się kluczowa w obliczu intensywnego tzw. podwójnego starzenia się ludności. Esping-Andersen nazywa starzenie się populacji wojownikiem z konia trojańskiego, który narusza istniejący układ instytucjonalny i pogłębia kryzys państwa opiekuńczego.

Wsparcie członków rodzin, wymiana usług, cyrkulacja dóbr pomiędzy sieciami krewnych i znajomych, stanowią znaczące źródło pomocy dla osób zależnych. „Badacze państwa opiekuńczego często mylnie zakładają, że nowoczesne państwo opiekuńcze przejęło obowiązki opiekuńcze rodzin”⁵. Nawet w państwach o wysokim wskaźniku defamilizacji (tradycyjnie za takie uznaje się państwa skandynawskie) rodzina uznawana jest za rezerwuuar opiekunów nieformalnych. „W Europie instytucja rodziny w dalszym ciągu odgrywa istotną rolę w życiu jednostki, nawet w krajach takich jak Dania, gdzie opieka socjalna jest na wysokim poziomie”⁶. Przyjaciela i sąsiedzi mogą stanowić źródło wsparcia, zwłaszcza dla osób samotnych i bez dzieci; rzadko jednak podejmują się opieki osobistej⁷. Również – jak pokazuje przykład niemieckich ubezpieczeń pielęgnacyjnych – instytucjonalizacja i profesjonalizacja opieki długoterminowej nie wpływa znacząco na spadek opieki świadczonej przez członków rodzin. Przytaczane przez Birgit Pfau-Effinger, Ralfa Ocha, Melanie Eichler statystyki wskazują, że pomiędzy rokiem 1995 a 2005 ani nie zmniejszył się istotnie udział bliskich sprawujących opiekę nad seniorami, ani nie zwiększył się wskaźnik opieki świadczonej przez osoby zewnętrzne, mimo przewidywanego i oczekiwanego wzrostu zatrudnienia w sektorze usług opiekuńczych. W dalszym ciągu opieka rodzinna jest pierwszym wyborem niemieckich seniorów⁸. Zatem bez względu na normatywną ocenę opieki nieformalnej (rozpatrywanej przez jednych

⁴ Ibidem, s. 79–80.

⁵ Ibidem, s. 72.

⁶ J. Philips, op. cit., s. 84.

⁷ Ibidem.

⁸ Szczegółowe dane znajdzie Czytelnik w: B. Pfau-Effinger, R. Och, M. Eichler, *Ekonomizacja polityki opieki długoterminowej i struktura opieki nad osobami starszymi*, w: *Niemiecka polityka społeczna: ekonomizacja i przekraczanie barier*, A. Evers, R.G. Heinze (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2010.

jako przejaw ucisku kobiet, przez innych jako wskaźnik spójności więzi rodzinnych) stanowi ona istotny segment „unikniętych” przez państwo usług i znaczące źródło dobrobytu jednostek. Paradoxem jest, że w dobie upowszechniania normatywnego ujęcia tzw. wielosektorowej gospodarki dobrobytu, która w rodzinnych, przyjacielskich i sąsiedzkich relacjach widzi ważny filar zabezpieczenia bytu jednostki i produkcji dóbr publicznych, w praktyce usługa opieki nieformalnej jest traktowana jako zbyt oczywista, aby w nią inwestować⁹.

Dla demografa potencjał opiekuńczy jest synonimem prostej relacji pomiędzy osobami dorosłymi a osobami w wieku poprodukcyjnym (tzw. współczynnik wsparcia – w odniesieniu do zasobu ludności w wieku 15–64 lata w stosunku do grupy w wieku 65 lat i więcej, lub współczynnik wsparcia rodziców – w odniesieniu do grupy w wieku 50–64 lata do osób w wieku 85 lat i więcej). Niekiedy ogranicza się pierwszy z wymienionych zasobów tylko do zbiorowości dorosłych kobiet (wówczas jest to tzw. współczynnik potencjału pielęgnacyjnego). Jednak za każdą z liczb kryje się jednostka z jej oczekiwaniami, postawami, która podejmuje lub odrzuca trud opieki nad najbliższymi. W ten sposób demograficzny potencjał opiekuńczy staje się w oczach socjologa potencjałem opieki, kiedy akty wzajemnego wsparcia, wywiedzione z dobrowolnej gotowości jednostek do udzielenia pomocy (współ)budują społeczny i jednostkowy dobrostan. Należy jednak pamiętać, że solidarność rodzinna, tak często przywoływana w uzasadnieniu trudu opieki, nie jest tym samym, co solidarność społeczna, gwarantowana presją prawa i sankcji wobec opornych jednostek. Solidarność społeczna, „przyjmując formę (tzn. zasadę stworzenia i działania) ubezpieczenia, pomocy lub jakakolwiek inna solidarność w tym wypadku musi mieć swoje zasady formowania (tzn. kogo dotyczy, na jakich warunkach, przez jaki czas itd.) i zarządzania (według jakich zasad przyznaje się prawo do korzystania, jakiego rodzaju jest kontrola itp.). (...) W ten sposób stworzona solidarność funkcjonuje rzeczywiście według zasad, które ją tworzą. Na swój sposób odwołuje się często do zasad obiektywizacji celu odsunięcia jak najdalej subiektywnej oceny i władzy dyskrecyjnej zwierzchnika – bez względu na to, kim on by był. (...) zakłada, jak najmniejsze odwoływanie się do dobrej woli”¹⁰. W odniesieniu do grupy rodzinnej badacze podkreślają, że współcześnie obowiązki opiekuńcze podejmuje się nie wyłącznie ze względu na znaczenie krwi i pokrewieństwa, czyli ze względu na rolę, ale wynika to z indywidualnych decyzji wyrastających ze wzajem-

⁹ Wielosektorowość oznacza udział czterech sektorów (publicznego, komercyjnego, pozarządowego i nieformalnego) w tworzeniu tzw. dobrobytu społecznego. W ujęciu normatywnym wskazuje się na konieczność pomniejszania roli sektora publicznego. Por. np. artykuły zawarte w publikacji *Zrozumieć wielosektorową gospodarkę dobrobytu*, M. Powell (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2010.

¹⁰ M. Messu, *Rodzina i społeczeństwo: jaka solidarność?*, w: *Uwarunkowania polityki rodzinnej we Francji w ujęciu historycznym, prawnym i politycznym*, M. Chauviere, M. Sassier, B. Bouquet, R. Allard, B. Ribes (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2010, s. 183.

ności relacji. „Krótko mówiąc, wzajemna pomoc i wsparcie są niesione pod auspicjami dobrowolnego gestu uwolnionego od normatywnego przymusu. Odbywa się to w konsekwencji mniej ostentacyjnie i zostaje przyjęte jako dar, jak gdyby podtrzymywanie więzi było ważniejsze niż otrzymywane dobro”¹¹. Zwiększa to potencjalne pole dobrowolności jednostkowych aktów wsparcia, co może skutkować zaniedbaniem pomocy, dyktowanym emocjami (np. repulsją wobec podopiecznego) lub istnieniem realnych przeszkód w udzielaniu wsparcia, lub też brakiem profesjonalnych umiejętności w udzielaniu pomocy. Dobrowolność działań zostaje przeniesiona w oparciu o zasadę solidarności społecznej i zinstytucjonalizowana na poziomie rozwiązań zbiorowych, które wprowadzają chłodne i sprofesjonalizowane działania, które – deklaratorywnie – wszystkim obywatelom czy ubezpieczonym gwarantują opiekę.

Z punktu widzenia socjologa pytania o uwarunkowania podejmowania przez jednostki opieki nad osobami zależnymi nie są wyłącznie pytaniami o personalne motywy, postawy i zachowania, ale przenoszą dociekania na bardziej generalne i abstrakcyjne poziomy. Istotny jest namysł nad kwestiami¹²:

- przeistaczania się więzi wspólnotowych w urzeczowione relacje międzyludzkie (od opieki świadczonej przez członków grupy bliskich osób po opiekę odpłatną),
- przeistaczania się więzi osobowych w relacje instytucjonalne (od opieki świadczonej osobiście i dobrowolnie po opiekę organizowaną w ramach systemu zabezpieczenia społecznego w instytucjonalnym kontekście),
- personalizowania relacji w urzeczowionym lub instytucjonalnym kontekście, inicjowanego odgórnie poszukiwaniem nowego paradygmatu polityki społecznej¹³ (próby uczynienia z więzi społecznej narzędzia polityki społecznej) lub oddolnie przez beneficjentów usługi (relacyjny wymiar opieki).

¹¹ Ibidem, s. 179. Autor używa liczby mnogiej („solidarności rodzinne”) dla podkreślenia nieschematyczności i unikatowości relacji w grupach rodzinnych, które wynikają z aktów dobrej woli jednostek.

¹² Więcej o konsekwencjach wykorzystywania więzi społecznej jako instrumentu polityki społecznej w: M. Raclaw, *Instytucjonalizacja więzi osobowych na przykładzie opieki zastępczej*, ”Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2010, nr 5.

¹³ W literaturze przedmiotu wskazuje się, że do nowego paradygmatu polityki społecznej aspiruje model tzw. aktywnej polityki społecznej (APS). Zob. argumentację polskich autorów zawartą w: A. Karwacki, M. Rymsza, *Meandry upowszechniania koncepcji aktywnej polityki społecznej w Polsce*, w: *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, M. Grewiński, M. Rymsza (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2011. APS jako koncepcja rozwija się w Europie od lat 90. XX w. i polega m.in. na przekształceniu państwa opiekuńczego „w państwo zdecentralizowane i pomocnicze, stymulujące rozwój przedsiębiorczości społecznej i aktywności obywatelskiej” z utrzymaniem zasady solidaryzmu społecznego w obliczu konieczności redefiniowania kwestii socjalnych (ibidem, s. 29–33). Por. też: H. van Ewijk, *European Social Policy and Social Work. Citizenship-based Social Work*, Routledge, London and New York 2010.

Wskazane przekształcenia modyfikują treść terminu „opieka”. W urzeczowionych i zinstytucjonalizowanych relacjach opieka oznacza zespół czynności związanych z utrzymaniem fizycznego dobrostanu jednostki (wąskie rozumienie opieki w kategoriach fizyczności, aspekt medyczny) i logistyką dnia codziennego (perspektywa pielęgnacji z uwzględnieniem stopnia samodzielności podopiecznego). W ten sposób może ona zostać poddana standaryzacji i pomiarowi jakości. Jednak takie postrzeganie ignoruje społeczny aspekt opieki, który podkreśla jej relacyjny charakter (opieka bazuje na współzależności)¹⁴. Ta różnica w definiowaniu opieki może powodować rozbieżność oczekiwań po stronie zawodowego opiekuna (reprezentanta formalnej instytucji) i jego podopiecznego. Wystandardyzowane usługi opiekuńcze ujęte w ramy jednostek czasu, przeznaczonych na wykonanie poszczególnych prac, oceniane są przez profesjonalistów w kategoriach adekwatności i efektywności. Tymczasem, jak pokazują niemieckie badania, podopieczni i ich krewni definiują jakość opieki przez pryzmat zaufania i stabilności kontaktów międzyludzkich, zaś fluktuacja opiekunów zawodowych i ich profesjonalne zrutynizowanie czynności nie sprzyjają wytworzeniu takich powiązań społecznych. „Ten rozdzźwięk pomiędzy zekonomizowaną ofertą opieki profesjonalnej i wyobrażeniem na temat jakości opieki w znacznym stopniu przyczynia się do tego, że w gospodarstwach domowych decyduje się często, podobnie jak wcześniej, na sprawowanie opieki wyłącznie osobiście, to znaczy zamiast profesjonalnej opieki ambulatoryjnej lub jako jej uzupełnienie. Osobę bliską traktuje się jako tę, która w zdecydowanie większym stopniu niż opiekun profesjonalny wyjdzie naprzeciw preferencjom i potrzebom społecznym osoby, nad którą sprawowana jest opieka”¹⁵.

Opieka stała się zatem usługą poszukiwaną przy zwiększającym się popycie, ale w urzeczowionym kontekście instytucjonalnym staje się usługą drogą. Jej koszt jest relatywnie wysoki, bezpośrednio ponoszony przy zakupie rynkowym lub pośrednio w sytuacji dostarczania przez instytucje publiczne, i nie zawsze jest to usługa satysfakcjonująca klienta (podopiecznego). Jako usługa domowa staje się usługą rzadką ze względu na ubytki potencjału ludnościowego (zawężone sieci krewniacze, rozproszenie przestrzenne rodzin, migracje osób młodych) i trudności z wypełnieniem obowiązków opiekuńczych przez pracujących dorosłych.

¹⁴ Por. definicyjne kategoryzacje opieki w: B. Pfau-Effinger, R. Och, M. Eichler, *Ekonomizacja polityki opieki długoterminowej i struktura opieki nad osobami starszymi*, op. cit.

¹⁵ Ibidem, s. 105.

A jeśli opieki nie będzie? Potencjał opieki w małych społecznościach lokalnych w Polsce¹⁶

Opieka rodziny nad osobami starszymi i świadczona im pomoc z jej strony jest w Polsce normą kulturową. Od najbliższych krewnych społeczeństwo oczekuje wsparcia seniorów, sankcjonując nie tylko zwyczajowo, ale także przepisami prawa (przez ustanowienie obowiązku alimentacyjnego) ten nakaz moralny. Według badania EUROFAMCARE, trwającego w latach 2003–2004, oszacowano zasób opiekunów nieformalnych w Polsce na 2 mln osób. Opiekunami rodzinnymi – co nie jest wyłącznie polską specyfiką – były przede wszystkim kobiety w wieku 50–60 lat, głównie córki lub synowe. Badani opiekunowie w zdecydowanej większości (87%) deklarowali chęć sprawowania opieki nad seniorem, nawet w sytuacji znacznego pogorszenia jego stanu zdrowia. Odrzucano możliwość umieszczenia osoby starszej w instytucji opiekuńczej¹⁷.

Właściwie polski system zabezpieczenia społecznego ignoruje opiekunów nieformalnych, brakuje rozwiązań umożliwiających rodzinom podjęcie opieki bez kolizji z obowiązkami zawodowymi. Tymczasem polityka zatrudnienia koncentruje się na maksymalizacji aktywności zawodowej w grupie tzw. starszych pracowników (potencjalnych opiekunów nieformalnych, *vide*: współczynnik wsparcia rodziców). Uruchomiony program rządowy „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+” zmierza do zwiększenia zatrudnienia osób powyżej 50. roku życia w Polsce. Program ten zakłada działania, które zwiększają zachęty do zatrudnienia osób w tej kategorii wieku przez przedsiębiorców, przy zakładanej poprawie ich kwalifikacji, umiejętności i efektywności pracy¹⁸. Również rozwiązania emerytalne nie motywują do zaprzestania aktywności zawodowej, np. w sytuacji podjęcia opieki nad seniorem. Wprowadzony w 1999 r. system emerytalny premiuje długą aktywność zawodową ubezpieczonych. Potencjalni opiekunowie (a zwłaszcza kobiety) wraz z okresowym przerwaniem zatrudnienia lub przejściem na wcześniejszą emeryturę (np. w celu podjęcia opieki nad osobą zależną) otrzymują niższe i niczym nierekompensowane świadczenie. Ponadto w 2009 r.

¹⁶ W artykule wykorzystano wyniki badań z projektu finansowanego przez ZUS, a realizowanego przez ISP (od kwietnia 2010 do kwietnia 2011): „Wyzwania demograficzne. Budowanie zintegrowanego systemu wsparcia i aktywizacji ludzi starszych i ich rodzin”. Badania pod kierownictwem i z udziałem autorki niniejszego artykułu prowadził zespół w składzie: M. Rosochacka-Gmitrzak, P. Sobiesiak, J. Zalewska. Studia teoretyczne dotyczące udziału podmiotów w zmieniających się systemach wsparcia w Polsce i wyniki badań zaprezentowano w publikacji: *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, M. Raclaw (red.), ISP, Warszawa 2011.

¹⁷ Podaję za: J. Perek-Białas, *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia*, w: *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, ed. cit., s. 64.

¹⁸ Pełen opis programu: <http://analizy.mpips.gov.pl/index.php/raporty-i-publikacje-topmenu-58/41-pliki-programu-50.html>, dostęp: 17.09.2011.

zniesiono możliwość wcześniejszej emerytury, co oznacza, że potencjalne opiekunki rodzinne będą musiały albo poszukiwać zatrudnienia w tzw. nietypowych formach (poza pełnym etatem) w celu sprawowania opieki, albo pracować na pełny etat i wykorzystywać usługi rynkowe lub te świadczone w szarej strefie, ewentualnie dostarczane przez organizacje obywatelskie. Rozwój usług rynkowych w Polsce jest utrudniony ze względu na niskie dochody emerytów i ich rodzin, mimo że możliwy popyt na nie będzie w przyszłości bardzo duży. Szacuje się, że około 2020 r. wśród osób powyżej 60. roku życia opieki będzie potrzebowało blisko 370 tys. osób, z czego prawdopodobnie 170 tys. nie będzie mogło oczekiwać wsparcia rodziny. Około 200 tys. seniorów będzie (prawdopodobnie) korzystało z pomocy swoich potencjalnie aktywnych zawodowo krewnych¹⁹. Nie wiemy również, w jakim stopniu zdynamizuje się rynek usług opiekuńczych świadczonych przez organizacje pozarządowe. Obecnie jest to drugi, po sektorze publicznym, dostawca zinstytucjonalizowanych usług opieki w Polsce. Jednak „...W tej sferze rola sektora pozarządowego nie jest pobudzana przez państwo, a same struktury pozarządowe nie są na tyle silne, żeby świadczyć usługi odpowiadające na istniejące potrzeby”²⁰. Stąd naturalną reakcją sektora obywatelskiego jest realizowanie tych zadań (i tylko do czasu finansowania), na które można dostać środki publiczne czy unijne. Okresowo zatem sektor usług publicznych i nieformalnych może być wzmocniony przez działania sformalizowanego społeczeństwa obywatelskiego, jednak bez ustrojowych rozwiązań nie można liczyć na stabilną ofertę organizacji pozarządowych. Dlatego nie jest nadużyciem stwierdzenie, że współczesny system zabezpieczenia w Polsce **generuje „niejawne” (bez rozwiązań instytucjonalnych) „ryzyko bycia opiekunem nieformalnym”** jako rewers „ryzyka niesamodzielnosci” osób zależnych (instytucjonalizowanego w niektórych krajach w postaci ubezpieczenia pielęgnacyjnego)²¹.

Taki stan rzeczy jest rezultatem swoistego **mitologizowania możliwości opiekuńczych rodziny**, widocznym w konstrukcji systemu zabezpieczenia i praktykowanego na poziomie lokalnym. Jak pokazują wyniki badań terenowych, reprezentanci władz lokalnych, administracji samorządowej a nawet organizacji pozarządowych dostrzegają przemiany więzi rodzinnych i struktury rodziny (na poziomie abstrakcyjnego teoretyzowania), ale postępują tak, jakby one nie dotyczyły realnych mieszkańców gmin. Od rodziny oczekuje się pomocy osobom starszym i rozwiązania ich problemów. Interwencja publiczna występuje tylko w sytuacji zaniedbania obowiązków opieki przez rodzinę i konieczności umieszczenia seniora w instytucji.

¹⁹ Podaję za: J. Perek-Białas, *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce – możliwości i ograniczenia*, op. cit., s. 86.

²⁰ Według szacunków P. Sobiesiak sektor publiczny prowadzi 70% domów pomocy społecznej dla seniorów, sektor pozarządowy – 26%, a komercyjny – 4%. Zob. P. Sobiesiak, *Ukryty potencjał? Sektor pozarządowy w starzejącej się Polsce*, w: *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne...*, ed. cit., s. 134.

²¹ Więcej zob. M. Raclaw, „Zarządzanie” osobami starszymi – przyczynek do dyskusji o lokalnej polityce społecznej, w: *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne...*, ed. cit.

Problem braku opiekunów czy niemożności świadczenia przez nich opieki często definiowany jest w kategoriach „złej woli” jednostek, „patologii”, nie zaś jako problem strukturalny, wynikający z przemian społeczno-demograficznych. „Mitologizowanie” rodziny przekłada się na lokalne praktyki działań. Bywa, że jedyną propozycją z zakresu publicznej opieki jest wizyta opiekunki środowiskowej z ośrodka pomocy społecznej lub (rzadziej) umieszczenie seniora w instytucji opieki całodobowej. Warto przy tym zaznaczyć, że obecnie osoby starsze nie kwalifikują się do materialnego wsparcia z pomocy społecznej. Jednak w przyszłości – wraz ze wzrostem liczby seniorów (w tym tzw. najstarszych starszych) i obniżeniem poziomu świadczeń emerytalnych, wynikających ze zmian w systemie ubezpieczenia emerytalnego, pomoc społeczna będzie musiała pełnić rolę „bufora”, przyjmując nowe rzesze klientów – spauperyzowanych emerytów (Krzysztof Piątek zjawisko to określa jako elastyczność instytucjonalną²²).

Jednocześnie proces mitologizacji umożliwia ignorowanie potrzeb samych opiekunów nieformalnych jako podmiotów polityki społecznej. Opiekunowie nieformalni są „podmiotami niewidocznymi” w lokalnych działaniach. Przyjmuje się, że jeżeli nie zgłaszają problemów, to problemów nie ma, zatem trudności nie występują. Sami opiekunowie nieformalni działają na pograniczu systemu komercyjnego i nieformalnego, wykorzystując niekiedy dostępną ofertę publiczną (ale koszt materialny i niematerialny jej uzyskania jest jednak wysoki: trzeba zabiegać, wychodzić, wyprosić; często jakość usługi oceniana jest jako niska).

Zatem – zgodnie z terminologią zaczerpniętą z brytyjskich badań – w perspektywie lokalnej polityki społecznej **opiekunowie nieformalni stanowią nieopłacaną siłę roboczą**, w którą nie inwestuje się, a której niedostatki i uchybienia w pracy dopiero wywołują reakcję zwrotną systemu²³. Są lokalnym zasobem, traktowanym jako zasób odnawialny i w pewnym sensie niewyczerpywalny, choć obciążony kosztami opieki świadczonej seniorom przy konieczności aktywnego zarobkowania.

W relatywnie ubogich społecznościach lokalnych proces starzenia się będzie pogłębiany przez systematyczny odpływ młodych osób, powodowany brakiem możliwości zatrudnienia i segmentacją rynku pracy. Dla części młodych ludzi dostępna jest i będzie wyłącznie praca niskopłatna, w tzw. nietypowych formach zatrudnienia,

²² „Elastyczność instytucjonalna” oznacza rozszerzanie zadań z zakresu pomocy społecznej na skutek pojawiających negatywnych zjawisk związanych z wprowadzaniem mechanizmów rynkowych albo w celu przeciwdziałania potencjalnym szkodom społecznym w wyniku wdrażania reform rynkowych. Reforma ubezpieczeń społecznych (1999 r.) wprowadziła mechanizmy rynkowe do systemu i zgodnie z logiką rynku będą działać mechanizmy pauperyzujące osoby o niskich dochodach, z przerwami w pracy. Zob. K. Piątek, *Aktywność i aktywizacja w projekcie ustawy o zasadach prowadzenia polityki społecznej*, w: *Polityka aktywizacji w Polsce*, A. Karwacki, H. Kaszyński (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008.

²³ Por. H. Arksey, C. Glendinning, *Dobrobyt a sektor nieformalny*, w: *Zrozumieć wielosektorową gospodarkę dobrobytu*, ed. cit., s. 145 i nast.

bez gwarancji stabilności finansowej i zabezpieczenia socjalnego²⁴. Migracje osób w wieku produkcyjnym oznaczają realne ubytki potencjału opiekuńczego (rozumianego w demograficznym sensie). Spada liczba osób mogących (czy chcących – to inne pytanie) zatroszczyć się o starszych krewnych czy sąsiadów²⁵. To, że migracje są wędrownkami czasowymi, nie oznacza, że nie przerodzą się w długookresową nieobecność lub liczne seryjne wyjazdy migranta z kraju wychodźstwa. Badacze ruchów wędrownkowych i polskiej migracji poakcesyjnej podkreślają, że młodzi migranci wpadają w tzw. pętlę pułapki migracyjnej, polegającej na cyklu stałych przemieszczeń (i powrotów) pomiędzy różnymi państwami w celach zarobkowych. Migranci w sytuacji utraty pracy na emigracji (obecnie powodowanej globalnym kryzysem gospodarczym) po powrocie do Polski doświadczają braku zatrudnienia lub mają kłopoty z integracją na lokalnych rynkach pracy. Stąd nierzadko strategiami jednostek są kolejne wyjazdy. „Niemożność znalezienia pracy po powrocie to (...) najważniejszy czynnik wypychający ponownie migrantów z Polski, który powoduje, że mimo deklarowanego powrotu na stałe do Polski następuje kolejna fala wyjazdów bądź to do kraju emigracji, bądź do innego kraju, w którym zaistnieją możliwości pracy i zarobków”²⁶. Nie można zatem liczyć na stabilizację dużej części migrantów poakcesyjnych w kraju, tak jak nie można liczyć na zasilanie Polski przez kolejne fale repatriacyjne²⁷ lub imigrantów ze Wschodu: „... region ten [Europa Wschodnia – przyp. M.R.] w zasadzie jest «wypłukany» z takiego potencjału [migracyjnego – przyp. M.R.], a zainteresowani emigracją z tych krajów preferują kraje Europy Zachodniej”²⁸. Jednak nawet fizyczna obecność krewnych w kraju, ale ich odległe zamieszkiwanie (rozproszenie terytorialne rodzin), wywołuje różnorodne perturbacje związane z przejściem obowiązków opieki.

²⁴ O sytuacji osób młodych na rynku pracy z perspektywy systemu ubezpieczenia społecznego patrz E. Giermanowska, *Bezpieczeństwo socjalne młodych pracowników w zreformowanym systemie emerytalnym w sytuacji wysokiego bezrobocia i zatrudnienia w formach nietypowych*, w: *Ubezpieczenie społeczne w Polsce. 10 lat reformowania*, J. Hryniewicz (red.), Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW, Warszawa 2011.

²⁵ Według szacunków GUS w 2009 r. wielkość zasobu migracyjnego (ludność nieobecna w kraju w związku z wyjazdem na pobyt czasowy) wynosiła ponad 1,8 mln osób, z tego w krajach UE przebywało 1,6 mln Polaków (s. 146). Prawie 70% migrantów stanowiły osoby do 35. roku życia. Dane na podstawie: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2010, s. 146–170.

²⁶ K. Iglicka, *Powroty Polaków po 2004 roku. W pętli pułapki migracji*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010, s. 122.

²⁷ Od roku 2000 r. (od początku obowiązywania ustawy o repatriacji) z możliwości powrotu do Polski skorzystało niecałe 4 tys. osób, przy czym z roku na rok maleje liczba osiedlających się w naszym kraju na mocy przepisów wspomnianej ustawy. Podaję za: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2010, s. 156–157.

²⁸ Z. Strzelecki, J. Witkowski, *Demograficzne uwarunkowania systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce*, w: *Ubezpieczenie społeczne w Polsce. 10 lat reformowania*, ed. cit., s. 69.

Rodzi się zasadne pytanie o „geografię” troski i sposoby radzenia sobie z odległością pomiędzy opiekunem a podopiecznym. W literaturze przedmiotu znajdujemy doniesienia badawcze dotyczące opieki na odległość, z konkluzją, że „...opieka sprawowana na odległość powinna być traktowana jako oddzielny rodzaj opieki, wiążący się wyłącznie z trudnościami”²⁹. Dystans przestrzenny powoduje³⁰:

- przejęcie obowiązków opiekuńczych zazwyczaj przez jednego (wyznaczonego) krewnego w kraju, pojawia się problem „braku rąk” do pomocy w opiece i przeciążania jednego opiekuna,
- przekształcanie oczekiwanych i preferowanych kontaktów osobistych pomiędzy opiekunem a podopiecznym w kontakty telefoniczne czy internetowe,
- limitowanie form opieki i bardzo często ograniczenie jej do wsparcia finansowego lub emocjonalnego (zjawisko tzw. uzasadnionej odległości – dystans jest wytłumaczeniem do mniejszego udziału w obowiązkach opiekuńczych i ich ewentualną substytucję innymi formami wsparcia),
- kolizję obowiązków zawodowych i opiekuńczych oraz rodzinnych (rodzina własna vs. rodzina macierzysta), wywołaną odległością i nakładami czasu związane z podróżą pomiędzy miejscem pracy, zamieszkania i sprawowania opieki.

Jest to tylko kilka z sygnalizowanych problemów związanych z ewentualnym podjęciem obowiązków opiekuńczych na odległość. W sytuacji fizycznej nieobecności opiekunów lub znacznych utrudnień związanych z przestrzennym rozproszeniem rodzin ważne są możliwości kompensacyjne środowiska lokalnego. Jaki jest lokalny potencjał opieki? W jakim stopniu lokalne społeczeństwo obywatelskie, samorząd lokalny i sieci sąsiedzkie czy instytucje komercyjne są w stanie przejąć obowiązki opiekuńcze?

Badania własne prowadzone w małych niezurbanizowanych społecznościach lokalnych wskazują na duże trudności z organizacją i dostarczeniem tego typu usług poza strukturami rodziny. W puli działań z zakresu opieki (i nie tylko) nieobecne są praktycznie inicjatywy tzw. sektora obywatelskiego. Ewentualnie występują działania związane z zagospodarowaniem czasu wolnego (stowarzyszenia, kluby seniora), niekiedy wsparcie rzeczowe (zazwyczaj oferowane przez stowarzyszenia wyznaniowe). Znamienny jest brak inicjatyw parafialnych. Księża w badanych parafiach postrzegali osoby starsze jako wiernych, którzy są członkami grup modlitwanych i ewentualnie uczestnikami wycieczek czy pielgrzymek. Wiedza o seniorach jest wiedzą potoczną, pochodzącą z opowieści innych parafian lub obserwacji poczynionych podczas wizyty koładowej. Niekiedy zdarzały się osoby duchowne, które starość definiowały w kategoriach „uciążliwego dla otoczenia problemu”, kiedy seniorzy stają się drażliwi, męczący – jako tzw. migranci wewnętrzni, zakłócający spokój rodziny, z którą mieszkają. Brakowało również profesjonalnych ofert komercyjnych, bo usługi opiekuńcze w szarej strefie oczywiście były świadczone przez mieszkanki gmin (w badanych miejscowościach nie pojawiły się imigrantki jako opiekunki).

²⁹ J. Philips, op. cit., s. 130.

³⁰ Ibidem, s. 129 i nast.

W miejsce rekomendacji

Właściwie zamiast zaleceń wystarczyłoby stwierdzenie cytowanego już Espinga-Andersena, że strategią wzrostu dobrobytu państw powinno być upowszechnienie gospodarstw domowych z dwojgiem aktywnych zawodowo rodziców z wieloma dziećmi, ale pod warunkiem dostosowania do wymogu pracy dorosłych rynku dostępnych i niskopłatnych usług domowych, w tym w zakresie pomocy starzejącym się krewnym. Można przytaczać kolejne ekonomiczne argumenty za tego typu inwestycjami, i – jak wskazuje analiza niemieckiej strategii wprowadzania polityki rodzinnej – ten typ argumentowania przekonuje niekiedy osoby odpowiedzialne za kształtowanie systemu zabezpieczenia społecznego³¹. Uwolnienie rodzin od stresu wynikającego z braku czasu nie zmniejsza jednak dylematu poszukiwania rozwiązań, które zaspokajałyby nie tylko potrzeby systemu (efektywność, skuteczność i adekwatność), ale i społeczne potrzeby jego odbiorców. W tym kontekście trudno zapomnieć o polskiej unikatowości – jesteśmy krajem UE, który wyróżnia bardzo wysoki stopień „urodzinnienia” opieki nad seniorami. W Polsce istnieje jeszcze potencjał gotowości do wypełnienia obowiązków opieki i związana z nim praktyka społecznego działania, innymi słowy – potencjał wspólnotowych „więzów”. Nie jest on jednak podtrzymywany w zinstytucjonalizowanych działaniach, ale przekształcany w kierunku zindywidualizowanych planów życiowych, ignorujących obowiązki wspólnotowe. Jednocześnie trudno zrozumieć, dlaczego wdrażając w polityce społecznej postulat zmiany karier życiowych i zawodowych jednostek, który charakteryzuje długa i stała aktywność zawodowa, wielka przezorność osobista, indywidualne programy oszczędzania – m.in. na starość, nie przewiduje się, że może stać się on przyczyną międzygeneracyjnego konfliktu na tle obciążenia finansowego młodego pokolenia, kosztami starzenia się populacji³². W sferze relacji rodzinnych zakłada się, że występuje *status quo*, a kwestie opieki nad krewnymi są nadal **prywatnymi problemami członków grupy rodzinnej**. Jest to typowy, znany socjologom, efekt sprzeczności R. Boudona³³. „Stan taki jest niewątpliwie możliwy w świecie społecznej utopii, gdzie wszyscy cieszą się nieustannie dobrym zdrowiem, dobrą pracą, pracują do ostatnich dni swojego życia”³⁴. W takim świecie problemu opieki nie ma, bo każdy ma zgromadzone środki na osobistym koncie i w okresie starości może opłacić usługę opieki lub umiera przed okresem własnej niedołężności.

³¹ Zob. S. Leitner, *Polityka rodzinna zorientowana na ekonomię czy ekonomia zorientowana na politykę rodzinną*, w: *Niemiecka polityka społeczna: ekonomizacja i przekraczanie barier*, A. Evers, R.G. Heinze (red.), ed. cit.

³² Patrz E. Giermanowska, *Bezpieczeństwo socjalne młodych pracowników w zreformowanym systemie emerytalnym w sytuacji wysokiego bezrobocia i zatrudnienia w formach nietypowych*, op. cit.

³³ R. Boudon, *Logika działania społecznego*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2009.

³⁴ J. Hryniewicz, *Reformowanie systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce po 1989 roku*, w: *Ubezpieczenie społeczne w Polsce. 10 lat reformowania*, ed. cit., s. 350.

Polskie statystyki odnotowują zjawiska tzw. eurosieroctwa – pozostawiania dzieci bez opieki z powodu wyjazdu jednego lub dwojga rodziców do pracy za granicę. Dzieci te są powierzone krewnym na zasadzie nieformalnej opieki zastępczej, niekiedy jednak – porzucone przez dorosłych – są umieszczone w placówkach socjalizacyjnych (co generuje publiczne koszty). Czas ujawnić analogiczne zjawisko **eurosieroctwa seniorów**, opuszczonych przez krewnych, w tym przez własne córki, które we Włoszech lub Niemczech – w mniej lub bardziej profesjonalny sposób – opiekują się osobami starszymi, pozostawiając własnych krewnych bez pomocy w kraju, lub z wielką trudnością próbują łagodzić społeczne skutki geograficznego dystansu pomiędzy krajem imigracji a emigracji, pomiędzy miejscem zarobkowania a miejscem troski.

KAPITAŁOWE EMERYTURY I RENTY A RYZYKO UBÓSTWA W POLSCE

Miejsce Polski w światowym rankingu krajów według poziomu rozwoju społecznego

W ostatnim dwudziestoleciu polska gospodarka rozwijała się szybciej niż przeciętnie gospodarka światowa i szybciej niż gospodarka krajów Unii Europejskiej¹, czego wymiernym efektem był wzrost dochodu narodowego (DN) *per capita* z 1,9 tys. USD w 1992 r. (11% DN w krajach EWG) do 12,4 tys. USD w 2010 r. (32% dochodu narodowego na mieszkańca w strefie euro). Dochód narodowy na jednego Polaka, po uwzględnieniu parytetu siły nabywczej waluty amerykańskiej w naszym kraju, zwiększył się z ok. 5 tys. USD w 1990 r. (36% DN w ujęciu parytetu siły nabywczej waluty amerykańskiej w EWG) do 19 tys. USD w 2010 roku. Po uwzględnieniu spadku siły nabywczej USD na polskim rynku i w strefie euro, szacuje się, że DN na jednego mieszkańca Polski zwiększył się do 56% DN mieszkańca Europy Zachodniej (o 20 pkt. proc. w ciągu ostatniego dwudziestolecia)².

Wzrost ekonomiczny przyczynił się do poprawy jakości życia Polaków w takim stopniu, że (wśród 169 krajów) zapewnił Polsce 41. miejsce na świecie (za Portugalią, przed Barbadosem) w rankingu sporządzonym według kryterium HDI³. Jednak nasz kraj należy do słabiej rozwiniętych państw europejskich, zważywszy, że wśród 40 państw (włącznie z Rosją) Polska uplasowała się dopiero na 28. miejscu.

Kraje europejskie, nawet stosunkowo słabiej rozwinięte, zaliczane do gospodarek wschodzących, w porównaniu z krajami Trzeciego Świata reprezentują bardzo wysoki poziom rozwoju społecznego. Odwraca to uwagę polityków od rzeczywistych

* Dr hab. Grażyna Ancyparowicz – prof. nadzw. naukowy Uczelni Vistula, Instytut Finansów i Rachunkowości Uczelni Vistula.

¹ W latach 1990–2010 polski PKB (w przeliczeniu na USD według kursu z 2000 r.) wzrastał w tempie po 3,65% rocznie, tj. wyższym o 0,95 pkt. proc. od tempa wzrostu globalnego PKB, wyprzedzając o 1,76 pkt. proc. przeciętne tempo wzrostu PKB w Unii Europejskiej.

² Wszystkie przytoczone dane pochodzą z baz statystycznych Banku Światowego lub obliczeń własnych na podstawie tychże danych.

³ Wskaźnik Rozwoju Społecznego (*Human Development Index* – HDI) jest miarą poziomu rozwoju w trzech podstawowych dziedzinach – długość życia, dostęp do wiedzy, standard życia. Wartości tego wskaźnika zawarte są w przedziale 0–1.

problemów mieszkających w Europie ludzi ubogich, żyjących poniżej standardów bezpieczeństwa socjalnego, często na granicy bezwzględnego ubóstwa. Badania przeprowadzone na zlecenie Parlamentu Europejskiego wykazały, że „twórcy polityki i decydenci są świadomi ubóstwa, ponieważ znają statystyki, lecz ich zrozumienie realiów jest ograniczone”⁴. W rezultacie następuje coraz wyższe zróżnicowanie majątkowe społeczeństwa, czego miarą jest wskaźnik IHDI⁵. Polska należy do krajów o wysokim poziomie zróżnicowania społecznego. W 2010 r. nasz kraj znalazł się na 30. miejscu w Europie; wyższy poziom zróżnicowania społecznego wystąpił tylko: w Grecji, na Litwie, w Albanii, Rumunii, na Cyprze, w Portugalii, we Włoszech, w Macedonii, Chorwacji i Turcji.

Polaryzacja majątkowa Polaków

O jakości życia w znacznej mierze decydują bieżące dochody na członka gospodarstwa domowego, bo nie tylko określają możliwości zaspokojenia bieżących potrzeb, ale także skłonność do oszczędzania. Wynagrodzenia, inne dochody z pracy, a także świadczenia w systemie zabezpieczenia społecznego mają fundamentalne znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa socjalnego⁶.

Neoliberalna doktryna społeczna, charakterystyczna dla polityki realizowanej w Polsce prawie w całym okresie transformacji systemowej, miała na uwadze przede wszystkim interes pracodawców. Zaowocowało to (po głębokim, ok. 30-procentowym załamaniu gospodarki na przełomie dekady lat 80. i 90.) systematycznym wzrostem produktu krajowego brutto, a w konsekwencji również i dochodu narodowego w latach następnych. Reformy miały na celu m.in. wspomaganie procesów prywatyzacji i tworzenie zachęt dla zagranicznego i rodzimego kapitału. Polityka taka prowadziła do sukcesywnego ograniczania uprawnień pracowniczych i redukcji świadczeń socjalnych. Wzrost gospodarczy przyniósł ogólny

⁴ *Ubóstwo i wykluczenie starszych obywateli UE. Sprawozdanie zbiorcze*, Badanie jakościowe – TNS Qual+, Eurobarometr, Bruksela, styczeń 2011, s. 8.

⁵ Wskaźnik Rozwoju Społecznego z Uwzględnieniem Nierówności (*Inequality-adjusted HDI-IHDI*) jest to miara średniego poziomu rozwoju po uwzględnieniu nierówności w społeczeństwie. Przy braku nierówności wskaźniki HDI i IHDI byłyby sobie równe. Im większa jest między nimi różnica, tym większe jest zróżnicowanie społeczne.

⁶ Zaspokojenie potrzeb bytowych na akceptowanym poziomie jest warunkiem rozwoju emocjonalnego, psychicznego i satysfakcji w relacjach społecznych. A. Maslow, *Motywacja i osobowość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

wzrost stopy życiowej w Polsce; zwiększyła się liczba osób o wysokich dochodach i zmniejszyła liczba ubogich⁷. Równocześnie jednak spadł udział w konsumpcji gospodarstw domowych o najniższych dochodach na rzecz wzrostu udziału osób najbogatszych (tab. 1). Charakterystycznym zjawiskiem jest również rosnąca koncentracja dochodów tej grupy Polaków.

Tabela 1. Udział osób o najwyższych i najniższych dochodach w funduszu konsumpcji; w % populacji ogółem

Rok	Udział w funduszu konsumpcji 10% Polaków o dochodach		Udział w funduszu konsumpcji 20% Polaków o dochodach	
	najwyższych	najniższych	najwyższych	najniższych
1985	20,9	4,1	35,0	9,8
1987	21,2	4,1	35,4	9,7
1989	21,8	3,9	36,1	9,2
1992	21,0	3,9	36,9	9,2
1993	23,7	2,0	38,9	6,5
1996	26,5	3,5	41,1	8,2
1998	26,2	3,3	41,0	8,0
1999	26,1	3,3	41,0	7,9
2000	26,1	3,3	41,1	7,8
2001	25,8	3,3	41,0	7,8
2002	26,8	3,2	42,0	7,6
2004	27,4	2,9	43,2	6,9
2005	27,2	3,0	42,4	7,3
2008	27,2	3,1	42,2	7,6

Źródło: Bank Światowy, <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GAP2/countries/XC-EU-PL?display=graph>

⁷ Według danych Banku Światowego, dochody równoważne sile nabywczej 2 USD (bliskie granicy minimum biologicznego) miało (w całym okresie transformacji ustrojowej) ok. 40 tys. Polaków. Według metodologii przyjętej w krakowskim Urzędzie Statystycznym, w której za osoby cierpiące niedostatek uznano beneficjentów pomocy społecznej, zagrożonych ubóstwem było ok. 10% populacji (ok. 400 tys. Polaków). <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GAP2/countries/XCEUPL?display=graph>; <http://www.obserwator.rops.krakow.pl/differenceanalysis/17z>

Polska, ze względu na znacznie niższy poziom wynagrodzeń w porównaniu z wysoko rozwiniętymi krajami o gospodarce rynkowej, należała do krajów o stosunkowo niskim – jak na warunki europejskie – progu ubóstwa. Nie znalazło to jednak pełnego odzwierciedlenia w porównaniach międzynarodowych, ponieważ granice ubóstwa wyznacza się, przyjmując 60% mediany przeciętnego w danym kraju dochodu rozporządzalnego na jednego mieszkańca. Przy tej metodologii, w 2008 r. wskaźnik zagrożenia relatywnym ubóstwem był w Polsce taki sam, jak średnia dla 27 krajów Unii Europejskiej – 17%⁸. Jednak w ubóstwie żyło w naszym kraju więcej dzieci niż przeciętnie w Unii Europejskiej (22% wobec 20%). Natomiast niższy był (w porównaniu z przeciętną w UE) wskaźnik ubóstwa Polaków w wieku 65 lat i więcej (12% mieszkańców wobec 19%). Równocześnie odnotowano w ciągu 2008 r. 4-punktowy wzrost wskaźnika zagrożenia ubóstwem Polaków w wieku emerytalnym. Niekorzystnie – na tle krajów Unii Europejskiej – przedstawiała się w Polsce sytuacja osób pracujących (w wieku co najmniej 18 lat). W strefie ubóstwa żyło 12% populacji zaliczanej do tej grupy wieku (w UE 8%). Wyższe niż w Polsce wskaźniki zagrożenia ubóstwem osób utrzymujących się z pracy odnotowano tylko w Grecji (14%) i Rumunii (17%).

W 2009 r. na poziomie minimum egzystencji żyło w Polsce 5,7% osób, na granicy ustawowej ubóstwa – 8,3%, relatywnej – 17,3%. Badania przeprowadzone w 2009 r. przez zespół opracowujący kolejną edycję *Diagnozy Społecznej* pomijają problem nędzy, koncentrując się na analizie rozwarstwienia majątkowego polskiego społeczeństwa. Zdaniem autorów tego raportu, ubodzy Polacy mieli nie mniejsze szanse na awans ekonomiczny od ludzi bogatych. „Dochody najuboższych 20% gospodarstw rosły szybciej niż dochody najbogatszych, zarówno na początku, jak i na koniec dekady”⁹. Na potwierdzenie tej tezy piszą, że proces konwergencji najniższych i najwyższych dochodów przejawiał się zmniejszeniem rozpiętości między czwartym a pierwszym kwintylem w badaniu dochodów netto gospodarstw domowych. Różnica całkowita wyniosła 0,58 pkt. proc., zaś na jednostkę ekwiwalentną – 0,26 pkt. proc., przy czym „dystans między grupami społecznymi o najwyższej i najniższej jakości życia nie powiększa się. Polacy poprawiają jakość życia nie kosztem innych, ale wraz z innymi”¹⁰. Ten optymistyczny wniosek nie oddaje na

⁸ Zgodnie z przyjętą przez GUS metodologią przy obliczaniu zasięgu ubóstwa obiektywnego stosowane są następujące normy:

- a) relatywna granica stanowi 50% średnich wydatków ogółu gospodarstw domowych,
- b) ustawowa granica ubóstwa to kwota, która zgodnie z obowiązującą ustawą o pomocy społecznej uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z systemu pomocy społecznej,
- c) minimum egzystencji to granica skrajnego ubóstwa, obliczana przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS) na poziomie, poniżej którego dochodzi do biologicznego wyniszczenia organizmu.

⁹ *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapieński, T. Panek (red.), Warszawa 2009, s. 352.

¹⁰ Ibidem, s. 355.

strojów społecznych (w badaniach koniunktury konsumenckiej realizowanych przez GUS utrzymuje się przewaga opinii negatywnych nad pozytywnymi) ani złej samooceny sytuacji materialnej większości polskich gospodarstw domowych. Wzrost dochodów najuboższych gospodarstw domowych wiąże się ze znacznie niższą bazą odniesienia, przy której nawet nieznaczne przyrosty absolutne dają stosunkowo wysoką dynamikę w ujęciu względnym.

Wynagrodzenia pracownicze i świadczenia z ubezpieczenia społecznego

O poziomie dobrobytu w znacznej mierze decydują dochody pracowników najemnych. Z cyklicznego (przeprowadzanego raz na cztery lata przez GUS) badania struktury wynagrodzeń w Polsce wynikało, że w 2008 r. pracownicy otrzymujący miesięczne wynagrodzenie ogółem brutto mniejsze lub równe przeciętnemu wynagrodzeniu miesięcznemu w gospodarce narodowej (3232 zł) stanowili ok. 65% ogółu pracowników. Zarobki mężczyzn były przeciętnie wyższe o 325 zł (o ok. 10%) od średniej krajowej, kobiet – niższe o 339 zł (o ok. 10%); przeciętne wynagrodzenie mężczyzn było więc o 664 zł (o 23%) wyższe od przeciętnego wynagrodzenia kobiet. Pracownicy sektora publicznego zarabiali przeciętnie o 10% więcej niż pracownicy sektora prywatnego, o czym zdecydowały wyższe wynagrodzenia na stanowiskach wykonawczych (pracownicy biurowi, świadczący usługi osobiste, sprzedawcy, rolnicy, leśnicy, robotnicy, rzemieślnicy, operatorzy maszyn i urządzeń). Na stanowiskach menedżerskich wyższe wynagrodzenia występowały w sektorze prywatnym¹¹.

