



**MAŁOPOLSKIE STUDIA  
REGIONALNE**

**nr 2-3/31-32/2014**

**Starzejące się społeczeństwo:  
nowe zadania dla polityk publicznych**

Departament Polityki Regionalnej  
Urząd Marszałkowski  
Województwa Małopolskiego

**Kraków 2014**





# MAŁOPOLSKIE STUDIA REGIONALNE

nr 2–3/31–32/2014



Departament Polityki Regionalnej  
URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

Kraków, grudzień 2014

Publikacja przygotowana przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego

Redagował zespół:

Aneta Widak, Grzegorz First, Jarosław Kostrzewa, Magdalena Wojciechowska-Uszko  
pod kierunkiem Jacka Woźniaka

Adres redakcji:

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego  
Departament Polityki Regionalnej  
30-552 Kraków, ul. Wielicka 72  
tel.: 012 29-90-700, fax.: 012 29-90-726  
redakcja@malopolska.mw.gov.pl

Skład:

Pracownia Register

Projekt okładki:

Katarzyna Zalewska / Pracownia Register

Druk:

Drukarnia Pasaż

Kraków, grudzień 2014

ISSN 2080-8151

PRZY PUBLIKACJI DANYCH Z WYDAWNICTWA MAŁOPOLSKIE STUDIA REGIONALNE  
PROSIMY O PODAWANIE ŹRÓDŁA

---

Nakład: 500 egz. Publikacja dostępna także w formie elektronicznej na stronie internetowej  
<http://www.malopolskie.pl/RozwojRegionalny/Wydawnictwa>

## Szanowni Państwo,

Powszechnie używane we współczesnej debacie publicznej hasła zmian demograficznych czy starzenia się społeczeństwa nie stanowią już zwykłych pojęć opisujących rzeczywistość. Stopniowo stają się one impulsem dla władz, ale także organizacji pozarządowych do podejmowania działań służących seniorom i wykorzystujących ich potencjał. Obserwujemy to w licznych, często oddolnych inicjatywach lokalnych samorządów czy w pomysłach entuzjastów skupionych wokół idei społeczeństwa i aktywnego starzenia się.

Jednocześnie, pochylając się coraz bardziej wnikliwie nad zjawiskiem starzejącego się społeczeństwa, można dojść do wniosku, że nie wystarczy już sama refleksja poparta wynikami analiz czy badań demograficznych. Konieczne jest spojrzenie na działania praktyczne, zdefiniowanie szans ich realizacji w polskich regionach oraz znalezienie jak najszerszego społecznego, ale i ekonomicznego poparcia dla wdrożenia pomysłów i inicjatyw.

Samorząd Małopolski jako lider wśród regionów w myśleniu o zmianach demograficznych już w roku 2010 przygotował dokument „Wyzwania Małopolski w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Podejście strategiczne”. By wdrożyć rekomendacje tam zawarte, aktualnie przygotowywana jest publikacja o charakterze poradnika pt. „Srebrna Gospodarka w Małopolsce”, opisująca konkretne zadania, które należy podjąć, by sprostać skutkom procesów starzenia. Jednocześnie samorząd regionalny nie zaniedbuje pogłębionych studiów służących poszerzeniu spojrzenia na problematykę demografii. Wyzwania starzejącego się społeczeństwa nie dotyczą bowiem tylko obszaru, w którym najczęściej zamyka się problem zmian demograficznych, jak na przykład zdrowie, opieka