Najczęstsze wynagrodzenie miesięczne brutto (dominanta, wartość modalna) wyniosło 2091 zł (64,7%) przeciętnego w gospodarce narodowej w 2008 roku. Zarobki¹² brutto nieprzekraczające 1616 zł (50% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego brutto dla gospodarki narodowej) otrzymywało 18,5% zatrudnionych. Zarobki brutto równe co najmniej dwukrotnemu przeciętnemu wynagrodzeniu brutto w gospodarce narodowej otrzymywało 6,2% zatrudnionych (byli to przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy, menedżerowie). Zarobki powyżej 10 tys. zł uzyskiwało 2,6% zatrudnionych.

W 2009 r. polska gospodarka odczuła skutki światowego kryzysu, co zahamowało dynamikę wzrostu wynagrodzeń realnych. Można zatem domniemywać, że relacje wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych nie uległy istotnej zmia-

¹¹ Dane pochodzą z cyklicznie prowadzonego przez GUS badania (Z-12) struktury wynagrodzeń według zawodów. Informacja na ten temat została przedstawiona na konferencji prasowej 25 listopada 2009 r.

¹² Zarobki to termin odnoszący się do sumy wszystkich dochodów otrzymywanych z tytułu zatrudnienia u wszystkich pracodawców.

nie w porównaniu do poprzedniego roku. Poprawa koniunktury, jaka wystąpiła w 2010 r., łączyła się ze wzrostem cen wielu podstawowych towarów i usług nabywanych przez gospodarstwa domowe. Minimalne wynagrodzenie za pracę (brutto) kształtowało się na poziomie 1317 zł; po podwyżce, jaka miała miejsce w 2011 r., wynagrodzenie to wzrosło do 1386 zł, pozostając nieco wyższe od subiektywnej granicy ubóstwa w jednoosobowym gospodarstwie domowym (1187 zł). Należy podkreślić, że minimalne wynagrodzenie kształtowało się poniżej subiektywnej granicy ubóstwa gospodarstwa domowego, złożonego z rodziców i dwojga dzieci do lat 14, którą oszacowano na 1770 zł. Przeciętne wynagrodzenie za pracę (brutto) było zaledwie o ok. 80% wyższe od minimalnej płacy, co dowodzi spłaszczenia struktury wynagrodzeń pracowników najemnych.

Bardziej zagrożone ubóstwem są kobiety niż mężczyźni, stąd mówi się o feminizacji ubóstwa. Ubóstwo wśród pracujących kobiet jest wyższe niż wśród mężczyzn. W Polsce wskaźnik zagrożenia ubóstwem pracujących kobiet wynosi 12% (dla porównania: w Czechach 3%, na Litwie 10%). Zgodnie ze sprawozdaniem Komisji Europejskiej za 2010 r. na temat równości kobiet i mężczyzn, aż 22% starszych kobiet zagrożonych było ubóstwem, podczas gdy wskaźnik ten w grupie starszych mężczyzn wyniósł 16%. Istnieją ponadto szacunkowe dane, według których ubóstwo (w przeliczeniu na indywidualny dochód) wśród kobiet sięga 36%, podczas gdy wśród mężczyzn wynosi 11%. Zagrożenie ubóstwem w 35% dotyczy także rodziców samotnie wychowujących dzieci, przy czym z reguły są to samotne matki¹³.

Tabela 2. Przeciętna miesięczna emerytura i renta z tytułu niezdolności do pracy wypłacona w grudniu 2010 r.

Wyszczególnienie	Emerytura			Renta z tytułu niezdolności do pracy		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Kwota w złotych	1725	2115	1462	1278	1372	1108
W relacji do przeciętnego wynagrodzenia w grudniu 2010 r.	61,1%	74,9%	51,8%	45,3%	48,6%	39,7%

Źródło: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2010 r., s. 36, portal internetowy ZUS.

¹³ Projekt rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie ubóstwa kobiet w Unii Europejskiej (2010/2162(INI)), s. 24/35.

Niskie przeciętne wynagrodzenia, długie okresy pozostawania bez pracy etatowej, zatrudnianie w szarej strefie, dążenie do ograniczania kosztów ubezpieczenia pracowników i samozatrudnienie mają bezpośredni związek z niskim poziomem świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego. Przeciętna emerytura wypłacana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych pozostaje nadal niższa od granicy subiektywnego ubóstwa, co w szczególności dotyczy emerytur i rent dla kobiet (tab. 2). Prysłły złudzenia o godnych warunkach życia seniorów, kiedy okazało się, że emerytury kapitałowe, wypłacone z oszczędności gromadzonych w OFE, mają wręcz symboliczny wymiar. Z danych opublikowanych przez Komisję Nadzoru Finansowego wynika, że przeciętna emerytura wypłacona w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2011 r. wyniosła brutto 78 zł (przed rokiem było to 73 zł, zaś w czerwcu 2009 r. – 49 zł)¹⁴. Te bulwersująco niskie kwoty świadczeń nie wzbudzą dotychczas zainteresowania ekonomistów ani nawet mediów.

Zagrożenie ubóstwem osób starszych i niepełnosprawnych stało się przedmiotem szczególnej troski Parlamentu Europejskiego. W projekcie Rezolucji Legislacyjnej zawarte zostały liczne zapisy, które mają na celu zapobieganie wykluczeniu i pauperyzacji tych grup ludności. „Unia uznaje i szanuje prawo osób starszych do godnego i niezależnego życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym. (...) Unia uznaje i szanuje prawo do świadczeń z zabezpieczenia społecznego oraz do usług społecznych zapewniających ochronę. (...) Starzenie się to niewątpliwie wyzwaniem dla całego społeczeństwa i dla wszystkich pokoleń w Europie, ale jest to również kwestia solidarności międzypokoleniowej, a przede wszystkim roli rodziny”¹⁵.

Wykluczenie ekonomiczne i finansowe Polaków

Rozpoznaniu stopnia zaspokojenia potrzeb bytowych w powiązaniu ze źródłem pozyskiwania dochodów służy badanie spójności społecznej. Badanie to, przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny na reprezentatywnej grupie gospodarstw domowych, wykazało, że w 2011 r. w miastach praca najemna stanowiła główne źródło utrzymania dla ok. 50% rodzin, natomiast na wsi – dla ok. 43%. Praca na własny rachunek poza rolnictwem była najważniejszym źródłem dochodów dla ok. 8% rodzin, a praca w użytkowanym gospodarstwie rolnym – dla nieco ponad 4%

¹⁴ Wysokość przeciętnych emerytur obliczono na podstawie informacji publikowanej przez Komisję Nadzoru Finansowego; http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_emerytalny/dane_o_rynku/rynek_ofe/Dane_kwartalne/dane_kwartalne.html

¹⁵ Poprawka (3) i (3a) do tekstu proponowanego przez Komisję UE do *Projektu Rezolucji Legislacyjnej Parlamentu Europejskiego w sprawie wniosku dotyczącego decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych (2012 r.)* (COM(2010)0462 – C7-0253/2010 – 2010/0242(COD)) (RR/861365PL.doc, s. 7/71–8/71).

gospodarstw domowych w kraju. Na wsi dochody z rolnictwa stanowiły przeważające źródło utrzymania dla co dziesiątej rodziny (ponad 11%). Istotnym źródłem utrzymania były – dla ok. 30% gospodarstw domowych w mieście i ok. 27% na wsi – świadczenia emerytalne. Z renty utrzymywało się ok. 6% gospodarstw domowych w miastach i ok. 8% na wsi. Różnego rodzaju zasiłki dla bezrobotnych lub świadczenia z pomocy społecznej i zasiłki rodzinne były podstawą utrzymania ok. 2% badanych gospodarstw domowych.

Z deklaracji respondentów wynikało, że tylko ok. 15% rodzin żyje w dostatku, 30% musi bardzo oszczędnie gospodarować, aby zaspokoić swoje potrzeby, w 6% gospodarstw domowych pieniędzy nie wystarczało nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb. W najtrudniejszej sytuacji byli mieszkańcy wsi i małych miast, w szczególności w regionach dotkniętych wysokim bezrobociem. W takich rodzinach brakowało pieniędzy na żywność, obuwie i odzież, zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci.

Niski poziom dochodów powodował wykluczenie z życia kulturalnego ok. 45% mieszkańców Polski, w tym większość stanowili ludzie starsi (w wieku 65 lat i więcej). Niemal 59% osób mieszkających na wsi nigdy lub prawie nigdy nie chodziło do kina, do teatru, nie zwiedzało muzeów ani galerii, nie korzystało z bibliotek ani czytelní. W miastach sytuacja była pod tym względem niewiele lepsza, zważywszy, że 37% mieszkańców nigdy nie skorzystało z oferty placówek kulturalnych.

Respondenci zdawali sobie sprawę z nierównego statusu materialnego i obarczali za ten stan rzeczy odpowiedzialnością polityków. Prawie 90% osób w wieku 16 lat i więcej uczestniczących w badaniach GUS wyraziło opinię, że różnice dochodów w Polsce są zbyt duże, ale brakuje rozwiązań zmniejszających dysproporcje majątkowe. Bez mała 80% ankietowanych uznało, że do obowiązków państwa powinno należeć zmniejszenie dysproporcji majątkowych, w opinii 83% badanych osób państwo powinno zapewnić każdemu podstawowe minimum dochodów.

W świetle przytoczonych wyników badań statusu materialnego i zachowań ludności, postulaty, aby Polacy zaczęli masowo oszczędzać na przyszłą emeryturę, nabywając dostępne na rynku produkty finansowe, są całkowicie oderwane od rzeczywistości. Opinię taką potwierdzają badania dotyczące uczestnictwa ludności w rynku finansowym, bowiem z wykluczeniem ekonomicznym i kulturalnym znacznej części gospodarstw domowych łączy się zazwyczaj ich wykluczenie finansowe. Alienacja wobec rynku finansowego jest przede wszystkim skutkiem ubóstwa, ale istotne są także bariery mentalne i techniczne. Do wykluczenia finansowego dochodzi często w gospodarstwach domowych, które żyjąc ponad stan, zaciągają niewspółmierne do możliwości płatniczych zobowiązania finansowe. Zwiększenie liczby wykluczonych finansowo następuje także na skutek zatrudniania pracowników w szarej strefie (bez zgłaszania faktu zatrudnienia przez pracodawcę do ZUS).

Można wymienić całą listę przyczyn zadłużania się gospodarstwa domowego, poczynając od utraty zdolności zarobkowania głowy rodziny, poprzez chorobę, wieklodietność, kończąc na podwyżce czynszu i innych świadczeń związanych z utrzy-

maniem domu lub mieszkania. Umieszczenie na listach nierzetelnych dłużników praktycznie zamyka osobom, które popadły w trudności materialne, dostęp do produktów finansowych. Wykluczenie finansowe bywa także skutkiem działalności przestępczej, dla której charakterystyczny staje się – niepozostawiający wyraźnych śladów – obrót gotówkowy.

Polski rynek finansowy pozostaje wprawdzie największym w regionie Europy Środkowej, lecz jest znikomo mały w porównaniu z rynkiem Europy Zachodniej. Aktywa instytucji finansowych działających w Polsce stanowią niespełna 1% aktywów finansowych Unii Europejskiej i ok. 0,3% globalnej wartości aktywów finansowych.

Wykluczenie finansowe dotyczy ludności nawet najwyżej rozwiniętych krajów, o dojrzałych rynkach finansowych i długich tradycjach edukacji ekonomicznej społeczeństwa. Według danych Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans Komisji Europejskiej, w 15 krajach „starej” Unii Europejskiej 20% osób było pozbawionych dostępu do transakcyjnych usług bankowych, 30% nie posiadało żadnych oszczędności, 40% nie korzystało z kredytu. W nowych krajach członkowskich ok. 33% mieszkańców nie miało rachunku rozliczeniowego ani żadnych oszczędności, zaś 75% było pozbawionych zdolności kredytowej. Szacuje się, że w Polsce wykluczeniem finansowym dotkniętych zostało ok. 40% mieszkańców powyżej 16. roku życia, ok. 60% obywateli nie miało konta w żadnej instytucji depozytowo-kredytowej, 73% nie spełniało warunków do uzyskania kredytu odnawialnego, 60% nie posiadało karty kredytowej. Na drugim biegunie znaleźli się Polacy posiadający jednocześnie po 20–30 rachunków bankowych i po kilkadziesiąt kart kredytowych emitowanych przez różne banki¹⁶.

Z danych Banku Światowego wynika, że stosunek oszczędności (podaż pieniądza M3) do PKB był w naszym kraju nie tylko niższy w porównaniu z przeciętnym poziomem tego wskaźnika w strefie euro, ale należał do najniższych wśród nowych krajów członkowskich UE (tab. 3). Ogranicza to bazę depozytową banków, a tym samym uzależnia akcję kredytową od zasilania na rynkach międzybankowych, co zwiększa wrażliwość polskiego rynku finansowego na zdarzenia na światowych rynkach finansowych¹⁷.

¹⁶ *Half the World is Unbanked*, Financial Access Initiative, 2009 (www.financialaccess.org).

¹⁷ Wprawdzie polski sektor bankowy legitymuje się stosunkowo wysokimi wskaźnikami płynności i adekwatności kapitałowej, lecz z uwagi na duży udział zagranicznych właścicieli jest narażony na drenaż kapitałowy i podatny na spekulacje walutowe.

Tabela 3. Oszczędności (podaż pieniądza M3) w relacji do PKB (w %)

Wyszczególnienie	2007	2008	2009
Strefa euro	22,9	21,7	18,9
Niemcy	25,9	25,1	21,5
Bułgaria	9,0	14,5	16,0
Czechy	24,7	22,3	20,4
Estonia	22,9	20,3	23,5
Litwa	16,4	14,6	bd.
Łotwa	18,3	20,0	28,5
Polska	15,8	18,7	18,6
Rumunia	20,7	22,6	29,0
Słowacja	22,0	22,3	28,9
Węgry	18,5	14,7	bd.

Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych Banku Światowego.

Większość gospodarstw domowych wykazuje niską skłonność do oszczędzania, co ogranicza dynamikę podaży pieniądza, a to z kolei, przy relatywnie wysokim zapotrzebowaniu na kredyty mieszkaniowe i konsumpcyjne, prowadzi do poszerzania dodatkowo luki kredytowania gospodarstw domowych i przedsiębiorstw. Rozwój ubezpieczeń hamuje niski poziom dochodów i brak środków na zakup polis, o szczególnie groźnych następstwach w przypadku obowiązkowych ubezpieczeń rolnych. Zainteresowanie gospodarstw domowych funduszami inwestycyjnymi ma głównie charakter spekulacyjny, co powoduje wysoką wrażliwość tego segmentu rynku na ruchy kapitału. Najszybciej rozwijają się otwarte fundusze emerytalne, dlatego że są zasilane obowiązkowo odprowadzaną składką na ubezpieczenia społeczne¹⁸. Społeczne koszty utrzymywania OFE są już obecnie bardzo duże, w przyszłości zaś będą jeszcze większe.

¹⁸ W latach 2000–2010 dotacje z budżetu państwa wraz ze środkami z prywatyzacji przekazanymi do FUS wyniosły (łącznie w ciągu 11 lat) ok. 403 mld zł. W ustawie budżetowej na 2011 r. przewidziano, że dotacje budżetu państwa do FUS wyniosą 37,1 mld zł. Oznacza to, że łącznie w latach 2000–2011 wydatki budżetowe (wraz z dochodami z wyprzedaży majątku) na rzecz pracowniczego systemu ubezpieczeń społecznych wyniosą ok. 440 mld zł. Warto odnotować, że ZUS przekazał do OFE (do 5 października 2011 r.) składki wraz z odsetkami w kwocie 175 mld zł. Wartość tych składek była niewiele niższa od wartości portfela inwestycyjnego OFE (228 mld zł na koniec sierpnia 2011 r., w tym 142 mld zł stanowiły obligacje i inne papiery dłużne).

Ubóstwo jako nieuchronne następstwo emerytur i rent kapitałowych

System emerytalny, wprowadzony w Polsce w 1999 r., był odpowiedzią na żądania światowych koncernów finansowych, które (po upadku realnego socjalizmu) znalazły w Europie Środkowej nowe pole ekspansji. Pozyskanie entuzjastów dla piramid finansowych, jakimi są otwarte fundusze emerytalne, okazało się bardzo łatwe, ze względu na brak znajomości reguł funkcjonowania rynków finansowych w krajach zaliczanych do gospodarek wschodzących. Reforma emerytalna dostarczyła pretekstu do likwidacji świadczeń klasycznych. Od 2014 r. wszystkie emerytury wypłacane przez ZUS pochodzić będą ze zgromadzonych w okresie aktywności zawodowej (waloryzowanych) składek, podzielonych przez oczekiwaną przeciętną długość życia świadczeniobiorców. Emerytury w systemie zdefiniowanej składki będą miały więc również charakter kapitałowy, z tą różnicą względem OFE, że akumulowane środki zapisane na imiennym koncie ubezpieczonego w ZUS nie będą narażone na ryzyko utraty kapitału towarzyszące inwestycjom na rynku finansowym.

W systemie kapitałowym (zdefiniowanej składki) wszystkie świadczenia będą znacznie niższe w porównaniu z kwotami, jakie wynikałyby z zastosowania klasycznego algorytmu kalkulacji emerytur i rent. Można to zilustrować, przywołując konkretne dane liczbowe.

Od 1 stycznia 1999 r. do 18 maja 2011 r. miesięczna składka emerytalna wyniosła średnio 109,76 zł (przy przeciętej podstawie 1503,56). Oznacza to, że kapitał emerytalny zgromadzony w tym okresie (bez waloryzacji, która w istocie ma na celu ograniczenie wpływu inflacji na wartość świadczeń) wyniesie ok. 79 tys. zł. Osoby, które będą chciały skorzystać z prawa do emerytury, mogą zatem zgromadzić przeciętnie (w cenach z 2011 r.) kapitał emerytalny równy 160 tys. zł (po 25 latach opłacania składek). Jeśli oczekiwana długość życia wyniesie ok. 220 miesięcy, przeciętne świadczenie (brutto w cenach z 2011 r.) ukształtuje się na poziomie 750 zł brutto (ok. 600 zł netto). Kwota ta będzie niższa od przeciętnej renty (939 zł) wypłaconej w 2010 r., toteż – przy utrzymaniu systemu zdefiniowanego świadczenia w ubezpieczeniach rentowych – korzystniej będzie przechodzić na rentę niż czekać na emeryturę. Twórcy reformy emerytalnej zdali sobie z tego sprawę, toteż postulują wprowadzenie rent kapitałowych jako rozwiązania wchodzącego w skład pakietu konsolidacji finansów publicznych. Postępowanie takie wydaje się zagrażać dotrzymaniu przez Polskę zobowiązań w sprawie minimalnych świadczeń (wraz z zasiłkami na dzieci) określonych w Konwencji nr 102 MOP (40%) oraz Konwencji nr 128 MOP (50%).

Świadczenia emerytalno-rentowe (mimo waloryzacji) rosną wolniej od przeciętnych wynagrodzeń. Dotyczy to w szczególności przeciętnej renty z tytułu niezdolności do pracy, która w 2003 r. stanowiła ok. 38% przeciętnego wynagrodzenia, zaś

w 2010 już tylko 33,3% przeciętnego wynagrodzenia (55,3% przeciętnej emerytury). Szacunki przeprowadzone przy założeniu, że przeciętne wynagrodzenie będzie rosło, a wskaźnik waloryzacji świadczeń uwzględnia tylko część realnego wzrostu wynagrodzeń – wskazują, że proporcja najniższej renty do przeciętnego wynagrodzenia będzie nadal malała. W 2059 r. relacja ta wyniesie ok. 5–7%¹⁹. Na tym poziomie w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia będą zatem również renty rodzinne, jeśli wprowadzony zostanie system kapitałowy (system zdefiniowanej składki) w ubezpieczeniach rentowych.

Wiadomo, że świadczenia (zarówno z ZUS jak i z OFE) pozostaną na bardzo niskim poziomie, a do większości z nich konieczna będzie bardzo wysoka (szacowana w cenach z 2010 r. na minimum 11 mld zł) dotacja z budżetu państwa²⁰. W tych warunkach – wbrew lansowanej tezie o samowystarczalności finansowej systemu zdefiniowanej składki – wzrastać będzie zadłużenie sektora *general government*, a jedną z najważniejszych przyczyn wzrostu zadłużenia tego sektora będą utrzymujące się przez dziesięciolecia deficyty Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tab. 4)²¹.

We wszystkich wariantach prognozy opracowanej w ZUS wpływy funduszu emerytalnego – wyrażone jako procent sumy rocznych podstaw wymiaru składek na fundusz emerytalny – wykazują tendencję malejącą (co związane jest z rosnącym udziałem członków otwartych funduszy emerytalnych wśród ubezpieczonych) i stabilizują się – w zależności od wariantu – na poziomie 11,45–11,75%. Wydatki funduszu emerytalnego – wyrażone jako procent sumy rocznych podstaw wymiaru składek na fundusz emerytalny – maleją (w zależności od wariantu) do roku 2013/2014, po czym odnotowujemy okres wzrostu wydatków do 2023 r. w wariancie nr 1 do 25,44%, do 2025 r. w wariancie nr 2 (32,20%) i do 2021 r. w wariancie nr 3 (21,87%). Następnie we wszystkich wariantach do końca prognozowanego okresu wydatki spadają – do poziomu 14,17% w wariancie nr 1, 20,69% –

¹⁹ www.zus.pl/seminaria/prognozy

²⁰ Por. m.in. wywiad *Państwo jest ostatecznym gwarantem* przeprowadzony przez Małgorzatę Dygas z Jolantą Fedak, opublikowany w „Gazecie Bankowej” nr 3 (1119) z 2011 r. Nadal forsuje się kapitałowy system emerytalno-rentowy, mimo krytyki ministra finansów i sprzeciwu związków zawodowych.

²¹ Prognozę opracowano w trzech wariantach, przyjmując, że w 2011 r. na 1000 ubezpieczonych przypada, w zależności od wariantu, średnio 334–359 osób pobierających emeryturę z funduszu emerytalnego. W ostatnim roku prognozy liczba ta wynosi 763 osoby w wariancie nr 1, 853 osoby w wariancie nr 2, oraz 685 osób w wariancie nr 3. W wynikach prognozy po stronie wpływów uwzględniono wyłącznie wpływy składkowe, uwzględniając: odpływ części składek do otwartych funduszy emerytalnych i do Funduszu Rezerwy Demograficznej, ograniczenie rocznej podstawy wymiaru składek do trzydziestokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, przekazywanie z budżetu państwa składek za osoby przebywające na urloпах wychowawczych i pobierające zasiłki macierzyńskie. W wydatkach funduszu emerytalnego uwzględniono wydatki na wszystkie emerytury wypłacane z funduszu emerytalnego wyodrębnionego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. W rzeczywistości prezentowane w prognozie kwoty deficytów rocznych funduszu emerytalnego nie będą musiały zostać w całości pokrywane dotacją z budżetu państwa.

w wariancie nr 2 oraz 11,01% – w wariancie nr 3 w 2060 roku. We wszystkich wariantach współczynnik obciążenia systemowego w latach 2011–2013 maleje, natomiast rośnie w latach 2014–2060, osiągając w 2060 r. poziom przeszło dwukrotnie wyższy niż w roku 2011.

Tabela 4. Prognoza wpływów wydatków i wyniku subfunduszu emerytalnego ZUS; w mld zł

Rok	Wpływy ze składki			Wydatki na emerytury			Saldo		
	wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 2	wariant 3
2011	52,1	48,3	54,5	104,4	105,0	103,9	-52,2	-56,7	-49,4
2012	56,1	50,9	59,2	106,2	107,1	105,4	-50,1	-56,2	-46,1
2013	59,8	53,4	64,0	108,7	109,9	107,7	-48,9	-56,5	-43,7
2014	63,3	55,6	68,6	114,4	115,7	113,1	-51,1	-60,2	-44,5
2015	66,6	57,6	73,2	123,2	124,5	121,8	-56,7	-66,9	-48,6
2016	70,0	59,6	78,1	133,0	133,9	131,7	-63,0	-74,3	-53,6
2017	73,6	61,6	83,0	143,4	143,7	142,3	-69,9	-82,2	-59,3
2018	77,3	63,5	88,1	154,3	153,8	153,5	-77,0	-90,3	-65,4
2019	81,1	65,4	93,4	165,3	163,8	165,0	-84,2	-98,4	-71,6
2020	85,0	67,4	98,9	176,4	173,7	176,8	-91,4	-106,3	-77,8
2025	106,7	78,1	131,7	227,7	216,3	233,6	-121,0	-138,2	-102,0
2030	133,8	91,1	174,6	268,0	245,1	282,3	-134,2	-154,0	-107,7
2035	167,1	106,2	228,9	300,4	264,3	324,2	-133,2	-158,1	-95,4
2040	206,9	122,2	296,6	332,5	279,9	369,4	-125,6	-157,7	-72,8
2045	254,6	140,1	382,7	373,1	297,3	430,9	-118,6	-157,2	-48,2
2050	312,5	159,5	489,4	427,8	320,1	516,6	-115,2	-160,6	-27,2
2055	381,6	181,6	625,1	493,2	345,9	622,6	-111,6	-164,3	2,4
2060	463,7	205,9	795,0	565,1	372,1	744,8	-101,3	-166,2	50,2

Źródło: Prognoza wpływów i wydatków funduszu emerytalnego do 2060 r., ZUS 2010, s. 20–23
(www.zus.pl/seminaria/prognozy).

Największy wzrost omawianego współczynnika obserwujemy w wariancie nr 2 (o przeszło 137% w stosunku do 2011 r.), a najmniejszy w wariancie nr 3 (o ok. 105%).

Wyzwania dla polityków wywołane reformą emerytalno-rentową

Polska jest krajem szybko rozwijającym się gospodarczo, dzięki czemu rośnie przeciętny dobrobyt mieszkańców. Jednak Polacy są nadal znacznie biedniejsi od mieszkańców Europy Zachodniej, mają niską skłonność do oszczędzania, a priorytetowe dla większości rodzin są wydatki związane z pozyskaniem i utrzymaniem mieszkania oraz wychowaniem dzieci. Większość polskich rodzin utrzymujących się z pracy najemnej lub samozatrudnienia ma dochody niewielkie, pozwalające jednak „wiązać koniec z końcem” i terminowo spłacać kredyty mieszkaniowe, raty za meble i inne nabyte dobra. Wielu młodych ludzi inwestuje w siebie, opłacając czesne za studia, ponosząc koszty nauki języków obcych. W tej sytuacji trudno oczekiwać masowego zainteresowania produktami finansowymi o charakterze inwestycyjnym. Ryzyko związane z tymi produktami jest ogromne, niemożliwe do oceny, o czym świadczą kolejno nawracające fale kryzysów na rynkach finansowych.

Emerytura i renta to świadczenia zastępujące częściowo utracone na skutek wieku czy złego stanu zdrowia dochody z własnej pracy. Świadczenie to powinno być stabilne, pozwalające seniorom i osobom niezdolnym do pracy z innych przyczyn na życie godne człowieka. Osoby zamożne znajdują zapewne wiele atrakcyjnych form lokowania nadwyżek kapitału, które zapewnią im wysokie dochody rentierskie po zaprzestaniu aktywności zawodowej. Takich osób jest jednak w Polsce niewiele. Nie można kontynuować reform zmuszających Polaków do zasilania funduszy inwestycyjnych ani skazywać milionów ludzi na głodowe świadczenia, tylko dlatego, że nikt z decydentów nie ma odwagi publicznie przyznać się do błędu i wycofać z kapitałowych form ochrony ryzyka socjalnego.

Gwałtownie rosnące zadłużenie Skarbu Państwa zmusiło wprowadzić rząd Donalda Tuska do inicjatywy ustawodawczej, która zakończyła się ograniczeniem transferów do OFE. Siła oddziaływania lobby optującego za kapitałowym systemem zaopatrzenia emerytalno-rentowego jest nadal ogromna, o czym świadczy zapowiedź podniesienia w najbliższych latach udziału OFE w składce emerytalnej, a także ponawiane wciąż próby wprowadzenia rent kapitałowych.

Trudności w obsłudze długu publicznego są nieuniknione. Należy zatem liczyć się z koniecznością poszukiwania drastycznych oszczędności, a następnie redukcji świadczeń socjalnych, włącznie z odebraniem uprawnień nabytych. Nie są to ciche pogroźki. Tak dzieje się na przykład w Grecji, w krajach nadbałtyckich czy na Węgrzech. W perspektywie kilkunastu lat, niskie świadczenia emerytalno-rentowe milionów Polaków muszą wywołać tak silną pauperyzację, że należy liczyć się z zahamowaniem tempa wzrostu gospodarczego i zapaścią cywilizacyjną w naszym kraju. Tak właśnie stało się już w Chile i kilku innych krajach, których przywódcy dali posłuch żądaniom transnarodowych aferzystów²².

²² Więcej na ten temat napisałam w raporcie *Otwarte Fundusze Emerytalne w systemie zabezpieczenia społecznego 1999–2010*, Zakład Wydawnictw Statystycznych GUS, Warszawa 2010.

Polska, jako państwo członkowskie Unii Europejskiej, reformując system ubezpieczenia społecznego musi zapewnić należyty poziom ochrony ryzyka socjalnego swym obywatelom. Wymaga to działań osłonowych ze strony państwa, a w szczególności odejścia od koncepcji emerytur i rent kapitałowych na rzecz przywrócenia klasycznego systemu ochrony ryzyka socjalnego. Negatywny wpływ czynników demograficznych może zostać osłabiony (bądź nawet wyeliminowany) dzięki ograniczaniu zatrudnienia w szarej strefie, zniesieniu limitów poboru składek do 30-krotności prognozowanej kwoty wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Wzrost gospodarczy powinien przyczynić się do wzrostu zatrudnienia i wydajności pracy, a tym samym – do podniesienia przeciętnych wynagrodzeń. Wyższa dynamika wynagrodzeń od dynamiki emerytur i rent osłabi presję na wzrost składek na ubezpieczenia społeczne. Podniesienie poziomu życia w Polsce bez wątpienia będzie przyciągało cudzoziemców, dzięki czemu powinien zwiększyć się strumień składek zasilających fundusz emerytalno-rentowy w ZUS.

Bibliografia

- Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński i T. Panek, Warszawa 2009.
- Half the World is Unbanked*, Financial Access Initiative, www.financialaccess.org
- Masłowski A., *Motywacja i osobowość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Otwarte Fundusze Emerytalne w systemie zabezpieczenia społecznego 1999–2010*, Zakład Wydawnictw Statystycznych GUS, Warszawa 2010.
- Państwo jest ostatecznym gwarantem*, wywiad przeprowadzony przez Małgorzatę Dygasa z Jolantą Fedak, „Gazeta Bankowa” 2011, nr 3 (1119).
- Prognoza wpływów i wydatków funduszu emerytalnego do 2060 r.*, ZUS, Warszawa 2010, (www.zus.pl/seminaria/prognozy).
- Projekt Rezolucji Legislacyjnej Parlamentu Europejskiego w sprawie wniosku dotyczącego decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych (2012)* (COM(2010)0462 – C7-0253/2010 – 2010/0242(COD) (RR/861365PL.doc).
- Ubóstwo i wykluczenie starszych obywateli UE. Sprawozdanie zbiorcze*, Badanie jakościowe – TNS Qual+, Eurobarometr, Bruksela, styczeń 2011.
- Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2010 r.*, s. 36, portal internetowy ZUS.

UWAGI O DOCHODACH ZE ŚWIADCZEŃ EMERYTALNO-RENTOWYCH

Ponad 90% osób w wieku powyżej 60 lat ma własne źródło utrzymania, wysokość tych dochodów jednak nie jest wysoka. Przeciętna emerytura miesięczna wypłacana z ZUS wyniosła w 2009 r. 1597 zł, a jej wysokość była zróżnicowana, w zależności od odrębnych uregulowań dla grupy, której dotyczyły świadczenia. Przeciętna renta z ZUS z tytułu niezdolności do pracy wyniosła ok. 1185 zł, renta rodzinna zaś ok. 1392 zł.

Sytuacja materialna osób starszych traktowana jest jako zaskakująco zadowalająca, tym bardziej że gospodarstwa domowe emerytów są najczęściej zaledwie dwuosobowe. Wypowiadane są więc poglądy, że problemem emerytów jest raczej wykluczenie społeczne, samotność, izolacja, brak aktywności, a więc „rozwiązaniem nie jest zwiększenie publicznych wydatków na emerytury i inne świadczenia pieniężne dla osób starszych”¹. Na takie postrzeganie nakłada się też stereotypowa ocena sytuacji osób starszych: ludzie starsi stanowią obciążenie budżetu, a także społeczeństwa ogółem.

Jednak analiza wysokości wypłacanych emerytur i rent nie nastraja optymistycznie. Średnioroczne minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego IPiSS oszacował na poziomie 905,00 zł, a minimum egzystencji na 421,90 zł. Około 305 tys. emerytów, którzy otrzymywali świadczenia niższe niż 800 zł, a także znaczna część z półmilionowej grupy emerytów o dochodach między 800 a 1000 zł w 2009 r. osiągała dochody niższe od poziomu minimum socjalnego². Ubóstwo ludzi starszych ma szczególny charakter: jest dość płytkie, ale bez perspektyw poprawy, a zatem nawet niewielka zmiana może zachwiać ich sytuacją.

Niższe niż minimum socjalne były w 2009 r. świadczenia dla blisko 43% rencistów; dla dużej grupy tych osób renta – jako świadczenie jedyne – nie pozwala utrzymać się bez pomocy; świadczenia ponad 60% rencistów były niższe niż 1000 zł. Ponad połowa emerytów (55%) miała dochody wyższe od 800 zł, ale niższe od 1600 zł. Silne spłaszczenie świadczeń sprawia, że tylko 6,6% emerytów i 5,2% rencistów miało świadczenia w wysokości ponad 3000 zł, podczas gdy w końcu

* Dr Barbara Gałązka-Petz – Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski.

¹ A. Kurowska, *Czy osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą w Polsce*, Forum Obywatelskiego Rozwoju, Warszawa 2009.

² *Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2009.

2008 r. wynagrodzenie ponad 5380 zł (przy występującym w świadczeniach emerytalnych stopniu zastąpienia zapewniającym świadczenie tej wysokości) – miało 6,7% kobiet i 13,2% mężczyzn³. Wyraźnie wyższe (tj. średnio o ponad 1000 zł) są tylko świadczenia emerytalne górników i służb mundurowych – łącznie jest to ponad 610 tys. osób (por. końcowe zestawienie).

Dochody, koszty utrzymania, sytuacja bytowa osób starszych

Osoby starsze nie są grupą jednorodną pod względem sytuacji materialnej. Oszacowanie siły nabywczej osób starszych wymaga uwzględnienia co najmniej:

- wysokości dochodów dyspozycyjnych,
- kosztów utrzymania i preferencji konsumpcyjnych,
- zasobów majątkowych.

Wysokość dochodów dyspozycyjnych osób starszych bywa szacowana na podstawie analiz dochodów gospodarstw domowych.

→ **Nie wszystkie gospodarstwa domowe, w skład których wchodzi emeryci i renciści, zgodnie z przyjętą metodologią badań, są gospodarstwami emerytów czy rencistów. Jednoosobowe gospodarstwa domowe emerytów i rencistów nie zawsze są gospodarstwami osób starszych.**

Od roku 1973 do 1996 gospodarstwa emerytów i rencistów były badane łącznie, zaś od roku 1997 badane są oddzielnie. Można zauważyć, że gospodarstwa emerytów mają wyższe dochody i są w lepszej sytuacji bytowej niż gospodarstwa rencistów. Renciści stanowią tę grupę, która – zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie – przy uzyskiwanym dochodzie z trudnością zaspokaja swoje potrzeby. Sytuację tych gospodarstw można raczej porównać z sytuacją gospodarstw utrzymujących się z niezarobkowych źródeł dochodu, czy gospodarstw domowych powiązanych z rolnictwem: renciści – na ogół zresztą młodszy niż emeryci – mają nie tylko niższe dochody, ale też żyją w liczniejszych gospodarstwach domowych. Oba te czynniki decydują o gorszym położeniu gospodarstw, w których żyją, a które nie zawsze są w statystykach kwalifikowane jako gospodarstwa domowe rencistów (a wydaje się, że na ogół nie są!). **Dlatego też wszelkie wnioski i uogólnienia budowane na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych mają charakter szacunkowy.**

→ **Analiza sytuacji bytowej obserwowanej grupy może być uzupełniona obserwacją stopnia zaspokojenia potrzeb. Podstawowym postulatem jest jednak uwzględnienie w stosowanym zestawie wskaźników odmiennych potrzeb społecznych i materialnych, wynikających z różnic wieku, czy też stanu zdrowia.**

³ Por. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w grudniu 2008 r.*, GUS, Warszawa 2009.

Różnice w poziomie dochodów występujące w gospodarstwach rencistów i emerytów powodują, że gospodarstwa te istotnie różnią się także ze względu na sposoby i cele wydawania środków finansowych. Gospodarstwa osób starszych mają niekorzystną strukturę wydatków, wynikającą z małej liczebności osób w gospodarstwach i wysokiego udziału wydatków stałych. W gospodarstwach tych nie tylko znaczną, ale przede wszystkim rosnącą grupę stanowią wydatki związane z utrzymaniem mieszkania i zdrowiem. O ile wydatki na żywność maleją – tak ze względu na zmianę preferencji konsumpcyjnych, jak wyraźnie niższą dynamikę wzrostu cen tych dóbr – to wydatki związane z utrzymaniem mieszkania i zdrowiem mają wysoką dynamikę wzrostu. W jednoosobowych gospodarstwach emerytów wydatki na użytkowanie mieszkania i nośniki energii stanowiły w 2009 roku 28,7% (rencistów zaś 30%), wydatki emerytów na zdrowie – 10,2% (rencistów – 10,8%), podczas gdy wartości średnie wydatków dla wszystkich gospodarstw domowych wynoszą dla mieszkania 11,9%, a wydatki na zdrowie – 5,3%.

Być może lepszym miernikiem oceny sytuacji materialnej tych gospodarstw byłoby porównanie sytuacji gospodarstw emerytów i rencistów (z uwzględnieniem wieku, prowadzonych przez nich gospodarstw domowych lub mających w swym składzie osoby utrzymujące się ze świadczeń emerytalnych lub rentowych) z innymi grupami gospodarstw. Porównanie sytuacji gospodarstw emerytów i rencistów powinno być wykonane przy pomocy obiektywnych progów ubóstwa, pozwalających ocenić ich siłę nabywczą, poziom deprywacji materialnej, a tym samym lepiej zdiagnozować faktyczną sytuację życiową badanych.

Ocena sytuacji materialnej i bytowej oraz warunków życia osób starszych jest w dużym stopniu uzależniona od przyjętych kryteriów; z pewnością nie można ograniczyć się tu do analizy wysokości uzyskiwanych dochodów pieniężnych do dyspozycji i tradycyjnego koszyka wydatków, trzeba natomiast uwzględnić specyficzne i zmienne potrzeby. Znaczna część osób starszych to ludzie z ograniczoną sprawnością, często osamotnieni. Ocena ich sytuacji powinna uwzględniać także fakt „atomizacji” gospodarstw domowych, słabszy ich związek z innymi pokoleniami, a jeśli taki związek istnieje, to jest to związek „na odległość”. Następuje także stały wzrost liczby gospodarstw domowych jednopokoleniowych.

→**Ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych nie uwzględnia ponadto wartości nagromadzonego majątku**, stanowiącego rodzaj zabezpieczenia na starość.

Wartość tego majątku, niezależnie od jego formy, będzie z czasem coraz silniej różnicować sytuację ludzi starszych. Liczne badania wskazują, że właśnie ludzie starsi, emeryci są grupą społeczną, która najczęściej spośród wszystkich deklaruje, że przeznacza swoje oszczędności na zabezpieczenie starości (podobnie osoby pracujące na własny rachunek). Majątek ten uwzględniony jest w badaniach budżetów przede wszystkim wtedy, gdy jest upłynniany: w innych sytuacjach jest nieuwzględniany. Silnym motywem oszczędzania jest obawa o przyszłość. Badania wykonane

przez CBOS w 2003 i 2007 roku pokazują, że emeryci i renciści są tą grupą, która swoją przyszłą sytuację materialną ocenia najgorzej spośród wszystkich typów gospodarstw domowych. Obawy emerytów i rencistów wiążą się z rosnącymi kosztami utrzymania gospodarstwa domowego, w tym mieszkania, brakiem możliwości uzyskania dodatkowych dochodów, długotrwałą chorobą lub inwalidztwem.

→**Obserwowane od lat odwrócenie kierunku alimentacyjnego** gospodarstw domowych jest wprawdzie widoczne w badaniach budżetów gospodarstw domowych, ale tylko w ograniczonym stopniu.

Zarówno gospodarstwa emerytów, jak i rencistów przeznaczają więcej niż pozostałe gospodarstwa na dary przekazywane dla innych. Sytuacja młodego pokolenia na rynku pracy powoduje ponadto rosnące zadłużenie tych gospodarstw; kredyty zaciągane są przez emerytów i rencistów nie na własne potrzeby, lecz na rzecz rodziny nieposiadającej zdolności kredytowej lub mającej ją w ograniczonym stopniu. Rosnące zadłużenie dotyczy zarówno gospodarstw emerytów, jak i rencistów. Fakt tego zadłużenia może nie być uwzględniany w budżecie. Zaciągany kredyt – który jest lub nie jest obciążeniem emeryta – z pewnością nie spowoduje korzystnych zmian w wyposażeniu jego gospodarstwa.

→**Niedostatecznie zbadane jest zagadnienie skali i konsekwencji uzupełniania świadczeń emerytalnych i rentowych dochodami z pracy.**

Status ekonomiczny emeryta (rencisty) zbliżony do statusu pracowniczego może zapewnić tylko: (1) połączenie w gospodarstwie domowym kilku emerytur, (2) wsparcie dochodów środkami z nagromadzonych oszczędnościami (majątkiem) oraz (3) praca zawodowa. Tymczasem gospodarstwa emerytów i rencistów należą do tych, które stosunkowo rzadko wykazują, że podejmują aktywny sposób działań, w sytuacji, gdy stałe dochody nie pozwalają na zaspokojenie bieżących potrzeb. W jednoosobowych gospodarstwach emerytów dochody z pracy najemnej stanowiły w 2009 r. nieco więcej niż 2% przychodów netto, a z pracy na własny rachunek – od 0,3% do 0,1%. W gospodarstwach rencistów udział ten był znacznie niższy: odpowiednio 1% i 0,1%. Zapewne znaczną część dochodów z takich źródeł uzyskuje się w szarej strefie. Ważnym powodem tej sytuacji są stosowane od lat rozwiązania makro- i mikroekonomiczne w podejściu do pracy emerytów: stosowanie pułapów dochodowych dorabiania do emerytury, mające zniechęcić do podejmowania pracy, stosowanie zachęt do podejmowania pracy krótkotrwałej, z jednoczesnym wydawaniem zezwoleń na pracę w wybranych zawodach (tzw. deficytowych) czy grupach zawodów. Zgoda na podejmowanie pracy wiązana była także z restrukturyzacją gospodarki: zakazy – okresowe – stosowano wobec tych, którzy przeszli na wcześniejszą emeryturę, stosowano też ulgi na zwolnionych z powodu leżącego po stronie pracodawcy. **Zmiana przepisów, obostrzenia, sprzyjały pracy na czarno, rezygnacji z uprawnień pracowniczych – i znikaniu informacji o tej formie pracy ze źródeł statystycznych.**

Można przyjąć, że osoby starsze to przede wszystkim emeryci i renciści. Według szacunku opartego na dostępnych publikowanych danych GUS i ZUS

w 2009 roku **ponad 6,6 mln** osób pobierających świadczenia emerytalne i rentowe (rodzinne i z tytułu niezdolności do pracy) to osoby w wieku 64 i więcej lat. Odpowiadające im liczby, w tysiącach, kształtowały się następująco:

- 4374,3** emeryci ZUS w wieku powyżej 64 lat;
- 193,3** renty z tytułu niezdolności do pracy wypłacane przez ZUS osobom w wieku powyżej 64 lat;
- 833** renty rodzinne wypłacane przez ZUS osobom w wieku powyżej 60 lat;
- 954,5** emeryci KRUS w wieku powyżej 64 lat;
- 8,6** renty KRUS z tytułu niezdolności do pracy wypłacane osobom w wieku powyżej 64 lat;
- 32,2** kombatancki;
- 93** emeryci MON w wieku powyżej 64 lat;
- 6,3** emeryci Ministerstwa Sprawiedliwości w wieku powyżej 64 lat;
- 28** emeryci MSWiA w wieku powyżej 64 lat;
- 10,1** renty MON wypłacane osobom w wieku powyżej 64 lat;
- 0,6** renty MS wypłacane osobom w wieku powyżej 64 lat;
- 5,2** renty MSWiA wypłacane osobom w wieku powyżej 64 lat;
- 74** pobierający renty rodzinne w KRUS i resortach mundurowych w wieku powyżej 64 lat (szacunek).

Niejednolitość w stosowanych sposobach gromadzenia i prezentacji danych (także w każdym z opracowań odrębnie) utrudnia bardziej precyzyjne szacunki, niemniej grupa ta stanowi około 16,5% całej populacji kraju. Stosowana metodologia zbierania i prezentowania danych nie daje podstaw do poprawnych analiz i ocen sytuacji materialnej osób utrzymujących się głównie ze świadczeń społecznych (z emerytur i rent).

ZASPOKOJENIE POTRZEB MIESZKANIOWYCH OSÓB STARSZYCH. DYLEMATY I KIERUNKI ZMIAN

Problematyce starości poświęca się ostatnio bardzo wiele uwagi, co wynika przede wszystkim z zaawansowanego procesu starzenia się społeczeństwa polskiego. Liczebność populacji z trzeciej biologicznej grupy wieku, czyli 65 lat i więcej, charakteryzuje się największą dynamiką przyrostu. Skala problemu starzenia się społeczeństwa urosła do rangi kwestii o strategicznym znaczeniu dla Polski. Wydłużenie czasu trwania życia stanowi niewątpliwie osiągnięcie cywilizacyjne, lecz równocześnie generuje szereg wyzwań w sferze ekonomicznej, społecznej i kulturowej. Proces starzenia się społeczeństwa wymusza zasadnicze zmiany w polityce społecznej we wszystkich jej obszarach. Koncentrują się one na rosnących wydatkach na świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego, szczególnie z zakresu ubezpieczeń emerytalnych. Następuje wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekę długoterminową z uwagi na pogarszającą się wraz z wiekiem kondycję zdrowotną tej grupy ludności. Zwiększa się potrzeba wprowadzenia nowych form usług pomocy społecznej (np. asystent osoby starszej, opiekunka środowiskowa). Dużym wyzwaniem jest też problem niedostosowanej do potrzeb ludzi starszych infrastruktury społecznej, która wymagać będzie rozbudowy i odpowiedniego przystosowania do tej szczególnej grupy odbiorców.

Zwiększający się udział ludzi starszych legitymujących się coraz wyższym poziomem wykształcenia skutkować będzie zapotrzebowaniem na nowe jakościowo usługi o charakterze edukacyjnym (realizacja idei *Life Long Learning*), kulturalnym, wypoczynkowo-rekreacyjnym i sportowym. Szczególne jednak znaczenie mieć będą potrzeby związane z kształtowaniem szeroko rozumianych warunków mieszkaniowych, które mają istotny wpływ na jakość życia ludzi starszych. Dziś już nie podlega dyskusji, iż powinni oni mieć możliwość życia w dotychczasowym mieszkaniu tak długo, jak tylko jest to możliwe, i mieć prawo swobody wyboru miejsca i formy zamieszkania. Takie podejście znalazło odzwierciedlenie w wielu dokumentach międzynarodowych, m.in. w Międzynarodowym Wiedeńskim Planie Działania dotyczącym Osób Starszych przyjętym w 1982 r. przez Światowe Zgromadzenie na Temat Osób Starszych i zatwierdzonym w tym samym roku przez Zgromadzenie

* Dr Maria Zralek – Wyższa Szkoła Humanistyczna w Sosnowcu.

Ogólne¹, czy też Zasadach Działania ONZ na rzecz Osób Starszych przyjętych w 1991 roku. Określają one prawa seniorów w odniesieniu do poszczególnych dziedzin życia, w tym m.in. prawo do wyboru formy zamieszkania oraz otrzymywania wsparcia umożliwiającego realizację tego uprawnienia. Te i inne prawa stanowią realizację zasad niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności. Także Zrewidowana Europejska Karta Społeczna (art. 23)² jako jedną z naczelnych zasad pełnoprawnego uczestnictwa w życiu społecznym wymienia umożliwienie osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne. Urzeczywistnienie tego prawa powinno być zrealizowane m.in. poprzez zapewnienie mieszkań dostosowanych do potrzeb ludzi starszych i stanu ich zdrowia, oraz zapewnienie stosownej pomocy przy adaptacji mieszkań. Natomiast osobom starszym przebywającym w domach opieki należy zagwarantować odpowiednie wsparcie, poszanowanie ich prywatności oraz możliwość udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących warunków życia w takich domach.

Mieszkanie dla każdego człowieka jest podstawowym punktem odniesienia. Dla osób starszych ma ono szczególne znaczenie, stanowi bowiem miejsce zaspokajania większości potrzeb. Zmniejszanie się wydolności fizycznej i psychicznej, narastające ograniczenia wynikające z niepełnosprawności, trudności w przestrzennej mobilności, poczucie zagrożenia bezpieczeństwa publicznego powodują, że ludzie starsi coraz więcej czasu spędzają w mieszkaniu i jego najbliższej okolicy. Istotną zatem kwestią jest, czy zajmowane przez ludzi starszych mieszkania umożliwiają im zaspokajanie potrzeb i tworzą warunki zapewniające niezależne i godne życie.

Rozpatrując sytuację mieszkaniową ludzi starszych, należy zwrócić uwagę na dwa aspekty tego zagadnienia. Pierwszym są obiektywne warunki mieszkaniowe, mierzone przy pomocy wskaźników takich jak powierzchnia mieszkania, zaludnienie, standard mieszkania. Jednakże dla ludzi starszych ważne są także aspekty jakościowe, niemierzalne, jednakże często dla nich istotniejsze. Chodzi tu bowiem o lokalizację mieszkania względem instytucji infrastruktury społecznej, poczucie przynależności do społeczności lokalnej, więzi sąsiedzkie, poczucie bezpieczeństwa, dostępność przestrzeni, skomunikowanie z innymi obszarami miasta itp.

Podejmowanie skutecznych działań na rzecz poprawy warunków mieszkaniowych ludzi starych wymaga przede wszystkim posiadania wiedzy o tym, jak żyją ludzie starsi i jak oceniają swoją sytuację mieszkaniową. Natrafiamy jednak na szereg barier w ocenie rzeczywistych warunków zamieszkania seniorów. Generalnie nie ma wielkiego zainteresowania tą tematyką, nie dysponujemy też aktualnymi całościowymi badaniami pozwalającymi na ocenę warunków, w jakich żyje ta grupa ludności. Nie chodzi tu, jak wskazano wyżej, tylko o ilościowe, ale także jakościowe aspekty sytuacji mieszkaniowej. Dotyczy to wielu następujących kwestii.

¹ www.unic.un.org.pl/kalendarium/obchody.php

² J. Auleytner, *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, Warszawa 2002, s. 539.

Po pierwsze, nie dysponujemy w kraju pełnymi i wiarygodnymi informacjami dotyczącymi warunków mieszkaniowych ludności starszej. Brak jest jeszcze informacji z ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2011 roku, choć należy się obawiać, że również nie poprawi on obszaru wiedzy w tym zakresie. Posiadamy zatem bardzo już zdezaktualizowane dane Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r., co w przypadku omawianego zagadnienia, z uwagi na szybko narastający proces starzenia się ludności Polski, ma szczególne znaczenie. Ponadto opublikowane materiały NSP z roku 2002 nie wyodrębniają wieku mieszkańców, jako zmiennej do oceny sytuacji mieszkaniowej zarówno według wieku budynków, jak i wyposażenia w podstawowe instalacje i urządzenia. Dostępne dane spisowe informują jedynie o warunkach mieszkaniowych gospodarstw domowych według grup społeczno-zawodowych, w tym gospodarstw emerytów, lecz pojęcie emeryta nie jest bynajmniej, przy obowiązującym w Polsce prawodawstwie, równoznaczne z pojęciem człowieka starego. Wiele przy tym osób w wieku poważnie zaawansowanym nie pobiera świadczeń emerytalnych i utrzymuje się z innych źródeł, a tym samym nie jest objęta interesującymi nas informacjami. Podobnie informacje spisowe obejmujące dane sytuacji mieszkaniowej gospodarstw domowych według liczby członków gospodarstw domowych dotyczą osób starszych tylko w sytuacji, gdy są one głową gospodarstwa domowego. W przypadku natomiast osób, które przekroczyły 60. rok życia, lecz nie są głowami gospodarstw domowych, nie posiadamy w tym zakresie żadnych informacji. Tym samym nie można na tej podstawie scharakteryzować warunków mieszkaniowych ogółu ludności starszej.

Po drugie, nie posiadamy wiedzy w zakresie danych o skali przekształceń własnościowych mieszkań zajmowanych przez ludzi starszych, co w istotny sposób wiąże się z kosztami utrzymania mieszkania. Możliwość wykupu mieszkań przewidują obowiązujące przepisy prawne. Atrakcyjne warunki nabycia użytkowanych lokali, szczególnie dla długoletnich najemców mieszkań będących w gestii zakładów pracy, spółdzielni mieszkaniowych, a także realizowana przez część gmin wyprzedaż mieszkań komunalnych, stanowią z pewnością interesującą ofertę dla starszych ludzi. Przeświadczenie, że w przyszłości jest to zabezpieczenie mieszkania dla wnuków, a także przekonanie o obniżeniu kosztów bieżących opłat za mieszkanie – mogły zachęcać do ich wykupu. Zachodzi obawa, że część osób starszych wykupujących mieszkania nie miała świadomości obowiązku partycypacji w kosztach utrzymania i remontów budynków, co znacznie zwiększyło obciążenia ich budżetów domowych.

Po trzecie, nieznana jest skala nierejestrowanego podnajmu części mieszkania przez osoby starsze. Wiadomo, że z racji dużej powierzchni zajmowanego lokalu i trudności w płaceniu wysokiego czynszu ludzie starsi oferują pokoje do wynajęcia (np. studentom). Takie rozwiązanie jest dla nich niezmiernie istotne, szczególnie dla tych, którzy zamieszkują stare zasoby mieszkaniowe, z reguły charakteryzujące się większą powierzchnią. Przekroczenie bowiem normatywnej powierzchni upoważ-

niającej do uzyskania dodatku mieszkaniowego, zgodnie z ustawą z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych³ eliminuje tę grupę ludzi starszych z prawa korzystania z tej formy pomocy. Równocześnie jednak pozwala dalej zamieszkiwać w dotychczas zajmowanym mieszkaniu i otoczeniu, co dla osób starszych ma niebagatelne znaczenie. Nierejestrowany podnajem stanowi też dodatkowe (równie trudne do określenia) źródło dochodu dla tych osób. Pozytywny, aczkolwiek niewymierny aspekt podnajmu mieszkania przez starsze osoby może się także wiązać ze zmniejszeniem poczucia osamotnienia, tak często dotykającego tych ludzi.

Po czwarte, nie ma danych pozwalających określić, jaka jest skala korzystania przez gospodarstwa domowe osób starszych z pomocy finansowej w utrzymaniu mieszkania – dodatków mieszkaniowych. Z uwagi na fakt, iż świadczenie to leży w kompetencjach gminy jako zadanie własne, dysponujemy tylko ogólną wiedzą o liczbie wypłaconych ogółem dodatków mieszkaniowych i ich średniej wysokości, nie ma natomiast dostępnych danych informujących, jakie typy gospodarstw domowych korzystają z tego rodzaju świadczenia. Nie można zatem stwierdzić, czy ta forma pomocy w utrzymaniu mieszkania stanowi ważny element wspomagania finansowego osób starszych.

Po piąte, brakuje jakichkolwiek informacji o skali zmiany faktycznego miejsca przebywania ludzi starszych, szczególnie samotnych, co z oczywistych względów jest nie do uchwycenia. Problem polega bowiem na nieformalnej wymianie mieszkania w obszarze rodziny, zwłaszcza typu „babcia/dziadek” i przekazaniu go „wnuczce/wnukowi”. Często z racji dużej niesprawności stary człowiek przenosi się do mieszkania własnych dzieci, uzyskując tam pomoc i opiekę, z równoczesnym udostępnieniem swojego mieszkania pokoleniu wnuków. W takiej sytuacji rzeczywiste warunki mieszkaniowe, w jakich żyją ludzie starsi, mogą (z reguły korzystnie) odbiegać od tych, które posiadali poprzednio. Z pewnością nie jest to zjawisko masowe, tym niemniej z takimi przypadkami można się spotkać.

Po szóste, nie posiadamy szczegółowej wiedzy o sytuacji mieszkaniowej ludności starszej na wsi. Diagnoza warunków mieszkaniowych dotycząca wsi jest szczególnie trudna z uwagi na fakt nasilającego się procesu rozlewania się miast (*urban sprawl*). Wprawdzie dane spisowe charakteryzują warunki mieszkaniowe z podziałem na miasto i wieś, jednakże statystycznie odnotowane radykalne polepszenie warunków mieszkaniowych na wsi nie zawsze może się przekładać na faktyczną poprawę sytuacji mieszkaniowej starszej ludności wiejskiej. Obserwowany od ponad dwudziestu lat proces dezurbanizacji generuje między innymi powstawanie na terenach wiejskich, położonych w sąsiedztwie miast, zabudowy mieszkaniowej o bardzo wysokim standardzie, jednakże te warunki mieszkaniowe nie są udziałem ludności typowo rolniczej. Także i ten problem jest trudny do pełnego rozpoznania.

³ Dz.U. z 2001r. Nr 71, poz. 734, z późn. zm.

Po siódme, nie dysponujemy wiedzą o skali prac remontowo-modernizacyjnych przeprowadzanych we własnym zakresie przez ludzi starszych w mieszkaniach, których w celu poprawy ich standardu i funkcjonalności.

I wreszcie po ósme, brak nam subiektywnej oceny własnych warunków mieszkaniowych deklarowanych przez starszych ludzi. Istotne bowiem jest odczucie „dobrego zamieszkania” i pozytywna waloryzacja przestrzeni życiowej.

Problemy mieszkaniowe osób starszych nie są również szczególnie widoczne w badaniach naukowych. Przeprowadzone w latach 90. ubiegłego i na początku XXI wieku badania tylko w jednym przypadku w całości poświęcone zostały problemom mieszkaniowym ludzi starszych (projekt realizowany w latach 1999–2001 przez Instytut Gospodarki Mieszkaniowej – „Mieszkania starszych ludzi w Polsce”⁴). Poza tym w badaniach dotyczących różnych aspektów funkcjonowania osób starszych relatywnie szeroko kwestie mieszkaniowe zostały przedstawione w badaniach GUS „Seniorzy w polskim społeczeństwie”⁵ oraz w badaniach przeprowadzonych w latach 1999–2001 z inspiracji Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego pn. „Polska starość”⁶. Są to zatem informacje w znacznym stopniu już zdezaktualizowane. W zakończonym w tym roku bardzo obszernym interdyscyplinarnym programie PolSenior, obejmującym badania medyczne oraz badania społeczne ludzi starszych w całej Polsce, zrealizowany został jedynie niewielki program dotyczący sytuacji mieszkaniowej (głównie o charakterze jakościowym). Także w znaczącej pracy przygotowanej przez Komitet Prognoz 2000 Plus PAN *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działań*⁷, zagadnienia warunków mieszkaniowych stanowią jedną z wielu poruszanych kwestii.

Generalnie należy jednak podkreślić, że zagadnienia warunków mieszkaniowych seniorów nie są obszarem szczególnego zainteresowania gremiów zajmujących się problemami osób starszych.

Analizując sytuację mieszkaniową pod kątem widzenia ilościowych aspektów, można stwierdzić, że następuje systematyczna poprawa warunków mieszkaniowych starszych ludzi. Na ten stan wpływa szereg czynników. Zaliczyć można do nich postępującą wymianę starych zdekapitalizowanych zasobów mieszkaniowych (najczęściej zasiedlonych przez starszą generację). Najstarsze zasoby mieszkaniowe, często pochodzące jeszcze z przełomu XIX i XX wieku, charakteryzowały się niskim stopniem wyposażenia w instalacje i urządzenia. Hanna Kulesza określiła ówczesną sytuację jako „starzy ludzie w starych domach”⁸. Wysiedlani z wyburzanych domów mieszkańcy trafiali do mieszkań nie zawsze pełnostandardowych, jednakże o lepszym niż poprzednie wyposażeniu.

⁴ *Mieszkania osób starszych w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian.*, H. Zaniewska (red.), IGM, Warszawa 2001.

⁵ *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa 1999.

⁶ *Polska starość*, B. Synak (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.

⁷ *Polska w obliczu starzenia się społeczeństw. Diagnoza i program działań*, PAN, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa 2008.

⁸ H. Kulesza, *Sytuacja mieszkaniowa ludzi starszych w Polsce według badań GUS w: Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, IGM, Warszawa 2001.

Ponadto na poprawę warunków mieszkaniowych ludzi starszych wpływa fakt, iż obecne pokolenie seniorów w coraz większym stopniu stanowią ludzie, którzy zasiedlali mieszkania o relatywnie dobrym standardzie. Według danych NSP 2002, znaczna większość ludności miast zamieszkiwała swoje mieszkania od lat 1950–1975, a więc od okresu intensywnego rozwoju budownictwa zakładowego a następnie dominującego spółdzielczego. Domy te w większości wyposażone były we wszystkie podstawowe urządzenia i instalacje, choć pozbawione często walorów estetycznych i zlokalizowane na ogół w mało atrakcyjnych przestrzeniach miast. Biorąc pod uwagę, że czas oczekiwania na przydział mieszkania był bardzo długi, większość osób otrzymujących mieszkania miała co najmniej 30 lat, a zatem w dniu dzisiejszym są to już osoby bardzo stare i stare. Trudności w zamianie lokali mieszkalnych, przywiązanie pracowników do mieszkań zakładowych – decydowały o niewielkiej mobilności mieszkańców. Stąd też można sądzić, że większość ludzi starszych pozostaje w swoich mieszkaniach od co najmniej kilkudziesięciu lat. Potwierdzają to dane dokumentujące tytuł zajmowania mieszkania przez gospodarstwa domowe. Biorąc pod uwagę jedynie gospodarstwa domowe osób starszych, a więc tych, których głowa gospodarstwa przekroczyła 60 lat, można stwierdzić, że zarówno wśród jednoosobowych, jak i wieloosobowych gospodarstw domowych, w grupie wieku 60–69 lat dominuje spółdzielcze prawo do lokalu, natomiast wśród najstarszych seniorów częściej mamy do czynienia z własnością lokalu i najmem, co ilustruje tabela 1.

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

Wyszczególnienie	Ogółem	Wiek głowy gospodarstwa domowego (w latach)				
		60–69	70–79		80 i więcej	
			razem	w tym z osobą w wieku 15-39	razem	w tym z osobą w wieku 15-39
		w procentach				
Razem	100,0	48,4	39,1	6,4	12,5	1,3
Jednoosobowe zamieszkujące z tytułu	100,0	37,5	43,6	X	18,9	X
Własności	100,0	34,1	46,4	X	19,5	X
Spółdzielczego prawa do lokalu	100,0	49,5	38,2	X	12,3	X
– własnościowego	100,0	47,9	39,2	X	12,9	X
– lokatorskiego	100,0	56,2	34,0	X	9,8	X
Najmu mieszkania	100,0	39,3	42,7	X	18,0	X
Wielooosobowe zamieszkujące z tytułu	100,0	55,2	36,3	10,4	8,5	2,3
Własności	100,0	54,2	37,1	11,3	8,7	2,2
Spółdzielczego prawa do lokalu	100,0	67,6	27,5	6,8	4,9	1,3
– własnościowego	100,0	65,9	28,9	6,4	5,2	1,4
– lokatorskiego	100,0	72,9	23,2	8,2	3,9	1,3
Najmu mieszkania	100,0	49,4	40,4	14,8	10,2	3,7

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych i rodzin*, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002, GUS, Warszawa 2003, Tabl. 8 (10).

Mankamentem, dziś szczególnie odczuwanym przez ludzi starszych, jest brak wind w 4-piętrowych budynkach (budowanych szczególnie w latach 50. i 60. ubiegłego wieku), które zgodnie z ówczesnymi normami nie były wyposażone w to urządzenie.

O poprawie warunków mieszkaniowych ludzi starszych świadczą również wskaźniki charakteryzujące stopień zaludnienia mieszkań. Wprawdzie mieszkania zajmowane przez ludzi starszych są mniejsze niż ogółu ludności, jednakże gospodarstwa domowe emerytów dysponują największą (35,1 m²) powierzchnią użytkową

mieszkania przypadającą na 1 osobę⁹, średnia powierzchnia użytkowa mieszkania w Polsce wynosi bowiem 25,4 m² na osobę. Jest to konsekwencja przemian składu gospodarstw domowych starszych ludzi – opuszczeniu przez dzieci rodzinnego domu oraz wdowieństwa. Wprawdzie obowiązujący w chwili zasiedlania mieszkania normatyw zaludnienia projektowany był dla rodzin dwupokoleniowych i charakteryzował się stosunkowo małą powierzchnią, jednakże z uwagi na obecną wielkość gospodarstw domowych ludzi starych mieszkania te zapewniają większą powierzchnię przypadającą na osobę. Generalnie, im starsza głowa jednoosobowego gospodarstwa domowego, tym rzadziej mieszkanie jest przeludnione. W przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych, których głową gospodarstwa jest osoba starsza, sytuacja jest znacznie mniej korzystna, bowiem niemal 30% tych gospodarstw mieszka w pokojach gęsto zaludnionych lub przeludnionych¹⁰.

Opierając się na analizie ilościowych aspektów warunków mieszkaniowych starszej generacji, uznać można, iż ulega ona systematycznej poprawie, jednak w dalszym ciągu jest mniej korzystna niż ogółu ludności.

W sferze mieszkaniowej ludzie starsi borykają się jednak z wieloma problemami. Oprócz tradycyjnych, związanych z trudnościami w utrzymaniu mieszkania, dostosowaniem mieszkania do pogłębiających się ograniczeń wynikających z procesu starzenia się, istnieją zagrożenia będące efektem zmian w stosunkach własnościowych budynków i mieszkań.

Temu zagadnieniu, a także skutkom, jakie mogą z tego wynikać, poświęca się stosunkowo mało miejsca w analizie sytuacji mieszkaniowej ludzi starszych. Obowiązujące przepisy prawa nie regulują w sposób jednolity sprzedaży lokali mieszkalnych. Szczególny problem stanowi sprzedaż mieszkań zakładowych wraz z lokatorami na rzecz osób prywatnych i prawnych. Sprzedaż mieszkań zakładowych przez nadzorowane przez ministra skarbu państwa spółki odbywa się na podstawie ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o zasadach zbywania mieszkań będących własnością przedsiębiorstw państwowych, niektórych spółek handlowych z udziałem Skarbu Państwa, państwowych osób prawnych oraz niektórych mieszkań będących własnością Skarbu Państwa¹¹. Przewiduje ona możliwość nabywania nieruchomości po preferencyjnych cenach przez dotychczasowych najemców takich lokali. Preferuje długoletnich pracowników i najemców, bowiem sprzedaży mieszkania dokonuje się po cenie ustalonej na zasadach określonych w ustawie o gospodarce nieruchomościami. Cena sprzedaży uwarunkowana jest stażem pracy i czasem zamieszkania w lokalu mieszkalnym, przy czym maksymalna obniżka nie może przekraczać 95% ceny sprzedaży mieszkania. Jeśli osobą uprawnioną do wykupu mieszkania jest emeryt, rencista lub wdowa (wdowiec) po nim (po niej), wówczas cena nabycia

⁹ *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 46.

¹⁰ *Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych i rodzin*, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002, GUS, Warszawa 2003, Tabl. 11(13).

¹¹ Dz.U. z 2001 r. Nr 4, poz. 24, z późn. zm.

mieszkania ustalana jest na 5% jego wartości. A zatem z najwyższej obniżki ceny mieszkania korzystają przede wszystkim ludzie starsi. Dotyczy to jednak wyłącznie takich mieszkań, których właścicielem jest Skarb Państwa lub podmioty powiązane ze Skarbem Państwa. Zbycie nieruchomości z naruszeniem uprawnień najemcy wynikających z tej ustawy wiąże się z sankcją nieważności czynności prawnej, co w istotny sposób chroni najemców. Dotychczasowi lokatorzy mają również prawo pierwszeństwa nabycia nieruchomości, której sprzedaż odbywa się na podstawie przepisów ustawy o gospodarce nieruchomościami¹². W takich przypadkach może zostać udzielona bonifikata od ceny nieruchomości. Udzielenie bonifikaty nie stanowi jednak obowiązku właściciela nieruchomości. Także nowelizacje ustawy o spółdzielniach mieszkaniowych¹³ umożliwiły wykup mieszkań lokatorskich i własnościowych za symboliczną cenę. Generalnie w sytuacji jednak, gdy najemcy nie skorzystali z przysługującego im prawa pierwszeństwa, nie wykupili mieszkań a nieruchomość (wraz z lokatorami) nabył podmiot prywatny, tracą oni swoją uprzywilejowaną pozycję. Tworzy to nową sytuację prawną najemców i prowadzi do destabilizacji ich sytuacji prawnej w zakresie prawa do mieszkania. Są wówczas traktowani tak jak każdy najemca w lokalu prywatnym. Skomplikowana sytuacja prawna najemcy powoduje, że ludzie starsi często „gubią się” w zawiłościach prawnych i nieznajomości swoich uprawnień, co często skutkuje znacznymi podwyżkami stawek czynszu i w ekstremalnych sytuacjach zagrożeniem eksmisją z zajmowanego lokalu.

Ponadto, jak już wskazano wcześniej, nie wszyscy nabywcy mieszkań zdają sobie sprawę, iż przejęcie na własność mieszkania wiąże się z koniecznością partycypacji w kosztach konserwacji i remontach, co przy dużym zużyciu technicznym oraz skutkach braku polityki remontowej w poprzednim okresie rodzić może poważne problemy finansowe. Brak zaś wykonywania bieżących napraw i remontów będzie prowadzić do dalszej dekapitalizacji zasobów mieszkaniowych.

Obciążenie mieszkańców pełnymi kosztami utrzymania zasobów mieszkaniowych oraz urealnienie wysokości opłat za nośniki energii spowodowało, że dla wielu starszych osób opłaty za mieszkania stanowią obecnie duże obciążenie finansowe.

Badania budżetów gospodarstw domowych (2010) wskazują, że wprawdzie przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny w gospodarstwie domowym przypadający na 1 osobę jest wyższy w gospodarstwie domowym emerytów (1244,77 zł) niż ogółem (1192,82 zł), jednakże na nie najlepszą sytuację materialną wpływa specyficzna dla gospodarstw domowych osób starszych struktura wydatków. Znacznie większe wydatki gospodarstw domowych emerytów pochłaniają, oprócz wydatków na zdrowie i żywność, opłaty za mieszkanie i nośniki energii (261,27 zł wobec 199,88 zł ogółem). Opłaty te stanowiły dla ogółu gospodarstw domowych 20,2% wydatków, podczas gdy wydatki na tę kategorię usług w gospodarstwach emerytów – 24,1%.

¹² Dz.U. z 2004 r. Nr 261, poz. 2603, tekst jednolity z późn. zm.

¹³ Dz.U. z 2003 r. Nr 119, poz. 1116, tekst jednolity z późn. zm.

Wskazane wysokie obciążenia wydatkami na mieszkania powinny skłaniać do szukania takich rozwiązań, które udostępniałyby mniejsze i tańsze w utrzymaniu lokale mieszkalne. Obecnie pomocą w utrzymaniu mieszkania są dodatki mieszkaniowe¹⁴. Instytucja dodatku mieszkaniowego¹⁵ traktowana jest jako jeden z instrumentów wsparcia gospodarstw domowych, które znajdują się w trudnej sytuacji finansowej i nie są w stanie pokryć bieżących wydatków za zajmowane mieszkanie. Pomoc ta jest specyficznym świadczeniem pieniężnym wypłacanym przez gminę osobom wskazanym w ustawie i spełniającym łącznie określone kryteria: prawne, dochodowe i powierzchniowe.

Kryterium prawne definiuje, jakie osoby mogą skorzystać z tego świadczenia. Generalnie są nimi ci, którzy posiadają tytuł prawny do zajmowanego lokalu lub też osoby bez tego tytułu, ale oczekujące na przysługujący im lokal zastępczy lub socjalny. Nie jest zatem istotne, czy jest to lokal własnościowy, czy wynajmowany. Tocząca się dyskusja wokół dodatku mieszkaniowego zmierza w kierunku pozbawienia prawa do tego świadczenia osoby będące właścicielami lokalu. W dużym stopniu może to być zagrożeniem dla ludzi starszych, którzy będąc właścicielami często starych, zaniedbanych mieszkań czy domów, nie będą mogli skorzystać z pomocy w jego utrzymaniu.

Kryterium dochodowe precyzuje granicę dochodu, która upoważnia do otrzymywania dodatku mieszkaniowego. Wynosi ona 175% najniższej emerytury w gospodarstwie jednoosobowym i 125% w gospodarstwie wieloosobowym obowiązującej w dniu złożenia wniosku.

Kryterium powierzchniowe określa wielkość powierzchni użytkowej mieszkania, która uprawnia do starania się o dodatek mieszkaniowy. Z uwagi na zróżnicowane ukształtowanie przestrzeni mieszkania przewidziano dopuszczalne przekroczenie normatywnej powierzchni lokalu o 30% lub o 50%, w przypadku, gdy powierzchnia pokoi i kuchni nie przekracza 60% powierzchni użytkowej mieszkania. Przekroczenie przewidzianej w ustawie powierzchni o wskazany wyżej procent skutkuje brakiem możliwości przyznania dodatku. Takie ograniczenie maksymalnej powierzchni mieszkania, na którą przysługuje to świadczenie, eliminuje wiele gospodarstw domowych starszych osób z korzystania z tego rodzaju pomocy. Nawet przewidziane zwiększenie o 15 m² dodatkowej powierzchni przysługującej osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózku lub gdy ich niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju, w przypadku wielu gospodarstw domowych osób starszych nie poprawia w znaczący sposób szans na otrzymanie dodatku mieszkaniowego.

¹⁴ Opracowane na podstawie: M. Zralek, *Dodatki mieszkaniowe w działaniach samorządu terytorialnego*, w: H. Zaniewska, M. Cesarski, L. Deniszczuk, J. Kornilowicz, M. Thiel, J. Wygnańska, M. Zralek, T. Żelawski, *Bieda mieszkaniowa i wykluczenie. Analiza zjawiska i polityki*, IPiSS, Warszawa 2007.

¹⁵ Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 o dodatkach mieszkaniowych, Dz.U. nr 71, poz. 734, z późn. zm.

Skorzystanie z dodatku mieszkaniowego wymaga zatem (poza spełnieniem kryterium dochodowego i prawnego) dostosowania powierzchni mieszkania do obowiązujących normatywów. Wydawałoby się, że w tym przypadku najprostszym rozwiązaniem byłaby zamiana mieszkania na mniejsze. Nie byłoby to jednak korzystne dla wielu starszych osób. Przede wszystkim przeprowadzka wiąże się z dużymi kosztami, których nie zawsze są oni w stanie ponieść. Poza tym jednym z argumentów prowadzenia polityki pozostawiania ludzi w dotychczasowym mieszkaniu tak długo, jak tylko jest to możliwe, opiera się na założeniu, że wieloletnie więzi sąsiedzkie są silnym wsparciem dla osób starszych. Ważna jest także znajomość terenu, ułatwiająca poruszanie się w najbliższym sąsiedztwie domu, co w przypadku zmiany miejsca zamieszkania powodować może zagubienie człowieka starego. O niechęci do zmiany miejsca zamieszkania decyduje też postawa ludzi w podeszłym wieku, którą wyraża zasada „starych drzew się nie przesadza”. Obiektywnym czynnikiem ograniczającym możliwości zamiany mieszkań jest niewielka podaż mieszkań małych. Mieszkania takie cieszą się dużą popularnością, bowiem są one, z racji ceny, atrakcyjne dla młodych ludzi, ale często zbyt drogie w stosunku do możliwości finansowych ludzi starych.

W praktyce oznacza to, że osoby starsze, żyjące w niewielkich gospodarstwach domowych lub samotnie, mieszkają w zbyt dużych i zbyt kosztownych mieszkaniach, których nie chcą lub nie mogą opuścić.

Na trudną sytuację osób starszych wpływają także postępujące wraz z wiekiem ubytki sił i narastające ograniczenia w funkcjonowaniu. Jest rzeczą oczywistą, że dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Rozmiar zjawiska niepełnosprawności przedstawiają badania GUS dotyczące stanu zdrowia ludności Polski w 2009 roku¹⁶. W ocenie skali niepełnosprawności ludności posłużono się dwoma sposobami kwalifikacji osób jako niepełnosprawnych – przyjmując stosowane dotychczas kryterium wyodrębnienia populacji osób mających ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna) oraz rekomendowany standard europejski. Wyniki obrazujące liczebność populacji osób starszych zakwalifikowanych jako niepełnosprawne pokazują tabele 2 i 3.

¹⁶ *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 154.

Tabela 2. Osoby niesprawne według kryterium NSP

Wiek	Ogółem	Niesprawni				Sprawni
		razem	prawnie i biologicznie	tylko prawnie	tylko biologicznie	
	w procentach					
Ogółem	100,0	13,9	4,1	8,9	2,9	86,1
60–69	100,0	31,0	8,5	16,1	6,4	69,0
70–79	100,0	41,6	13,7	16,1	11,8	58,4
80 lat i więcej	100,0	52,3	16,5	12,3	23,5	47,7

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 248.

Tabela 3. Ludność według niepełnosprawności biologicznej UE

Wiek	Ogółem	Niepełnosprawni biologicznie wg UE			Nie mają ograniczeń	Brak danych
		razem	poważne ograniczeni	ograniczeni, ale niezbyt poważnie		
	w procentach					
Ogółem	100,0	21,5	7,0	14,4	78,2	0,3
60–69	100,0	44,0	14,8	29,2	55,7	0,3
70–79	100,0	62,6	25,5	37,1	37,0	0,4
80 lat i więcej	100,0	73,2	40,0	33,2	26,1	0,6

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 242.

Dane wskazują, że według unijnego kryterium częściej niż co piąty Polak został zaliczony do grupy osób niepełnosprawnych. Według kryteriów unijnych wśród pięćdziesięciolatków co trzecia osoba jest osobą niepełnosprawną, a wśród siedemdziesięciolatków – prawie 2/3 zbiorowości. Bez względu jednak na to, jakie przyjmujemy kryteria, nie ulega wątpliwości, że niepełnosprawność ludzi starych stanowi poważny problem.

Z punktu widzenia możliwości pozostawiania ludzi starszych w domu niezmiernie ważną sprawą jest, z jakiego rodzaju ograniczeniami zdrowotnymi się oni borykają. Wskazane wyżej badania GUS wykazują, iż wśród ludzi najstarszych ponad połowa ma ograniczenia w samoobsłudze, z czego zdecydowana większość średnie i poważne ograniczenia. Decyduje to w sposób istotny o konieczności korzystania z pomocy innych osób. Skalę występowania ograniczeń w samoobsłudze ilustruje tabela 4.

Tabela 4. Osoby w wieku 15 lat i więcej według poziomu ograniczeń w samoobsłudze

Wiek	Ogółem	Z ograniczeniami				Bez ograniczeń
		razem	lekkie	średnie	poważne	
	w procentach					
Ogółem	100,0	9,4	0,8	6,9	1,7	90,6
60—69	100,0	14,6	1,2	11,0	2,4	85,4
70—79	100,0	32,6	3,0	23,5	6,0	67,4
80 lat i więcej	100,0	54,4	5,3	34,5	14,6	45,6

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011, s. 155.

Także wśród osób starszych często występują, z różnym natężeniem, problemy z wykonywaniem czynności domowych. Dotyczy to szczególnie starszych wiekiem seniorów, wśród których ten problem dotyczy niemal 2/3 siedemdziesięciolatek, natomiast tylko co siódmy osiemdziesięciolatek nie deklaruje występowania ograniczeń (tab. 5).

Tabela 5. Osoby w wieku 15 lat i więcej według możliwości wykonania czynności domowych

Wiek	Ogółem	Bez ograniczeń	Z ograniczeniami	Według poziomu ograniczeń		
				małe	średnie	duże
	w procentach					
Ogółem	100,0	81,6	18,4	8,1	5,5	4,8
60–69	100,0	65,7	34,3	18,2	9,8	6,3
70–79	100,0	38,6	61,4	23,4	20,4	17,6
80 lat i więcej	100,0	15,0	85,0	16,9	27,2	40,9

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011, s. 161.

Skala problemów związanych z niesamodzielną funkcjonalną stanowi poważny dylemat z punktu widzenia zapewnienia opieki nad człowiekiem starszym w miejscu zamieszkania. Sytuację komplikuje jeszcze fakt, że coraz więcej spośród nich mieszka samotnie. Jest to konsekwencja wdowieństwa, zmian w modelu rodziny, zmniejszania się potencjału opiekuńczego (pielegnacyjnego), a także migracji za granicę młodszego pokolenia.

Na ograniczenia związane z wykonywaniem czynności domowych i samoobsługą nakładają się trudności wynikające z istniejących barier architektonicznych i urbanistycznych zarówno w samym mieszkaniu, jak i najbliższym otoczeniu. Brak windy, strome schody utrudniające mobilność przestrzenną¹⁷, sztywny układ mieszkania niepozwalający na przystosowanie do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością, i podobne przeszkody, w praktyce często zamykają ludzi starszych w domach albo zmuszają do zamieszkania w domach opieki. W wielu jednak wypadkach uruchomienie szeregu działań pomocowych (np. dostarczanie posiłków, usługi pralnicze, pomoc w sprzątaniu czy zakupach, zabiegi higieniczne czy medyczne) pozwoliłoby ludziom starym na dalsze pozostanie w swoich dotychczasowych mieszkaniach.

Tabela 6. Plany respondentów związane ze zorganizowaniem swojego życia na stare lata

Jak chciał(a)by Pan(i) zorganizować swoje życie na stare lata, kiedy będzie Pan(i) potrzebował(a) pomocy? Czy przede wszystkim chciał(a)by Pan(i):	Wskazania respondentów według terminów badań	
	XI 2000 (N=1094)	XI 2009 (N=1022)
	w procentach	
– mieszkać we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej pomocy osób bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów	57	66
– mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną opłaconą przez siebie stałą pomoc osób zajmujących się opieką nad ludźmi starymi	8	9
– mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną bezpłatną stałą pomoc, np. opieki społecznej, Czerwonego Krzyża, Caritasu lub innych wolontariuszy	3	3
– dzielić mieszkanie z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną	20	12
– wynająć komuś obcemu pokój lub część mieszkania w zamian za opiekę	0,3	1
– mieszkać wspólnie z innymi starszymi ludźmi w celu wzajemnego wspomagania się	2	1
– zamieszkać w prywatnym domu spokojnej starości	2	1
– zamieszkać w państwowym domu spokojnej starości	1	2
– inne rozwiązanie	0,2	1
– nie wiem, nie zastanawiałem(am) się nad tym	6	4

Źródło: *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, CBOS, Komunikat z badań, BS/157/2009, Warszawa, listopad 2009, s. 11.

¹⁷ H. Zaniewska, M. Thiel, *Mieszkanie jutra osób starszych – nadzieja czy zagrożenie?*, w: *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 323.

Często, pomimo nie najlepszego standardu mieszkania, kłopotów zdrowotnych i niepełnosprawności, ludzie starsi przejawiają chęć pozostawania w swoim dotychczasowym mieszkaniu. Dążność do pozostawania w swoim mieszkaniu jest zresztą zjawiskiem powszechnym. Przeprowadzone przez CBOS w 2000 i 2009 r. badania dotyczące najbardziej korzystnego rozwiązania sytuacji mieszkaniowej na starość wskazują, że zdecydowana większość badanych w 2009 r. (2/3) chciałaby ostatni okres życia spędzić we własnym mieszkaniu i uzyskiwać pomoc ze strony najbliższej rodziny, przyjaciół oraz sąsiadów, co świadczy o dużej potrzebie niezależności wskazywanej przez badanych.

Według deklaracji respondentów nie cieszy się powodzeniem koncepcja wynajęcia komuś obcemu pokoju w mieszkaniu w zamian za opiekę czy współzamieszkiwanie z innymi starszymi ludźmi. Nie ma natomiast akceptacji dla zamieszkania w instytucjonalnej formie opieki.

Przytoczone wyniki świadczą, że mieszkanie dla ludzi starszych jest bardzo ważnym dobrem. Należy zatem podejmować takie działania, które wspomagać będą osoby starsze żyjące we własnych mieszkaniach. Z pewnością zaliczyć do nich można cały wachlarz usług o charakterze pomocy medycznej, higieniczno-pielegnacyjnej i socjalnej, świadczonych w ramach pomocy społecznej. Równie ważnym działaniem jest usuwanie wszelkiego rodzaju przeszkód utrudniających normalne funkcjonowanie w mieszkaniu. Niezmiernie pomocne w tym zakresie może być wykorzystanie nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych.

Potrzebę zastosowania koncepcji wspierających ludzi starszych silnie popiera Unia Europejska, uznając, iż wyzwaniu demograficznemu można stawić czoła jedynie za pomocą spójnego połączenia elementów polityki społecznej, gospodarczej, zdrowotnej oraz polityki w zakresie innowacji i technologii cyfrowych¹⁸. Tego typu rozwiązania stanowią kluczowy czynnik umożliwiający osobom starszym dłuższe pozostawanie w swoim mieszkaniu i zapewniający im poczucie bezpieczeństwa. Dlatego też Komisja Wspólnot Europejskich w czerwcu 2007 r. zainicjowała program zwiększenia liczby osób w wieku emerytalnym korzystających z nowych mediów. Założenia tego programu zostały zawarte w komunikacie: *Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa i 2010. Plan działania w sprawie technologii teleinformatycznych i starzenia się społeczeństwa*¹⁹. W dokumencie tym podkreślono, że nowoczesne technologie informa-

¹⁸ KOM(2006)571, Komunikat Komisji: Demograficzna: *Przyszłość Europy – przekształcić wyzwania w nowe możliwości*, KOM(2009)180, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów *Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE (sprawozdanie na temat starzenia się społeczeństwa, 2009)*.

¹⁹ KOM 2007, nr 332 wersja ostateczna z dnia 14 czerwca 2007, Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, 2007, *Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa 2010. Plan działania w sprawie technologii teleinformatycznych i starzenia się społeczeństwa*.

cyjno-komunikacyjne (ICT – *Information and Communications Technology*) mogą pomóc osobom starszym poprawić jakość życia, zachować lepsze zdrowie, pozostać aktywnymi oraz dłużej żyć samodzielnie. W przypadku osób wymagających stałego monitoringu, wsparcia i pomocy, szuka się obecnie innowacyjnych rozwiązań, pozwalających na dobre funkcjonowanie w własnym mieszkaniu.

W 2008 r. UE zaangażowała się w ustanowiony przez 20 państw członkowskich UE i 3 kraje stowarzyszone projekt „Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym” (Ambient Assisted Living, AAL)²⁰. Istotą tej inicjatywy badawczo-rozwojowej są badania mające na celu opracowanie przeznaczonych dla osób starszych produktów i usług wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne. Podstawowym celem programu jest wprowadzanie nowych rozwiązań opartych na technologii informacyjno-komunikacyjnej (ICT) ułatwiających komfortowe funkcjonowanie ludzi starszych, szczególnie poprzez:

- przedłużanie czasu, w którym ludzie starsi mogą żyć w preferowanych przez siebie warunkach, poprzez zwiększenie ich samodzielności, pewności siebie oraz mobilności,
- pomoc w zachowaniu zdrowia i samodzielnego funkcjonowania osób starzejących się,
- wspieranie opiekunów, rodzin i instytucji opiekuńczych w opiece nad starszym człowiekiem.

Komisja Europejska w Sprawozdaniu Komisji Dla Parlamentu Europejskiego i Rady *Pierwsza ocena okresowa wspólnego programu. „Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym”*²¹ wskazuje, że zastosowane w programie AAL rozwiązania obejmują m.in.:

- **inteligentne przestrzenie mieszkalne**, wykrywające i łagodzące problemy występujące u osób w podeszłym wieku, takie jak utrata pamięci, błądzenie, problemy zdrowotne;
- **inteligentne produkty**, takie jak podłogi wyposażone w czujniki i obuwie z siłownikami, wykrywające upadki lub zapobiegające im, wisiorki służące do uruchamiania alarmów pomocy socjalnej, czy urządzenia przypominające o konieczności zażycia tabletki;
- **cyfrowe usługi informacyjne**, obejmujące m.in. sferę bezpieczeństwa, monitorowanie stanu zdrowia (e-zdrowie) i zdalnej opieki (teleopieka).

Interesującym rozwiązaniem teleinformatycznym adresowanym do odbiorców w starszym wieku jest projekt I2HOME²² będący pierwszym w świecie systemem zdalnego sterowania urządzeniami domowymi (np. pralką, mikrofalówką, ogrzewa-

²⁰ www.aal-europe.eu

²¹ KOM 2010, 763 Sprawozdanie Komisji Dla Parlamentu Europejskiego i Rady: *Pierwsza ocena okresowa wspólnego programu „Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym”*, wersja ostateczna, z dnia 16 grudnia 2010.

²² www.i2home.org

niem), dzięki któremu nawet starsze osoby niepełnosprawne mogą korzystać z tych urządzeń bez pomocy osób trzecich. Dobrym przykładem zastosowania nowoczesnych technik informacyjno-komunikacyjnych jest także system MobilAlarm. Pozwala on wezwać poprzez telefon stacjonarny czy komórkowy natychmiastową pomoc w nagłych wypadkach, takich jak upadek, zasnienie czy zagubienie, a opiekunom umożliwia sprawdzenie aktualnej pozycji starszego człowieka. Takie rozwiązania mają niebagatelne znaczenie w realizacji koncepcji samodzielnego, autonomicznego i godnego życia we własnym mieszkaniu.

Wskazane rozwiązania nie są jeszcze zbyt popularne. Decyduje o tym stosunkowo wysoka cena urządzeń, a nade wszystko trudności w nabyciu umiejętności korzystania z nich przez osoby starsze. W przyszłości te rozwiązania wydają się być koniecznością, zwłaszcza w kontekście zachodzących w naszym społeczeństwie zmian demograficznych, narastającym zjawisku niepełnosprawności i zwiększającej się liczebności jednoosobowych gospodarstw domowych starszych ludzi.

Oczywiście obok rozwijania świadczeń pomocowych adresowanych do osób starszych w dotychczasowym środowisku zamieszkania i wprowadzania innowacji technicznych, liczyć się należy z koniecznością rozwoju usług realizowanych w placówkach stacjonarnych o różnym poziomie i rodzaju świadczonych usług opiekuńczych. Powinno to być jednak traktowane jako rozwiązanie ostateczne. Trwale chorym, całkowicie niezdolnym do prowadzenia gospodarstwa domowego starszym ludziom, którzy nie mogą liczyć na pomoc i opiekę ze strony rodziny, powinno się stworzyć warunki gwarantujące im godne życie w placówkach opieki. Dla takich osób najwłaściwszą formą mogą być rozwiązania znajdujące się na pograniczu obiektów mieszkalnych i leczniczych. Jednakże nawet w tym przypadku należy zwracać uwagę na taką lokalizację ośrodka w przestrzeni miasta, by nie powodowała ona marginalizacji osób starszych. Jak podkreśla T. Majewski, „dla starszej osoby, która musi opuścić swoje miejsce zamieszkania i przeprowadzić się do specjalnej placówki jest to całkowita zmiana jej dotychczasowego życia. Zmienia się jej pozycja i rola, jaką dotychczas posiadała i wypełniała w rodzinie (...). Zmienia się środowisko społeczne (zupełnie nowi, nieznani ludzie) i środowisko fizyczne (inne nieznanne pomieszczenia i zupełnie nowe otoczenie). Zmienia się dotychczasowy styl życia (konieczność dostosowania się do regulaminu i zwyczajów panujących w danej placówce itp.). Takie przejście (...) do domu pomocy społecznej jest dla osoby w starszym wieku bardzo stresujące oraz powoduje wiele negatywnych przeżyć, pogłębia stany depresyjne, stwarza poczucie zależności itp.”²³. W takim wypadku należy doskonalić różnego rodzaju formy wsparcia instytucjonalnego, po to, by człowiek do końca swoich dni żył godnie i bezpiecznie.

Dobrze więc się dzieje, że problem nowoczesnie projektowanych domów opieki przeznaczonych dla ludzi starszych staje się już obecnie przedmiotem zainteresowania architektów, którzy widzą w tej formie bytowania zapewnienie godnej egzysten-

²³ T. Majewski, *Niewidomi i słabowidzący seniorzy*, PZN, Warszawa 1999, s. 253.

cji najstarszych członków społeczeństwa. Jak zwraca uwagę M. Biela²⁴, domy takie powinny być lokalizowane tak, by ich mieszkańcy mogli korzystać z dostępnych usług, co daje możliwość wyboru, a co za tym idzie – poczucie kontroli i swobodę decyzji. Ważną rolę odgrywa też usytuowanie budynku umożliwiające swobodny kontakt z przyrodą i najbliższą okolicą. Rzeczą naturalną jest też brak „barier architektonicznych” utrudniających dostępność otoczenia, niepozwalających na samodzielne poruszanie się po obiekcie. W celu zapewnienia poczucia bezpieczeństwa mieszkańców w budynku powinny być zainstalowane systemy przywoławczo-alarmowe, przeciwpożarowe. Dzięki tym udogodnieniom ludzie starsi mają większe poczucie kontroli osobistej, bezpieczeństwa, czują się mniej zagubieni i samotni, zaś przyjazny układ architektoniczny przyczynia się do bardziej pozytywnego postrzegania swojej sytuacji.

Powodzenie rozwoju instytucjonalnej opieki wymaga dużych środków finansowych. Muszą być bowiem zapewnione stałe źródła finansowania przedsięwzięcia, najlepiej w oparciu o tzw. montaż finansowy, a więc pozyskiwanie środków finansowych zarówno w skali kraju, jak i samorządu lokalnego. Wobec wzrastającej liczby osób starszych niezbędnym rozwiązaniem w tej sferze powinno być wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego, choć niewątpliwie opinia społeczeństwa w tym zakresie jest podzielona. Jak jednak podkreśla M. Sulmicka²⁵ – „bezprecedensowe w dotychczasowej historii tempo przyrostu średniej długości życia, choć przysparza obecnie kłopotów, samo w sobie jest zjawiskiem pozytywnym i optymistycznym”. Należy jedynie doskonalić różnego rodzaju formy wsparcia w miejscu zamieszkania, skierowane zarówno do starszych ludzi żyjących we własnych mieszkaniach, jak i w różnego rodzaju formach instytucjonalnych, tak by człowiek do końca swoich dni żył godnie i bezpiecznie.

Wnioski i kierunki zmian

1. Sytuacja mieszkaniowa gospodarstw domowych z ludźmi starszymi ulega systematycznej poprawie. Korzystna zmiana jest przede wszystkim konsekwencją wyburzeń najstarszych, substandardowych mieszkań, prowadzonych przez mieszkańców prac modernizacyjnych (efekt funkcjonującej przez kilka lat ulgi remontowej, która zachęcała indywidualne osoby do podejmowania prac remontowych), a także wkraczania w wiek starości roczników *baby boomersów* zamieszkujących pełnostandardowe mieszkania budowane w okresie powojennym. Obserwuje się jednak występowanie znacznych różnic w standardzie mieszkań w układzie przestrzennym (miasto – wieś).

²⁴ M. Biela, *Badania jakościowe nad środowiskiem zamieszkania w domach pomocy społecznej dla ludzi starszych*, Wydawnictwo Politechniki Gliwickiej, Gliwice 2010.

²⁵ M. Sulmicka, *Przeciwdziałanie skutkom starzenia się społeczeństw w krajach wysoko rozwiniętych*, „Polityka Społeczna” 2003, nr 4.

2. Wizja zaspokajania potrzeb mieszkaniowych ludzi starszych powinna być zgodna z międzynarodowymi zaleceniami, a więc zmierzać do takiego kształtowania polityki mieszkaniowej, by ludzie starsi jak najdłużej mogli pozostawać w swoich mieszkaniach, a ich jakość życia była gwarantowana zwiększającym się katalogiem usług dostarczanych w miarę rosnących potrzeb. Taką też tendencję obserwujemy w odczuciach Polaków, wyraźnie preferujących zamieszkiwanie we własnych mieszkaniach, mniej natomiast chętnych do przenoszenia się do własnych dzieci, a tym bardziej do domu spokojnej starości.
3. Niedostosowanie warunków mieszkaniowych osób starszych do pogarszającej się kondycji psychofizycznej wymaga podejmowania różnorodnych działań poprawiających użyteczność mieszkania. Należy zatem dążyć do powstania na terenie gminy jednostek organizacyjnych wyspecjalizowanych w świadczeniu usług w zakresie adaptacji i modernizacji obecnych mieszkań osób starszych i dostosowywania ich do specyficznych potrzeb starszych mieszkańców. Pozostaje do rozwiązania problem finansowania tego rodzaju przedsięwzięć (środki unijne, PFRON, środki finansowe gmin, utworzenie funduszu modernizacyjnego, współfinansowanie osób zainteresowanych).
4. Należy położyć nacisk na kształcenie architektów i urbanistów pod kątem widzenia projektowania zarówno przestrzeni wewnątrz mieszkania, jak i najbliższego otoczenia, uwzględniającego ograniczenia wynikające z wieku i niepełnosprawności (tzw. projektowanie uniwersalne²⁶), czyli takiego kształtowania przestrzeni życia człowieka, by była ona przyjazna wszystkim jej użytkownikom. Zalecenia w tym zakresie zawiera rezolucja Rady Europy ResAP (2001)²⁷.
5. Należy uprościć procedury zamiany mieszkań. Osoby starsze są z reguły przywiązane do swojego mieszkania i niechętnie jakimkolwiek zmianom. Powoli zmienia się jednak mentalność ludzi starszych. Szczególnie w kontekście uprawnień do otrzymania dodatku mieszkaniowego, a także zmniejszenia obciążenia budżetów domowych kosztami utrzymania mniejszego mieszkania, powinna wzrastać liczba chętnych do zamiany mieszkania. Znaczną barierą przy zamianie mieszkania jest konieczność zgrania w czasie zakupu i sprzedaży mieszkania, co w wielu wypadkach może odstraszać starsze osoby od decyzji jego zamiany. Osoby starsze nie chcą bowiem zaciągać kredytów i nie zawsze mogą otrzymać kredyt na cele mieszkaniowe. Ważnym elementem wzmocnienia zamiany mieszkania byłoby stworzenie instytucji pośredniczącej, ukierunkowanej na dostosowanie oferty mieszkaniowej do możliwości finansowych, wieku i potrzeb osób starszych, gwarantującej pełny zestaw działań pomocniczych w przeprowadzce, remoncie i urządzeniu nowego mieszkania.

²⁶ E. Kuryłowicz, *Projektowanie uniwersalne*, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracja, Warszawa 2005.

²⁷ Resolution ResAP(2001)1 on the introduction of the principles of universal design into the curricula of all occupations working on the built environment /[www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/ResAP\(2001\)E%20.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/ResAP(2001)E%20.pdf)

6. Alternatywnym rozwiązaniem problemu finansowego gospodarstw domowych starszych osób może być wprowadzenie, znanego w USA i innych krajach, instrumentu „odwróconej hipoteki” (*reverse mortgage*). Generalnie polega on na wypłacie comiesięcznego świadczenia w zamian za zrzeczenie się po śmierci praw do mieszkania czy domu. Taka propozycja pozwala na powiększenie domowego budżetu i może być dobra dla osób, które chcą zachować wyższy poziom zamożności. Wymaga to wprowadzenia ram prawnych, przede wszystkim pod kątem ochrony osób starszych przed zagrożeniem niewypłacalności instytucji komercyjnej. Obecnie trwają prace nad projektem w Ministerstwie Finansów. Inną formą wspierania finansowego, dostępną już na naszym rynku, jest tzw. renta hipoteczna. Jest to jednak rozwiązanie znacznie mniej korzystne.
7. Należy zastanowić się nad możliwością stworzenia formalnych warunków podnajmu części mieszkania młodym rodzinom i/lub studentom. Brak mieszkań dla młodego pokolenia można złagodzić czasowym współzamieszkiwaniem ze starszymi osobami i świadczeniem im opieki. Takie rozwiązanie wymagałoby jednak zmian w systemie podatkowym, a także stworzenia „parasola ochronnego” dla starszych ludzi, by nie zostali wykorzystani i pozbawieni własnego mieszkania.
8. W tworzeniu warunków umożliwiających pozostawanie ludzi starszych w mieszkaniach należy wykorzystać rozwijający się rynek usług i produktów nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych. Pozostaje pytanie o sposób finansowania tego rodzaju ułatwień. Wydaje się, że relacje kosztów opieki w domu (znacznie niższe) w stosunku do instytucjonalnych form opieki, poprawa bezpieczeństwa i ograniczenie zagrożeń zdrowotnych osób starszych, wspomaganie samodzielności seniorów – przemawiają za ułatwieniem dostępności tego typu urządzeń. Powinno się zatem stosować (podobnie jak w przypadku propozycji dostosowania mieszkań do potrzeb ludzi starszych) „montaż finansowy” oparty na partycypacji wielu instytucji (ZUS, NFZ, PFRON, towarzystwa ubezpieczeniowe, pomoc społeczna). W przypadku natomiast zamożniejszych gospodarstw domowych ludzi starszych takie urządzenia powinny być dostępne na zasadach rynkowych.
9. Z uwagi na fakt, iż w dużym stopniu o warunkach mieszkaniowych ludzi starszych decyduje najbliższe otoczenie, należy zwiększyć wrażliwość samorządu na kształtowanie środowiska mieszkalnego. Należy zatem promować ideę programu WHO „Miasto przyjazne wiekowi”²⁸ (*age friendly city*). Polega on na określeniu optymalnych rozwiązań poprawy jakości życia ludzi starszych w mieście, m.in. w zakresie odpowiedniego wyposażenia budynków i dogodnej infrastruktury (budynki wyposażone w windy i antypoślizgowe zabezpieczenia z punktami usługowymi zlokalizowanymi przede wszystkim na parterze, w gęstej sieci parków i miejsc do odpoczynku), sprzyjającej komunikacji publicznej

²⁸ *Global Age-friendly Cities: A Guide* (www.who.int/ageing/).

(niskopodłogowe pojazdy z wyraźnymi oznaczeniami tras, z oznaczonymi miejscami siedzącymi dla seniorów). W praktyce oznacza to, że przyjazne ludziom starszym miasta przystosowują swoje struktury i usługi do ich potrzeb²⁹. Mieszkania dla seniorów mieszczące się w koncepcji „Miasta przyjaznego wiekowi” powinny uwzględniać kwestie odpowiedniego projektowania i użyteczności, a więc być dobrze oznakowane i wyposażone w szerokie wejścia dostosowane do wózków inwalidzkich, posiadające powierzchnie antypoślizgowe, dające poczucie bezpieczeństwa osobom starszym. Wymogiem jest też możliwość swobodnej zamiany mieszkania i wyboru różnych wariantów formy zamieszkania. Realny problem stwarza też lokalizacja mieszkania. Swobodny dostęp do ośrodków ochrony zdrowia, sklepów i punktów usługowych oraz węzłów komunikacji miejskiej umożliwia korzystanie z nich w zależności od potrzeb.

10. Większe wykorzystanie środków finansowych EFRR na procesy rewitalizacji starych zasobów mieszkaniowych przewidzianych Rozporządzeniem (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (art. 7 ust. 2)³⁰. Zgodnie z Rozporządzeniem 1828/2006 (art. 47 ust. 1 c)³¹ Komisji Europejskiej niekorzystne trendy demograficzne, a więc i znaczny udział osób starszych, są jednym z kryteriów umożliwiających poprawę jakości życia w „trudnych” dzielnicach miasta.

²⁹ [www.age-platform.org/ CoverAGE_09_2008_PL](http://www.age-platform.org/CoverAGE_09_2008_PL)

³⁰ Rozporządzenie (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 roku w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1783/1999, Dz. Urz. UE L 210 z 31.07.2006.

³¹ Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1828/2006 z dnia 8 grudnia 2006 r. ustanawiające szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności oraz rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Dz. Urz. UE L 371 z 27.12.2006.

Bibliografia

- Auleytner J., *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, Warszawa 2002.
- Balcerzak-Paradowska B., *Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych*, w: *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działań*, PAN, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa 2008.
- Bielak M., *Badania jakościowe nad środowiskiem zamieszkania w domach pomocy społecznej dla ludzi starszych*, Wydawnictwo Politechniki Gliwickiej, Gliwice 2010.
- Błędowski P., *Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych*, w: *Polska starość*, B. Synak (red.), Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011.
- Demograficzna Przyszłość Europy — przekształcić wyzwania w nowe możliwości*, KOM(2006)571, Komunikat Komisji: Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów *Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE* (sprawozdanie na temat starzenia się społeczeństwa, 2009) KOM(2009)180.
- Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, 2007, *Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa 2010. Plan działania w sprawie technologii teleinformatycznych i starzenia się społeczeństwa*, KOM 2007, nr 332, wersja ostateczna z dnia 14 czerwca 2007.
- Kulesza H., *Sytuacja mieszkaniowa ludzi starszych w Polsce według badań GUS*, w: *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, IGM, Warszawa 2001.
- Kuryłowicz E., *Projektowanie uniwersalne*, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracja, Warszawa 2005.
- Majewski T., *Niewidomi i słabowidzący seniorzy*, PZN, Warszawa 1999.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011.
- Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, CBOS, Komunikat z badań, BS/157/2009, Warszawa, listopad 2009.
- Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1828/2006 z dnia 8 grudnia 2006 ustanawiającego szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności oraz rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Dz. Urz. UE L 371 z 27.12.2006 r.
- Rozporządzenie (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 roku w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1783/1999, Dz. Urz. UE L 210 z 31.07.2006 r.
- Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa 1999.
- Sprawozdanie Komisji Dla Parlamentu Europejskiego i Rady, 2010, *Pierwsza ocena okresowa wspólnego programu „Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym* wersja ostateczna, KOM 763, 2010, z dnia 16 grudnia 2010.
- Sulmicka M., *Przeciwdziałanie skutkom starzenia się społeczeństw w krajach wysoko rozwiniętych*, „Polityka Społeczna” 2003, nr 4.
- Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych i rodzin, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002*, GUS, Warszawa 2003.

Zaniewska H., Thiel M., *Mieszkanie jutra osób starszych- nadzieja czy zagrożenie?*, w: *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.

Zrałek M., *Dodatki mieszkaniowe w działaniach samorządu terytorialnego*, w: H. Zaniewska, M. Ciesarski, L. Deniszczuk, J. Kornilowicz, M. Thiel, J. Wygnańska, M. Zrałek, T. Żelawski, *Bieda mieszkaniowa i wykluczenie. Analiza zjawiska i polityki*, IPiSS, Warszawa 2007.

Źródła internetowe

www.aal-europe.eu

[www.age-platform.org/ CoverAGE_09_2008_PL](http://www.age-platform.org/CoverAGE_09_2008_PL)

[www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/ResAP\(2001\)E Resolution ResAP\(2001\)1 on the introduction of the principles of universal design into the curricula of all occupations working on the built environment /](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/ResAP(2001)E_Resolution_ResAP(2001)1_on_the_introduction_of_the_principles_of_universal_design_into_the_curricula_of_all_occupations_working_on_the_built_environment/)

www.i2home.org

www.unic.un.org.pl/kalendarium/obchody.php

[www.who.int/ageing/Global Age-friendly Cities: A Guide](http://www.who.int/ageing/Global_Age-friendly_Cities:_A_Guide)

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

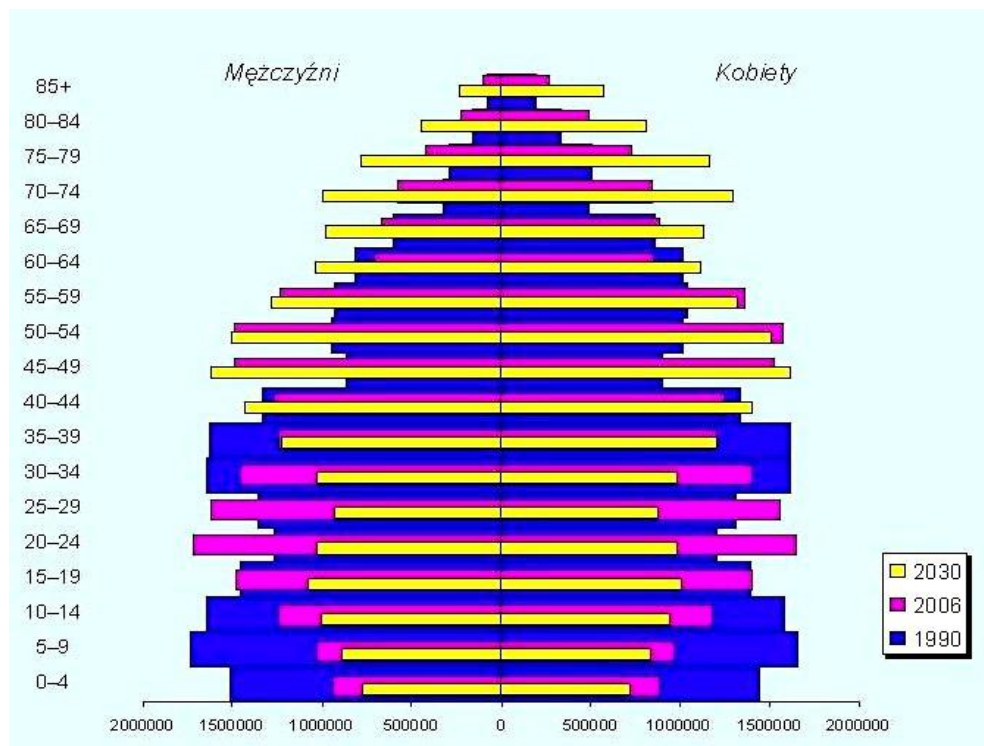
1. Stan zdrowia ludności Polski

Dokonanie oceny stanu zdrowia ludności Polski jest trudne ze względu na to, że istniejące w naszym kraju systemy informacyjne są zdecydowanie niewystarczające do monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia populacji i jego zagrożeń. W roku 2004 Światowe Forum Badań nad Zdrowiem sformułowało przesłanie do ministrów finansów i zdrowia – „Zdrowie i badania nad nim są najlepszą ekonomiczną inwestycją”. Zachęcono też „kraje w okresie transformacji” do zmian istniejącej statystyki i sprawozdawczości w zakresie stanu zdrowia ludności w celu zwrócenia uwagi na monitorowanie rezultatów w kontekście aktualnych nakładów na ochronę zdrowia. Dyrektywa nr 1400/97 Komisji i Rady Europy ustanowiła program Unii Europejskiej dotyczący monitorowania zdrowia i działań w zakresie zdrowia publicznego. Należy mieć nadzieję, że wkrótce zostaną podjęte także i w naszym kraju próby standaryzacji metodologii badań zdrowia dotyczące zarówno procedur zbierania danych, jak i ich przetwarzania pod kątem istniejących potrzeb w zakresie polityki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

Aktualną i prognozowaną liczbę ludności Polski przedstawiają rysunki 1 i 2. Systematycznie zwiększa się udział osób starych (po 65. roku życia) w ogólnej liczbie ludności Polski (w 2007 r. liczba ludności w tej grupie wieku wynosiła 5134 tys., a prognozowana na 2030 rok – 8195 tys., co oznacza wzrost do 22,3% populacji). Najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układu krążenia (znacznie częstsze niż w krajach UE). Obserwowany w ostatnich latach spadek umieralności z powodu tych chorób uległ spowolnieniu. Nowotwory złośliwe w 2006 r. to przyczyna 25% ogółu zgonów – najczęściej z powodu raka tchawicy, oskrzela i płuca. Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (niższa niż w krajach UE). Natomiast zmniejsza się umieralność z powodu raka szyjki macicy. Wypadki komunikacyjne i samobójstwa (przyczyny zewnętrzne) to przyczyna 7% zgonów w 2006 roku. U kobiet wykazują one powolny trend spadkowy. Samobójstwa mężczyzn powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia jak wypadki komunikacyjne, większą niż zawał serca (rys. 3).

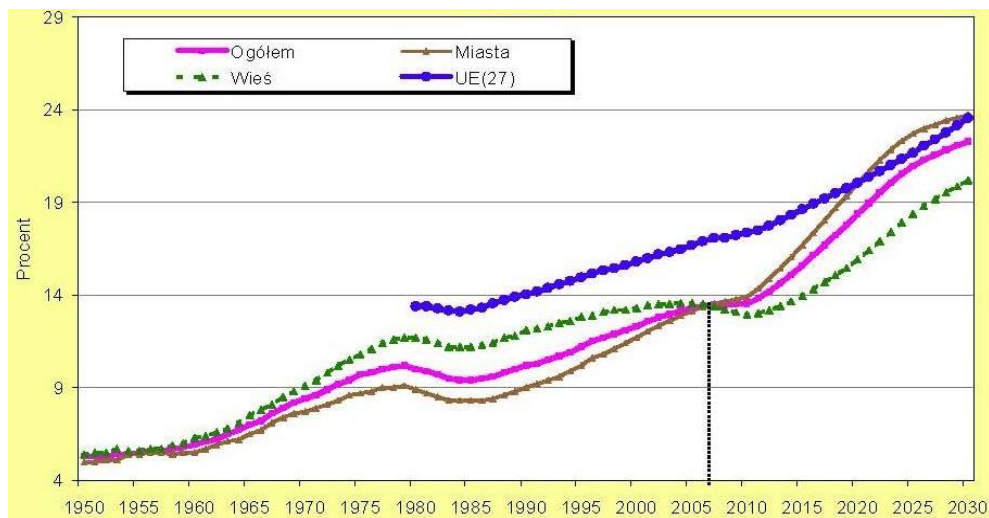
* Dr hab. nauk med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska – prof. Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Rysunek 1. Ludność Polski według płci i wieku w latach 1990 i 2006 oraz prognoza do 2030 r.



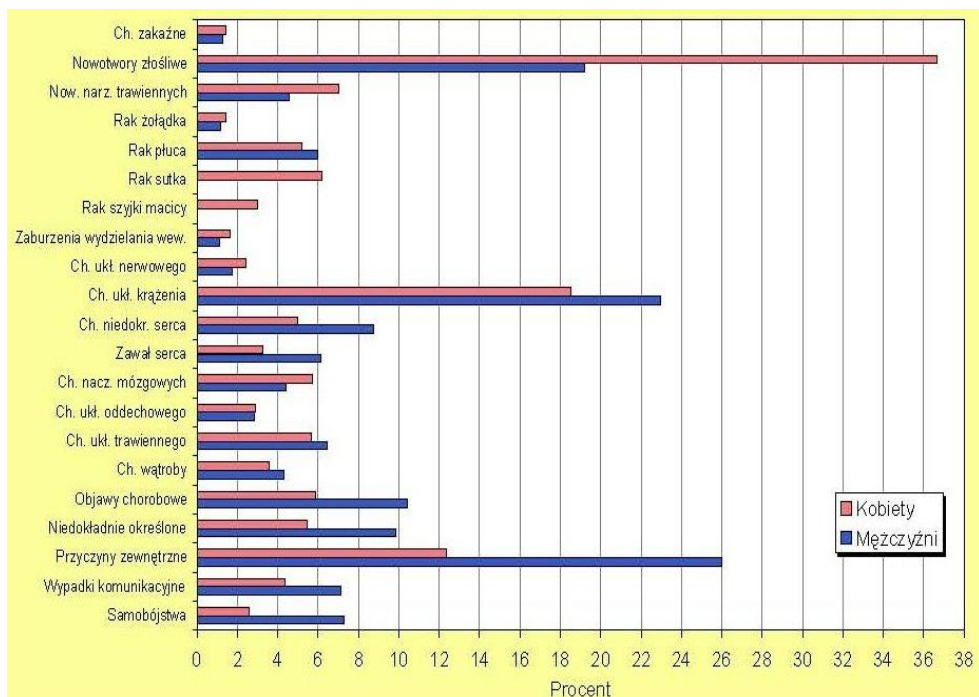
Źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), NIZP, Warszawa 2008.

Rysunek 2. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1960-2007 i prognoza na lata 2008-2030 oraz stan i prognoza dla Unii Europejskiej (dane GUS i Eurostat)



Źródło: jak do rys. 1.

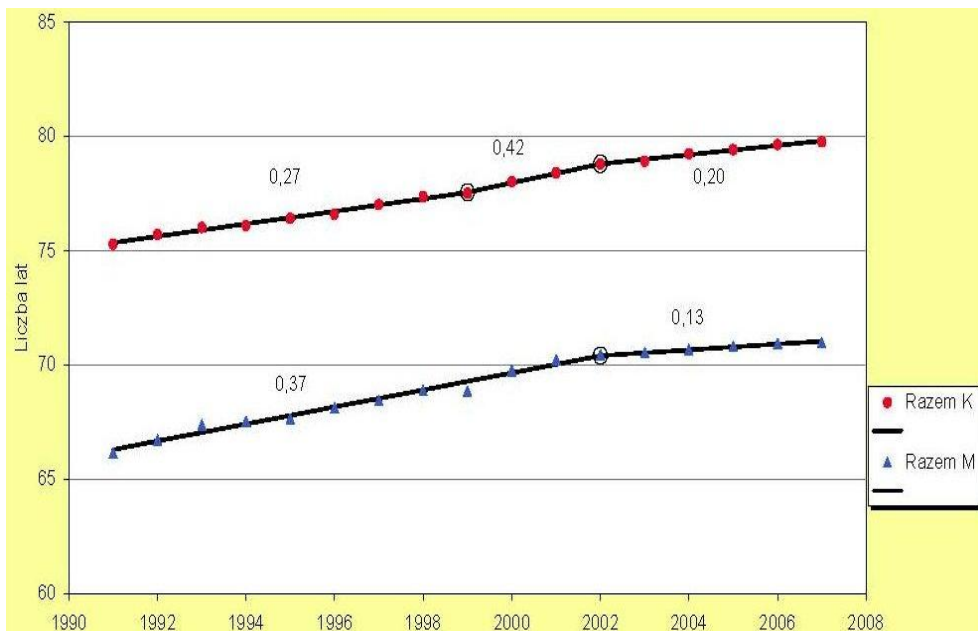
Rysunek 3. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce według płci w 2006 r.



Źródło: jak do rys. 1.

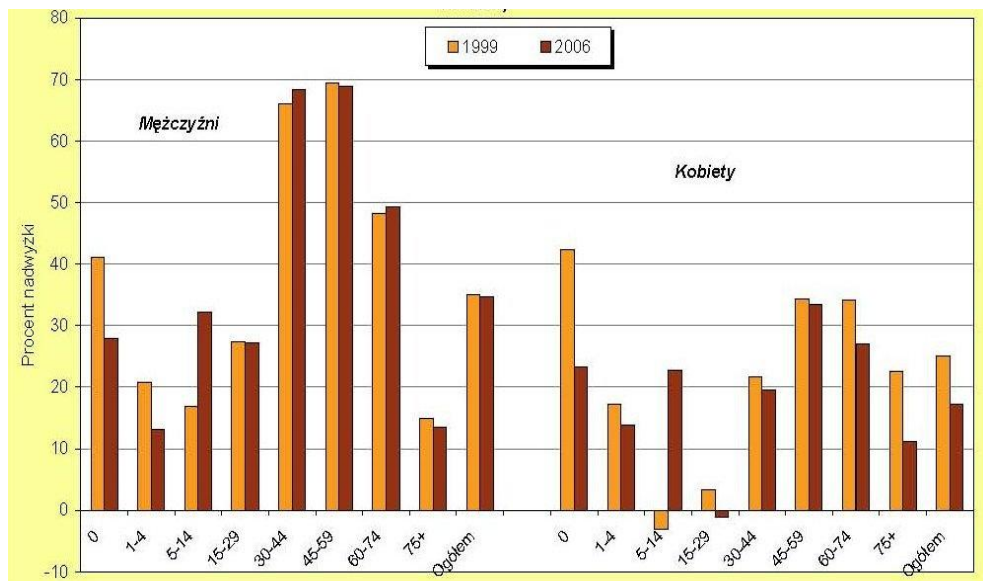
Przeciętne dalsze trwanie życia ludności Polski wzrasta od 1991 r.; wzrost ten uległ spowolnieniu po 2002 roku. W 2007 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 71 lat, kobiet – 79,7 lat.

Rysunek 4. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej i żeńskiej w Polsce w latach 1991–2007



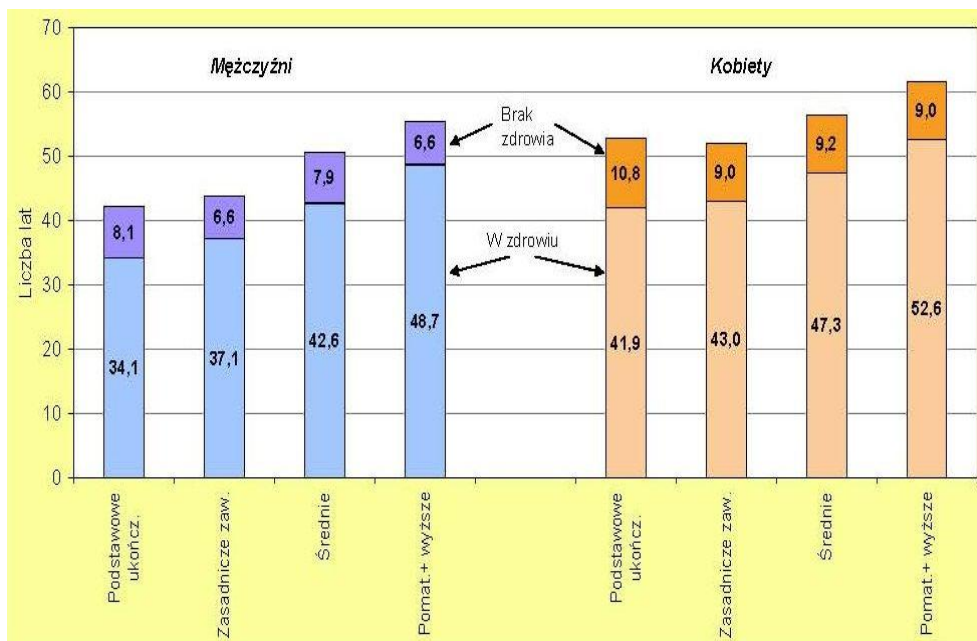
Źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, NIZP 2008.

Rysunek 5. „Nadwyżka” (%) umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w 27 krajach UE w grupach wieku w latach 1999 i 2006



Źródło: jak do rys. 1 (na podstawie danych WHO HFA DB).

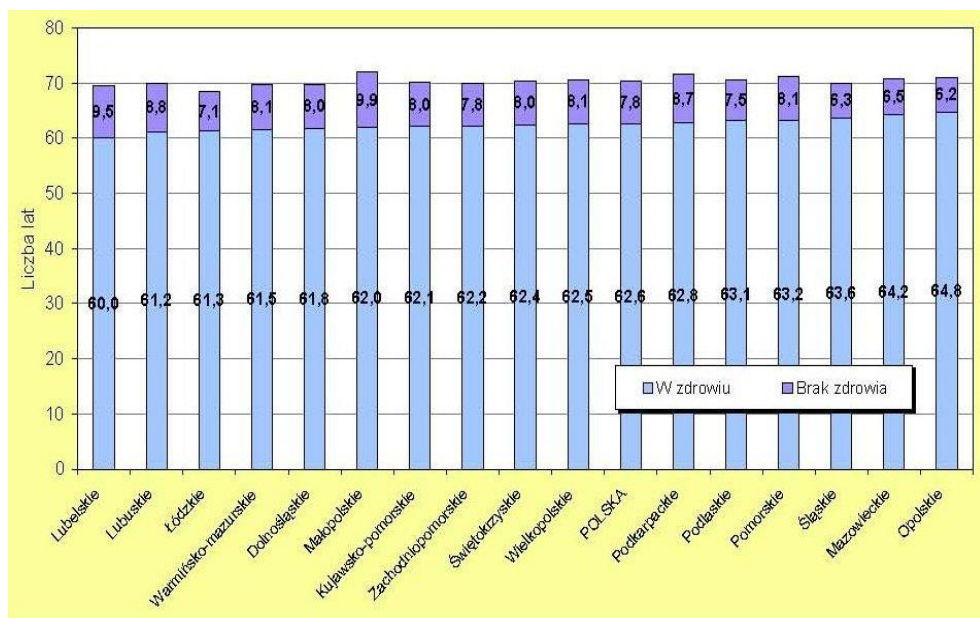
Rysunek 6. Przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu i przy jego braku osób w wieku 25 lat według płci i poziomu wykształcenia w 2002 r.



Źródło: jak do rys. 1; obliczenia własne z uwzględnieniem wyników NSP 2002.

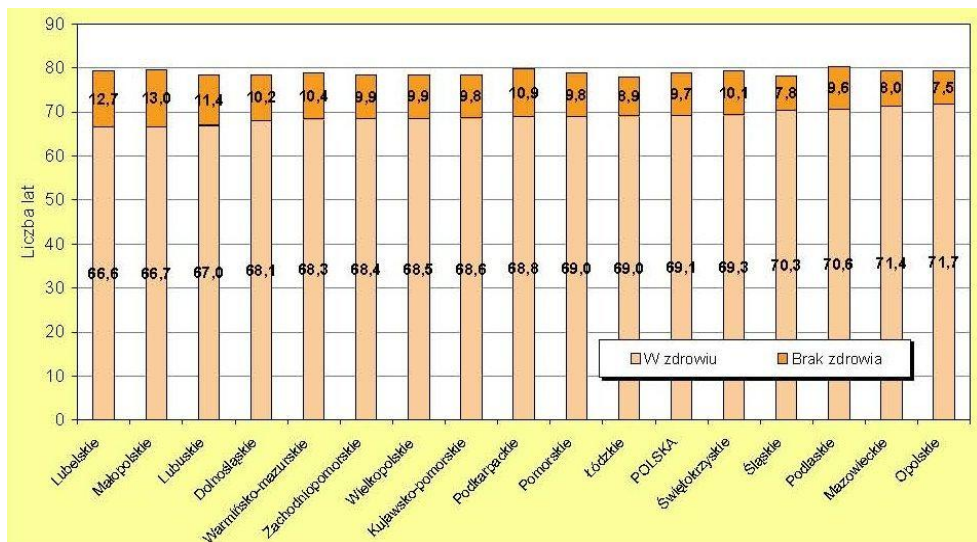
Według oszacowań Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86% długości życia, a kobiety 84% (rys. 7–9). Rysunek 7 przedstawia dane dotyczące przeciętnego dalszego trwania życia w zdrowiu mężczyzn i przy jego braku według województw w 2002 roku.

Rysunek 7. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w zdrowiu i przy jego braku według województw w 2002 r.



Źródło: jak do rys. 1; obliczenia własne z uwzględnieniem wyników NSP 2002.

Rysunek 8. Przeciętne trwanie życia mężczyzn w zdrowiu i przy jego braku według województw w 2002 r.



Źródło: jak do rys. 1.

Długość życia mężczyzn w Polsce jest krótsza o 4,6 lat, a kobiet o 2 lata w porównaniu z przeciętną w krajach UE. Najkrócej żyją mieszkańcy małych miast poniżej 5 tys. mieszkańców, a najdłużej mieszkańcy największych miast z wyjątkiem Łodzi (w woj. łódzkim mężczyźni żyją o ponad 4, a kobiety ponad 2 lata krócej niż osoby w woj. podkarpackim, gdzie trwanie życia jest najdłuższe). W 2006 r. hospitalizowano w Polsce 2900 tys. mężczyzn i 3500 tys. kobiet, częściej mieszkańców miast niż wsi. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były choroby układu krążenia (16%), nowotwory (11%), choroby układu moczowo-płciowego (9%), urazy i zatrucia (9%), choroby układu trawiennego (9%). Najczęściej są hospitalizowane dzieci z najmłodszych roczników (poniżej piątego roku życia), a znacznie rzadziej osoby powyżej 75. roku życia.

W 2005 r. u około 135 tysięcy osób stwierdzono nowotwory złośliwe; u mężczyzn najczęściej występował rak oskrzeli i płuca, nowotwór jelita grubego, nowotwór skóry, natomiast u kobiet: rak sutka, nowotwór skóry, nowotwór trzonu macicy, nowotwór oskrzeli i płuc.

Około 1300 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi było objętych opieką ambulatoryjną, najczęściej z powodu zaburzeń nerwicowych oraz spowodowanych nadużywaniem alkoholu. W oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej leczono 209 tys. osób, najczęściej z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych nadużywaniem alkoholu, zaburzeń nastroju i zaburzeń nerwicowych. Tendencję spad-

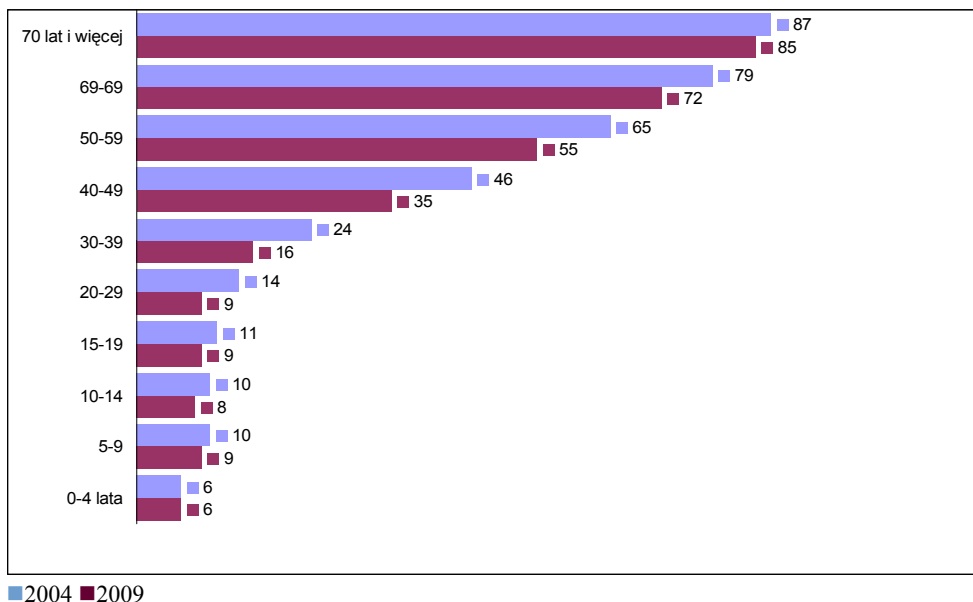
kową wykazuje zapadalność na wiele chorób zakaźnych, m.in. dzięki prowadzonym szczepieniom ochronnym. Nadal jednak zapadalność na te choroby w Polsce jest wyższa niż w krajach UE. Tendencję wzrostową natomiast wykazują zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C oraz kiłą wrodzoną.

W 2006 r. stwierdzono 3285 zachorowań na choroby zawodowe. U mężczyzn najczęściej były to: pylice (35%), choroby zakaźne i pasożytnicze (20%), ubytek słuchu (13%), choroby narządu głosu (6%); u kobiet: choroby narządu głosu (49%), choroby zakaźne i pasożytnicze (21%), przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (9%). W 2006 r. zarejestrowano 116 tys. osób poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, w tym 616 śmiertelnych. W roku 2007 zginęło w Polsce w wypadkach drogowych 5583 osób, z przewagą pieszych wśród ofiar śmiertelnych. Także wysoki odsetek ofiar śmiertelnych z powodu wypadków stwierdzono w obszarach zabudowanych (43,8%). Na 100 wypadków w 2007 r. zginęło przeciętnie 11,3 osób.

Z raportu GUS *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*¹ wynika, że w ostatnich latach subiektywnie oceniany stan zdrowia Polaków istotnie się poprawił. W 1996 r. poniżej poziomu dobrego swoje zdrowie oceniło 45%, w 2004 r. 39%, a w grudniu 2009 r. tylko 34% Polaków. Kobiety znacznie częściej oceniały stan swojego zdrowia poniżej dobrego (37%) w porównaniu z mężczyznami (31%). Stwierdzono zmniejszenie się dysproporcji w subiektywnej ocenie stanu zdrowia wśród mieszkańców miast i wsi. W 2009 r. 34% mieszkańców miast i wsi stwierdziło, że stan ich zdrowia nie jest dobry. Najlepsze opinie o swoim zdrowiu w 2009 r. wypowiadali mieszkańcy województw: pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i podkarpackiego. Ludność oceniającą swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według wieku w latach 2004 i 2009 przedstawia rysunek 9.

¹ GUS, Warszawa 2011.

Rysunek 9. Samoocena stanu zdrowia poniżej oceny dobrej w latach 2004 i 2009 (w %)



Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011.

Z badań GUS wynika również, iż osoby o wysokim poziomie wykształcenia lepiej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby o niższym wykształceniu. Pomimo wyraźnej poprawy oceny stanu zdrowia przez dorosłych Polaków w przeprowadzonych przez GUS badaniach stwierdzono, że tylko 2/3 dorosłych Polaków oceniło stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry w porównaniu z Holandią, Wielką Brytanią, Szwecją, Grecją, gdzie taki stan zdrowia deklarowało ponad 75% osób dorosłych, a w Irlandii, Szwajcarii i Islandii ponad 80% dorosłych mieszkańców. Natomiast gorszy stan zdrowia niż Polacy deklarują mieszkańcy Litwy, Łotwy, Estonii, Węgier i Portugalii.

2. Występowanie chorób przewlekłych

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych częściej stwierdzano u kobiet niż u mężczyzn, częściej u mieszkańców miast niż wsi. Występowanie chorób przewlekłych stwierdzono w 2004 r. u 53% ludności Polski, a w 2009 r. u 55%, częściej u kobiet niż u mężczyzn bez względu na miejsce zamieszkania. Częstość ich występowania wzrastała wraz z wiekiem, a gwałtownie po 50. roku życia. Najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi u osób dorosłych były w 2004 r.:

nadciśnienie tętnicze – 17%, choroby kręgosłupa lub dyskopatie – 15,5%, choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe – 13,8%, choroba wieńcowa – 8,6%, migrena lub częste bóle głowy – 8,0%, nerwica lub depresja – 7,4% badanej zbiorowości. Kobiety częściej niż mężczyźni chorowały na nadciśnienie i chorobę wieńcową (bez zawału), choroby kręgosłupa lub dyskopatie, migrenę i częste bóle głowy, choroby stawów oraz nerwicę i choroby tarczycy. Wśród mężczyzn natomiast częściej występuje choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, choroba wieńcowa z przebytym zawałem, a także nieznacznie częściej udar lub wylew krwi do mózgu oraz padaczka.

Najczęściej stwierdzonymi w badaniu w 2004 r. chorobami w poszczególnych grupach wieku były:

- 15–19 lat: alergia, migrena lub częste bóle głowy, schorzenia kręgosłupa, a także dolegliwości nerwicowe lub depresja,
- 20–29 lat: poza wyżej wymienionymi wyraźnie wzrastała częstość występowania przewlekłych chorób skóry oraz tarczycy,
- 30–39 lat częściej stwierdzało się chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, jak również przewlekłe zapalenie stawów,
- 40–49 lat: częściej niż u młodszych stwierdzono nadciśnienie tętnicze, dwukrotnie częstszą zachorowalność na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, coraz częściej także stwierdzono chorobę wieńcową,
- 50–59 lat: wyraźnie zwiększyła się liczba osób z nadciśnieniem tętniczym oraz częstymi bólami głowy lub migrenami, stanami nerwicowymi lub depresją,
- powyżej 60. roku życia coraz liczniejsza była grupa osób cierpiących na choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa itp.), narządu ruchu (kręgosłup lub stawy), cukrzycę oraz choroby oczu, głównie zaćmę.

Natomiast w 2009 r. najczęściej stwierdzonymi w badaniu chorobami w poszczególnych grupach wieku były:

- 15–29 lat – astma, alergia, bóle głowy i bóle pleców,
- 30–39 lat – poza poprzednio wymienionymi chorobami nadciśnienie tętnicze,
- po 40 roku życia – nadciśnienie tętnicze, choroby kości i stawów, bóle pleców, choroba wrzodowa,
- po 60 r. życia – choroby układu krążenia, stawów, cukrzyca, choroby tarczycy, układu moczowego, zaburzenia psychiczne.

W badaniach prowadzonych w 2000 r. pod kierunkiem B. Synaka, B. Bień wskazuje się na charakterystyczną dla wieku podeszłego wielochorobowość. Aż 63% badanej grupy ludzi starych uskarżało się na trzy lub więcej dolegliwości. Byli to głównie mieszkańcy wsi, kobiety i osoby po 75. roku życia. W wieku starszym głównymi schorzeniami były choroby układu kostno-stawowego i układu krążenia oraz typowe zespoły geriatryczne, takie jak: zaburzenia równowagi z upadkiem, nietrzymanie moczu czy zaburzenia pamięci, a także zaburzenia funkcji poznaw-

czych. Osoby z zespołem otępiennym stanowią około 10% wszystkich osób po 65. roku życia. Stan zdrowia i sprawność osób z otępieniem są znacznie gorsze niż osób sprawnych intelektualnie.

W badaniach prowadzonych przez Instytut Spraw Publicznych w 2008 r. wyniki badań samooceny stanu zdrowia Polaków nie odbiegają znacząco od innych badań w tym zakresie. Z przeprowadzonych w 2004 r. badań wynika, że w miarę upływu lat pogarsza się sprawność narządów wzroku, słuchu i narządu ruchu. Upośledzenie funkcji narządu wzroku zgłaszało 40% dorosłych Polaków, z czego u 36% ostrość wzroku uległa poprawie po zastosowaniu szkielek korekcyjnych. Upośledzenie funkcji narządu słuchu zgłaszało 4% ogółu osób dorosłych, ale aż co piąta osoba powyżej 70. roku życia. 1,7% osób stosuje korekcję aparatem słuchowym. Upośledzenie funkcji narządu ruchu zgłaszało 4% osób. Najczęściej problemy upośledzenia funkcji narządu ruchu występowały u osób starszych. Kłopoty z samodzielnym wyjściem i zejściem ze schodów (na 1. piętro) zgłaszała co 20. osoba dorosła, w tym co 12. osoba 60-letnia i co czwarta 70-letnia. Badano również zdolność do samoobsługi, czyli do wykonywania czynności dnia codziennego. Zgodnie z uogólnionymi na populację osób dorosłych wynikami tego badania „ponad 2 mln osób dorosłych nie może przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Ponad 700 tys. osób nie jest w stanie samodzielnie się umyć, a ponad 350 tys. osób nie ubierze i nie rozbierze się samodzielnie. Prawie ćwierć miliona osób musi mieć pomoc, aby wstać czy położyć się do łóżka, a ponad 100 tys. osób nie zje samodzielnie posiłku i musi być karmiona. Ponadto 200 tys. osób nie może samodzielnie korzystać z ubikacji, a ponad 300 tys. nie odkręci kurka od gazu czy kranu. Są to osoby, które całkowicie lub przynajmniej częściowo wymagają pomocy w codziennym życiu ze strony innych osób”. Natomiast uogólnione na populację wyniki badań GUS w 2009 roku wykazały, że ponad 1,8 mln osób miało trudności z samodzielnym umyciem się od stóp do głowy, a ponad 1,6 mln osób – z samodzielnym ubraniem się czy rozebraniem. Prawie 2,2 mln osób dorosłych zgłaszało problemy związane z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem czy wstawaniem z krzesła. Prawie 890 tys. dorosłych Polaków miało trudności przy korzystaniu z ubikacji, a ponad 475 tys. z samodzielnym spożywaniem posiłków.

Rodzice badanych dzieci sygnalizowali występowanie co najmniej jednej choroby przewlekłej u około 23% dzieci w wieku 0–14 lat w 2004 r. i u 28% w 2009 roku. Na choroby przewlekłe częściej chorowały dzieci mieszkające w mieście niż na wsi. Najczęstszym schorzeniem były alergie (9% w 2004 r. i 17% w 2009 r.), schorzenia narządu wzroku (3,7% w 2004 r. i 4% w 2009 r.) oraz astma oskrzelowa (3,1% w obydwu badaniach).

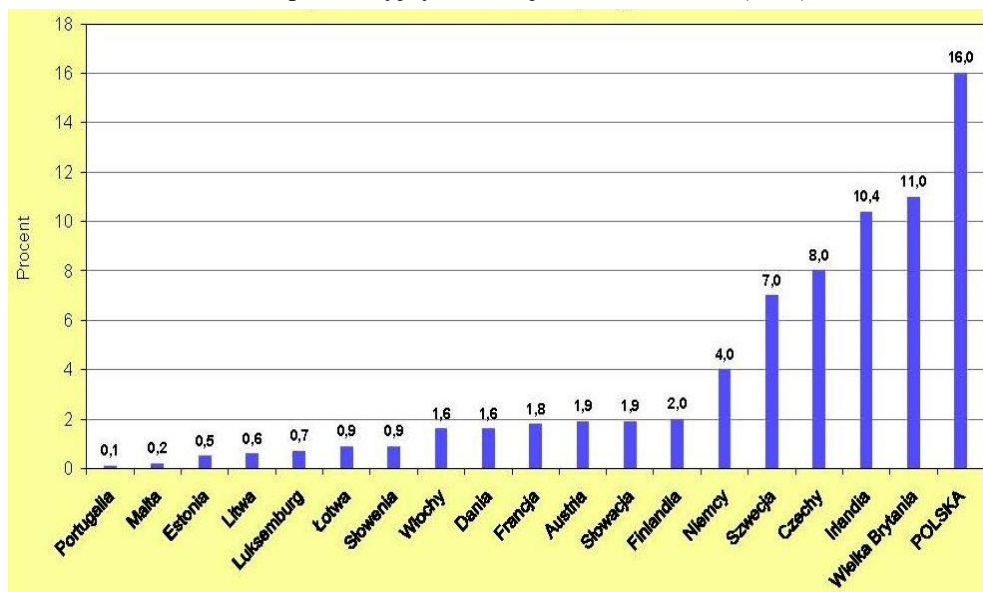
Prawie u 27% dzieci stwierdzono zaburzenia wzroku oraz mowy. U 6% badanej w 2004 r. populacji dzieci w wieku 0–14 lat występowały wrodzone wady rozwojowe, w tym wady układu krążenia u 27,2% dzieci z wrodzoną wadą rozwojową, a wady układu mięśniowo-kostnego u 15% dzieci. Oszacowano na podstawie badań GUS, że co piąty uczeń wymaga opieki lekarskiej z powodu chorób przewlekłych.

3. Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji

Każdy stan chorobowy niezależnie od jego przyczyny i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwale upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej. **Niepełnosprawność** według Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.

Niesamodzielnność to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób innych w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego.

Rysunek 10. Udział osób niepełnosprawnych w ogólnej liczbie ludności w wieku produkcyjnym w krajach UE w 2006 r. (w %)

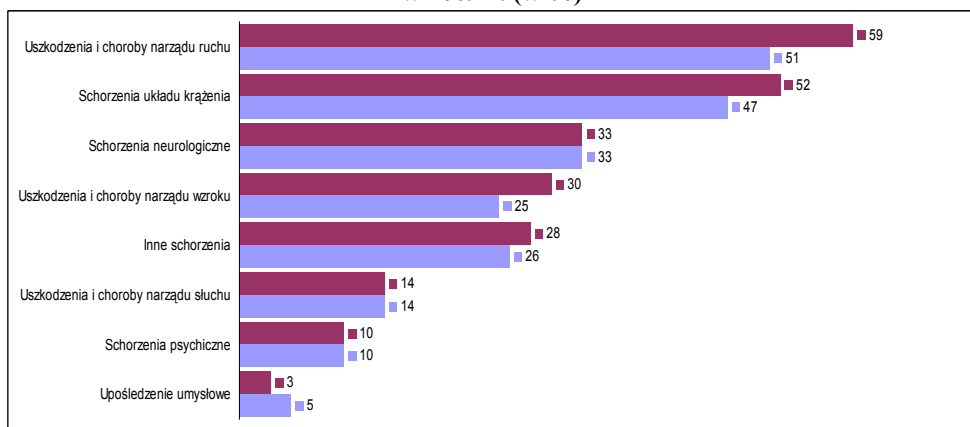


Dane: Financed by DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (CONTRACT. NO VC/2006/0229 – EUR 363,268.42).

Źródło: jak do rys. 1.

Kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa przejawia się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne i schorzenia psychiczne. Towarzyszy temu zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych oraz takich, które ze względu na stopień zaawansowania schorzeń i upośledzenia funkcji organizmu wymagają stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego. Postęp w dziedzinie nauk medycznych powoduje wydłużenie trwania życia i zwiększanie się odsetka osób w wieku starszym. Rosnące oczekiwania lepszej jakości życia i zmieniająca się sytuacja rodziny powodują, że niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji stały się w Polsce problemem społecznym. Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich (rys. 10). W Polsce w 2004 r. – 4,6 mln osób legitymowało się orzeczeniem o niepełnosprawności, a w 2009 r. – 4,155 mln osób, w tym w stopniu lekkim – 1,8 mln (2004 r.), 1,2 mln (2009 r.) osób, umiarkowanym – 1,6 mln (2004 r.) i 1,5 mln (2009 r.) oraz znacznym 1,3 mln (2004 r. i 2009 r.) osób. Najczęściej występujące schorzenia w grupie dorosłych osób niepełnosprawnych przedstawia rysunek 11 (w kolejności: mężczyźni, kobiety).

Rysunek 11. Występowanie grup schorzeń u osób niepełnosprawnych w 2009 r. (w %)



■ Kobiety ■ Mężczyźni

Źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011.

Liczba dzieci niepełnosprawnych w wieku 0–14 lat posiadających orzeczenie o niepełnosprawności wynosi około 180 000. Większość to mieszkańcy miast. W roku 2009 najwięcej dzieci niepełnosprawnych stwierdzono w grupie w wieku 5–9 lat – 4,0% (w 2004 r. – 3,2%), w grupie w wieku 10–14 lat – 3,2% (w 2004 r. – 4,2%), w grupie najmłodszych dzieci w obydwu badaniach było około 2% dzieci. Wśród dzieci niepełnosprawnych z poważnymi kłopotami zdrowotnymi 25% miało upośledzenie funkcji narządu wzroku, a także upośledzenie funkcji mowy, 20% miało upośledzenie funkcji narządu ruchu; 2,2% dzieci posiadało orzeczenie o specjalnych potrzebach edukacyjnych, a 1,6% wymagało kształcenia specjalistycznego.

Z przeprowadzonych przez GUS badań dotyczących wykonywania czynności dnia codziennego przez osoby niepełnosprawne wynika, że: w 2004 r. 30% z nich zgłaszało, że ma trudności z przeniesieniem ciężaru 5 kg na odległość 10 m (np. torby z zakupami), a w 2009 r. aż 60% badanych osób; niemożność samodzielnie przeczytania gazety zgłaszało 10% osób w 2004 r., a w 2009 r. – 30%. Co 10. osoba nie rozpoznawała twarzy z odległości 4 m w 2004 r., w 2009 r. co trzecia osoba. W roku 2004 co 15. osoba nie mogła przejść samodzielnie 500 m (w 2009 r. ponad 40% badanych osób). Co 24. osoba w 2004 r. wymagała pomocy przy kładzeniu i wstawaniu z łóżka (w 2009 r. co trzecia osoba). Upośledzenia funkcji występują z niejednakową częstością. Nasilają się one wraz z upływem lat życia. Jednak część populacji osób w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych czynności życiowych bezwzględnie wymaga pomocy osób drugih. Z badania przeprowadzonego przez GUS w 2006 r. „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” wynika, iż samoocena stanu zdrowia zależy od wieku badanej osoby. Stan zdrowia jako bardzo dobry oceniło 21,6% badanych osób, jako dobry 42,7%, a 25,1% jako ani dobry, ani zły. Natomiast co piąta osoba w wieku 60–69 lat i niemal 50% osób w wieku ponad 70 lat oceniła swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły. Mężczyźni oceniali lepiej stan swojego zdrowia niż kobiety. Osoby z wyższym i średnim wykształceniem lepiej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia. Stwierdzono, iż w badanej grupie 25,5% osób choruje przewlekłe, a 23,7% korzysta ze stałej opieki medycznej. Częściej występowanie chorób przewlekłych zgłaszały kobiety. Badane osoby pytano także o ograniczenie zdolności do samoobsługi lub pracy (w przypadku osób uczących się – nauki). Wyniki badania wskazują, że 10,1% osób zgłaszało potrzebę pomocy osób drugih, przy czym 1,2% badanych osób podawało konieczność pomocy przez 24 godziny, natomiast dla 6,8% pomoc taka była potrzebna tylko okresowo. Potrzebę pomocy osoby drugiej przez 24 godziny na dobę zgłaszano najczęściej w grupie wieku 70 i więcej lat. Niewiele ponad połowa populacji w tej grupie wieku nie zgłaszała potrzeby pomocy osób drugih. Według badań GUS, potrzebę opieki i pomocy osób drugih w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego zgłaszało 0,6% populacji, a przez 24 godziny na dobę 1,2% populacji.

4. Zasiłki i dodatki pielęgnacyjne

W polskim systemie zabezpieczenia społecznego zasiłki pielęgnacyjne przysługują, zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych: niepełnoletniemu dziecku, osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 lat z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 lat legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 lat, oraz osobie, która ukończyła 75 lat. Według danych MPiPS, w 2007 r. 728 000 osób pobierało zasiłki pielęgnacyjne.

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobom, które zostały uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisje lekarskie służb mundurowych, a także jest przyznawany z urzędu osobom, które ukończyły 75 lat. Liczba osób pobierających dodatek pielęgnacyjny z ZUS w 2007 r. wynosiła 2 008 526, w tym 535 884 z orzeczeniem niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz 1 472 372 osób, które ukończyły 75 lat. Liczba osób pobierających dodatki pielęgnacyjne z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wynosiła w 2007 r. 693,8 tys. (w tym z orzeczeniem niezdolności do samodzielnej egzystencji 221,8 tys., a z powodu ukończenia 75 lat – 472,0 tys. osób). Na podstawie dostępnych danych można stwierdzić, że dodatki pielęgnacyjne na podstawie orzeczenia lekarskiego o niezdolności do samodzielnej egzystencji 31.12.2007 r. pobierało 757,6 tys. osób z dwóch największych instytucji ubezpieczenia społecznego w Polsce, tj. ZUS i KRUS. Od 1 marca 2011 r. dodatek pielęgnacyjny wynosi 184,10 zł miesięcznie. W 2007 r. w gospodarstwach domowych ogółem przeciętny miesięczny nominalny dochód rozporządzalny na osobę wyniósł około 929 zł. Średni miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych w 2007 r. wyniósł w gospodarstwach domowych:

• pracowników na stanowiskach roboczych	700,95 zł
• pracowników na stanowiskach nieroboczych	1232,24 zł
• rolników	846,76 zł
• pracujących na własny rachunek	251,07 zł
• emerytów	999,05 zł
• rencistów	734,22 zł

Liczbę osób pobierających świadczenie w systemie zabezpieczenia społecznego w 2007 r. w Polsce przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczba osób pobierających świadczenie w systemie ubezpieczenia społecznego w Polsce w 2007 r. (tys.)

Wyszczególnienie	Emerytura	Renta z tytułu niezdolności do pracy	Renta rodzinna
ZUS	4626,9	1378,9	1227,4
Inwalidzi wojenni		64,7	32,8
Renty socjalne		238,2	
KRUS	1209,4	275,5	44,2
MON	102,9	18,6	35,3
MSWiA	124,5	14,8	36,1
Służba więzienna	18,0	2,1	5,7
Razem:	6081,7	1992,8	1381,5

Źródło: opracowanie własne.

Wysokość świadczeń pieniężnych w systemie zabezpieczenia społecznego w 2007 r. w Polsce przedstawia tabela 2, a najniższe świadczenia pieniężne od 1 marca 2009 r. tabela 3.

Tabela 2. Wysokość świadczeń pieniężnych w systemie zabezpieczenia społecznego w 2007 r. (w PLN)

Wyszczególnienie	Emerytura	Renta z tytułu niezdolności do pracy	Renta rodzinna
ZUS	1346,42	1 011,47	1190,78
Inwalidzi wojenni		2211,0	1352,50
KRUS	852,20	644,63	825,97
MON	2381,39	2 457,55	2087,37
MSWiA	2318,35	1 847,87	1917,10
Służba więzienna	2341,36	1 994,30	2054,24
Razem:	9239,72	10 166,82	9427,96

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Najniższe świadczenia pieniężne od 1 marca 2009 r. (w PLN)

Świadczenie	Wysokość w PLN
Emerytura, renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i renta rodzinna	675,10
Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	519,30
Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową	810,12
Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową	623,16
Dodatek pielęgnacyjny	173,10
Dodatek pielęgnacyjny dla inwalidy wojennego	259,65

Z analizy porównawczej wysokości świadczeń rentowych w krajach UE przeprowadzonej przez G. Uścińską wynika, że poziom świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy w polskim systemie pracowniczym „nie odpowiada w większości przypadków rozwiązaniom międzynarodowym”.

Minimum socjalne, czyli wskaźnik określający koszty utrzymania gospodarstw domowych na podstawie „koszyka dóbr” służących do zaspokajania potrzeb bytowo-konsumpcyjnych na niskim poziomie, według Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych w grudniu 2007 r. wynosiło dla 1 osoby w gospodarstwach domowych:

pracowników:

- 1 osobowym – 825,10 zł
- 2 osobowym – 680,10 zł
- 3 osobowym – 683,60 zł

emerytów:

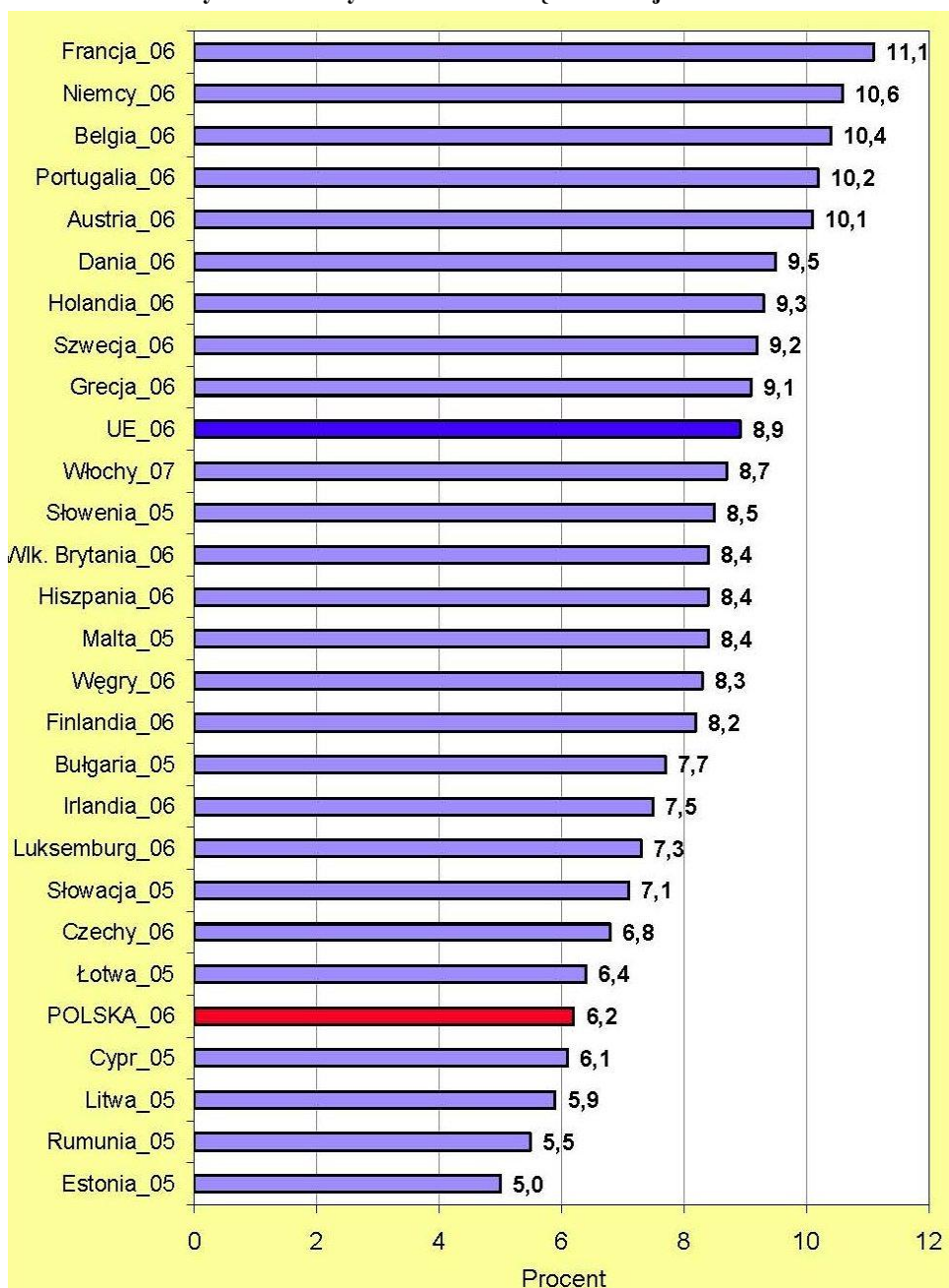
- 1 osobowym – 826,50 zł
- 2 osobowym – 673,80 zł

Biorąc pod uwagę wysokość minimum socjalnego w przypadku wystąpienia ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji, świadczenie emerytalne lub rentowe powiększone o dodatek pielęgnacyjny nie zapewnia nawet w znikomym stopniu pokrycia kosztów utrzymania wynikających z konieczności korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Zdecydowana większość świadczeń emerytalnych i rentowych nie wystarcza też na pokrycie kosztów utrzymania w domu pomocy społecznej. Przeciętny koszt pobytu w DPS waha się od 1,5 tys. zł do ponad 3 tys. zł miesięcznie.

5. Finansowanie opieki zdrowotnej

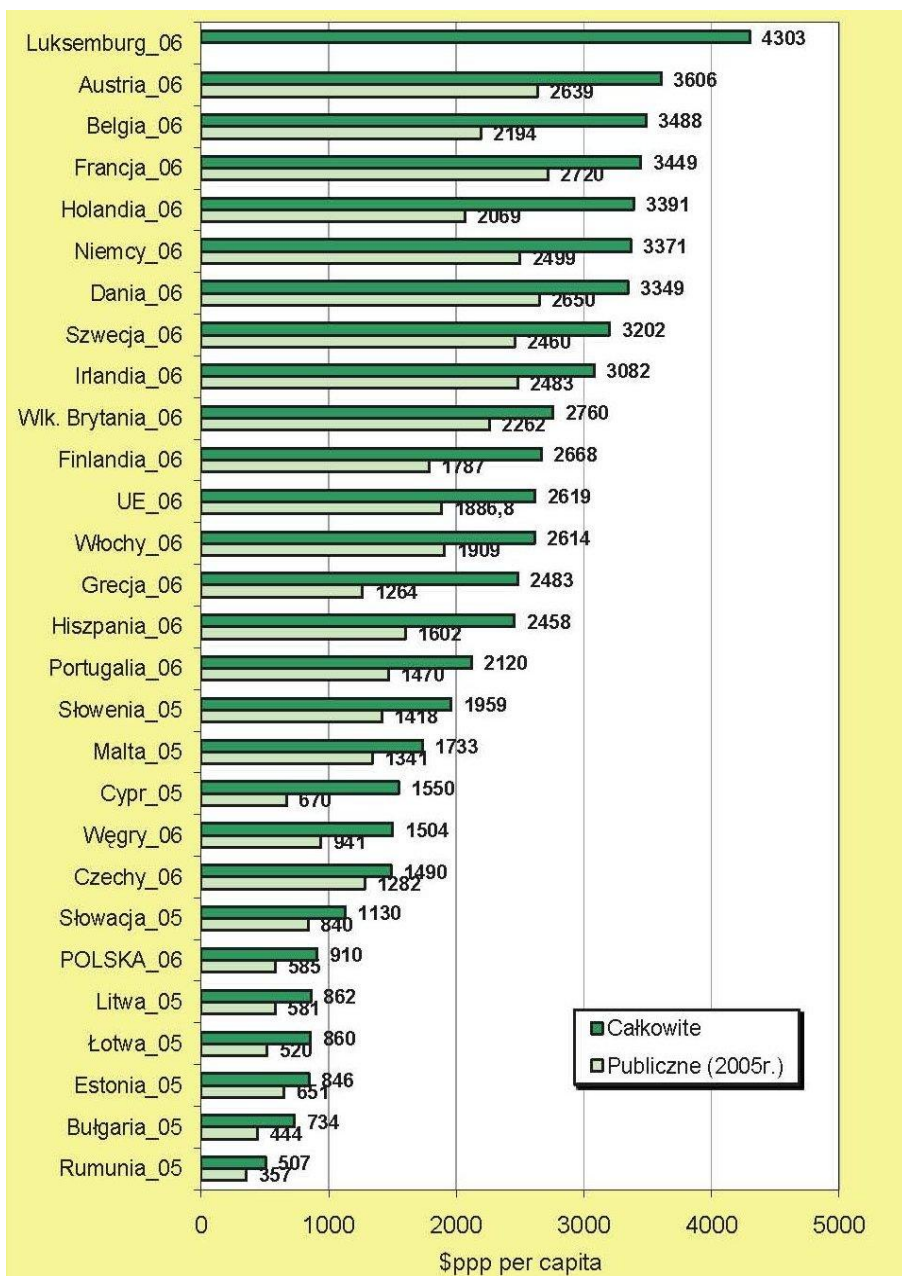
Stan zdrowia ludności w istotnym stopniu zależy od poziomu wydatków oraz dostępności usług ochrony zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia jako procent PKB przedstawia rysunek 12.

Rysunek12. Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB



Źródło: jak do rys. 1.

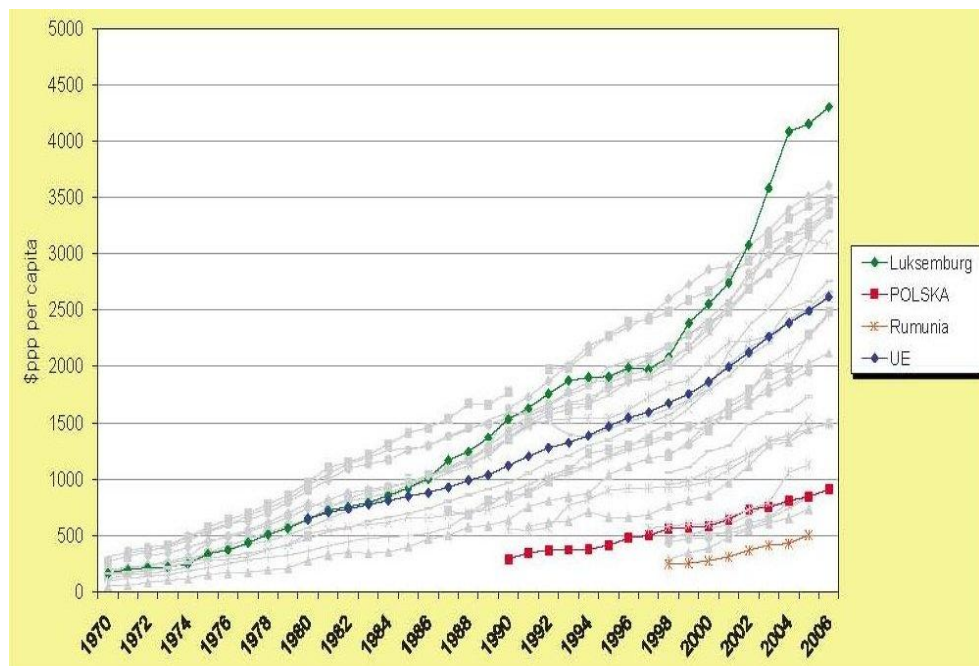
Rysunek 13. Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB (dane WHO HFA DB.)
Całkowite publiczne wydatki na ochronę zdrowia w USD
(wg ppp na 1 osobę – ostatnie dostępne dane OECD i WHO HFA DB)



Źródło: jak do rys. 1.

Wydatki na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej przedstawia rysunek 14.

Rysunek 14. Wydatki na ochronę zdrowia w krajach UE (w USD wg ppp)



Źródło: jak do rys. 1.

Wydatki ogółem na ochronę zdrowia, tj. bieżące i inwestycyjne, wynosiły w 2006 r. 65,7 mld zł i stanowiły 6,2% PKB, w tym 70%, czyli 43 mld zł (4,1% PKB) – to bieżące wydatki publiczne.

6. Finansowanie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej

Stan zdrowia ludności w istotnym stopniu zależy od poziomu wydatków oraz dostępności usług ochrony zdrowia. W wydatkach tych 6,5% było przeznaczane na usługi długoterminowej opieki pielęgnacyjnej. Natomiast w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2006 r. na finansowanie zakładów opieki pielęgnacyjnej długoterminowej przeznaczono 1,8%. W 2006 r. na usługi długoterminowej opieki pielęgnacyjnej wydatkowano 4291 mln zł, w tym 91,2% stanowiły wydatki instytucji rządowych i samorządowych, a 8,8% sektora prywatnego. Koszty opieki długoterminowej poniesione przez NFZ w 2006 r. wynosiły

578,0 mln zł, co stanowiło 1,61% wydatków Funduszu. Wydatki z budżetu państwa na ZOL i ZPO w 2006 r. wynosiły 7061 tys. zł (0,18%), a wydatki budżetów samorządów terytorialnych w latach 2006 i 2007 na te cele wynosiły:

Wydatki w:	2006	2007
gminach	1 893 tys. zł	1 884 tys. zł
powiatach	657 tys. zł	388 tys. zł
miastach	18 981 tys. zł	17 465 tys. zł
województwach	4 545 tys. zł	1 108 tys. zł

Łóżka opieki długoterminowej – zgodnie z definicją OECD – są przeznaczone dla pacjentów wymagających stałej opieki na skutek przewlekłego upośledzenia i ograniczonego stopnia zdolności do samodzielnej egzystencji. Do stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej zalicza się zakłady udzielające całodobowych świadczeń zdrowotnych osobom przewlekle chorym, upośledzonym fizycznie lub psychicznie oraz osobom w podeszłym wieku.

W Polsce zakłady opieki długoterminowej obejmują ZOL, ZPO i hospicja. Wskaźnik łóżek opieki długoterminowej w szpitalach na 1000 mieszkańców wyniósł w Polsce 0,4 (a np. w Finlandii 3,8). W 2007 r. funkcjonowało łącznie 407 zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej, tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym, oraz 59 hospicjów. Dysponowały one łącznie 22,4 tys. łóżek i objęły opieką stacjonarną 61,6 tys. osób, a domową 7,8 tys. osób. Przeciętny czas pobytu pacjenta wyniósł w ZOL 162 dni, a w ZPO – 144, 9 dnia, natomiast w hospicjach (dla osób w terminalnym stanie choroby nowotworowej) czas ten wyniósł 21,8 dnia. W zakładach opieki długoterminowej przeważającą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 75 lat i więcej (52,4%), następnie w wieku 61–4 lat (23,7%), oraz pacjenci w wieku 41–60 lat (17,8%). Pacjenci do 41. roku życia stanowili najmniej liczną grupę, tj. 6,2%. W 2007 r. stacjonarne zakłady pomocy społecznej dysponowały łącznie 101,1 tys. miejsc. Wskaźnik miejsc na 100 tys. ludności wyniósł 2,65. W domach i zakładach pomocy społecznej przebywało 96,7 tys. osób (46,5%, stanowiły kobiety) w wieku:

- do 18 lat – 3,7%;
- 19–40 lat – 15,8%;
- 41–60 lat – 32,6%;
- 61–74 lat – 20,5%;
- powyżej 75 lat – 27,5%.

W ogólnej liczbie osób przebywających w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej:

- 16,6 tys. (17,2%) to osoby w podeszłym wieku,
- 21,8 tys. (22,5%) to osoby przewlekle chore somatycznie,
- 19,6 tys. (20,3%) to osoby przewlekle chore psychicznie,
- 14,4 tys. (14,9%) to osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie,
- 7,9 tys. (8,2%) to dzieci i młodzież niepełnosprawne intelektualnie.

Według danych GUS, 86,5% mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej finansowało przynajmniej w części koszty swojego pobytu ze środków własnych, ale tylko 4,5% w pełnej wysokości. Pobyt 7% mieszkańców był opłacany w całości przez gminę lub budżet państwa, a 3,3% osób było zwolnionych z odpłatności.

7. Wnioski z analizy

Stan zdrowia ludności Polski od roku 1991 ulega systematycznej poprawie, ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuacja jest wciąż niezadowalająca, a na dodatek w pierwszym dziesięcioleciu poprawa ta uległa spowolnieniu, szczególnie w przypadku mężczyzn. Udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu ludności w wieku produkcyjnym w Polsce wynosi około 16% i liczba ta – wg szacunków UE – jest najwyższa wśród krajów członkowskich. W świetle danych statystycznych dotyczących: stanu zdrowia ludności Polski, liczby osób, które w następstwie chorób stały się niepełnosprawne czy niezdolne do samodzielnej egzystencji, poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów UE oraz liczby miejsc i finansowania opieki długoterminowej zasadne jest rozważenie podjęcia następujących działań:

1. Racjonalizacja systemu opieki zdrowotnej, czyli stosowanie następującej kolejności działań w zabezpieczeniu społecznym chorób i ich następstw:

prewencja → diagnostyka → leczenie → rehabilitacja → kompensacja.

2. Zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia.

3. Utworzenie Narodowego Programu Rehabilitacji, w celu realizacji zasad Polskiej Szkoły Rehabilitacji, czyli wczesności rozpoczynania, powszechności, kompleksowości i ciągłości.

4. Wdrożenie jednolitych zasad orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz przyspieszenie prac nad regulacją prawną dotyczącą umiejętności w zakresie węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (orzecznictwo lekarskie).

5. Kształcenie specjalistów geriatrów i opiekunów medycznych.

6. Realizacja projektów informatycznych pozwalająca na ujednolicenie, gromadzenie, analizę, udostępnianie danych dotyczących stanu zdrowia populacji, w tym zagrożeń, oraz następstw chorób pozwalających na monitorowanie zdrowia i działań w zakresie zdrowia publicznego.

7. Wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych dla zapewnienia godnego życia ludziom niesamodzielnym niezdolnym do samodzielnej egzystencji².

Bibliografia

Bień B., *Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski*, „Biuletyn RRL” nr 53, Warszawa 2008.

Budżety gospodarstw domowych w 2007 roku, GUS, Warszawa 2008.

Informacja o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego IV kwartał/okres I-XII.2007, ZUS, Warszawa 2008.

Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r., GUS, Warszawa 2007.

Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r., GUS, Warszawa 2008.

Rocznik demograficzny 2008, GUS, Warszawa 2008.

Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań, Szatur-Jaworska B. (red.), Biuro RPO, Warszawa 2008.

Szyborski J., *System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. Stan i zagrożenia*, „Biuletyn RRL” nr 53, Warszawa 2008.

Uścińska G., *Aktualne problemy systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce*, „Polityka Społeczna” 2007, nr 7.

Sytuacja zdrowotna ludności Polski, B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), NIZP, Warszawa 2008.

Stan zdrowia ludności Polski 2004, GUS, Warszawa 2006.

Stan zdrowia ludności Polski 2009, GUS, Warszawa 2011.

To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym, P. Szukalski (red.), Warszawa 2008

² Na konieczność wprowadzenia ubezpieczenia od ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazują również liczni autorzy, m.in. B. Bień w opracowaniu *Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku – stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski*; B. Szkurska-Jaworska w opracowaniu zespołu eksperckiego powołanego przez RPO *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*; P. Szukalski w opracowaniu *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym* (Instytut Spraw Publicznych). A. Kozierkiewicz w raporcie opracowanym dla Banku Światowego rozważa możliwość takiego rozwiązania.

OPIEKA GERIATRYCZNA W PERSPEKTYWIE STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI POLSKI

Już obecnie (2011 r.) ludzi w wieku 65 lat i więcej mamy w Polsce ponad 5 mln, co stanowi około 14% całej populacji. GUS szacuje, że w perspektywie najbliższych dwudziestu lat niemal co czwarty mieszkaniec naszego kraju przekroczy umowny próg starości, zasilając 8,5-milionową populację starszych wiekiem Polaków. Tak gwałtowny przyrost najstarszej grupy wieku ludności w najbliższej przyszłości wynika z wkraczania w fazę starości pokolenia 'baby boom' z lat 50. ubiegłego wieku. Niemal połowa z tych osób, tj. około 4 mln, przekroczy umowny próg zaawansowanej starości (75 lat), stanowiąc populację szczególnie wysokiego ryzyka pod względem chorób wieku podeszłego i zespołów geriatrycznych. Jest to szczególnie rodzaj generacji, już powojennej, generalnie lepiej wykształconej, o wyższych aspiracjach zdrowotnych i społecznych, a zatem i bardziej uświadomionych i wyrażających potrzeby adresowane do opieki specjalistycznej, w tym geriatrycznej.

Specyfika geriatрії i pacjenta geriatrycznego

Szacuje się, że około 80% osób starszych cierpi przynajmniej na jedną chorobę przewlekłą czy skutki przebytych wypadków lub urazów, które u co drugiej z nich prowadzą do trwałego upośledzenia sprawności. Do tzw. chorób zależnych od wieku, czyli występujących częściej wraz z postępem starzenia, należą przede wszystkim: otępienie w przebiegu choroby Alzheimera lub innych schorzeń mózgu (rozpowszechnienie zwiększa się ponadtrzydziestokrotnie między 60. a 80. rokiem życia), depresja, udary i stany poudarowe, niewydolność serca, naczyniowe powikłania miażdżycy, nowotwory, przewlekła choroba nerek, choroba zwyrodnieniowa stawów z osteoporozą, niedożywienie kaloryczno-białkowe, upadki i następne złamania kości, zakażenia i wiele innych. Takie choroby i problemy medyczne kumulują się często u jednej osoby, wymuszając poszukiwanie pomocy u kilku specjalistów – neurologów, psychiatrów, kardiologów, diabetologów, urologów itp. oraz nakreśla-

* Prof. dr hab. Barbara Bień – Kierownik Kliniki Geriatрії Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; Konsultant Wojewódzki ds. Geriatрії w województwie podlaskim; Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego ds. Medycznych.

jąc spiralę przepisywanych leków, a często również sprzecznych zaleceń. W efekcie ryzyko zespołów jatrogennych staje się realną rzeczywistością i powodem kolejnych problemów zdrowotnych i hospitalizacji.

Zaburzenia funkcji narządowych i sensorycznych – wzroku czy słuchu – wymagają przede wszystkim precyzyjnej oceny i określenia wpływu na czynności życia codziennego. Dzięki tak całościowej ocenie geriatrycznej można w sposób celowany i trafnie adresowany leczyć, rehabilitować i protezować możliwe do wyrównania deficyty funkcjonalne, jak również planować dalsze etapy opieki zdrowotnej i społecznej we współpracy z opieką długoterminową.

Geriatra jako specjalistyczna dyscyplina medyczna integruje w swoich kompetencjach **zdolność do całościowej, innymi słowy – kompleksowej oceny**, a zatem i diagnozy pacjenta geriatrycznego, tj. osoby, u której konstelacja rozmaitych problemów zdrowotnych i dysfunkcji narządowych wykracza poza możliwości diagnostyczne jednego, nawet najwyższej klasy, specjalisty wąskiej dyscypliny. Upraszczając można stwierdzić, że geriatra jest w stanie zastąpić kilku, a czasami kilkunastu specjalistów wąskich dyscyplin, zaś żaden z nich nie zastąpi geriatry. Jednocześnie nie można wnioskować, że inne specjalności są niepotrzebne dla pacjentów geriatrycznych; wręcz odwrotnie – dokonujący się dostęp technologiczny w medycynie sprzyja nowoczesnym i niezwykle efektywnym interwencjom inwazyjnym i zachowawczym również w wieku starszym. Bezpieczniej jednak jest operować czy poddawać wysoko specjalistycznej terapii biologicznej lub onkologicznej chorego stabilnego po interwencji geriatrycznej aniżeli leczonego w sposób chaotyczny przez kilku specjalistów z ich polifarmakoterapią, z których jeden nie zdaje sobie sprawy z tego, co zaleca inny.

W tym miejscu nasuwa się pytanie: kim właściwie jest pacjent geriatryczny? Wiele nieporozumień wnosi formalny wymóg Narodowego Funduszu Zdrowia, że jest to osoba w wieku przynajmniej 60 lat. W praktyce jednak większość osób we wczesnej starości nie spełnia kryteriów do objęcia ich opieką geriatryczną, ponieważ o ile chorują, to zazwyczaj w ich ustroju dominują jeden, dwa lub trzy problemy zdrowotne; są sprawni fizycznie i psychicznie, a zatem są w stanie ‘poruszać się’ samodzielnie po rynku usług medycznych. Typowy pacjent geriatryczny to osoba w zaawansowanym wieku, średnio osiemdziesięcioletnia z wieloma procesami chorobowymi i wielolekowością, złożoną niesprawnością narządową – psychiczną i fizyczną oraz w zakresie codziennego funkcjonowania, przy czym przynajmniej jeden problem pojawia się na nowo lub ulega zaostrzeniu. Zazwyczaj większość takich chorych pozostaje pod opieką rodziny i wymaga jej wsparcia w przypadku zaostrzenia procesu chorobowego.

Złożoność deficytów funkcjonalnych w przebiegu normalnego starzenia w kombinacji z nakładającą się patologią zazwyczaj wywołuje lęk lub bezradność u lekarzy lub zaniechania poprzez przypisywanie zmian chorobowych skutkom starości. W efekcie początkowe problemy narastają i opóźniają diagnozę i leczenie. Chorzy są pozostawiani samym sobie lub etykietowani jako „blokerzy łóżek” czy przypadki

beznadziejne. W percepcji geriatrów, pacjentem geriatrycznym jest osoba najstarsza, najbardziej schorowana, która wymaga ogromnego wysiłku intelektualnego, aby postawić całościową diagnozę lekarską, pielęgniarскую i cele rehabilitacji, by zaplanowany proces leczenia i opieki zredukował dysfunkcje życiowe, a przez to poprawił jakość życia chorego.

Geriatra w systemie ochrony zdrowia – problemy finansowania

Mimo już stosunkowo długiej obecności specjalizacji z geriatрії w polskim systemie ochrony zdrowia, nadal należy ona do specjalizacji 'niszowych'. Jej rozwoju nie zwiększa zaliczenie jej do specjalności priorytetowych, ogłoszone już dwukrotnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. i z dnia 21 maja 2009 roku. Nie otwiera się nowych poradni geriatrycznych, ani nie zwiększa się liczby łóżek geriatrycznych. Wręcz odwrotnie, co roku słyszymy, że kolejny oddział geriatryczny ulega likwidacji... Dlaczego, wbrew logice, tak się dzieje?

Odpowiedź wydaje się prosta. To jednolity system finansowania stosowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia do rozliczenia każdej hospitalizacji, oparty na tzw. Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP), a polegający na refundacji kosztów diagnostyki i terapii JEDNEJ choroby, niezależnie od rodzaju dyscypliny medycznej (czy to zabiegowej, czy zachowawczej), skazuje geriatricę na przegraną pozycję już *a priori*. Przecież podejście geriatryczne tym różni się od podejścia w coraz bardziej wyspecjalizowanej medycynie, że traktuje pacjenta jako CAŁOŚĆ z perspektywy FUNKCJI. Geriatra koncentruje się na przywróceniu funkcjonowania starszego i zniedołężniałego człowieka do możliwie najwyższego poziomu. Czyni to poprzez poszukiwanie kluczowych w jego indywidualnym stanie przyczyn, które doprowadziły w ostatnim czasie do degradacji psychofizycznej, w celu jak najszybszej interwencji. Na całym świecie geriatra posługuje się rutynowo zestawami standaryzowanych skal mierzących poziom funkcji psychicznych i fizycznych w ramach zespołowej współpracy interdyscyplinarnej lekarza geriatry, pielęgniarzki geriatrycznej, fizjoterapeuty, psychologa lub neuropsychologa i innych praktyków, obok tradycyjnego wachlarza typowych badań diagnostycznych stosowanych w medycynie – biochemicznych, endoskopowych czy obrazowych. To wszystko kosztuje, a niestety jest ignorowane przez płatnika, który refunduje koszty przypisane w katalogu świadczeń medycznych do jednej choroby. Dyrektorzy niechętnie utrzymują oddziały geriatryczne w strukturze swoich szpitali, z racji na generowanie zadłużenia jednostki, a personel takich oddziałów zmuszony jest godzić się na wynagrodzenie wielokrotnie niższe w porównaniu do kolegów innych oddziałów tego samego szpitala, tj. tych, które przynoszą „dochód”.

Paradoks polega na tym, że *per saldo* roczne koszty opieki nad pacjentem starszym po hospitalizacji w oddziałach geriatrycznych (5161 zł) przynoszą płatnikowi oszczędności rzędu 25% w porównaniu do kosztów opieki nad analogicznym pacjentem wypisanym z oddziału chorób wewnętrznych (6908 zł). Wykazał to Derejczyk i in.¹, na podstawie elektronicznych danych Oddziału Śląskiego NFZ, które tylko tam można było obliczyć dzięki wprowadzonemu systemowi Rejestru Usług Medycznych [RUM] opartemu na PESEL-u pacjenta. Oszczędności wynikają m.in. ze spadku liczby rehospitalizacji i potrzeby korzystania z usług innych wąskich specjalności, których nie potrzebują starsi wiekiem pacjenci po całościowej ocenie i opiece geriatrycznej.

Wykorzystując ten argument, Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia we współpracy z Departamentem Zdrowia Publicznego MZ opracował nowe świadczenie pod nazwą "Całościowa Ocena Geriatryczna" (COG), w celu włączenia go do Katalogu JGP z możliwością sumowania punktów wraz z punktacją za jedną chorobę. Propozycja ta, po wielu trudnościach, została przyjęta przez NFZ i wyceniona na 3 punkty (153 zł), co nadal nie pokrywa kosztów COG, ale daje iskrę nadziei na stabilizację geriatрії w systemie ochrony zdrowia.

Opieka geriatryczna w Polsce na tle Europy

Mierząc dostępność opieki geriatrycznej liczbą lekarzy geriatrów i liczbą łóżek geriatrycznych w systemie, Polska pozostaje w dalekim ogonie Europy. Według danych European Union Geriatric Medicine Society, opracowanych przez S. Kropińską i K. Wieczorowską-Tobis², na 100 tys. mieszkańców przypada w Polsce 0,2 geriatry, podczas gdy w Wielkiej Brytanii 1,3, w Niemczech i Hiszpanii po 2,2, w Belgii 2,9, Danii 3,1, Czechach 2,1, Słowacji 3,1, nie wspominając o Szwecji, w której wskaźnik jest najwyższy – 7,7. Według Royal College of Physicians w Wielkiej Brytanii, by zapewnić optymalną opiekę geriatryczną, wskaźnik ten powinien osiągnąć 2 geriatrów na 100 tys. mieszkańców. Przeliczając to na populację w Polsce, powinniśmy docelowo dysponować 760 geriatrami w kraju, a obecnie posiadamy ich pięciokrotnie mniej (!), i znaczna ich część nie jest zatrudniona w opiece geriatrycznej.

Dane dotyczące łóżek geriatrycznych w Polsce na tle Europy są jeszcze bardziej niepokojące. Dysponujemy liczbą nieprzekraczającą 500, tj. 1,2/100 tys. mieszkańców, podczas gdy w Szwecji wskaźnik ten wynosi 24,4, w Słowacji 14,3, Danii

¹ J. Derejczyk, B. Bień, J. Kokoszka-Paszkot, J. Szczygiel, *Gerontologia i geriatra w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008, nr 16, s. 149–159.

² S. Kropińska, K. Wieczorowska-Tobis, *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy*, „Geriatra” 2009, nr 3, s. 12–16.

10,5, Czechach 5,9, a w Belgii aż 72,3. Być może nie należy porównywać się do krajów tzw. starej Unii, ale trudno zrozumieć różnice w dostępności do geriatry między Polską a naszymi południowymi sąsiadami, gdzie względna liczba łóżek w Czechach jest 4-krotnie większa niż w Polsce, a w Słowacji jeszcze wyższa.

Tabela 1. Struktura krótkoterminowej bazy łóżkowej w województwach z podziałem na bazę uniwersytecką i pozauniwersytecką

Województwo	Ogółem	Szpitalne uniwersyteckie	Szpitalne specjalistyczne
Dolnośląskie	0	0	0
Kujawsko-Pomorskie	21	21	0
Lubelskie	53	0	53
Lubuskie	25	0	25
Łódzkie	0	0	0
Małopolskie	78	78	0
Mazowieckie	0	0	0
Opolskie	25	0	25
Podkarpackie	15	0	15
Podlaskie	18	18*	0
Pomorskie	15	15	0
Śląskie	220	18	202
Świętokrzyskie	0	0	0
Warmińsko-Mazurskie	0	0	0
Wielkopolskie	20	0	20
Zachodniopomorskie	6	0	6
Ogółem	496	150	346

* Łóżka na podstawie danych Szpitala MSWiA.

Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r., GUS, Warszawa 2008.

W tabeli 1 pokazano strukturę łóżek geriatrycznych w naszym kraju na podstawie danych GUS z 2008 r. oraz obliczeń własnych. Niezależnie od skromnej geriatrycznej bazy łóżkowej w Polsce ogółem (funkcja usługowa na rzecz pacjentów) dane pokazują dodatkowo ogromną lukę w łóżkowej bazie uniwersytetów medycznych (dodatkowo funkcja edukacyjna i naukowo-badawcza). W XXI wieku w kraju aspirującym do czołówki Europy pod względem traktowania osób starszych na równych

prawach z prawami innych obywateli nie stwarza się minimalnych warunków do urzeczywistnienia tych praw, z perspektywy zarówno starszego pacjenta, jak i przyszłego lekarza, który nie ma szans na naukę geriatry w systemie przed- i podyplomowym, z wyjątkiem nielicznych ośrodków akademickich realizujących dydaktykę w systemie fakultatywnym.

Kształcenie z zakresu geriatry w Polsce

Edukacja z zakresu geriatry na studiach medycznych ujęta jest w standardach nauczania niemal na wszystkich kierunkach medycznych (pielęgniarstwo, fizjoterapia, logopedia z fonoaudiologią, dietetyka, stomatologia, zdrowie publiczne) z wyjątkiem kierunku lekarskiego (!). Na tym kierunku realizowana jest obligatoryjnie jedynie wobec kształcących się w Polsce studentów anglojęzycznych (ze względu na wymogi krajów ich pochodzenia) oraz na niektórych uczelniach wobec polskich studentów kierunku lekarskiego (jako fakultet). Zatem łatwo sobie wyobrazić, że przeciętny absolwent medycyny w Polsce nie poznaje ani specyfiki przebiegu chorób, farmakoterapii wieku podeszłego, ani instrumentarium oceny geriatrycznej – standardu przyjętego na świecie. Rzutuje to również na możliwości kształcenia lekarzy rodzinnych, w których programach specjalizacyjnych nie ma możliwości szkolenia z geriatry z uwagi na deficyt modelowej bazy klinicznej, z której tradycyjnie słynie baza akademicka. Tam, gdzie jest to możliwe dzięki porozumieniom konsultantów na poziomie województwa, organizowane są staże częstkowe z geriatry dla przyszłych lekarzy rodzinnych na bazie nielicznych w kraju, pełnoprofilowych klinik geriatrycznych. W efekcie niezrównoważonego wymiaru godzin przeznaczonych na geriatrię – wystarczająco wysokiego dla pielęgniarek czy fizjoterapeutów, a żadnego lub symbolicznego dla lekarzy – wysiłek kształcenia geriatrycznego służący implementowaniu całościowej oceny geriatrycznej do rutynowej praktyki zawodzi. Zespół geriatryczny nie jest w stanie interdyscyplinarnie i efektywnie współpracować na rzecz złożonych potrzeb i problemów starszego pacjenta, gdy całość zawodzi z powodu niekompetencji jej lidera, czyli lekarza...

Reforma studiów medycznych, przygotowywana do realizacji od przyszłego roku akademickiego, uwzględniła co prawda przedmiot „geriatria” w standardach nauczania na kierunku lekarskim, niemniej jednak pierwsi absolwenci tego kształcenia zasilać rzeszę lekarzy dopiero za sześć lat. Mimo opóźnienia ta optymistyczna decyzja resortu zdrowia odpowiada na ogromne zapotrzebowanie na świadczenia geriatryczne w naszym kraju, zwłaszcza w perspektywie dramatycznego starzenia się społeczeństwa. Należy jedynie apelować do samodzielnych władz wszystkich uczelni medycznych o organizację bazy łóżkowej i kadry naukowo-dydaktycznej z zakresu geriatry i gerontologii, by zapewnić optymalny poziom świadczeń zdrowotnych i dydaktycznych w tym obszarze.

Brak akademickich klinik geriatrycznych (Poznań, Lublin, Szczecin) lub ich obecność fasadowa – bez łóżek geriatrycznych (Warszawa, Łódź) – uniemożliwia naukę praktycznych umiejętności lekarskich z zakresu geriatrii i pogarsza jakość kształcenia już kształconych w zakresie geriatrii pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych praktyków geriatrycznych. W obecnej sytuacji są oni kształceni w placówkach opieki długoterminowej lub oddziałach o innym profilu. Należy podkreślić, że nie ma prawdziwej geriatrii bez realizacji świadczeń geriatrycznych. Warunkiem uzyskania kontraktu geriatrycznego jest zatrudnienie na stanowisku ordynatora specjalisty z zakresu geriatrii i przynajmniej jednego asystenta ze specjalizacją z geriatrii lub będącego w jej trakcie, pielęgniarki ze specjalizacją geriatryczną lub opieki długoterminowej, fizjoterapeuty i psychologa klinicznego.

Jeszcze kilka lat dzielących nas od faktycznego przystąpienia do kształcenia studentów kierunku lekarskiego (przedmiot realizowany na ostatnim roku studiów) daje szansę na organizacyjne przygotowanie bazy i kadry w uczelniach medycznych. Tę ostatnią można już dzisiaj zacząć dokształcać, umożliwiając otwieranie specjalizacji z geriatrii specjalistom chorób wewnętrznych.

Według danych Ministerstwa Zdrowia z dnia 3 listopada 2010 r. geriatria dysponuje 113 miejscami specjalizacyjnymi, podczas gdy nawet wąska specjalizacja z hipertensjologii ma ich 116. Liczba lekarzy otrzymujących tytuł specjalisty geriatrii z Centrum Egzaminów Medycznych uległa co prawda niemal potrojeniu między 2003 r. a 2010 r., z dziesięciu do 27 zdających rocznie (ogółem 104 w tym okresie), co łącznie ze specjalistami po egzaminach w CMKP daje razem liczbę 260 osób. Szacuje się jednak, że jedynie nieco więcej niż połowa z nich znajduje zatrudnienie zgodnie z wykształceniem. Ten fakt nie zachęca do podejmowania tak trudnej specjalizacji, zwłaszcza że można ją otwierać dopiero po uzyskaniu specjalizacji z chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej. Niemniej jednak wolne miejsca specjalizacyjne z geriatrii czekają i mają szansę powiększać swą pulę, świadczenia geriatryczne zaczną być lepiej finansowane od przyszłego roku, a zatem można oczekiwać większego zainteresowania geriatrią nie tylko gremiów uniwersyteckich, ale i lecznictwa publicznego i niepublicznego.

Z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia jest przygotowywany obecnie kilkuletni projekt systemowy pod nazwą „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. W ramach tego programu ma zostać przeszkolonych 2000 lekarzy rodzinnych, 2000 pielęgniarek, 1000 fizjoterapeutów, 200 opiekunów medycznych i 200 terapeutów środowiskowych zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej. Jest to niezwykle cenna inicjatywa, która daje szansę na poprawę poziomu świadczeń zdrowotnych na rzecz starszych wiekiem podopiecznych, udzielanych przez podstawową instytucję systemu ochrony zdrowia w Polsce, zgodnie z intencją – lekarz rodzinny „geriatrą” pierwszej linii.

Można mieć nadzieję, że wobec wyzwań demograficznych stojących przed Polską i ogromnego zapotrzebowania społecznego na opiekę geriatryczną w naszym kraju będziemy w stanie ją wreszcie zorganizować i świadczyć z coraz większym sukcesem. Celem geriatry jest odroczenie niesamodzielności osób starszych (kompresja niesprawności), by zmniejszyć zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, poprawić jakość życia i autonomię osób starszych w ich środowisku zamieszkania. Inne rozwinięte kraje Europy i świata już to udowodniły.

UBEZPIECZENIE PIELEGNACYJNE W REPUBLICE FEDERALNEJ NIEMIEC. IDEA I REALIZACJA

Coraz więcej krajów rozwiniętych i rozwijających się boryka się z następstwami zmian demograficznych. Rośnie liczba osób starszych w społeczeństwie, maleje przyrost naturalny. Pomoc osobom starszym, które w pewnym momencie stają się niesamodzielne, staje się też źródłem znacznych wydatków publicznych. Poszczególne kraje poszukują różnych rozwiązań, aby zapobiegać postępującej niewydolności systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi. Taka właśnie sytuacja miała miejsce przed 1994 r. w Republice Federalnej Niemiec. W celu rozwiązania problemu pomocy osobom niesamodzielnym do istniejącego systemu ubezpieczenia społecznego wprowadzono ubezpieczenie nowego ryzyka socjalnego – ryzyka niesamodzielnosci, które wywołuje potrzeby opieki i pielęgnacji. Uchwalenie i wprowadzenie w życie ustawy nazywanej w skrócie ustawą pielęgnacyjną można uznać za odpowiedź na narastający problem społeczny dostarczania świadczeń opieki dla osób starszych oraz ciągły wzrost wydatków. Przed wprowadzeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego wydatki na ten cel obciążały budżety samorządów lokalnych. Nowe rozwiązania były konieczne, gdyż stosowane przed rokiem 1994 stały się niewystarczające. Konieczna zatem okazała się reforma uwzględniająca narastające rozmiary zjawiska. Reforma adresowana była do osób niesamodzielnych, głównie do ludzi starszych i ich rodzin. Na wprowadzonych zmianach systemowych jednak skorzystało całe społeczeństwo. Wszystkim ubezpieczonym zagwarantowane zostały przynajmniej podstawowe świadczenia z zakresu pomocy i pielęgnacji długotrwałej w przypadku wystąpienia ryzyka niesamodzielnosci życiowej (niezdolności do samodzielnej egzystencji).

1. Przyczyny wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego

Aby zrozumieć powody wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego do systemu ubezpieczeń społecznych w Niemczech, należałoby przypomnieć, jaka była sytuacja ekonomiczno-społeczna tego kraju na długo przed przyjęciem ustawy doty-

* Mgr Magdalena Nita – Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski.

czącej systemowego zabezpieczenia potrzeby pielęgnacyjnej. Znaczące sygnały, że system zabezpieczenia społecznego staje się niewydolny w tym zakresie, pojawiły się już w latach 70. Społeczeństwo niemieckie stawało się coraz starsze, rosła przeciętna długość życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn, podnosił się poziom życia obywateli, przez co rosły też ich oczekiwania wobec zakresu gwarantowanej opieki ze strony państwa. Samo podniesienie poziomu życia społeczeństwa i jakości usług medycznych (dzięki czemu wydłuża się życie) są zjawiskami pozytywnymi. Problem pojawia się, gdy osoby w podeszłym wieku, które całe życie pracowały i płaciły składki, nie mają środków na zapewnienie sobie właściwego wsparcia w zaawansowanym wieku i muszą prosić o pomoc rodzinę lub państwo. Zmiany w strukturze rodziny spowodowały osłabienie więzi rodzinnych, osłabiły też poczucie obowiązku opieki nad niesamodzielnymi członkami rodzin; w młodym pokoleniu przeważa chęć realizacji kariery, a nie udzielania opieki starszym niesamodzielnym członkom rodziny. Procesy te spowodowały istotny spadek potencjału pielęgnacyjnego rodziny. Jak pisze K. Hinrichs „im większy jest wewnątrzrodzinny deficyt pielęgnacyjny, tym ostatecznie dana rodzina będzie korzystała z większej ilości świadczeń finansowanych publicznie”¹. Często też osoby niesamodzielne nie mają rodzin i same tworzą jednoosobowe gospodarstwa domowe. W Niemczech „w 1990 r. gospodarstwa jednoosobowe osób powyżej 75 lat stanowiły 67% wszystkich gospodarstw domowych osób w tej grupie wieku. Jednoosobowe gospodarstwa domowe osób starszych przeważnie prowadzone były przez kobiety. Wynika to z faktu, że żyją one dłużej niż mężczyźni”². Gdy wyczerpywały się możliwości zapewnienia sobie wsparcia we własnym zakresie (nieformalna pomoc lub usługi prywatne opłacane ze środków własnych) osoby samotne zmuszone były zwrócić się o pomoc i opiekę do instytucji publicznych, szczególnie wówczas, gdy potrzebna była pielęgnacja regularna i długotrwała.

Rosnąca liczba osób niesamodzielných życiowo oraz osób starszych żyjących w tzw. złym zdrowiu, borykających się ze schorzeniami starymi dłużej niż poprzednie pokolenia, stały się głównymi problemami. Jak piszą Heine Rothgang i Stefan Past, pierwsze pewne dane dotyczące sytuacji osób niesamodzielných w prywatnych gospodarstwach domowych w Niemczech pochodzą z 1980 roku. Zaprezentowane były w ramach *Sozialdata-Studie*. Podobnie jak w innych badaniach, populacja osób niesamodzielných została podzielona według stopnia potrzeby pielęgnacyjnej. Badania te objęły 2,5 miliona niesamodzielných, z czego 940 000 to przypadki lekkie, 420 000 – przypadki cięższe i 210 000 – przypadki najcięższe. Na początku lat 90. Infratest zaktualizował i pogłębił te dane. Według niego liczba osób z potrzebą pielęgnacyjną, korzystających z pielęgnacji domowej wynosiła 1,1 mln,

¹ K. Hinrichs, *Die Soziale Pflegeversicherung – eine institutionelle Innovation in der deutschen Sozialpolitik*, w: Staatwissenschaften und Staatpraxis 6 (1995), Forum Sozialpolitik, s. 231 (tłumaczenie własne).

² Statistisches Bundesamt, Westdeutschland (przytaczam za: W. Voges, *Pflege alter Menschen als Beruf*, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2002, s. 67 – tłumaczenie własne).

z czego 190 000 podlegało pielęgnacji stałej, 470 000 – pielęgnacji dziennej, 470 000 – pielęgnacji świadczonej kilkakrotnie w czasie tygodnia³. Liczby te ciągle rosły, aż w końcu, tuż przed wprowadzeniem nowej gałęzi ubezpieczenia społecznego, osoby niesamodzielne stanowiły 2% ludności w RFN.

Z samych danych ilościowych niewiele można wyczytać. Dlatego należy przyjrzeć się sytuacji osób, które zgłaszały zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacji długotrwałej. W większości byli to ludzie starsi, którzy utrzymywali się z emerytur. Według ustawodawstwa, osoby potrzebujące pielęgnacji zarówno ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej musiały opłacać ją ze środków własnych lub środków najbliższej ich rodziny. Dopiero po wyczerpaniu środków własnych i rodziny mogły ubiegać się o wsparcie z systemu pomocy społecznej. Otrzymywane wsparcie pieniężne było porównywalne do kieszonkowego. W takiej sytuacji w 1994 r. było 80% podopiecznych wymagających opieki ośrodków stacjonarnych⁴. Rosły także ceny świadczeń pielęgnacyjnych; szybciej wyczerpywało to zasoby prywatne osób wymagających pielęgnacji i ich rodzin. Pokrycie kosztów pielęgnacji zwiększało obciążenia finansowe instytucji komunalnych jako instytucji systemu pomocy społecznej oraz landów – jednostek samorządowych finansujących działanie pomocy społecznej. „W 1991 roku wydatki na „pomoc do pielęgnacji” (niem. *Hilfe zur Pflege*) osiągnęły 40% ogółu wydatków na pomoc społeczną”⁵. Biorąc pod uwagę, w jak wielu obszarach funkcjonuje system pomocy społecznej, ich udział był zbyt duży. Ponadto samo przyznawanie pomocy osobom niesamodzielnym odbywało się w sposób ich naznaczający (wręcz piętnujący). Sprawdzano środki posiadane nie tylko przez osoby niesamodzielne, ale także środki ich bliskich. Dopiero po stwierdzeniu braku środków udzielano wsparcia (pomocy) osobie potrzebującej, jednak tylko w niezbędnym zakresie. W wielu przypadkach powodowało to znaczne obniżenie standardu życia podopiecznego.

Powyższe rozważania wyraźnie wskazują na niemedyczny charakter potrzeby pielęgnacyjnej, mimo że nie można zupełnie odmówić jej aspektów medycznych. Osoby niesamodzielne częściej podupadają na zdrowiu, a niesamodzielnosc jest często skutkiem choroby. Dlatego skutkami niesamodzielnosci obciążany był także system ubezpieczenia chorobowego (zdrowotnego – kasy chorych). Dążono do

³ B. Scheekloth, U. Potthoff, P. Piekara, R. von Rosenblatt, *Hilfe- und Pflegebeduerftige in privaten Haushalten*. Bereich zur Repraesentativerhebung in Forschungsprojekt “Moeglichkeiten und Grenzen selbstaendiger Lebensfuehrung” Schriftenreihe des Bundesministerium fuer Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 11 I. 2, 2. Auflage, Stuttgart 1996 (przycitam za: S. Past, H. Rothgang, *Reformfaehigkeit und Reformblockaden: Kontinuitaet und Wandel bei Einfuehrung der Pflegeversicherung*, w: S. Leibfried, U. Wagschal (red.), *Der deutsche Sozialstaat: Bilanzen-Reformen-Perspektiven*, Frankfurt 2000, New York: Campus, s. 341).

⁴ K. Jung, *Durchgesetzt gegen alle Wiederstaende*, in: BMAS 1994 (Hrsg), s. 14; przycitam za: K. Hinrichs, op. cit., s. 231.

⁵ M. Karisson, *Comparative Analysis of Long-Term Care Systems in Four Countries*, International Institute for Applied System Analysis, January 2002, s. 9 (przycitam za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008, s. 123).

„zmniejszenia wykorzystywania łóżek szpitalnych w celu sprawowania opieki długoterminowej”⁶. Pacjenci po leczeniu medycznym pozostawali w szpitalach. Brakowało infrastruktury, która gwarantowałaby pielęgnację w ramach publicznego systemu. Rodziny często nie mogły opiekować się niesamodzielnymi członkami z powodu pracy zawodowej, a jednocześnie nie miały środków na prywatne usługi pielęgnacyjne. W ten sposób powstawał zamknięty krąg. Otrzymywane z pomocy społecznej świadczenia zazwyczaj charakteryzowały się niską wartością i jakością. W konsekwencji nie poprawiał się stan zdrowia pacjenta, co nierzadko prowadziło do powiększania zakresu potrzeby pielęgnacyjnej. Niezbędne były profesjonalne kadry, wykształcone nie tylko w zakresie medycyny, ale także psychologii, psychiatrii, geriatry itp. Zdawano sobie także sprawę, że różne stopnie i rodzaje niesamodzielnności wymagają zróżnicowanego wsparcia. Należało po pierwsze zdefiniować potrzebę pielęgnacyjną, a następnie określić zakres, jaki obejmuje jej poszczególne stopnie. Zauważono także, że ubezpieczenie pielęgnacyjne byłoby odciążające dla osób starszych, a także młodszych, z których „zdjęłoby” obowiązek opieki nad niesamodzielnymi rodzicami. Młodsze osoby zyskałyby również oszczędności wynikające z dziedziczenia większych majątków po rodzicach, a także nie musiałyby opłacać usług pielęgnacyjnych z własnych dochodów, gdy koszty opieki wyczerpałyby wartość majątku rodziców.

Znaczący wpływ na wprowadzenie tego ubezpieczenia miała również sytuacja polityczna w Niemczech. Dyskusja nad proponowanym ubezpieczeniem trwała od 1974 roku; wówczas ukazała się opinia *Kuratoriums Deutsche Altershilfe* dotycząca problemów pielęgnacji stacjonarnej⁷. Na poziomie centralnym temat dostarczenia opieki seniorom oficjalnie pojawił się po raz pierwszy w 1986 r., w czwartym „Rapporcie Rządu RFN o Rodzinie”. Rok 1993 rozpoczął systematyczne raportowanie na poziomie centralnym na temat osób starszych⁸. Do początku lat 90. we wszystkich rządach landowych powstały resorty ds. polityki wobec osób w starszym wieku, włącznie z utworzeniem w 1991 r. Centralnego Ministerstwa ds. Kobiet i Seniorów. Instytucja ta była od tamtej pory odpowiedzialna za niezależną politykę wobec osób starszych na najwyższym państwowym poziomie⁹. Wyżej wymienione instytucje zajmowały się wszystkimi problemami osób starszych, w tym także zabezpieczeniem ryzyka niesamodzielnności. Wzmocniono dyskusję na temat ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Większość autorów publikacji na temat procesu implementacji nowego zakresu ubezpieczenia społecznego uważa, że przełomowym momentem była niespodziewana deklaracja Ministra Pracy i Spraw Socjalnych Norberta Bluema z Chrześcijań-

⁶ B. Więckowska *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 124.

⁷ K. Hinrichs, *Die Soziale Pflegeversicherung...*, ed. cit., s. 233.

⁸ G. Naegel, V. Gerling, *Sozialpolitik fuer aeltere Menschen in Deutschland – Grundlagen, Strukturen, Entwicklungstrends und neue fachliche Herausforderungen*, w: G. Igl, T. Klie (red.), *Das Recht aelteren Menschen*, 1. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden 2007, s. 54.

⁹ G. Naegel, V. Gerling, *Sozialpolitik...*, ed. cit., s. 54.

skiej Demokracji (CDU). Wydarzenie to miało miejsce jesienią 1990 r.; minister Bluem stwierdził, że nowe ubezpieczenie zostanie wprowadzone w życie w czasie najbliższej kadencji parlamentu. Na krótko po tej deklaracji jeszcze w grudniu 1990 r. odbyły się wybory. Ponownie został wybrany rząd Helmuta Kohla. Był on zeterminowany, aby w ciągu rozpoczynającej się kadencji parlamentarnej rozwiązać problem długoterminowej pielęgnacji. U władzy była wtedy koalicja CDU/CSU i FDP. Początkowe ustalenia nie dotyczyły zakresu przedmiotowego przyszłej reformy, a jedynie terminu przedstawienia projektu ustawy. Ustalono, że projekt zmian zostanie przedstawiony najpóźniej w połowie 1992 roku¹⁰. W czasie dyskusji pomiędzy aktorami społeczno-politycznymi pojawiły się propozycje innych rozwiązań problemu zapewnienia opieki rosnącej liczbie osób niesamodzielnych. Wszyscy uczestnicy dyskusji jednak zgadzali się w kilku aspektach, które w większości wydawały się oczywiste:

- pierwszeństwo pielęgnacji domowej przed pielęgnacją stacjonarną, czyli realizacja zasady subsydiarności;
- celem ubezpieczenia nie jest pokrywanie kosztów zakwaterowania i wyżywienia;
- czas, w którym opiekun świadczył pielęgnację w ramach formalnych, zasługiwać powinien na uznanie w ubezpieczeniu emerytalnym (tj. powiększać staż ubezpieczania emerytalnego opiekuna).

W dyskusji politycznej niezwykle ważne były też oczekiwania społeczeństwa (elektoratu wyborczego). Społeczeństwo niemieckie chciało bezpłatnego szerokiego zakresu usług społecznych, w tym pielęgnacyjnych. Takie roszczeniowe postawy były wynikiem wcześniejszej opiekuńczej polityki państwa, zwłaszcza w landach zachodnich.

Osób starszych i niepełnosprawnych niesamodzielnych życiowo – do czasu wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego – dotyczyły przepisy prawne obejmujące zakresem systemu emerytalny, ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Najbardziej rozbudowanym systemem wsparcia dla osób niesamodzielnych był system pomocy społecznej. Rozbudowa ta nie polegała jednak na modyfikacji przepisów prawnych, ale na rozbudowie infrastruktury pielęgnacyjnej. Jednym z rozwiązań prawnych było udzielenie pierwszeństwa ośrodkom prowadzonym przez organizacje pozarządowe. Ich działalność jest oszczędna i nastawiona na dobro pacjenta. Dostarczane usługi zazwyczaj były jednak słabej jakości; obejmowano nimi przede wszystkim pacjentów z najczęstszymi schorzeniami. Z tego powodu okazały się one rozwiązaniem tymczasowym. Wsparcie z pomocy społecznej było konieczne, gdy zawodziły dwa pozostałe systemy – emerytalny i ochrony zdrowia; im bliżej było do wprowadzenia ustawy pielęgnacyjnej, tym częściej dochodziło do takich przypadków.

¹⁰ U. Goetting, K. Haug, K. Hinrichs, *The Long Road to Long-Term Care Insurance in Germany*, "Journal of Public Policy" 1994, No. 14, s. 297.

W dniu dziewiątego października 1986 r. rząd federalny przyjął projekt ustawy o poprawieniu opieki długoterminowej w ramach ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Jej podstawowe założenia są następujące:

- zakres podmiotowy ubezpieczenia obejmuje wszystkie osoby z poważną potrzebą pielęgnacyjną, które były objęte ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym, pielęgnacją domową i wsparcie w obowiązkach domowych,
- jeśli osoba opiekująca się jest tymczasowo niedostępna, osoba z potrzebą pielęgnacyjną ma prawo do zastępstwa do czterech tygodni rocznie,
- świadczenia rehabilitacji medycznej muszą być przyznane w celu uniknięcia lub zredukowania potrzeby pielęgnacyjnej.

Nowe świadczenia dla osób z potrzebą pielęgnacyjną były przełomem w organizacji opieki, odznaczały się innowacyjnością w czasie, gdy je wprowadzano. Do tamtego czasu ustawowe ubezpieczenie chorobowe było ograniczone do leczenia medycznego i nie przewidywało długotrwałego zaopatrzenia osoby niesamodzielnej nawet w podstawową opiekę. Nowe świadczenia były ograniczone do ambulatoryjnej pielęgnacji w domu z ograniczoną ilością usług i świadczeń, a także ograniczone do 600 000 osób niesamodzielnych w „starych” Niemczech. Ponadto kasy chorych finansowały od 1991 r. pieniężne lub rzeczowe świadczenia dla osób przebywających w domu, które podlegają pielęgnacji osób trzecich¹¹. Rozwiązania te traktowano jako tymczasowe i miały być sygnałem dla osób z potrzebą pielęgnacyjną i ich rodzin, że nie są oni pozostawieni sami sobie¹². Przyjęte przez rząd rozwiązania prawne były odpowiedzią na narastające napięcie społeczne wokół kwestii rosnącej liczby osób niesamodzielnych w Niemczech. Ponadto obciążenia systemu pomocy społecznej usługami i kosztami opieki były na tyle uciążliwe, że zdecydowano się na „przerzucenie” części świadczeń do systemu ubezpieczenia chorobowego. Jednak radykalne zmiany w systemie zabezpieczenia społecznego były nieuniknione. Społeczeństwo, w którym 2% stanowiły osoby z długotrwałą potrzebą pielęgnacyjną¹³, domagało się reformy. Na początku lat 90. sytuacja zrobiła się na tyle napięta, że zapadła decyzja o przeprowadzeniu kompleksowej reformy w finansowaniu i organizacji opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji.

2. Charakterystyka zastosowanego rozwiązania prawnego

Przedstawione wyżej procesy doprowadziły do powstania nowego zakresu podmiotowego i przedmiotowego ubezpieczenia społecznego – ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

¹¹ K. Hinrichs, *Die Soziale Pflegeversicherung...*, ed. cit., s. 227–228.

¹² B. Schulte, *Social Long-Term Care Insurance Act in Germany*, Max-Planck-Institute for Foreign and International Social Law, Munich, Germany 2002, s. 15.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

cyjnego. Było ono uzupełnieniem pozostałych czterech zakresów ubezpieczenia społecznego: zdrowotnego, wypadkowego, bezrobotnych, emerytalno-rentowego, które ustanowił Otto von Bismarck w Republice Weimarskiej w latach 80. XIX wieku. Bernd Schulte stwierdził, że od 1994 r. system ubezpieczenia społecznego w Niemczech po ponad 100 latach od wprowadzenia ubezpieczenia chorobowego w 1883 r. stał się kompletny¹⁴. Ustawa o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym została oficjalnie zatwierdzona 26 maja 1994 roku. Ubezpieczenie to powstało jako niezależne ubezpieczenie społeczne – zabezpieczające skutki niesamodzielnosci, które wywołują potrzeby pielęgnacji; ubezpieczenie ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji¹⁵. Od 1 stycznia 1995 r. wszystkie osoby ubezpieczone musiały płacić składki¹⁶. Ubezpieczenie pielęgnacyjne było wprowadzane stopniowo: świadczenia pielęgnacji domowej od 1 kwietnia 1995 r., a świadczenia pielęgnacji stacjonarnej od 1 lipca 1996 roku¹⁷. Ważne zmiany wprowadziła też reforma systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego z 2008 r. (ustawa o dalszym rozwoju strukturalnym ubezpieczenia pielęgnacyjnego – 28 maja 2008 r.)¹⁸.

Ustawa przyjęta na poziomie centralnym dała landom dużo swobody w zakresie organizacji ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ale uczyniła je odpowiedzialnymi za utrzymanie zapewniające świadczenia, wystarczające pod względem ilościowym oraz utrzymujące efektywną infrastrukturę pielęgnacyjną. Prawo landowe określa natomiast, czy i w jakim zakresie finansowym wspierani będą podopieczni i instytucje pielęgnacyjne w związku z wydatkami inwestycyjnymi. Ustawa wprowadziła też w życie podstawowe zasady, które powinny znajdować odzwierciedlenie w funkcjonowaniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Do zasad tych zaliczamy:

- pierwszeństwo pielęgnacji domowej; osoba z potrzebą pielęgnacyjną pozostaje najdłużej, jak to możliwe, w domu pod opieką rodziny lub znajomych, w najbliższym otoczeniu;
- świadczenia pielęgnacji częściowo stacjonarnej i krótkoterminowej poprzedzają pielęgnację całodobową¹⁹;
- pierwszeństwo prewencji i rehabilitacji medycznej;
- zasada odpowiedzialności jednostkowej; każdy sam dba o swoje zdrowie oraz współpracuje przy leczeniu;
- zasada odpowiedzialności wspólnej; pielęgnacja osób niesamodzielnych jest ogólnospołecznym obowiązkiem;

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 1.

¹⁶ B. Schulte, *Social Long-Term...*, ed. cit., s. 16.

¹⁷ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 5S.

¹⁸ http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1193090/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossar-begriff-Pflegereform-2008.html (28.09.2010).

¹⁹ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 3.

- świadczenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego powinny prowadzić do możliwie jak najbardziej samodzielnego i niezależnego życia, pomimo występującej potrzeby pielęgnacyjnej;
- zasada poszanowania godności człowieka;
- świadczenia pieniężne jako zachęcające rodziny do zapewnienia osobom niesamodzielnym opieki nieformalnej;
- zasada równości płci; świadczenia dopasowane pod każdym względem do płci podopiecznego;
- prawo wyboru ubezpieczyciela (posiada pewne ograniczenia, natury organizacyjnej) – osoba niesamodzielną (lub jej rodzina) ma prawo wyboru ubezpieczyciela i rodzaju umowy pielęgnacyjnej; jest to wybór między zakupem pielęgnacji formalnej a poleganiem na pomocy ze strony rodziny i przyjaciół (ang. *make-or-buy decision*)²⁰;
- zasada solidarności (wynika z tzw. umowy międzypokoleniowej) – osoby w danej chwili ubezpieczone finansują aktualnie udzielane świadczenia;
- zasada subsydiarności – ubezpieczony poprzez płacenie składek sam sobie dostarcza społeczne zabezpieczenie;
- zasada subsydiarności (2. znaczenie) – jeśli jednostka, jej rodzina lub inna mniejsza grupa nie są w stanie wykonać jakiegoś zadania, jest ono przejmowane przez państwo i jego centralne instytucje;
- od składek nie zależy wielkość świadczeń, ale samo prawo ich otrzymania;
- niezależność od rządu i wpływów politycznych – składki mają swój cel i prawnie nie mogą być „dotykane” przez rząd, ponadto obowiązuje autonomia administracyjna;
- związek pomiędzy wpływami do kas pielęgnacyjnych, a udzielanymi świadczeniami – większe wpływy ze składek oznaczają więcej udzielanych świadczeń, większe zróżnicowanie i wyższą jakość;
- zasada współpracy – landy, komuny, instytucje pielęgnacyjne i kasy pielęgnacyjne współdziałają przy udziale Medycznych Usług Ubezpieczenia Chorobowego (niem. MDK, czyli *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung*).

Powyższe precyzyjnie sformułowane zasady określały ściśle normy, na jakich miał opierać się system ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Zasady te – mimo wielu zmian wprowadzonych w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego – obowiązują do dziś.

²⁰ H. Rothgang, G. Igl, *Long-term Care in Germany*, "The Japanese Journal of Social Security Policy" 2007, Vol. 6, No. 1, s. 67 (<http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2007/Spring/Rothgang%20%26%20Igl%20final.pdf>).

2.1. Rodzaje świadczeń ubezpieczenia pielęgnacyjnego

Występują trzy rodzaje świadczeń: usługowe, rzeczowe i pieniężne. Rodzaj i zakres świadczeń są przydzielane według stopnia potrzeby pielęgnacyjnej. Następnie uwzględnia się miejsce i rodzaj udzielanego wsparcia (pielęgnacja domowa, częściowo stacjonarna oraz całkowicie stacjonarna). Domową i częściowo stacjonarną pielęgnację uzupełnia opieka oraz pielęgnacja rodzinna, sąsiedzka lub inna dobrowolna. Przy pielęgnacji częściowo lub całkowicie stacjonarnej podopieczny sam finansuje nocleg i wyżywienie, ale nie finansuje kosztów związanych z pielęgnacją. Kasy pielęgnacyjne, placówki pielęgnacyjne i podopieczni powinni dążyć do efektywnego rozdysponowywania świadczeń, świadomie i tylko w koniecznym zakresie²¹. Takie ogólne przepisy zawarte były w pierwszym rozdziale ustawy pielęgnacyjnej. W artykule 28 ustawy pielęgnacyjnej wymienione zostały rodzaje świadczeń ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Są to:

- świadczenia rzeczowe,
- zasiłek pielęgnacyjny (niem. *Pflegegeld*) dla osób z potrzebą pielęgnacyjną, ale organizujących sobie pielęgnację we własnym zakresie,
- kombinacja świadczeń rzeczowych i pieniężnych,
- pielęgnacja domowa przy ograniczeniach po stronie osoby opiekującej się (np. urlop, choroba opiekuna),
- pielęgnacyjne środki pomocnicze i pomoc techniczna,
- pielęgnacja nocna i dzienna,
- pielęgnacja krótkoterminowa,
- pielęgnacja całkowicie stacjonarna,
- pielęgnacja w stacjonarnym ośrodku pomocy dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych,
- świadczenia społeczne dla osoby pielęgnującej,
- dodatkowe usługi w zakresie zwolnienia z pracy na czas pielęgnacji osoby bliskiej,
- kursy pielęgnacyjne dla członków rodziny i opiekujących się małżonków,
- dodatkowe świadczenia opiekuńcze,
- świadczenia budżetu osobistego (według artykułu 17, ustęp 2–4 księgi IX)²².

Świadczenia są udzielane na wniosek i tylko w wymiarze niezbędnym. Ubezpieczeni mogą wnioskować tylko o świadczenia od tych świadczeniodawców, z którymi kasy pielęgnacyjne zawarły umowę²³. Świadczenie jest zagwarantowane od momentu złożenia wniosku. Przydzielenie do danego poziomu pielęgnacyjnego oraz przyznanie odpowiednich świadczeń może zostać ograniczone i zakończone

²¹ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994 r., BGBl. I S. 1014, § 4.

²² Ibidem, § 28, pkt 1.

²³ Ibidem, § 29.

z upływem określonego terminu. Ograniczenie następuje, gdy – według oceny Medycznych Usług Ubezpieczenia Chorobowego – oczekiwane jest zmniejszenie potrzeby pielęgnacyjnej. Wtedy poziom pielęgnacyjny zmienia się na niższy²⁴.

Ubezpieczonemu przysługuje roszczenie do świadczeń ubezpieczenia pielęgnacyjnego po określonym okresie podlegania ubezpieczeniu. Prawo to jest również zróżnicowane ze względu na rok ubiegania się o świadczenie²⁵. „Jedynym warunkiem, jaki ponadto powinien zostać spełniony, jest minimum 6-miesięczna potrzeba opieki długoterminowej. Opiekę krótkoterminową finansuje się ze środków kas chorych bądź substytucyjnego ubezpieczenia chorobowego”²⁶. Pojedyncze kryterium ułatwia zakwalifikowanie danego przypadku do finansowania z ubezpieczenia pielęgnacyjnego lub chorobowego.

Kasy pielęgnacyjne ustalają w pojedynczych przypadkach, które świadczenia są odpowiednie dla medycznej rehabilitacji i świadczeń uzupełniających. Muszą one ściśle współpracować z dostawcami tych usług zarówno w zakresie ich realizacji, jak i przy wymianie informacji. Kiedy kasa pielęgnacyjna na podstawie opinii eksperckiej (*Medizinische Dienste der Krankenversicherung*) lub w inny sposób ustali, że w konkretnej sytuacji są niezbędne świadczenia rehabilitacji medycznej, informuje o tym niezwłocznie ubezpieczonego, lekarza i instytucję rehabilitacyjną. Kasy pielęgnacyjne zaliczają tymczasowe świadczenia do rehabilitacji medycznej, kiedy niezbędne jest natychmiastowe dostarczenie świadczeń, co ma na celu zapobiegnięcie pogłębieniu potrzeby pielęgnacyjnej, zmniejszenie jej lub całkowite zlikwidowanie²⁷.

Nowym wprowadzonym założeniem jest dynamizacja świadczeń ubezpieczenia pielęgnacyjnego co trzy lata, począwszy od 2014 roku. Specjalnie powołany organ w imieniu rządu sprawdza niezbędną wysokość dopasowania świadczeń. Ma to zapewnić dostosowanie systemu do zmieniających się warunków życia podopiecznych. Każda z usług pielęgnacyjnych zagwarantowanych przez ubezpieczyciela ma określoną maksymalną wartość przypadającą na jednego pacjenta w danym czasie. Wartość ta może być podwyższona jedynie w wyjątkowo ciężkich przypadkach.

W ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego są udzielane następujące główne świadczenia:

- **Pielęgnacja domowa.** Do świadczeń pielęgnacji domowej zalicza się świadczenia rzeczowe. Obejmują pielęgnację podstawową oraz pomoc w gospodarstwie domowym. Nie są one dozwolone, gdy podopieczny przebywa w ośrodku lub innej instytucji pielęgnacyjnej. Przy domowej pomocy do pielęgnacji zaangażowani są odpowiedni pracownicy (opiekunowie, personel pomocniczy), zatrudniani przez kasy pielęgnacyjne lub instytucje pielęgnacji ambulatoryjnej, z którymi kasy podpisały umowy.

²⁴ Ibidem, § 33, pkt. 1.

²⁵ Zob. Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 33, pkt 2.

²⁶ *Health Care System in Transitions. Germany*, ed. cit., s. 69 (przycituję za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 126).

²⁷ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 32, pkt 1.

• **Zasilek pielęgnacyjny.** Osoby z potrzebą pielęgnacyjną mogą aplikować o zasiłek pielęgnacyjny zamiast pielęgnacji i pomocy w gospodarstwie domowym. Wtedy we własnym zakresie zapewniają sobie podstawową pielęgnację i utrzymanie domu²⁸. Osoby pobierające zasiłek pielęgnacyjny mają przyznane usługi z zakresu poradnictwa we własnym gospodarstwie domowym. Celem wizyty doradczej jest poprawa sytuacji podopiecznego oraz zapewnienie mu usług na odpowiednim poziomie (w tym sprawdzenie jakości świadczonych usług). W przypadku pogorszenia się stanu lub sytuacji pacjenta możliwa jest szybka reakcja i zmiana decyzji o zakresie świadczeń²⁹.

Konstrukcja substytucyjnych świadczeń pieniężnych skłania podopiecznych do ich wyboru. Są one oszacowane na podstawie kosztów pielęgnacji profesjonalnej. Ich wysokość została celowo zaniżona, aby motywować osoby niesamodzielne i ich rodziny do wybierania świadczeń usługowych. Jeśli jednak pacjent może liczyć na wsparcie nieformalne, często korzysta tylko ze świadczeń pieniężnych. To niesie ze sobą zagrożenie, że osoba z poważną potrzebą pielęgnacyjną, której niezbędny jest wykwalifikowany pielęgniarz, nie otrzymuje odpowiednich świadczeń, ponieważ zdecydowała się na zasiłek pielęgnacyjny. Ponadto kasa pielęgnacyjna nie sprawdza, na co osoba niesamodzielna wydaje zasiłek pielęgnacyjny oraz czy i na jakim poziomie zapewnia sobie usługi pielęgnacyjne.

• **Świadczenia mieszane:** świadczenia pieniężne i rzeczowe w odpowiednich proporcjach.

• **Pielęgnacja domowa** przy ograniczeniach po stronie opiekującej się osoby. Jeśli osoba pielęgnująca pacjenta w domu nie może tego robić z powodu urlopu, choroby lub innych przyczyn, kasa pielęgnacyjna ponosi koszty pielęgnacji zastępczej. Każdemu ubezpieczonemu przysługuje takie świadczenie w okresie nie dłuższym niż przez 4 tygodnie w roku. Jest to tzw. opieka „wytchnieniowa”.

• **Pielęgnacyjne środki pomocnicze i pomoc techniczna.** Osoby z potrzebą pielęgnacyjną według artykułu 40. ustawy pielęgnacyjnej mogą rościć sobie prawo do zaopatrzenia także w pielęgnacyjne środki pomocnicze. Celem tych środków jest ułatwienie pielęgnacji, złagodzenie jej trudów lub umożliwienie podopiecznym prowadzenia samodzielnego życia³⁰. Kasa pielęgnacyjna bada konieczność zaopatrzenia we wnioskowane środki pomocnicze. Następnie decyduje, w jakim zakresie środki te zostaną udzielone.

• **Częściowo stacjonarna pielęgnacja i krótkoterminowa pielęgnacja.** Kolejnym rodzajem świadczeń przysługujących beneficjentom w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest pielęgnacja częściowo stacjonarna i krótkoterminowa. Pierwszy typ usług obejmuje pielęgnację dzienną i nocną. Świadczenia te są udzielane, gdy pielęgnacja

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem, § 37.

³⁰ A. Moewisch, C. Hons, C. Both, *Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung in der Pflege*, C.F. Mueller Verlagsgruppe Huethig Jehle Rehm, Heidelberg 2005, s. 1.

gnacja domowa nie jest wystarczająca lub gdy potrzebne jest jej rozszerzenie, lub wzmocnienie w domu. Osoby z potrzebą pielęgnacyjną mogą według swojego uznania łączyć świadczenia pielęgnacji dziennej i nocnej oraz pieniężne i rzeczowe³¹. Pielęgnacja krótkoterminowa w ośrodku całkowicie stacjonarnym jest świadczona, gdy pielęgnacja domowa i częściowo stacjonarna w przyznanym zakresie przestaje wystarczać. Ubezpieczony może się o nią ubiegać na okres przejściowy, w połączeniu ze stacjonarnym leczeniem lub w kryzysowych sytuacjach, kiedy pielęgnacji domowej i częściowo stacjonarnej nie można zapewnić albo są one niewystarczające. Świadczenie to jest ograniczone czasowo do 4 tygodni w roku.

• **Całkowicie stacjonarna pielęgnacja.** Ubezpieczonemu przyznaje się pielęgnację całkowicie stacjonarną, gdy pielęgnacja domowa lub częściowo stacjonarna nie jest możliwa. Zakres jej finansowania przez kasy pielęgnacyjne jest taki sam jak przy pielęgnacji częściowo stacjonarnej. W sytuacji zakwalifikowania danego przypadku jako najcięższego, kasa pielęgnacyjna może przeznaczyć na pielęgnację większe środki finansowe. Gdy podopieczny wybiera świadczenia pielęgnacji całkowicie stacjonarnej, mimo że kasa pielęgnacyjna uznała, iż nie są one konieczne, dostaje on jedynie dopłatę³². Pielęgnację całkowicie stacjonarną otrzymują też osoby niepełnosprawne. Celem instytucji pielęgnacyjnej jest zapewnienie swoim podopiecznym udziału w życiu zawodowym i wspólnoty, wykształcenia szkolnego i wychowania. Kasy pielęgnacyjne finansują usługi zapewniające realizację tych celów. Jeśli osoba niepełnosprawna z potrzebą pielęgnacyjną tymczasowo otrzymuje pielęgnację lub opiekę w domu, ma prawo do proporcjonalnego zasiłku pielęgnacyjnego za każdy dzień, kiedy przebywała w domu³³.

• **Świadczenia społeczne dla osoby pielęgnującej.** Ważnym postanowieniem ustawy pielęgnacyjnej są świadczenia społeczne dla opiekunów zajmujących się osobami wymagającymi pielęgnacji. Przysługują one opiekunom zatrudnionym w wymiarze nie większym niż 30 godzin tygodniowo. Zabezpieczenie społeczne opiekunów obejmuje składkę na system emerytalny i ubezpieczenie wypadkowe. W przypadku, gdy pielęgniarz nie jest zdolny do pracy, kasa pielęgnacyjna i prywatna instytucja ubezpieczeniowa finansują wspólnie (w odpowiednich proporcjach) świadczenia zapomogowe lub opiekę leczniczą (niem. *Heilfuersorge*) oraz składkę na ubezpieczenie emerytalne³⁴. Okresy nieprofesjonalnej pielęgnacji są wliczane do ustawowego ubezpieczenia emerytalnego i inwalidzkiego na równi z okresami płatnej pracy. Świadczenia po stronie osoby opiekującej się zostały wprowadzone, aby zwiększyć zaangażowanie członków rodziny i kręgów nieformalnych w pielęgnację osoby niesamodzielnej.

³¹ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 41.

³² Ibidem, § 43.

³³ Ibidem, § 43a.

³⁴ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 44.

• **Dodatkowe świadczenia w okresie zwolnienia pracownika z pracy na czas pielęgnacji członka rodziny.** Dodatkowe świadczenia na okres pielęgnacji członka rodziny przysługują, gdy osoba zatrudniona w pewnych okolicznościach zostaje zwolniona z konieczności świadczenia pracy lub gdy czas jej pracy ogranicza się tylko do nieznacznego wymiaru. Można nawet rościć prawo do 6-miesięcznego zwolnienia z pracy. Pracownik musi wykazać konieczność podjęcia się pielęgnacji członka rodziny. Za czas, kiedy nie było go w pracy, nie otrzymuje wynagrodzenia od pracodawcy, ale jest ubezpieczony. Może liczyć na pieniądze z zasiłku pielęgnacyjnego pacjenta. Rozwiązanie to zostało stworzone, aby umożliwić podopiecznym jak najdłuższe pozostawanie w środowisku domowym, pod opieką członków rodziny³⁵.

• **Kursy pielęgnacyjne dla członków rodziny i opiekujących się małżonków.** Kasa pielęgnacyjna powinna bezpłatnie zaoferować kurs szkolący małżonkowi lub członkom rodziny, którzy zgłaszają chęć pielęgnacji osoby z potrzebą pielęgnacyjną. Celem tego świadczenia jest zwiększenie społecznego zaangażowania, ułatwienie oraz ulepszenie opieki i pielęgnacji oraz zmniejszenie obciążeń fizycznych i psychicznych, związanych z pielęgnacją.

• **Świadczenia dla osób ze znaczną ogólną potrzebą opieki oraz dalszy rozwój struktur zaopatrzenia.** Od 2002 r. wprowadzono dodatkowe świadczenia dla osób niesamodzielnych z demencją. Powodem były wyniki dyskusji, które prowadziły do wniosku, że osoby z demencją są dyskryminowane w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Podłożem dyskryminacji było oparcie oceny sytuacji pacjenta na możliwości wykonywania codziennych (wyliczonych w ustawie) czynności, bez uwzględniania szczególnych potrzeb osób z demencją³⁶. Te świadczenia dotyczą osób z potrzebą pielęgnacyjną, które otrzymują pielęgnację domową. Ci podopieczni, oprócz potrzeby pomocy w dziedzinie pielęgnacji podstawowej i wsparcia w utrzymaniu domu, wykazują znaczną potrzebę ogólnego nadzoru i opieki. Mogą to być pacjenci zakwalifikowani do każdej z kategorii niesamodzielnosci, a nawet osoby z potrzebą pomocy w dziedzinie pielęgnacji podstawowej i wsparcia w utrzymaniu gospodarstwa domowego, które nie zostały zakwalifikowane nawet do I poziomu. Warunkiem koniecznym przyznania dodatkowych świadczeń jest stwierdzenie przez Medyczne Usługi Ubezpieczenia Chorobowego, że u pacjenta występuje demencyjne naruszenie zdolności życiowych, upośledzenie umysłowe lub choroba psychiczna. Dolegliwości te skutkują trwałym i poważnym ograniczeniem codziennych kompetencji, takich jak np. niezdolność do planowania swojego dnia, nieumiejętność oceny sytuacji³⁷. Świadczenia dodatkowe obejmują pielęgnację

³⁵ „Pflegezeit”, 18. styczeń 2010 (http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Pflegezeit.html#Start – dostęp: 14.09.2010).

³⁶ H. Rothgang, G. Igl, *Long-term...*, ed. cit., s. 68.

³⁷ Zob. Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 45a.

dzienną i nocną, opiekę „wytnieniową” oraz usługi do nich nawiązujące³⁸. Ponadto reforma systemu z 2008 r. wprowadziła do środków pielęgnacyjnych instytucję asystenta opiekuńczego dla osób o szczególnych potrzebach³⁹.

Centralny Związek Kas Pielęgnacyjnych wspiera dalszy rozwój struktur zaopatrzeniowych i plan zaopatrzenia, szczególnie dla pacjentów ze zmianami demencyjnymi, poprzez finansowanie ze środków funduszu wyrównawczego. Obejmuje on budowę i rozbudowę tzw. niskoprogowej oferty opiekuńczej. Prywatne przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe także uczestniczą w tej procedurze. Jest ona też wspierana przez dotacje ze środków społecznego i prywatnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Niskoprogowa oferta opiekuńcza to oferta, w ramach której przyuczeni pod względem pielęgnacji pomocnicy przejmują woluntarystycznie opiekę nad podopiecznymi z potrzebą nadzoru i opieki. Świadczą oni swe usługi w środowisku domowym lub w ramach stałych grup pacjentów. Celem tych działań jest odciążenie członków rodzin osób niesamodzielnych oraz wsparcie doradcze.

Świadczenia, których potrzebuje osoba z potrzebą pielęgnacyjną powyżej ustawowo ustalonych kwot, muszą być opłacone przez samego podopiecznego. W przypadku trudności finansowych pacjent może ubiegać się o zależne od testu dochodów wsparcie z systemu pomocy społecznej⁴⁰. System ten nadal odgrywa znaczącą rolę w zapewnieniu świadczeń pielęgnacyjnych, szczególnie w przypadkach najcięższych oraz gdy potrzeba pielęgnacyjna jest długotrwała.

• **Punkty wsparcia pielęgnacji.** Utworzenie punktów wsparcia pielęgnacji również jest wynikiem reformy pielęgnacyjnej z 2008 roku⁴¹. Kasy chorych i kasy pielęgnacyjne zakładają punkty wsparcia pielęgnacji. Punkty te zapewniają ubezpieczonym poradnictwo, opiekę i pielęgnację na miejscu. Do zadań punktu wsparcia pielęgnacji należy niezależne informowanie i doradzanie o prawach i obowiązkach, według kodeksu socjalnego, również o wyborze i absorpcji przewidzianych w prawie świadczeń społecznych i pozostałej oferty pomocy. Ich zadaniem jest też koordynacja oferty różnego rodzaju pomocy i wsparcia dla lokalnego zaopatrzenia oraz opieki. Punkty te wiążą ze sobą uzgodnione oferty pielęgnacyjnego i socjalnego zaopatrzenia oraz opieki. Kasy pielęgnacyjne powinny dążyć do tego, żeby w punkcie wsparcia pielęgnacji uczestniczyły instytucje pielęgnacyjne oraz przedsiębiorstwa prywatnego ubezpieczenia chorobowego i pielęgnacyjnego działające w landzie.

Rozwój świadczeń rzeczowych i usługowych poprawia elastyczność systemu. Pozwala mu dostosować się do indywidualnych sytuacji oraz szczególnych przypadków. Często jest to zapotrzebowanie na profesjonalne usługi, których koszt jest znacznie wyższy niż koszty standardowych świadczeń. Część z wymienionych

³⁸ H. Rothgang, G. Igl, *Long-term...*, ed. cit., s. 68.

³⁹ http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1193090/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossar-begriff-Pflegereform-2008.html (28.09.2010).

⁴⁰ B. Schulte, *Social Long-Term...*, ed. cit., s. 18.

⁴¹ http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1193090/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossar-begriff-Pflegereform-2008.html (28.09.2010).

świadczeń ma zachęcić członków rodzin do pielęgnacji swoich krewnych. Zadaniem innych jest wypełnianie luki pomiędzy ofertą standardową a szczególnym popytem w pojedynczych przypadkach. Ważne jest dostarczenie do systemu różnych możliwości zapewnienia wsparcia, ponieważ tylko w ten sposób można opracować najskuteczniejsze i indywidualnie dopasowane rozwiązania.

2.2. Definicja potrzeby pielęgnacyjnej i jej stopnie

Osoba z potrzebą pielęgnacyjną z powodu choroby, niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej potrzebuje pomocy w znacznym zakresie przez minimum 6 miesięcy. Pomoc ta jest udzielana przy zwykłych i regularnych czynnościach życia codziennego. W ustawie prezentowane są dwa sposoby postrzegania tej pomocy: jako wsparcie polega na częściowym lub całkowitym przejęciu codziennych czynności, a jako dozór lub kierowanie ma na celu samodzielne przejęcie tych czynności przez pacjenta⁴².

Kwalifikacja konkretnego przypadku do jednej z trzech kategorii potrzeby pielęgnacyjnej opiera się na regule, że: „im mniej codziennych czynności może osoba wykonać, im większy jest czasowy koszt ponoszony przez osoby trzecie, tym większa będzie potrzeba opieki i wyższy orzeczony stopień niesamodzielności”⁴³. „Do określenia potrzeb opieki długoterminowej i zakwalifikowania ubezpieczonego do jednej z trzech grup stosowana jest skorygowana czasowa metoda ADL (ang. *activities of daily living*)”⁴⁴ (...) Polega ona na określeniu liczby codziennych czynności, przy których ubezpieczony potrzebuje pomocy, zaś korekta czasowa definiuje, ile czasu zajmuje pomoc osobie w wieku starszym w wykonywaniu tych czynności”⁴⁵. W niemieckim systemie ubezpieczenia pielęgnacyjnego brane są pod uwagę trzy rodzaje codziennych czynności: higiena ciała, poruszanie się, spożywanie posiłków. Zależność od osób trzecich przy wykonywaniu tych czynności kwalifikuje pacjenta do otrzymania świadczeń pielęgnacyjnych. Dzienną granicą jest 90-minutowa potrzeba pielęgnacyjna w zakresie dwóch codziennych czynności i jednej dodatkowej czynności instrumentalnej. Przewiduje się, że potrzeba ta będzie trwała minimum

⁴² Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 14.

⁴³ W. Voges, *Pflege...*, ed. cit., s. 84 (tłumaczenie własne).

⁴⁴ Miara stosowana do określania stopnia sprawności. Skupia się na możliwości wykonywania podstawowych codziennych czynności. Bierze się pod uwagę liczbę czynności, przy których osoba potrzebuje pomocy oraz stopień koniecznego wsparcia. Poprzez podstawowe codzienne czynności rozumie się czynności, których niemożność wykonywania oznacza poważną niesprawność powodującą uzależnienie od innych osób lub całkowicie uniemożliwiającą samodzielne pozostawanie w środowisku domowym. Są to głównie zadania związane z „samoobsługą”, np. kąpanie, ubieranie, załatwianie potrzeb fizjologicznych, poruszanie się, samokontrola, odżywianie. B. Więckowska *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 46.

⁴⁵ Ibid., s. 126.

6 miesięcy⁴⁶. Uwzględniono możliwość samodzielnego dbania o dom w zakresie robienia zakupów, gotowania, sprzątania (czynności instrumentalne). Brany jest pod uwagę wymieniony już wymiar czasowy koniecznej pomocy oraz jak często powinna ona być udzielana. Na konstrukcję stopni niesamodzielnosci składają się dwie części. Każda z nich obejmuje bardziej szczegółowe elementy.

W ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego wyodrębniono trzy stopnie zapotrzebowania na pielęgnację oraz poziom „0”. Dodatkowymi kategoriami są przypadki najcięższe i szczególne, które nie mieszczą się w klasyfikacji⁴⁷.

Na poziomie najniższym „0” pacjent potrzebuje nieregularnego wsparcia w czynnościach związanych z higieną ciała, poruszaniem się i żywieniem. Na tym poziomie nie przysługują żadne świadczenia w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego, a jedynie w ramach systemu pomocy społecznej. Osoba potrzebuje pielęgnacji krócej niż 90 minut dziennie.

Pierwszy stopień niesamodzielnosci określany jest jako znaczny. Obejmuje pomoc z zakresu higieny ciała, poruszania się czy spożywania posiłków minimum raz dziennie powyżej 90 minut (dwie dowolne czynności). Na tym poziomie minimum 45 minut częściej niż raz w tygodniu przeznaczone jest na pomoc w podstawowych codziennych czynnościach.

Kategoria druga zawiera przypadki ciężkie. Obejmuje pomoc we wszystkich zakresach przynajmniej trzy razy dziennie oraz kilka razy w tygodniu pomoc w opiece nad gospodarstwem domowym. Minimalny dzienny czas świadczonej pielęgnacji to 180 minut (w tym co najmniej 2 godziny dziennie z zakresu codziennych czynności⁴⁸), a w przypadku pomocy w gospodarstwie domowym – minimum 60 minut.

Trzeci stopień niesamodzielnosci obejmuje przypadki najcięższe. Jest to pielęgnacja 24-godzinna, także w nocy, w zakresie wszystkich czynności. Minimalny czas pielęgnacji wynosi powyżej 300 minut dziennie (w tym minimum 4 godziny dziennie świadczenia związane z wykonywaniem codziennych czynności)⁴⁹. Dodatkowo kilka razy w tygodniu świadczona jest pomoc w utrzymaniu gospodarstwa domowego (powyżej 60 minut).

We wszystkich powyższych kategoriach personel pielęgnacyjny może być profesjonalny lub bez specjalistycznego wykształcenia. Poza klasyfikacją są przypadki najcięższe i specjalne. Przypadki najcięższe zaliczane są do poziomu III, który obejmuje 24-godzinną pielęgnację, także w nocy (minimum 120 minut) we wszystkich obszarach, a także stałą pielęgnacją domową. Minimalny czas pielęgnacji wynosi powyżej 420 minut dziennie. Przypadki szczególne obejmują taki sam zakres

⁴⁶ H. Rothgang G. Igl, *Long-term...*, ed. cit., s. 54.

⁴⁷ W. Voges, *Pflege...*, ed. cit. (na podstawie tabeli, s. 350).

⁴⁸ *Bundesrepublik Deutschland Antwort der Bundesregierung zum Fragebogen des Ausschusses fuer Sozialschutz zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege aelterer Menschen*, MISSOC 2004, s. 5 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/docs/de_healthreply_de.pdf (przytaczam za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 127)).

⁴⁹ Ibidem.

wsparcia jak przypadki najcięższe. Dodatkowo świadczona jest pielęgnacja specjalistyczna, zazwyczaj psychiatryczna. Dwie ostatnie kategorie przypadków obejmują tylko pielęgnację profesjonalną oraz kwalifikują podopiecznych do pielęgnacji stacjonarnej. Pozostałych obejmują świadczenia ambulatoryjne.

Organem, który orzeka o stopniu potrzeby pielęgnacyjnej, są Medyczne Usługi Ubezpieczenia Chorobowego. Jest to instytucja doradcza oraz orzekająca systemu ubezpieczenia chorobowego i pielęgnacyjnego. W ramach tego podmiotu pracują lekarze i profesjonalni pracownicy pielęgnacyjni. Oni dokonują oceny sytuacji pacjenta w jego gospodarstwie domowym oraz wskazują, jakie odpowiednie kroki prewencyjne lub rehabilitacyjne powinny zostać poczynione⁵⁰.

2.3. Finansowanie systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego

Składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne i ich płatnicy. Zadania ubezpieczenia pielęgnacyjnego są finansowane w jednakowym stopniu ze składek ubezpieczonych i pracodawców. Stawka składki może być zmieniona tylko przez ustawę Parlamentu Federalnego⁵¹. Składkami są obciążone dochody członków ubezpieczenia i są one zależne od jego wysokości. Pracodawca odlicza składkę bezpośrednio z wynagrodzenia pracownika, a następnie przekazuje ją do funduszu świadczeń chorobowych pracownika⁵². W pierwszych latach obowiązywania ubezpieczenia stopa składki była ustalona na 1% dochodu brutto, zaś od 1 lipca 1996 r. stanowi ona 1,7%⁵³ dochodu brutto (po 0,85% dla pracownika i pracodawcy). Aby zrekompensować pracodawcom wzrost kosztów zatrudnienia, zlikwidowano jeden dzień wolny od pracy. Ponadto od 2004 r. ubezpieczone osoby, które skończyły 23. rok życia i nigdy nie były rodzicami, muszą dodatkowo płacić o 0,25 pkt. proc. wyższą składkę⁵⁴. W efekcie tej zmiany osoby bezdzietne płaciły 1,95%. Rozwiązanie to zostało wprowadzone, aby osoby nieposiadające dzieci i prawdopodobnie niemogące w przyszłości liczyć na nieformalną pielęgnację z ich strony, miały większy wkład w system ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Od 1 lipca 2008 r. składka została podwyższona do 1,95% (dla osób bezdzietnych – 2,2%). Dla ubezpieczonych członków rodzin i ich zarejestrowanych partnerów życiowych składki nie są podwyższane.

⁵⁰ W. Voges, *Pflege...*, ed. cit., s. 86.

⁵¹ H. Rothgang, G. Igl, *Long-term Care...*, ed. cit., s. 54.

⁵² B. Schulte, *Social Long-Term...*, ed. cit., s. 18.

⁵³ W ubezpieczeniu tym stosowana jest górna granica wysokości składek zdefiniowana jako 75% górnej granicy wysokości składek określonej dla ubezpieczenia emerytalnego w danym roku. J. Bronsky, J. Habit, I. Mizrahi, *Long-term Care Law In Five Developer Countries*, WHO, Geneva 2000, s. 51 (przypuszczam za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 124).

⁵⁴ H. Rothgang, G. Igl, *Long-term...*, ed. cit., s. 54.

„Emeryci również [mieli] obowiązek płacenia składki na ubezpieczenie ryzyka niedołęstwa starczego”⁵⁵. Połowa tej składki płacona była przez emeryta, a połowa przez fundusz ubezpieczenia emerytalnego⁵⁶. Wydawać by się mogło, że emeryci nie powinni opłacać składek na ubezpieczenie pielęgnacyjne, ponieważ oni byli głównymi adresatami tej reformy. Jednakże przy tak dużym zapotrzebowaniu na świadczenia pielęgnacyjne wprowadzenie publicznie finansowanych usług pielęgnacyjnych skutkowałoby wysokimi składkami dla młodszego pokolenia. Specjalnymi regulacjami objęci są też studenci. Do 25. roku życia mogą być oni współubezpieczeni jako członkowie rodzin w ramach ubezpieczenia rodziców. Potem muszą sami płacić własną składkę⁵⁷.

W systemie uwzględnione zostały również uprzywilejowane grupy ubezpieczonych. „Za pracowników sektora publicznego połowę składki opłaca pracodawca, pozostała część pokrycia ryzyka musi pochodzić z dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej”⁵⁸. „Federalny Urząd ds. Bezrobocia (instytucja systemu ubezpieczenia od bezrobocia) płaci składkę osób bezrobotnych”⁵⁹. Ubezpieczeniem objęte są też osoby korzystające z pomocy społecznej. „Za osoby pozostające na utrzymaniu ze środków pomocy społecznej władze lokalne mogą zdecydować, czy opłacać składki na ubezpieczenie opieki długoterminowej, czy ryzyko to ma być ubezpieczone w ramach udziału własnego władz lokalnych”⁶⁰. Jeśli podopiecznym pomocy społecznej nie przysługiwałyby świadczenia pielęgnacyjne, będąc osobami niesamodzielnymi stanowiliby oni dodatkowe obciążenie dla tego systemu.

Mimo że ubezpieczenie pielęgnacyjne jest obowiązkowe, „osoby o wysokich dochodach mogą zrezygnować z systemu publicznego na rzecz dobrowolnego ubezpieczenia substytucyjnego”⁶¹. „Składki na dobrowolne ubezpieczenie ryzyka niedołęstwa starczego są ustalane na podstawie oceny indywidualnego ryzyka”⁶². Ubezpieczenie dobrowolne związane jest zazwyczaj z wyższymi składkami, ponieważ nie są one zrelacjonowane do dochodu, ale do indywidualnego ryzyka. Późniejsze świadczenia także mają wyższą wartość (jakość).

Finansowanie usług pielęgnacyjnych opiera się na zasadzie solidarności. Obecny wkład młodego pokolenia nie wpływa na świadczenia, które otrzymywać ono będzie

⁵⁵ M. Karisson, *Comparative...*, ed. cit., s. 10 (przytaczam za: B. Więckowska *Ubezpieczenie pielęgnacyjne...*, ed. cit., s. 125).

⁵⁶ B. Schulte, *Social Long-Term...*, ed. cit., s. 18.

⁵⁷ http://www.krankenversicherung-private.net/renten/pflegeversicherung_beitragssatz.htm (28.09.2010).

⁵⁸ M. Karisson, *Comparative...*, ed. cit., s. 10 (przytaczam za: B. Więckowska *Ubezpieczenie pielęgnacyjne...*, ed. cit., s. 125).

⁵⁹ B. Schulte, *Social Long-Term...*, ed. cit., s. 18.

⁶⁰ M. Karisson, *Comparative...*, ed. cit., s. 10 (przytaczam za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 125).

⁶¹ *Bundesrepublik...*, ed. cit., s. 5, (przytaczam za: B. Więckowska *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 125).

⁶² J. Wilbers, *Long-Term Insurance in Germany*, International Longevity Center, New York 2000, s. 7 (www.ilcusa.org – przytaczam za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 125).

w przyszłości. Gdy podopieczny korzysta z systemu pomocy społecznej, obowiązuje zasada wspólnego obciążenia. System pomocy społecznej jest finansowany z podatków osób czynnych zawodowo⁶³.

Środki obrotowe i fundusz rezerwowy oraz procedura wyrównania. Środki kas pielęgnacyjnych obejmują środki obrotowe i fundusz rezerwowy⁶⁴. Środki obrotowe mogą być użyte na ustawowe lub przewidziane w statucie zadania (np. koszty administracyjne) oraz jako dopełnienie funduszu rezerwowego lub do finansowania funduszu wyrównawczego. Środki obrotowe są uwzględnione w planie budżetowym kasy pielęgnacyjnej. Przy ustalaniu będących do dyspozycji środków obrotowych uwzględnia się wymagania i zobowiązania kasy pielęgnacyjnej, o ile nie są one przyporządkowane środkom rezerwowym. Część środków obrotowych jest zachowywana w pogotowiu, a część lokowana do dyspozycji na określony cel (zaplanowane zadania)⁶⁵. Kasy pielęgnacyjne w celu zapewnienia płynności finansowej świadczeń muszą tworzyć fundusz rezerwowy. Fundusz rezerwowy wynosi 50% kwoty na zadania, która odliczana jest co miesiąc od budżetu kasy pielęgnacyjnej według planu budżetowego (tzw. norma rezerwy). Środki z funduszu rezerwowego są pożytkowane przez kasę pielęgnacyjną, gdy wahania pomiędzy przychodem a zadaniami w ciągu roku budżetowego nie mogą być wyrównane przez środki obrotowe. Jeśli przekroczona zostaje norma rezerwy, nadmiar środków jest przekazywany do funduszu wyrównawczego. Fundusz rezerwowy jest oddzielony od pozostałych środków. Kasa pielęgnacyjna przeznacza jego środki na określony cel⁶⁶.

Kasy pielęgnacyjne, jeśli chodzi o finansowanie, są zrównane. Oznacza to, że wydatki na świadczenia, jak również koszty administracyjne kas pielęgnacyjnych, są ponoszone wspólnie przez wszystkie kasy pielęgnacyjne według proporcji ich przychodów ze składek. Zasadę wyrównania finansowania realizuje Państwowy Urząd Ubezpieczeniowy⁶⁷.

Jeśli wydatki łącznie z normą funduszu rezerwowego i środków obrotowych są wyższe od wpływów i aktualnego zasobu środków obrotowych i funduszu rezerwowego na pierwszy dzień bieżącego miesiąca, kasa pielęgnacyjna otrzymuje od funduszu wyrównawczego brakującą kwotę. Jeżeli wpływy z doliczeniem zastanego stanu środków obrotowych i funduszu rezerwowego są wyższe od wydatków zgodnych z normami funduszu rezerwowego i środków obrotowych, kasa pielęgnacyjna przekazuje nadwyżkę do funduszu wyrównawczego. Procedura ta nazywa się wyrównaniem miesięcznym⁶⁸.

⁶³ W. Voges, *Pflege...*, ed. cit., s. 89.

⁶⁴ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 62.

⁶⁵ Ibidem, § 63.

⁶⁶ Ibidem, § 64.

⁶⁷ Ibidem, § 66.

⁶⁸ Ibidem, § 67.

Poruczenie gwarantujące kas pielęgnacyjnych. Kasy pielęgnacyjne muszą zapewnić ubezpieczonym, w ramach ich zobowiązania do udzielania świadczeń, zaopatrzenie pielęgnacyjne. Jest to tzw. poruczenie gwarantujące. Powinno ono być odpowiednie w stosunku do potrzeb i stanu wiedzy medyczno-pielęgnacyjnej. W ustalaniu celów i realizacji zadań przez przedstawicieli instytucji pielęgnacyjnych obowiązują zasady: pluralizmu, niezależności, samorządności oraz wzajemnego zrozumienia⁶⁹. Kasy pielęgnacyjne muszą upewnić się w ramach umów dotyczących świadczeń (ich rodzaj, zakres, wynagrodzenie za nie), że wydatki na świadczenia nie przekraczają wpływów ze składek. Zasada ta nosi nazwę stabilności składek⁷⁰.

Ambulatoryjne świadczenia pielęgnacyjne, czyli służba pielęgniarstwa lub usługi pielęgnacyjne, są to samodzielnie gospodarujące podmioty, które dostarczają świadczenia osobom z potrzebą pielęgnacyjną w ich mieszkaniach oraz pomagają w gospodarstwie domowym. Za ich realizację odpowiedzialna jest wykształcona siła robocza⁷¹.

Stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne, czyli ośrodki pielęgnacyjne (niem. *Pflegeheime*), to samodzielnie gospodarujące instytucje, w których osoba z potrzebą pielęgnacyjną:

- ✓ jest pielęgnowana przez wykształconą siłę roboczą,
- ✓ jest umieszczona w ośrodku i otrzymuje pielęgnację całkowicie stacjonarną tylko w ciągu dnia lub tylko w ciągu nocy (częściowo stacjonarne świadczenia).⁷²

Określenie, że za pielęgnację odpowiedzialna jest „wykształcona siła robocza” oznacza, że pracownik ma wykształcenie jako pielęgniarz, dziecięcy pielęgniarz lub pielęgniarz osób starszych. Przy określaniu niezbędnego poziomu kwalifikacji opiekuna pod uwagę bierze się nie tylko wykształcenie, ale również doświadczenie.

Zawieranie umów ze świadczeniodawcami. Kasy pielęgnacyjne mogą gwarantować pielęgnację ambulatoryjną lub stacjonarną tylko ze strony tych instytucji, z którymi zawarły umowy. W umowach określony jest rodzaj, zasięg i zawartość ogólnych świadczeń pielęgnacyjnych, gwarantowanych ubezpieczonym na czas trwania tej umowy. Umowa jest zawierana pomiędzy przedstawicielem instytucji pielęgnacyjnej (lub jego upoważnionym zastępcą) a landowym związkiem kas pielęgnacyjnych, w porozumieniu z ponadlokalnymi podmiotami pomocy społecznej w landzie⁷³.

Instytucje pielęgnacyjne muszą spełniać pewne warunki, aby można było z nimi zawierać umowy. Powinny odpowiadać zapotrzebowaniu świadczeniobiorców. Ich obowiązkiem jest oferowanie wydajnego i sprawnego zaopatrzenia pielęgnacyjnego oraz zgodnych z miejscowymi zwyczajami wynagrodzeń za pracę. Po-

⁶⁹ Ibidem, § 69.

⁷⁰ Ibidem, § 70.

⁷¹ Ibidem, § 71, pkt 1.

⁷² Ibidem, § 71, pkt 2.

⁷³ Ibidem, § 72, pkt. 1–2.

nadto muszą wprowadzić i rozwijać wewnątrz instytucji procedury zarządzania jakością oraz stosować standardy eksperckie. Spełnienie powyższych wymogów daje instytucji prawo przystąpienia do umowy. Od momentu zawarcia umowy na czas jej trwania instytucje pielęgnacyjne są zobowiązane świadczyć usługi pielęgnacyjne dla osób z potrzebą pielęgnacyjną. Kasy pielęgnacyjne muszą natomiast pokrywać ich koszty⁷⁴. Głównym kryterium wyboru świadczeniodawcy jest jakość świadczenia w relacji do jego ceny.

Umowa o zaopatrzeniu może zostać wypowiedziana przez kasę pielęgnacyjną, gdy instytucja pielęgnacyjna przestaje spełniać wymogi niezbędne do świadczenia usług w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Taka sytuacja obejmuje też przypadki, kiedy instytucja pielęgnacyjna wielokrotnie narusza swoje zobowiązania względem osób z potrzebą pielęgnacyjną (np. narusza zasadę, aby zapewnić im możliwie jak najbardziej samodzielne i niezależne życie). W przypadku umów z ośrodkami pielęgnacyjnymi okres wypowiedzenia nie zostaje zachowany, gdy zezwolenie na funkcjonowanie ośrodka zostaje cofnięte lub zabrania się funkcjonowania ośrodka⁷⁵.

W nowej ustawie o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym nie ma mowy o preferencji dla podmiotów sektora *non profit* (prywatnego i publicznego). Odebrano przywilej pierwszeństwa podmiotom publicznym i prywatnym *non-profit*, aby wzmocnić jeszcze bardziej zasadę konkurencji, mającą obowiązywać w nowym systemie. Wprowadzone do ustawy pielęgnacyjnej „równouprawnienie” wszystkich instytucji pielęgnacyjnych jest rozwiązaniem innowacyjnym w systemie ubezpieczeń społecznych.

Rekompensaty dla ośrodków pielęgnacyjnych i służby pielęgniarskiej. W ramach finansowania instytucji pielęgnacyjnych dopuszczone do działania domy pielęgnacyjne i służba pielęgniarska otrzymują rekompensatę, odpowiednią do świadczeń udzielonych w ramach ogólnych świadczeń pielęgnacyjnych.

Rekompensaty dla ośrodków stacjonarnych. W przypadku pielęgnacji stacjonarnej ośrodki dostają stosowne wynagrodzenie za pobyt i wyżywienie podopiecznego. Koszty te są ponoszone przez osobę z potrzebą pielęgnacyjną lub odpowiedni dla niej podmiot. W ramach pielęgnacji stacjonarnej świadczona jest również opieka socjalna oraz medyczna pielęgnacja lecznicza. Ustawa pielęgnacyjna wymienia, na co nie może zostać przeznaczona rekompensata pielęgnacyjna. Są to m.in. środki przeznaczone na niezbędne do działania instytucji pielęgnacyjnej budynki i pozostałe mienie oraz na czynsz czy dzierżawę. Jeśli publiczne środki nie są w stanie w pełni sfinansować organizacyjnie niezbędnych wydatków, instytucja pielęgnacyjna może tę część wydatków naliczyć podopiecznym. Może ona zostać też pokryta w ramach pożyczki lub zwrotnej dotacji od landu⁷⁶. W praktyce kasy pielęgnacyjne

⁷⁴ Ibidem, § 72, pkt. 3–4.

⁷⁵ Ibidem, § 74.

⁷⁶ Ibidem, § 82.

uczestniczą przede wszystkim w finansowaniu świadczeń pielęgnacyjnych oferowanych w ośrodkach. Koszty inwestycyjne powinny być pokrywane przez landy. Jeśli środki landów nie wystarczają, koszty inwestycyjne są pokrywane przez mieszkańców ośrodka⁷⁷.

Prawodawstwo niemieckie przewiduje dla instytucji pielęgnacyjnej rekompensatę kosztów szkolenia podopiecznego (zarówno teoretycznego jak i praktycznego)⁷⁸ oraz kosztów związanych z tworzeniem się grup samopomocowych⁷⁹.

Koszty hospitalizacji. Koszt hospitalizacji jest to rekompensata ze strony pacjentów lub podmiotów finansujących ich koszty za częściowo lub całkowicie stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne w ośrodkach, jak również za opiekę socjalną i medyczną pielęgnację leczniczą. W ramach tych kosztów nie mogą być finansowane świadczenia, które nie podlegają społecznemu ubezpieczeniu pielęgnacyjnemu. Koszty hospitalizacji powinny być dopasowane do świadczeń, rodzaju i uciążliwości potrzeby pielęgnacyjnej. Wysokość kosztów hospitalizacji musi umożliwiać ośrodkom ekonomiczną organizację, wypełnianie założeń i wniosków pacjentów. Nadwyżka kosztów pozostaje w ośrodku pielęgnacyjnym. Niedobór pokrywany jest przez ten ośrodek. Koszty hospitalizacji są określane bez względu na to, kto jest zobowiązany do ich płacenia⁸⁰.

Rodzaj, wysokość i okres obowiązywania stawek odnośnie do kosztów hospitalizacji są ustalane pomiędzy przedstawicielami ośrodków pielęgnacyjnych i podmiotami odpowiedzialnymi za dostarczenie świadczeń. Dla każdego ośrodka pielęgnacyjnego zawierane jest oddzielne porozumienie na określony czas. Ośrodek pielęgnacyjny może domagać się rekompensaty za świadczenia o określonym rodzaju, treści, zakresie i kosztach, poprzez przedstawienie odpowiednich dokumentów i dowodów⁸¹.

Koszty pobytu i wyżywienia (tzw. koszty hotelowe). Koszty pobytu i wyżywienia w ośrodku pokrywa podopieczny lub odpowiedni podmiot pomocy społecznej. Są one każdorazowo uzgadniane z przedstawicielem ośrodka przez administratorów świadczeń. Opłaty za pobyt i wyżywienie muszą pozostawać w odpowiednim stosunku do świadczeń⁸². W przypadku zmiany poziomu potrzeby pielęgnacyjnej podopieczny wnosi o zmianę klasyfikacji. Tym samym zmieniają się udzielane mu świadczenia. Instytucja pielęgnacyjna otrzymuje dodatkową kwotę od kasy pielęgnacyjnej, jeśli podopieczny dzięki zabiegom aktywizującym i rehabilitacyjnym osiągnie niższy stopień niesamodzielnności lub „wypadnie” ze skali⁸³.

⁷⁷ H. Rothgang, G. Igl, *Long-term...*, ed. cit., s. 55.

⁷⁸ Zob. Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 82a.

⁷⁹ Zob. ibidem, § 82b.

⁸⁰ Zob. ibidem, § 84.

⁸¹ Ibidem, § 85.

⁸² Zob. ibidem, § 87.

⁸³ Ibidem, § 87a.

Świadczenia dodatkowe dla mieszkańców ośrodków o zwiększonej potrzebie opieki i pielęgnacji. Mieszkańcy ośrodków pielęgnacyjnych, którzy wymagają zwiększonej opieki i pielęgnacji, otrzymują dodatkowe świadczenia i ogólny dozór. Instytucja pielęgnacyjna natomiast uzyskuje uzgodnioną odpowiednią do świadczeń dopłatę do rekompensaty. Aby otrzymać dopłatę do rekompensaty, instytucja pielęgnacyjna musi spełniać kilka warunków. Mieszkaniec ośrodka posiada dodatkową opiekę i usługi aktywizujące. Instytucja dysponuje niezbędnym personelem opiekuńczym. Koszty dopłaty ponosi kasa pielęgnacyjna lub prywatne przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe. Mieszkaniec ośrodka lub podmiot pomocy społecznej nie mogą zostać obciążeni tymi kosztami⁸⁴.

Ośrodek pielęgnacyjny może zawrzeć oddzielne porozumienie z osobą z potrzebą pielęgnacyjną w sprawie dopłat do innych niezbędnych świadczeń. Obejmują one świadczenia podnoszące komfort podopiecznego w zakresie pobytu i wyżywienia oraz dodatkowe świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne⁸⁵.

Rekompensaty dla służby pielęgnarskiej. Rekompensata w zakresie ambulatoryjnych świadczeń pielęgnacyjnych i pomocy w gospodarstwie domowym jest uzgadniana dla wszystkich osób z potrzebą pielęgnacyjną, według jednolitej stawki podstawowej, między przedstawicielami służby pielęgnarskiej (tj. usług pielęgnacyjnych) i podmiotami zarządzającymi świadczeniami (te same podmioty co w przypadku porozumień z ośrodkami pielęgnacyjnymi). Ma to miejsce w sytuacji, gdy stawki te nie są ustalone w taryfie opłat. Dla każdej usługi pielęgnacyjnej zawierane jest oddzielne porozumienie w sprawie rekompensaty. Zasady określania rekompensat są analogiczne jak w przypadku rekompensat za świadczenia ośrodków. Przy ustalaniu taryfy opłat bierze się pod uwagę odpowiedniość do świadczeń, różnice regionalne i uzgodniony wymiar stawek podstawowych kosztów hospitalizacji⁸⁶.

Kasy pielęgnacyjne są uprawnione do zawierania umów o zaopatrzeniu zintegrowanym z kompetentnymi instytucjami pielęgnacyjnymi i dalszymi partnerami układu. Umowa ta określa, na jakich zasadach połączone zostaje ubezpieczenie pielęgnacyjne z ubezpieczeniem chorobowym (rodzaj, treść, rozmiar, rekompensata)⁸⁷.

2.4. Prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne

W ustawie uregulowano prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne. Aby zabezpieczyć interesy osób prywatnie ubezpieczonych i zapewnić wypełnienie założeń umów innych taryf, prywatne przedsiębiorstwa chorobowe zostały zobowiązane

⁸⁴ Ibidem, § 87b.

⁸⁵ Ibidem, § 88.

⁸⁶ Ibidem, § 89–90.

⁸⁷ Zob. ibidem, § 92b oraz Ustawa o ubezpieczeniu chorobowym z dnia 20 grudnia 1988, BGBl. I S.2477, § 149, ust. 1.

do kilku kroków w ramach organizacji ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Prywatne przedsiębiorstwo chorobowe (też pielęgnacyjne) jest zobowiązane do zawarcia umowy ubezpieczeniowej z osobami, które wymienione zostały w ustawie jako podlegające ubezpieczeniu prywatnemu, czyli są to osoby podlegające prywatnemu ubezpieczeniu chorobowemu z prawem do ogólnych świadczeń chorobowych lub te, które są ubezpieczone w ramach umowy ubezpieczeniowej⁸⁸.

Umowa ta musi obowiązywać od momentu wejścia obowiązku ubezpieczenia (dla danej osoby lub członka rodziny/partnera życiowego) i musi gwarantować świadczenia równoważne do ustawowych. Prywatne przedsiębiorstwo ubezpieczenia chorobowego lub inne reprezentujące prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne jest zobowiązane do ustalenia stopnia potrzeby pielęgnacyjnej według tych samych kryteriów co w społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym oraz do wliczenia do stażu czasu ubezpieczenia, zgromadzonego w ubezpieczeniu społecznym⁸⁹.

Prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne skonstruowane zostało w taki sposób, że może być albo alternatywą dla systemu społecznego, albo jego uzupełnieniem. W pierwszym przypadku skupia osoby objęte prywatnym systemem zabezpieczenia od ryzyka choroby i macierzyństwa. W ramach ubezpieczenia prywatnego również obowiązuje zasada solidarności. Podsumowując zapisy ustawowe: przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe nie może odmówić przyjęcia osoby ze względu na płeć, wiek, historię medyczną, czy też kondycję zdrowotną w momencie zawierania umowy⁹⁰. Zapisy te chronią prawo wyboru ubezpieczyciela, które przysługuje ubezpieczonemu. Mimo zakazu dyskryminacji ze względu na wiek „składka na przymusowe ubezpieczenie prywatne jest obliczana mniej na podstawie dochodu, a bardziej stopniowana według wieku ubezpieczonego, po tym jak poprze on politykę przedsiębiorstwa”⁹¹. Akceptacja polityki przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego oznacza zgodę na taką procedurę. Po wpłaceniu składki do określonego podmiotu, w którym jesteśmy stowarzyszeni, od niego otrzymujemy świadczenia, porównywalne do otrzymywanych od społecznego systemu. Podobnie jak w publicznym systemie ich wysokość i zakres nie są uzależnione od składki⁹². W prywatnym systemie ubezpieczenia pielęgnacyjnego instytucją orzekającą, czy daną osobę upoważnić do świadczeń, jest prywatna firma Medicproof⁹³.

⁸⁸ Zob. Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I.S. 1014, § 110, pkt. 1.

⁸⁹ Ibidem, § 23.

⁹⁰ B. Schulte, *Social Long-Term...*, ed. cit., s. 19–20.

⁹¹ Ibidem, s. 20 (tłumaczenie własne).

⁹² Ibidem.

⁹³ H. Rothgang, G. Igl, *Long-term...*, ed. cit., s. 56.

2.5. Zakres podmiotowy ubezpieczenia – krąg osób ubezpieczonych

Zgodnie z ogólną zasadą podlegania ubezpieczeniu pielęgnacyjnemu, każdy ubezpieczony w prywatnym przedsiębiorstwie zdrowotnym musi wykupić również prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne⁹⁴. Ważne, że prawo do zabezpieczenia ryzyka potrzeby pielęgnacyjnej nie jest zależne od wieku potencjalnego ubezpieczonego⁹⁵. Dzięki temu system ma charakter powszechny. Do grupy ubezpieczonych społecznie zaliczają się:

- pracownicy fizyczni i umysłowi, zatrudnieni zawodowo za wynagrodzenie za pracę,
- osoby w czasie pobierania zasiłku dla bezrobotnych, o ile nie są ubezpieczone jako członkowie rodziny,
- rolnicy, ich współpracujący członkowie rodzin oraz rolnicy na emeryturze, którzy kiedyś mieli obowiązek ubezpieczenia od choroby jako rolnicy,
- niezależni artyści i publicyści,
- osoby, które powinny mieć umożliwiającą działalność zawodową w ramach instytucji pomocy dzieciom i młodzieży, w zakładach kształcenia zawodowego lub w ramach podobnych instytucji dla osób niepełnosprawnych,
- osoby pobierające świadczenia z tytułu udziału w życiu zawodowym, trwające w ramach okresu poszukiwania pracy lub w czasie okresu próbnego w pracy,
- osoby niepełnosprawne, które pracują na rzecz ośrodka w zakładzie dla osób niepełnosprawnych lub niewidomych,
- osoby niepełnosprawne, które realizują świadczenia regularnie w zakładach, ośrodkach i równoważnych instytucjach; zaliczają się tutaj też świadczenia usługowe dla przedstawicieli instytucji,
- studenci zapisani do państwowej lub uznanej za państwową wyższej szkoły zawodowej, o ile podlegają ubezpieczeniu chorobowemu,
- osoby wykonujące praktykę bez wynagrodzenia za pracę, która została wpisana w plan studiów lub egzaminów, zatrudnione bez wynagrodzenia za pracę lub uczęszczające do szkoły zawodowej,
- osoby spełniające kryteria ubiegania się o emeryturę z ustawowego ubezpieczenia emerytalnego i które złożyły podanie o nią, o ile nadal podlegają ubezpieczeniu chorobowemu,
- osoby, które nie miałyby roszczenia w przypadku wystąpienia choroby, ale podlegają obowiązkowi ubezpieczenia chorobowego na podstawie innych ustaw.

Pozostałe osoby zobowiązane do ubezpieczenia w społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, które mają swoje miejsce zamieszkania lub stałego pobytu w kraju

⁹⁴ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maj 1994, BGBl. I.S. 1014, § 1, pkt. 2.

⁹⁵ Rothgang H., Igl G., *Long-term...*, ed. cit., s. 54.

oraz nie są ubezpieczone od ryzyka choroby ani w ustawowym ubezpieczeniu chorobowym, ani w prywatnym przedsiębiorstwie ubezpieczenia chorobowego, muszą spełniać określone warunki, aby były ubezpieczone w systemie pielęgnacyjnym (wymienione w ustawie).

Dobrowolni członkowie ustawowego ubezpieczenia chorobowego mogą zostać na wniosek zwolnieni z obowiązku ubezpieczenia w społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, kiedy udowodnią, że są ubezpieczeni (wraz z członkami rodzin lub partnerem życiowym) od ryzyka niesamodzielnosci w prywatnym przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym.

W ramach współubezpieczenia rodziny ubezpieczonego, objęci nim zostają: małżonek, partner życiowy, dzieci, jak również dzieci współubezpieczonych dzieci. Muszą jednak zostać spełnione dodatkowe warunki określone w ustawie.

2.6. Poradnictwo i doradztwo

Kasy pielęgnacyjne wspierają odpowiedzialność własną ubezpieczonych poprzez poradnictwo i doradztwo w zakresie zdrowego stylu życia, który zapobiega niesamodzielnosci. Dążą do podjęcia kroków niezbędnych do zachowania zdrowia. Doradztwo i poradnictwo są świadczone wspólnie ubezpieczonemu, członkom jego rodziny i/lub życiowemu partnerowi (zagadnienia połączone). Za zgodą ubezpieczonego jego lekarz, szpital, ośrodek rehabilitacji lub opiekun przy niezwłocznie informują właściwą kasę pielęgnacyjną, gdy podejrzewa się wystąpienie sytuacji potrzeby pielęgnacyjnej lub gdy zostanie ona stwierdzona. Niezwłocznie po zatwierdzeniu wniosku oświadczenia odpowiednia kasa pielęgnacyjna musi przekazać ubezpieczonemu listę porównawczą świadczeń i cen w odpowiednich ośrodkach. Procedura ta służy ochronie zasady konkurencji oraz przejrzystości dostępnej oferty. Zawiera uzgodnienia dotyczące rekompensat dla ośrodków oraz podział ośrodków ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego w celu zapewnienia zintegrowanej pielęgnacji. Jednocześnie odpowiednia kasa pielęgnacyjna informuje, gdzie znajduje się najbliższy punkt wsparcia pielęgnacji oraz że ubezpieczony może tam uzyskać bezpłatną poradę, a także jakie usługi pielęgnacyjne mogą być wzięte pod uwagę w jego indywidualnej sytuacji⁹⁶.

2.7. Kasy pielęgnacyjne

Kasy pielęgnacyjne są podstawowymi instytucjami ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Pełnią one kluczową rolę w jego funkcjonowaniu. Mimo że podlegają instytucji centralnej, dysponują dużą niezależnością w procesie negocjowania umów ubezpie-

⁹⁶ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I.S. 1014, § 7.

zeniowych. Są one administratorami ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Ich zadania są powiązane z kasami chorych. „Przy każdej kasie [chorych] działa odrębnie zdefiniowany fundusz ubezpieczenia pielęgnacyjnego – kasa pielęgnacyjna. Ubezpieczony, wybierając kasę chorych, [zazwyczaj] automatycznie zostaje zapisany do kasy pielęgnacyjnej funkcjonującej przy wybranej kasie chorych”⁹⁷. Odkąd świadczenia i składki są identyczne dla wszystkich kas pielęgnacyjnych (czyli od wprowadzenia nowego ubezpieczenia), wszystkie wydatki finansowane są przez sumę wszystkich składek, bez względu na to, która kasa jest odpowiedzialna za konkretne świadczenie. Pomiędzy kasami nie ma konkurencji⁹⁸. Zasada konkurencji obowiązuje jednak dostawców świadczeń. Podmioty, które mają podpisane kontrakty z kasami pielęgnacyjnymi, konkurują o umowy z osobami niesamodzielnymi i ich rodzinami⁹⁹.

Kasy pielęgnacyjne są instytucjami prawa publicznego, zdolnymi do czynności prawnych oraz posiadającymi własny samorząd. Organy kasy pielęgnacyjnej to organy kasy chorych, przy której została ona utworzona. Pracodawcą dla osób zatrudnionych na potrzeby kasy pielęgnacyjnej jest kasa chorych¹⁰⁰.

Stworzone zostały specjalne kasy dla niektórych grup zawodowych. Ta konstrukcja wiąże się z tzw. zasadą trzech filarów, polegającą na współistnieniu w systemie ubezpieczeń zabezpieczenia ustawowego, zawodowego i prywatnego¹⁰¹. Zabezpieczenie prywatne pełni rolę uzupełniającą. Ustawowe obejmuje z reguły największą liczbę osób. Zawodowe zabezpieczenie jest tworzone dla grup uprzywilejowanych, ze względu na funkcję jej członków w państwie lub społeczeństwie.

2.8. Standardy jakości i profesjonalizacja

Zagadnienia standardów jakości i profesjonalizacji świadczeń pielęgnacyjnych na początku dyskusji o nowym ubezpieczeniu nie należały do pierwszoplanowych. Celem ubezpieczenia pielęgnacyjnego było odciążenie systemu pomocy społecznej. Po wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego i zorganizowaniu jego działania na podstawie ustawy pielęgnacyjnej rozpoczęła się dyskusja o możliwościach podniesienia jakości świadczeń. Wiązał się z tym brak wykwalifikowanej siły roboczej. Opiekunowie i pielęgniarze, którzy byliby w stanie profesjonalnie zaopiekować się osobą z niepełnosprawnością umysłową czy z chorobami demencji starczej, byli mało dostępni. Konieczne okazało się podniesienie kwalifikacji i specjalizacja w zawodach pielęgniarских. W wyniku wprowadzonych zmian w systemie powsta-

⁹⁷ B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 130.

⁹⁸ H. Rothgang, G. Igl, *Long-term...*, ed. cit., s. 54.

⁹⁹ Ibid., s. 67.

¹⁰⁰ Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 46, pkt 2.

¹⁰¹ B. Schulte, *Social Lon-Term...*, ed. cit., s. 11.

ła klasyfikacja zawodów pielęgniarских, określono dla nich niezbędne wymagania teoretyczno-praktyczne, grupy pacjentów, którymi powinni się opiekować oraz instytucje, w których będą zatrudniani.

Ponadto, przedstawiciele instytucji pielęgnacyjnych pozostają odpowiedzialni (mimo polecenia zabezpieczenia przez kasy pielęgnacyjne) za jakość świadczeń reprezentowanych instytucji, włącznie z zapewnieniem i dalszym rozwojem jakości pielęgnacji. Konieczne są kryteria oceny zdolności do dostarczania usług i ich jakości. Są one konstruowane przy użyciu wymienionych w ustawie cech świadczeń i jakości oraz uzgodnień instytucji centralnych¹⁰².

Landowe związki kas pielęgnacyjnych mogą sprawdzać gospodarność i skuteczność ambulatoryjnych, częściowo i całkowicie stacjonarnych usług pielęgnacyjnych. Do tego zadania mianowany jest ekspert. Procedura sprawdzania jest dopuszczalna, kiedy powstaje podejrzenie, że instytucja pielęgnacyjna częściowo lub całkowicie nie spełnia niezbędnych wymagań (sprawdzanie przyczynowe)¹⁰³. Sprawdzenie może też przebiegać jako regularne lub powtórne. Instytucje pielęgnacyjne muszą umożliwić jego przeprowadzenie. Sprawdzenie regularne obejmuje w szczególności istotne aspekty stanu pielęgnacji, skuteczność środków pielęgnacyjnych i opiekuńczych (jakość wyników). Może też rozciągać się na proces otrzymywania świadczeń (jakość procesu) i bezpośrednie warunki ramowe otrzymywania świadczeń (jakość struktury). Wyniki kontroli przedstawiane są reprezentantom kontrolowanej instytucji i w razie nieprawidłowości podawane są terminy ich usunięcia.

Na poziomie centralnym ustalane są także standardy eksperckie, oparte na powszechnie znanej wiedzy medyczno-pielęgnacyjnej, są one aktualizowane i rozwijane oraz wydawane w formie uchwały. Obowiązują bezpośrednio kasy pielęgnacyjne, ich związki oraz instytucje pielęgnacyjne.

Wspomniane wyżej rozwiązania są wynikiem nie tylko implementacji ustawy pielęgnacyjnej, ale także wielu zmian prawnych wprowadzonych później (największa – reforma w 2008 r.). Zarówno ustawa, jak i jej poszczególne nowelizacje były odpowiedziami na pojawiające się skutki procesów demograficznych oraz reakcje społeczeństwa na nowe rozwiązania prawne. Nowo powstała gałąź ubezpieczeń społecznych zrewolucjonizowała system zabezpieczenia społecznego. Dlatego nie wszystkie jej skutki można było przewidzieć przed wprowadzeniem ustawy pielęgnacyjnej w życie.

¹⁰² Ustawa pielęgnacyjna z dnia 26 maja 1994, BGBl. I S. 1014, § 112.

¹⁰³ Ibidem, § 79.

3. Sytuacja po wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego do systemu świadczeń społecznych oraz ocena ubezpieczenia pielęgnacyjnego

Mimo że rodzina nadal pełni najistotniejszą funkcję w pielęgnacji osób starszych, możemy mówić o powolnym przechodzeniu od rodzinnej do instytucjonalnej formy pielęgnacji. Rozbudowano system pielęgnacji ambulatoryjnej. Dzięki temu już w latach 90. starsze osoby mogły żyć samodzielnie. Nie musiały liczyć na pomoc członków rodziny ani przyjaciół. W końcowej fazie życia osoby starsze i niesamodzielne były przenoszone do ośrodków pielęgnacyjnych. Regulacje prawne polepszyły sytuację starszych osób samotnych. Mogły liczyć na pielęgnację domową i wsparcie przy prowadzeniu gospodarstwa domowego. Zapewnienie tych usług w ramach systemu społecznego pozwoliło osobom niesamodzielnym żyć, niezależnie od systemu pomocy społecznej, na godnym poziomie.

3.1. Infrastruktura i personel pielęgnacyjny

Konieczna stała się rozbudowa infrastruktury, aby ustawa pielęgnacyjna mogła wejść w życie. Oznaczało to dodatkowe regulacje w zakresie prawa i organizacji systemu. Po pierwsze, należało utworzyć kasę pielęgnacyjną przy każdej kasie chorzych. Kasy pielęgnacyjne są najważniejszymi podmiotami ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ponieważ z nimi świadczeniodawcy podpisują umowy. Ze względu na rosnący popyt spowodowany zmianami demograficznymi wzrosła też liczba instytucji pielęgnacyjnych, oferujących świadczenia ambulatoryjne i stacjonarne. Ponadto zmieniła się liczba i struktura pracowników sektora pielęgnacyjnego. Rosnąca liczba zatrudnionych na niepełny etat i duża rotacja w zawodach pielęgniarских wskazują na obecne i przyszłe niedobry w tym zakresie oraz zmuszają rząd do poszukiwania nowych rozwiązań. Po drugie, opiekunowie stają się coraz bardziej profesjonalni, wyspecjalizowani w swoich zawodach, co znacznie podnosi jakość świadczonych usług.

Nadal jednak w większości opiekunami są kobiety bez kwalifikacji. Chcą one jednak aktywnie funkcjonować na rynku pracy, podnosić swoje kwalifikacje, rozwijać się w wybranym zawodzie, co wpływa negatywnie na wypełnianie obowiązków domowych. Często do pielęgnacji krewnego nie przekonuje ich nawet zasiłek pielęgnacyjny. Wzrasta więc zapotrzebowanie na świadczenia finansowane w ramach publicznego systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Jednocześnie osoby porzucające pracę zawodową na rzecz pielęgnacji członka rodziny „oddalają się” od rynku pracy i nie podnoszą swoich kwalifikacji. Trudno im potem dostosować się do sytuacji na rynku pracy. Te procesy mają poważne długofalowe skutki dla całego społeczeństwa.

Po wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego wzrosła ogólna liczba pracowników w sektorze pielęgnacyjnym. Zatrudnienie ich charakteryzuje się jednak niską stabilnością oraz dużą rotacją, spowodowaną wypaleniem zawodowym. Biorąc pod uwagę, że mniej niż 40% pracowników jest zatrudnionych pełnoetatowo i uwzględniając malejącą reputację społeczną zawodu, należy stwierdzić, że praca w sektorze pielęgnacyjnym staje się coraz mniej atrakcyjna¹⁰⁴. Rzadko jest postrzegana jako zajęcie docelowe. Z tych względów kwestia pracowników sektora pielęgnacyjnego wymaga dodatkowych regulacji.

Zmiany, jakie zaszły w infrastrukturze pielęgnacyjnej, są tylko częściowo wynikiem wprowadzenia ubezpieczenia. Podłożem wprowadzenia nowego ubezpieczenia, jak również wcześniejszego otwierania nowych ośrodków jest rosnący popyt na świadczenia pielęgnacyjne. Jest on spowodowany zmianami demograficznymi. Dlatego po wejściu w życie ustawy pielęgnacyjnej nie obserwowano ilościowego „wybuchu” placówek dla osób starszych i niepełnosprawnych. Istniejące podmioty musiały dostosować się do nowych zasad udzielania świadczeń, m.in. musiały zawierać umowy z kasami pielęgnacyjnymi. Warunkiem zawarcia takiej umowy było spełnienie określonych warunków. Dlatego nastąpił okres modernizacji już istniejących ośrodków.

3.2. Wydatki publicznego systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego

Pierwsze skutki implementacji nowej gałęzi ubezpieczeń odczuwane były już w pierwszych latach jej funkcjonowania. Osoby z potrzebą pielęgnacyjną otrzymały odpowiednie świadczenia, a instytucje pomocy społecznej zostały odciążone. Szybko jednak dostrzegalne stały się też niedobory systemu. Szczególnie groźny jest brak stabilności finansowej, który spowodowany jest zmianami demograficznymi.

Wydatki publicznego systemu ubezpieczenia społecznego zależą nie tylko od liczby beneficjentów, ale także od cen świadczeń pielęgnacyjnych. Są one regulowane według rynkowych zasad. Górna granica ich finansowania przez system ubezpieczeniowy jest jednak ustawowo określona. Konkurencja pomiędzy placówkami pielęgnacyjnymi prowadzi do utrzymania cen na stałym poziomie oraz do podnoszenia jakości oferowanych świadczeń.

Wprowadzając ubezpieczenie pielęgnacyjne, odciążono finanse i obowiązki systemu pomocy społecznej oraz budżety prywatne podopiecznych i ich rodzin. Ponieważ procesy starzenia się ludności i malejącej stopy urodzeń stale postępowały, niezbędna okazała się reforma z 2008 r., która w wielu aspektach usprawniła i rozszerzyła działanie systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

¹⁰⁴ L. Delta, *Kondenskompass Pflege, Aktuelle Buergerbefragung: Anspruch, Wirklichkeit, Herausforderung*, F.A.Z.-Institut, Frankfurt a. M. 2006, s. 17.

*

Podsumowując, „niemiecki system opieki długoterminowej cieszy się dobrą opinią zarówno osób, nad którymi jest sprawowana opieka w domu, jak i pacjentów korzystających z opieki zamkniętej”¹⁰⁵. Dobra opinia społeczna o systemie ubezpieczenia pielęgnacyjnego może wynikać także z jego nowatorskiego charakteru. Zanim przyjęto ustawę pielęgnacyjną, sytuacja osób niesamodzielnych była trudna. Indywidualnie musieli finansować usługi pielęgnacyjne, często zwracali się do systemu pomocy społecznej. Wprowadzenie w życie ustawy poprawiło sytuację wszystkich ubezpieczonych, zapewniając publiczne świadczenia pielęgnacyjne przynajmniej w podstawowym zakresie. Dlatego już kilka lat po wprowadzeniu ubezpieczenia zauważono znaczną poprawę sytuacji osób z potrzebą pielęgnacyjną. Sami beneficjenci również ją odczuli.

Zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjne świadczone przez państwo będzie wzrastać. Prawdopodobnie pojawią się kolejne kwestie, wymagające nowego uregulowania w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Z powodu stałego i dynamicznego wzrostu cen świadczeń pielęgnacyjnych, wydatki tej gałęzi ubezpieczenia społecznego są coraz większe. Ponadto w przyszłości mniej będzie osób płacących składki, ponieważ maleje liczba urodzeń oraz coraz bardziej popularne stają się elastyczne formy zatrudnienia. Zwiększy się natomiast liczba beneficjentów, ponieważ w wiek starczy wkroczą kohorty o wysokiej stopie urodzeń¹⁰⁶.

System ubezpieczeniowy jest najlepszym z możliwych rozwiązań, ponieważ swoim zasięgiem obejmuje najwięcej osób. Ryzyko potrzeby pielęgnacyjnej dotyczy prawie każdego członka społeczeństwa. Dlatego tak ważne zapewnienie usług na odpowiednim poziomie. Według prognoz, konieczne są modyfikacje w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Prawdopodobnie nie zakładają one jednak zmiany fundamentalnych zasad tego systemu.

Kwestia ludzi w podeszłym wieku nabiera coraz większego znaczenia w całej Europie. W języku angielskim pojawiło się pojęcie *the greying of Europe* („starzenie się Europy”)¹⁰⁷. Wskazuje ono na procesy trwające obecnie szczególnie w zachodniej części kontynentu. Należą do nich trendy demograficzne, społeczne i ekonomiczne wzajemnie się warunkujące. „Starzenie się Europy” ma związek ze zmianami w modelu rodziny, „kurczeniem się” gospodarstw domowych oraz innym postrzeganiem roli kobiety i mężczyzny w społeczeństwie. Dlatego wiele państw (w tym także Polska) poszukuje rozwiązań dopasowanych do nadchodzących skutków procesów demograficznych oraz zmian zachodzących w życiu społeczno-ekonomicznym. Być może warto już teraz przyrzeć się, jak problem dużej liczby osób niesamodzielnych rozwiązał jeden z najbardziej rozwiniętych krajów na świecie, będący prekursorem systemu ubezpieczeń społecznych.

¹⁰⁵ B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, ed. cit., s. 131.

¹⁰⁶ K. Heinicke, S.L. Thomsen, *The Social Long-term...*, ed. cit., s. 18.

¹⁰⁷ B. Schulte, *Social Long-Term...*, ed. cit., s. 21.

PROGRAM AKTYWIZACJI PRACOWNIKÓW I OSÓB BEZROBOTNYCH PO 50. ROKU ŻYCIA. ROZWIĄZANIA NIEMIECKIE

Problem starzenia się społeczeństwa europejskiego został powszechnie dostrzeżony w Europie w latach 90. XX wieku. Od tego czasu stał się przedmiotem dyskusji, które są prowadzone zarówno na forum Unii Europejskiej, jak i poszczególnych krajów członkowskich. Narastającymi problemami z tym związanymi są rosnące koszty ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, w tym ubezpieczenia społecznego, szczególnie niewydolności systemu emerytalnego. W obliczu wielu zagrożeń państwa Unii Europejskiej w 2000 r. w Lizbonie postawiły sobie za cel stworzenie najbardziej konkurencyjnej gospodarki opartej na wiedzy i doświadczeniu. Rok później w Sztokholmie cel ten został sprecyzowany. Jednym z wyznaczonych celów jest podniesienie zatrudnienia osób w wieku powyżej 50. roku życia. Zamierzano uzyskać wskaźnik zatrudnienia wynoszący 50% przed 2010 rokiem¹. W roku 2005 już osiem państw osiągnęło bądź przekroczyło poziom tego wskaźnika. Tymczasem w Niemczech zatrudnienie starszych pracowników wynosiło 45%² przy jednym z najwyższych w Europie wskaźników zależności ekonomicznej osób starszych (*Age Dependency*)³.

Przyczyn problemów związanych z poniesieniem wskaźnika zatrudnienia pracowników w starszych grupach wieku jest w Niemczech wiele. Większość z nich podobna jest do problemów polskich: możliwość przejścia na wcześniejszą emeryturę, przez długi czas popularyzowana i uważana za rozwiązanie problemu zatrudnienia młodszych pracowników, odmienne (niższe?) kwalifikacje starszych pracowników, ich problemy z przystosowaniem do nowego miejsca pracy, do innego trybu pracy, brak motywacji do podjęcia aktywności zawodowej, a także uprzedzenia pracodawców wobec starszych wiekiem pracowników. Liczne powody i różnicowania przyczyn niskiego wskaźnika zatrudnienia wśród osób po 50. roku życia, wskazywały, że tylko kompleksowe podejście do rozwiązania problemu mogło przynieść efekty. Przy relatywnie niskich nakładach, program-strategia rządu Niemiec, szczególnie program „Perspektive 50plus”, przyniósł korzystne rezul-

* Magdalena Pancewicz – Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski.

¹ D. Moraal, *Main Features of Age-Oriented Policies in Germany*, Bonn 2006, s. 3.

² Ibidem, s. 5.

³ Ibidem, s. 12.

taty, lepsze od określonych w Strategii Lizbońskiej⁴. Z uwagi na to, że przyczyny niskiej aktywności zawodowej osób starszych w Polsce i w Niemczech są podobne, warto poznać i rozważyć niektóre z rozwiązań zastosowanych w Niemczech.

Strategia Niemiecka – „Initiative 50 plus”

Niemcy borykały się z problemem niskiej aktywności zawodowej osób starszych wiekiem głównie z dwóch powodów: 1) odchodzenia na wcześniejsze emerytury wykwalifikowanych pracowników oraz 2) długotrwałego bezrobocia osób nieposiadających kwalifikacji (które trwało często do osiągnięcia wieku emerytalnego).

Pierwszy z problemów usiłowano częściowo rozwiązać poprzez zmiany wieku emerytalnego i ograniczenie prawa przechodzenia na wcześniejsze emerytury oraz częściowe zastąpienie tych rozwiązań przez model „blokowego” czasu pracy. Zapowiedziano też podniesienie wieku emerytalnego do 67 lat w 2006 roku. Ponadto ułatwiano zdobywanie i podnoszenie kwalifikacji oraz ponowne wejście na rynek pracy osobom bezrobotnym. Prowadzono działania promocyjne wśród pracodawców, przedstawiając korzyści zatrudnienia pracowników w starszym wieku. Dodatkowo wprowadzono nowe rozwiązania instytucjonalne, takie jak częściowy/blokowy czas pracy (praca na część etatu, ale również rozłożenie czasu pracy na kilka lat, np. praca na pełen etat przez 2 lata i brak pracy przez kolejne dwa, przy pobieraniu połowy wynagrodzenia przez okres 4 lat), wynagrodzenie składane. *Kombi-lohn* – forma zatrudnienia mająca zachęcać do przyjmowania gorzej płatnych stanowisk – powstaje przez dofinansowanie przychodu o część miesięcznego ubezpieczenia emerytalnego⁵. Obniżenie wieku objętego ochroną zatrudnienia z 58 lat do wieku 52 lata. Wreszcie obniżenie kosztów zatrudnienia dla pracodawców przez subsydiowanie przez państwo stanowisk pracy osób zatrudnianych w ramach programu „Initiative 50 plus”.

Środki zastosowane w Niemczech

Głównym celem Ministerstwa Pracy i GSUB MbH Berlin (Gesellschaft für sozial Unternehmensberatung), które przeprowadzały program, były: aktywizacja osób starszych i zniesienie barier do ich zatrudnienia, obniżenie liczby osób opuszczających rynek pracy w wieku 55 lat (wcześniejsza emerytura), zachęcenie do zatrudniania osób powyżej 50. roku życia, a w szczególności zwiększenie zatrudnienia

⁴ http://www.bmas.de/portal/44382/perspective_50_plus.html (dostęp: 01.05.2011).

⁵ Więcej informacji w: M. Ant, *Nachhaltiger Mehrwert Von Evaluation*, Bertelsman, Bielefeld 2008, s. 36.

w grupie wieku 50+ do ponad 50%⁶. Innymi celami było stworzenie gospodarki opartej na wiedzy przekazywanej sobie wzajemnie przez pracowników w różnym wieku, promowanie kształcenia przez całe życie oraz zmiana wizerunku osób starszych (np. przez organizowanie festiwali filmów o osobach starszych)⁷.

Realizację strategii podzielono na dwa etapy. Pierwotnie program obejmował działania prowadzone w latach 2005–2007 (etap pierwszy). Wysoka skuteczność i zainteresowanie projektem spowodowały, że program przedłużono do 2010 r. (etap drugi). Cele strategii zostały zrealizowane dzięki zastosowaniu nie tylko opisanych już wcześniej rozwiązań prawnych, ale również przeprowadzeniu programów regionalnych koordynowanych na szczeblu krajowym – „Perspektive 50 Plus”, „Initiative Neue Qualität Arbeit” (INQA) oraz „Bundesprogramm 30 000 Zusatz Jobs für Ältere”, z których pierwszy odegrał największą rolę. Dlatego też zostanie on bardziej szczegółowo omówiony.

„Bundesprogramm 30 000 Zusatz Jobs für Ältere“ to program związkowy 30 000 dodatkowych stanowisk pracy dla osób starszych. Program ten był nie tylko inicjatywą z zakresu rynku pracy, ale szerzej – programem polityki społecznej. Jego celem było nie ponowne zatrudnienie czy reintegracja osób powyżej 50. roku życia, lecz zatrudnienie długotrwale bezrobotnych, którzy nie spełniali jeszcze warunków, aby otrzymywać świadczenia emerytalne. Prace oferowane tym osobom wymagały raczej niskich kwalifikacji i były subsydiowane z budżetu państwa⁸.

„Initiative Neue Qualität der Arbeit” to inicjatywa na rzecz nowej jakości pracy. W programie tym zaangażowane są instytucje na szczeblu związkowym, przedstawiciele poszczególnych landów, organizacje społeczne i przedsiębiorstwa. Podczas trwania programu powstawały projekty ułatwiające tworzenie warunków pracy oraz zatrudniania osób starszych. Projekty zgłaszane były przez instytucje, a następnie dyskutowane przez uczestników programu. W wyniku dyskusji i przyjętych uzgodnień została stworzona sieć pracodawców wprowadzających ułatwienia w warunkach pracy⁹.

Wspieranie kształcenia. Małe i średnie firmy, stworzone odpowiednio wcześniej, otrzymywały specjalne „bony” finansujące szkolenia w dowolnych, wybranych przez pracodawców placówkach, które posiadały odpowiednie certyfikaty do przeprowadzania szkoleń. Bony te mogły być przeznaczone na doksztalcanie pracowników powyżej 45. roku życia¹⁰.

⁶ A. Reiner, *Perspective 50plus – Employment Pacts for Older Workers in the Regions, Germany*, s. 1.

⁷ M. Ant, op.cit., s. 34–35.

⁸ Ibidem.

⁹ *Die Initiative 50plus im Überblick*, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, s. 3.

¹⁰ Ibidem.

„**Perspektive 50 plus**”. Program ten tworzył państwowe zaplecze dla 62 inicjatyw przeprowadzanych na szczeblach krajów związkowych. Jego celem było nie tylko zwiększenie zatrudnienia wśród starszych pracowników, ale też rozpoczęcie i podtrzymywanie kooperacji między organizacjami pozarządowymi, państwem i pracodawcami. Podczas dwóch pierwszych lat trwania projektu, głównie nastawionych na zawiązywanie współpracy, dzięki programowi zatrudnienie znalazło 22 000 osób długotrwale bezrobotnych, tj. o 2 tys. więcej niż prognozowano¹¹.

W pierwszym etapie program finansowany był częściowo przez państwo, a częściowo ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Całość środków przeznaczonych na realizację programu wynosiła wtedy 250 mln euro. Środki te zostały przyznane różnym podmiotom, które zaprezentowały plan działania w ramach programu¹². W drugim etapie instytucje same musiały ubiegać się o środki z Unii Europejskiej przy nieznacznym wsparciu państwa¹³. Podmiotami ubiegającymi się o środki były NGO, organizacje pracodawców i instytucje poszczególnych krajów związkowych, firmy, związki pracowników i instytucje państwowe. Środki były przyznawane na rozmaite projekty, obejmujące: programy szkoleniowe, coaching, inicjatywy legislacyjne, programy aktywizacji (*Aktiv Firma*¹⁴), strategie promocyjne, programy adresowane do pracodawców etc. Zróżnicowanie stosowanych środków uznane zostało za główny atut programu.¹⁵ Kolejnym czynnikiem, który niewątpliwie przyczynił się do sprawnego jego przeprowadzenia, była szczegółowa ewaluacja przeprowadzana corocznie na szczeblu państwowym i w krótszych odstępach czasu w każdym z czterech okręgów, na który podzielono kraj na potrzeby programu (podział przeprowadzono na podstawie podobieństw poszczególnych regionów geograficznych)¹⁶. Ewaluacja obejmowała zarówno dysponowanie środkami, efekty działań, umożliwiała również poprawę koncepcji i dokonanie w niej zmian czy też wprowadzenie całkiem nowego programu. Mała biurokratyzacja programu, elastyczność i umożliwienie dzielenia się doświadczeniem – to kolejne atuty programu.

Program okazał się atrakcyjny głównie dla małych i średnich firm, które najchętniej angażowały się w jego działania. Większość przedsiębiorstw znajdowała się w sektorze usług¹⁷, około 40% stanowiły przedsiębiorstwa przemysłowe branży wydobywczej, metalurgicznej czy elektrotechnicznej¹⁸. W drugim etapie realizacji

¹¹ Ibidem.

¹² A. Reiner, op. cit., s. 1.

¹³ K. Brauer, G. Korge, *Perspektive 50plus?: Theorie und Evaluation der Arbeitsmarktintegration Älterer*, Vorlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009, s. 13.

¹⁴ Opisywana w naszym projekcie dotyczącym zatrudnienia osób powyżej 50. roku życia, zob: *Integration älterer Arbeitsloser: Strategien, Konzepte, Erfahrungen*, H. Loebe, E. Severing (red.), Bertelsman Verlag GmbH, Bielefeld 2008, s. 121.

¹⁵ A. Reiner, op. cit., s. 1.

¹⁶ Brauer K., Korge G., op. cit. s.119.

¹⁷ http://www.perspektive50plus.de/unternehmen_mit_weitblick/2009/ (ostatnia wizyta 06.08.2010)

¹⁸ http://www.perspektive50plus.de/unternehmen_mit_weitblick/2008/ (ostatnia wizyta 06.08.2010)

programu wzrósł udział sektora usług. „Perspektive 50 plus” jest programem wysoko ocenianym i szeroko opisywanym w literaturze przedmiotu. Przedstawia się ten program jako przykład wyjątkowo skutecznej i owocnej współpracy państwa, pracodawców i organizacji pozarządowych. Uznaje się, że to ten właśnie program miał największy wpływ na osiągnięte przez Niemcy rezultaty – przekroczenie wyznaczonego progu zatrudnienia w grupie osób 50+. Reintegracja oraz integracja z rynkiem pracy objęła około 173 000 pracowników (dane z października 2010)¹⁹. Dodatkowo program ten odnosił coraz lepsze rezultaty – w pierwszych dwóch latach zintegrowano z rynkiem pracy 22 tys. osób starszych, natomiast w ostatnim roku jego trwania ponad dwa razy więcej²⁰.

Ocena strategii niemieckiej

Strategia niemiecka charakteryzowała się wysokim stopniem kompleksowości i zróżnicowaniem stosowanych środków z zakresu legislacji, promocji, ale także wizerunku oraz ułatwiania doksztalcenia i szkolenia. Warto podkreślić, że do programu włączone zostały wszystkie podmioty rynku pracy, a uczestnikom ułatwiano wymianę doświadczeń i ewentualną zmianę programu w trakcie jego realizacji. Mała biurokratyzacja i duża elastyczność programów stanowią niewątpliwe ich atuty. W koncepcji projektu przyjęto zasadę subsydiarności państwa. Program realizowano dzięki lokalnemu partnerstwu samorządów z zatrudniającymi firmami. Konsekwentne zastosowanie zasady subsydiarności może stanowić cenną wskazówkę w projektowaniu rozwiązań w Polsce. Z ewaluacji programu wynika też, że na realizacji programu najbardziej skorzystały małe i średnie firmy, które najchętniej wprowadzały ułatwienia w zatrudnieniu starszych pracowników. Wskazówką płynącą z projektów w programie „Perspektive 50 plus” jest indywidualne podejście do grupy docelowej, co miało szczególnie wysoką skuteczność w przypadku osób długotrwale bezrobotnych²¹.

Zastosowanie rozwiązań legislacyjnych jest dobrym uzupełnieniem programów aktywizacji zawodowej. W ocenie Wolfganga Vogesa, wprowadzenie częściowego czasu pracy wpłynęło jednak na zwiększenie skali „ukrytego bezrobocia”, gdyż osoby zarejestrowane w programie są traktowane jako osoby pracujące, podczas gdy *de facto* przebywają na emeryturze. Innym podnoszonym problemem były trudności z przekonaniem do współpracy i duża nieufność przedsiębiorstw do programu. Stanowiło to istotną przeszkodę głównie na początku działania programu. Dobrym posunięciem wydaje się przedłużenie programu na dodatkowe trzy lata. Pozyskiwanie

¹⁹ *Unternehmen für eine altersgerechte Arbeitswelt. Perspektive 50plus ehrt zum 5. Mal „Unternehmen mit Weitblick“*, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, s. 1.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Reiner A., op. cit., s. 2.

dodatkowych środków w drugim etapie strategii zostało ułatwione dzięki efektom uzyskanym w pierwszej jej części, choć niewątpliwie mogło także „odstraszyć” potencjalnych nowych jej uczestników. Z badań jednak wynika, że wszystkie organizacje uczestniczące w pierwszym etapie wzięły również udział w drugim.

Strategię niemiecką wyróżnia kooperacja różnych szczebli i podmiotów rynku pracy oraz umiejętność elastycznego podejścia do wyznaczonych celów (i to wydaje się szczególnie cenne). Dlatego też dzięki zastosowaniu relatywnie ograniczonych środków mogła ona odnieść duży sukces.

Bibliografia

- Ant M., *Nachhaltiger Mehrwert Von Evaluation*, Bertelsman, Bielefeld 2008.
- Brauer K., Korge G., *Perspektive 50plus?: Theorie und Evaluation der Arbeitsmarktintegration Älterer*, Vorlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009.
- Loebe H., Severing E. (red.), *Integration älterer Arbeitsloser: Strategien, Konzepte, Erfahrungen*, Bertelsman Verlag GmbH, Bielefeld 2008.
- Moraal D., *Main features of age-oriented policies in Germany*, Bonn 2006, http://www.bibb.de/dokumente/pdf/background_report_germany.pdf (dostęp: 06.08.2010).
- Reiner A., *Perspective 50plus – Employment pacts for older workers in the regions, Germany*, <http://www.oecd.org/dataoecd/38/53/39954250.pdf> (dostęp: 06.08.2010).

PRZEGLĄD LITERATURY

- Abramowska-Kmon Anita, *Indywidualne demograficzno-społeczne determinanty stanu zdrowia osób starszych – próba kwantyfikacji ich wpływu*, w: *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008.
- Améry Jean, *O starzeniu się. Podnieść na siebie rękę*, Czytelnik, Warszawa 2007.
- Ant Marc, *Nachhaltiger Mehrwert von Evaluation*, Bertelsman, Bielefeld 2008.
- Bień Barbara, *Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności*, Rządowa Rada Ludnościowa, „Biuletyn” nr 53, Warszawa 2008.
- Bień Barbara, *Starzenie pomyślne versus zwyczajne*, „Gerontologia Polska” 1997, nr 4.
- Bień Barbara, *Sytuacja zdrowotna ludzi w podeszłym wieku w Polsce*, „Służba Zdrowia” 2000, nr 61–64.
- Bień Barbara, *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, w: *Geriatryka z elementami gerontologii ogólnej*, T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
- Bień Barbara, *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*, Łódź 2000.
- Biercewicz Monika, *Wielkie problemy geriatryczne*, „Pielęgniarka i Położna” 2004, nr 10.
- Błędowski Piotr, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002.
- Błędowski Piotr, Wilmonska-Pietruszyńska Anna, *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7, s. 9–13.
- Błędowski Piotr, *Rola samorządu terytorialnego w polityce rodzinnej*, w: *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne*, D. Graniewska (red.), IPiSS, Warszawa 2004.
- Błędowski Piotr, *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*, „Gerontologia Polska” 1998, nr 6.

* Elżbieta Bojanowska – Instytut Socjologii UKW w Warszawie.

- Bois Jean-Pierre, *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1996.
- Bojanowska Elżbieta, *Opieka nad ludźmi starszymi*, w: *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, P. Szukalski (red.), ISP, Warszawa 2008.
- Bojanowska Elżbieta, *Opieka nad ludźmi starszymi*, w: *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, P. Szukalski (red.), ISP, Warszawa 2009.
- Bojanowska Elżbieta, *Miejsce i rola osób starszych w rodzinie*, w: *Rodzina wobec wyzwań współczesności*, Krośnieńska Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2011.
- Borkowski Robert (red.), *Starość i młodość. Szkice o polityce, społeczeństwie i kulturze*, Wydawnictwo AGH, Kraków 2007.
- Braun-Gałkowska Maria, *Nowe role społeczne ludzi starszych*, w: *Starzenie się a satysfakcja z życia*, S. Steuden, M. Marczuk (red.), Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- Bromley Dennis B., *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1969.
- Cichocka Marta, *Psychologiczne determinanty pomocy psychologicznej dla człowieka starego*, w: *Elementy psychologii klinicznej*, B. Waligóra (red.), Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1995.
- Comfort Alex, *Dlaczego się starzejemy*, PWN, Warszawa 1968.
- Coni Nicholas, Davison William, Webster Stephen, *Starzenie się*, PWN, Warszawa 1994.
- Cumming E., Henry W.E., *Growing Old: The Process of Disengagement*, Basic Books, New York 1961.
- Czerniawska Olga, *Style życia w starości*, Wyd. WSHE, Łódź 1998.
- Czerniawska Olga, *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wyd. WSHE, Łódź 2000.
- Czerniawska Olga, *Edukacyjne funkcje gerontologii*, „Zeszyty Naukowe WSHE” 2000, nr 7, s. 53–61.
- Derejczyk Jarosław, *Geriatrya – dziedzina z przyszłością*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2005, nr 4.
- Dyczewski Leon, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, TN KUL, Lublin 1994.
- Dyczewski Leon, *Więź między pokoleniami w rodzinie*, TN KUL, Lublin 2002.
- Dzięgielewska Małgorzata (red.), *Przygotowanie do starości*, Łódź 1997.
- Dzięgielewska Małgorzata, *Postawy wobec ludzi starszych w nowoczesnym społeczeństwie*, „Zeszyty Naukowe WSHE” 2000, nr 7(12), s. 7–17.
- Dzięgielewska Małgorzata, Czerniawska Olga, *Aktywność ludzi starszych na przykładzie polskich i francuskich stowarzyszeń społecznych*, Wyd. WSHE, Łódź 2000.

- Erikson Erik H., *Dopełniony cykl życia*, Rebis, Warszawa 2002.
- Erikson Erik H., *Tożsamość a cykl życia*, Wyd. Zys i s-ka, Poznań 2004.
- Fabiś Artur, *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie: wybrane zagadnienia gerontologii*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005.
- Frąckiewicz Lucyna, *Karta praw człowieka starego*, IWZZ, Warszawa 1985.
- Frąckiewicz Lucyna, *Miejsce człowieka starego w rodzinie*, w: *Rodzina. Społeczeństwo. Gospodarka rynkowa*, J. Kroszel (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1995.
- Frąckiewicz Lucyna (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, I Kongres Demograficzny, tom II a, „Śląsk”, Katowice 2002.
- Frąckiewicz Lucyna, *Potrzeby społeczne starzejącego się społeczeństwa*, Rządowa Rada Ludnościowa, „Biuletyn” nr 53, Warszawa 2008.
- Frąckiewicz Lucyna, *Wykluczenie i spójność społeczna wobec procesu starzenia się ludności*, w: *Zostawić ślad na ziemi*, M. Halicka, J. Halicki (red.), Wyd. Uniwersytetu Białostockiego, Białystok 2007.
- Frąckiewicz Lucyna, Żachowska-Wachelko Bogna, *300 wiadomości o starości*, Śląski Instytut Naukowy, Katowice 1987.
- Gałązka-Petz Barbara, *Sytuacja materialna emerytów otrzymujących świadczenia. Złudzenia statystyczne*, w: *Ubezpieczenia społeczne w Polsce. 10 lat reformowania*, J. Hryniewicz (red.), Warszawa 2011.
- Garncarek Elżbieta, *Filmowy portret starszych kobiet*, w: *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), Wrocław 2005.
- Golinowska Stanisława, *Starzenie się społeczeństw*, „Polityka Społeczna” 1999, nr 9, s. 1–9.
- Graniewska Danuta (red.), *Warunki życia emerytów i rencistów w Polsce i w krajach zachodnich. Uwarunkowania. Problemy. Tendencje*, IPiSS, Warszawa 1999.
- Grodzicki Tomasz, Kocemba Józef, Skalska Anna (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via media, Gdańsk 2007.
- Grotowska Stella, *Seniorzy w przestrzeni publicznej*, NOMOS, Kraków 2011.
- Grotowska-Leder Jolanta, *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne*, w: *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), UŁ, Łódź 2006.
- Halik Janusz (red.), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, ISP, Warszawa 2002.
- Halicka Małgorzata, Pędich Wojciech, *Działania samopomocowe ludzi starszych*, AMB, Białystok 1997.

- Halicka Małgorzata, *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2004.
- Halicka Małgorzata, Halicki Jerzy (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Białostockiego, Białystok 2007.
- Halicka Małgorzata, Pędich Wojciech, *Relacje społeczne między pokoleniami – opinie seniorów Białegostoku*, w: *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, M. Dziegielewska (red.), Instytut Technologii Eksploatacji, Radom, Łódź 2000.
- Halicki Jerzy, *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze*, Białystok 2000.
- Havighurst Robert J., *Developmental Tasks and Education*, The University of Chicago Press, Chicago 1948.
- Havighurst Robert J., *Successfull Aging*, w: *Processes of Aging*, R. Williams, T. Tibbitts, W. Dondhue (red.), Atheton, New York 1963.
- Hayflick Leonard, *Jak i dlaczego się starzejemy?*, Książka i Wiedza, Warszawa 1998.
- Hryniewicz Józefina, *Polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności*, w: *Wybrane problemy współczesnej demografii*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003.
- Hryniewicz Józefina, *Starzenie się ludności polskiej a system ubezpieczeń społecznych*, Rządowa Rada Ludnościowa, „Biuletyn“ nr 53, Warszawa 2008.
- Hryniewicz Józefina (red.), *Zadania samorządów lokalnych w rozwoju demograficznym*, I Kongres Demograficzny, Rządowa Rada Ludnościowa, tom VI, Skiernewice 2002.
- Hryniewicz Józefina, *Zmiany demograficzne a zapotrzebowanie na usługi społeczne*, „Gospodarka Narodowa” 2000, nr 11–12.
- Ilardo Joseph A., Rothman Carole R., *Jak radzić sobie ze starością rodziców*, Warszawa 2002.
- Jabłoński Leon, Wysokińska-Miszczyk Joanna, *Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia geriatry*, Czelej, Lublin 2000.
- Jakubowska Honorata, Raciniewska Alicja, Rogowski Łukasz (red.), *Patrząc na starość*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu A. Mickiewicza, Poznań 2009.
- Jakubowska Honorata, *Społeczne wytwarzanie starości: definicje, granice, konteksty*, w: *Patrząc na starość*, H. Jakubowska, A. Raciniewska, Ł. Rogowski (red.), Poznań 2009.
- Jałowiecki Stanisław, *Przejście na emeryturę jako proces zmian aktywizacji społecznej*, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1973.
- Jan Paweł II, *List do osób w podeszłym wieku*, Pallottinum, Poznań 1999.

- Jarecka Urszula, *Starość w mediach – konteksty, tendencje i przemilczenia*, w: *Los i wybór. Dziedzictwo i perspektywy społeczeństwa polskiego. Pamiętniki XI Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego*, A. Kojder, K. Sowa (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.
- Jopkiewicz Andrzej (red.), *Aktywność ruchowa osób starszych*, WSP, Kielce 1996.
- Jurek Łukasz, *Spoleczne ubezpieczenie pielęgnacyjne – wady i zalety*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7, s. 14–17.
- Kaczmarczyk Małgorzata, Trafialek Elżbieta, *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, „Gerontologia Polska” 2007, tom 15, nr 4, s. 116–118.
- Kamiński Antoni, *Studia i szkice pedagogiczne*, Warszawa 1978.
- Kamiński Antoni, *Funkcje pedagogiki społecznej*, PWN, Warszawa 1980.
- Kawczyńska-Butrym Zofia, *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.
- Kirkwood Tom, *Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka*, Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2005.
- Klonowicz Stefan, *Oblicza starości: wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
- Kowalewski Jerzy T., *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2006.
- Kowalewski Jerzy T., Szukalski Piotr (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2004.
- Kowalewski Jerzy T., Szukalski Piotr (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2008.
- Kowalewski Jerzy T., Szukalski Piotr (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2008.
- Kowalewski Jerzy T., Szukalski Piotr (red.), *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2008.
- Kowalewski Jerzy T., Szukalski Piotr (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2006.
- Kowalewski Jerzy T., Szukalski Piotr (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2008.
- Kruk Stefan, Flis-Czerniak Elżbieta, *Dojrzewanie do pełni życia. Starość w literaturze polskiej i obcej*, Wyd. UMCS, Lublin 2006.
- Krzywiński Stefan, *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa 1993.
- Kubiak Michał, *Polityka społeczna wobec ludzi starszych i niepełnosprawnych*, w: *Wprowadzenie do polityki społecznej*, R. Gabryszak, D. Magierka (red.), Difin, Warszawa 2009.

- Kuchcińska Maria, *Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2004.
- Kukołowicz Teresa, *Jakim wartościom poświęca się współczesny starszy człowiek*, w: *Starzenie się a satysfakcja z życia*, S. Steuden, M. Marczuk (red.), Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- Kurek Sławomir, *Typologia starzenia się ludności Polski w ujęciu przestrzennym*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2008.
- Kurkiewicz Jolanta, *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2007.
- Leszczyńska-Rejchert Anna, *Człowiek starszy i jego wspomaganie: w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006.
- Liszewska Małgorzata, *Rodzina starego człowieka*, PWN, Warszawa 1997.
- Łój Grażyna, *Psychologiczne wyznaczniki przeżywania starości (psychoneuroimmunologia starości)*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Mysłowice 2007.
- Mańkowska Elżbieta, *Nie lękajmy się. Z Janem Pawłem II ku starości*, Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 2007.
- Marody Mirosława, Anna Giza-Poleszczuk, *Przemiany więzi społecznych. Zarys teorii zmiany społecznej*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2004.
- Medina John, *Zegar życia: dlaczego się starzejemy? Czy można cofnąć czas?*, Prószyński i S-ka, 2001.
- Mielczarek Andrzej, *Domy dziennego pobytu – jedną z form pomocy środowiskowej dla ludzi starych*, „Praca Socjalna” 2006, nr 1, s. 58–70.
- Mielczarek Andrzej, *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*, Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”, Toruń 2010.
- Minois Georges, *Historia starości. Od antyku do renesansu*, Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1995.
- Niezbittowski Marek, *Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej. Problemy uczestnictwa społecznego*, BPS, „Śląsk”, Katowice 2007.
- Nowicka Agnieszka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Obuchowski Kazimierz (red.), *Starość i osobowość*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002.
- Ochocki Andrzej, *Redystrybucja dochodów w starzejącym się społeczeństwie*, w: *Spółczesność polska w procesie zmian*, U. Bejma (red.), Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2008.
- Orzechowska Grażyna, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1999.

- Pakuła Magdalena, *Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne*, Wyd. UMCS, Lublin 2007.
- Panek Anna, Szarota Zofia (red.), *Zrozumieć starość*, Wyd. Text, Kraków 2000.
- Parnowski Tadeusz, *Depresje w wieku podeszłym*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- Pawlukiewicz Piotr, *Porozmawiajmy spokojnie o starości*, Oficyna Wydawnicza „Liberton”, Warszawa 1998.
- Perek-Białas Jolanta (red.), *Aktywne starzenie, aktywna starość*, Aureus, Kraków 2005.
- Pędich Wojciech, *Estetyka starości*, „Auxil. Soc.” 2000, nr 1/2, s. 163–168.
- Pędich Wojciech, *Ludzie starzy w perspektywie XXI wieku*, „Ethos” 1999, nr 3, s. 129–137.
- Pędich Wojciech, *Uwagi dotyczące specyfiki badań populacji ludzi starszych*, „Gerontologia Polska” 1998, nr 6(2).
- Pędich Wojciech, *Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżyca*, w: *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*, Materiały Konferencyjne PTG – Oddział Mazowiecki, PTG, Warszawa 2004.
- Pięćek Beata, *Usługi opiekuńczo-lecznicze dla ludzi starszych w opinii dwóch pokoleń*, „Polityka Społeczna” 2005, nr 2, s. 14–17.
- Piotrowski Jerzy, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa 1973.
- Półtawska Wanda, *Rola i zadania ludzi starszych w Kościele*, „Apostolstwo Chorych” 2006, nr 9.
- Pronzato Alessandro, *Starość czasem nadziei*, Wydawnictwo SALWATOR, Kraków 2005.
- Pruszyński Jacek J., Cicha-Mikołajczyk Alicja, Szolc Beata, *Ocena zaniedbań i nadużyć osób starszych w Polsce – wyniki badania pilotażowego*, „Gerontologia Polska” 2009, nr 4, t. 17.
- Przybylski Ryszard, *Baśń zimowa. Esej o starości*, Wyd. Sic!, Warszawa 1998.
- Raław Mariola (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011.
- Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999. Ku godnej i aktywnej starości*, UNDP, Warszawa 1999.
- Rembowski Józef, *Psychologia starzenia się człowieka: wybrane zagadnienia*, Uniwersytet Gdański, Skrypty Uczelniane, Gdańsk 1982.
- Rembowski Józef, *Psychologiczne aspekty starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa-Poznań 1984.

- Robbins John, *Zdrowi stulatkowie. Naukowo potwierdzone sekrety najzdrowszych i najdłużej żyjących ludzi na świecie*, Wydawnictwo PURANA, Wrocław 2006.
- Rogała Stanisław, *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole 2007.
- Rogała Stanisław (red.), *Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole 2010.
- Rosławski Adam, *Wybrane zagadnienia z geriatrici*, Wydawnictwo AWF we Wrocławiu, Wrocław 2001.
- Rosset Edward, *Miejsce człowieka starego w społeczeństwie*, w: *Encyklopedia seniora*, F.W. Sawicka (red.), Warszawa 1986.
- Rosset Edward, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa 1967.
- Rosset Edward, *Proces starzenia się ludności*, Polskie Wydawnictwa Gospodarcze, Warszawa 1959.
- Rosset Edward, *Trwanie życia ludzkiego*, Wydawnictwo PAN, Wydział Nauk Społecznych, Ossolineum, Wrocław 1979.
- Rószkiewicz Małgorzata, *Zabezpieczenie własnej starości na tle innych potrzeb Polaków*, „Polityka Społeczna” 2003, nr 9, s. 7–13.
- Rydz Eugeniusz, Szamańska Wioletta, *Społeczne aspekty starzenia się demograficznego ludności i ich wymiar instytucjonalny*, „Praca Socjalna” 2003, nr 4, s. 3–16.
- Rysz-Kowalczyk Barbara, *Pokolenie w fazie późnej dojrzałości. Deformacje cyklu życia a zagrożenia społeczne we współczesnej Polsce*, IPS UW, Warszawa 1994.
- Rysz-Kowalczyk Barbara, *Społeczne konsekwencje starości*, IPS UW, Warszawa 1991.
- Sierakowska Katarzyna, *Rodzice, dzieci, dziadkowie*, Wyd. DiG, Warszawa 2003.
- Skórzyńska Hanna, *Problemy zdrowotne i społeczne ludzi w podeszłym wieku*, w: *Zdrowie publiczne*, M. Latański (red.), Lublin 1999.
- Sobczak Izidor, *Starzenie się ludności w wieku produkcyjnym w Polsce. Czynniki starzenia się ogółu ludności. Liczba i struktura ludności w wieku produkcyjnym – mobilnym i niemobilnym*, w: *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*, J. Kowalewski, P. Szukalski (red.), Zakład Demografii UŁ, Łódź 2002.
- Steuden Stanisława, Marczuk Mieczysław (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- Stuart-Hamilton Ian, *Psychologia starzenia się*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006.
- Susulowska Maria, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 1989.
- Synak Brunon (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- Synak Brunon (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.

- Synak Brunon, *Skutki transformacji ustrojowej dla pozycji społecznej ludzi starych w Polsce: wyzwanie dla badań gerontologicznych*, w: *Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku – współtworzenie i współodpowiedzialność. Materiały X Euroforum Ludzi Starszych, Białystok 15–18 czerwca 2000*, W. Pędich (red.), Stowarzyszenie Wolontariatu Międzypokoleniowego, Białystok 2001.
- Szarota Zofia, *Aktywność kulturalna ludzi starszych*, UMCS, Lublin 1987.
- Szarota Zofia (red.), *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2011.
- Szarota Zofia, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.
- Szarota Zofia (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2011.
- Szatur-Jaworska Barbara, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2000.
- Szatur-Jaworska Barbara, *Zadania polityki rodzinnej w Polsce na tle sytuacji demograficznej*, w: *Problemy społeczne wybranych grup demograficznych*, B. Rysz-Kowalczyk (red.), ASPRA-JR, Warszawa 2001.
- Szatur-Jaworska Barbara, Błędowski Piotr, Dzięgielewska Małgorzata, *Podstawy gerontologii społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2006.
- Szatur-Jaworska Barbara, *Modele polityki społecznej wobec starości*, w: *Kwestie społeczne i krytyczne sytuacje życiowe u progu lat dziewięćdziesiątych*, J. Danecki, B. Rysz-Kowalczyk (red.), Warszawa 1994.
- Szczerbińska Katarzyna, *Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym*, w: *Zdrowie publiczne*, A. Czupryn, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), Kraków 2001.
- Szukalski Piotr, *Osoby sędziwe w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, Wyd. UŁ, Łódź 2004.
- Szukalski Piotr, *Proces starzenia się ludności. Przyczyny, etapy, konsekwencje*, w: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), Wyd. Via Medica, Gdańsk 2006.
- Szukalski Piotr, *Rodzina jako obszar zainteresowania badawczego gerontologów społecznych*, „Gerontologia Polska”, tom 13, nr 3, s. 162–169.
- Szukalski Piotr (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym*, ISP, Warszawa 2008.
- Szukalski Piotr, *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 2, s. 11–15.
- Szukalski Piotr, *Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce*, „Gerontologia Polska”, tom 14, nr 2, s. 1–8.

- Szukalski Piotr, *Zagrożenie czy wyzwanie – proces starzenia się ludności*, „Polityka Społeczna” 2006, nr 9, s. 6–10.
- Świątała Marcin, *Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku*, „Gerontologia Polska” 2009, tom 17, nr 3, s. 129–136.
- Tibbits Clark, *Handbook of Social Gerontology. Societal Aspects of Aging*, The University of Chicago Press, Chicago 1960.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Brzyski Piotr, Bajka Jadwiga, *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Knurowski Tomasz, Brzyski Piotr, *Czy jeszcze ktoś pamięta o starości? Starość a proces transformacji*, w: *W stronę socjologii zdrowia*, W. Piątkowski, A. Titkow (red.), Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Bajka Jadwiga, Łysy Piotr, *Trudności życiowe jako element życia w starości*, w: *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, B. Synak (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- Tokaj Astrid, *U progu starości (studium socjopedagogiczne)*, „Eruditus”, Poznań 2000.
- Trafiałek Elżbieta, *Człowiek stary w środowisku lokalnym*, „Praca Socjalna” 2003, nr 4, s. 17–24.
- Trafiałek Elżbieta, *Człowiek stary*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, T. Pilch (red.), Warszawa 2003.
- Trafiałek Elżbieta, *Polska starość w dobie przemian*, Wyd. Śląsk, Katowice 2003.
- Trafiałek Elżbieta, *Rodzina i środowisko zamieszkania jako obszary wykluczenia społecznego osób starszych*, w: *Stan przestrzegania praw osób starszych. Analiza i rekomendacje działań*, B. Szatur-Jaworska (red.), Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2008.
- Trafiałek Elżbieta, *Wybrane problemy bezpieczeństwa socjalnego ludzi starych*, w: *Bezpieczeństwo socjalne*, L. Frąckiewicz (red.), Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2003.
- Tryfan Barbara, *Dylematy zabezpieczenia rolników na starość. Polska i Europa*, IRWiR PAN, Warszawa 2004.
- Tryfan Barbara, *Starość na wsi*, Zakład Wydawnictw CZSR, Warszawa 1979.
- Tryfan Barbara, *Wiejska starość w Europie*, IRWiR PAN, Warszawa 1993.
- Twardowska-Rajewska Jolanta (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007.
- Tymowski Andrzej, *Polityka starości*, „Człowiek i Światopogląd” 1987, nr 9.
- Tyszkowa Maria, *Relacje dorastających wnuków z dziadkami i babciami*, „Problemy Rodziny” 1992, nr 1.

- Wawrzyniak Joanna, *Oblicza starości. Biografia jako źródło czynników adaptacyjnych*, Wydawnictwo WSH-E w Łodzi, Łódź 2009.
- Weron Eugeniusz, *O godną starość*, Pallottinum, Poznań 2000.
- Wiatrowski Zygmunt, Mandrzajewska-Smół Iwona, Afgański Andrzej (red.), *Pedagogika pracy i andragogika. Z myślą o dorastaniu, dorosłości i starości człowieka w XXI wieku*, Oficyna Wydawnicza Włocławskiego Towarzystwa Naukowego, Włocławek 2008.
- Więckowska Barbara, Abramowska-Kmon Anita, *Prognoza wydatków na opiekę długoterminową nad osobami starszymi w Polsce na lata 2010–2035*, „Gerontologia Polska” 4(2009), tom 17.
- Więckowska Barbara, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2008.
- Wiśniewska-Roszkowska Kinga, *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1989.
- Wiśniewska-Roszkowska Kinga, *Pochwała starości*, Warszawa 1994.
- Wojszel Zyta B., Bień Barbara, *Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce*, w: *Zostawić ślad na ziemi*, M. Halicka, J. Hallicki (red.), Wyd. Uniwersytetu Białostockiego, Białystok 2007.
- Wojtczak Dorota, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, „Praca Socjalna”, 2 (2005), s.15–37.
- Worach-Kardas Halina, *Zdrowotne dylematy osób starzejących się i starych w warunkach zmian systemowych*, w: *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, B. Synak (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- Woźniak Zbigniew, *Problemy starzenia się i starości wyzwaniem dla polityki społecznej na progu III tysiąclecia*, „Ruch Praw. Ekonom.” 1999, z. 1, s. 285–306.
- Woźniak Zbigniew, *Priorytety w programach gerontologicznych organizacji międzynarodowych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych*, w: *Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla polityki społecznej. Materiały konferencyjne*, ROPS w Krakowie, Kraków 2003.
- Wrzesień Witold, *Jednostka – rodzina – pokolenie. Studium relacji międzypokoleniowych w rodzinie*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2003.
- Zaniewska Hanka, Thiel Maria, *Mieszkanie jutra ludzi starszych – nadzieja czy zagrożenie?*, w: *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, J. Kowalewski, P. Szukalski (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
- Zawada Anna, *Aktywizowanie mieszkańców domów pomocy społecznej*, „Praca Socjalna” 2007, nr 1, s. 90–96.
- Zawada Anna, *W trosce o godną starość*, „Problemy Alkoholizmu” 3(2006), s. 19–20.

- Zawadzka Anna, *Oddziaływanie dziadków na wypoczynek wnuków*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Prace Pedagogiczne”, Wrocław 13(1999).
- Zboina Bożena, *Jakość życia osób starszych*, Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”, Ostrowiec Świętokrzyski 2008.
- Zdziebło Kazimiera, *Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, „Studia Medyczne” 9 (2008).
- Zierkiewicz Edyta, Łysak Alina (red.), *Trzeci wiek drugiej płci. Starsze kobiety jako podmiot aktywności społecznej i kulturowej*, Wyd. MarMar, Marian Kaczorowski, Wrocław 2006.
- Ziębińska Beata, *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych*, „Śląsk”, Katowice 2010.
- Zych Adam, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, „Śląsk”, Katowice 1999.
- Zych Adam (red.), *Demograficzne i indywidualne starzenie się: wyzwania edukacyjne*, Wydaw. Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2001.
- Zych Adam, *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
- Zych Adam, *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- Zych Adam, *The living situation of elderly Americans of Polish descent in Chicago*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu, Wrocław 2005.
- Żakowska-Wachelko Bogna, Pędich Wojciech, *Pacjenci w starszym wieku*, PZWL, Warszawa 1995.
- Żakowska-Wachelko Bogna, *Zarys medycyny geriatrycznej*, PZWL, Warszawa 2000.

SUMMARY

The present work is a collection of expertise, which have been used to prepare the population policy assumptions regarding elderly and not self-reliant people. It contains expertise regarding population health condition, including health condition of people in older age, their access to health service and care services availability. A separate expertise is an assessment of family care potential, which is a key determinant of the possibility to take over care services for the elderly and not self-reliant people by the family. The work includes also an expertise concerning income of people living on social benefits (retirement and disability benefits, allowances) and the risk of poverty of the elderly and not self-reliant people, which results from system conditions of social security construction. A comprehensive study refers to accommodation conditions of the elderly and to suggestions of accommodation adjustments accordingly to the changing needs of ageing individuals. The present work includes also elaborations of experts concerning participation of the elderly in social life, protection and obedience of their rights in family and social life and protection from violence used in various situations.

The review of the situation of Polish senior citizens is completed with two expertise concerning situation in Germany regarding attendance allowance (for people who are incapable of unassisted existence) and activities, which aim to increase employment opportunities of older people.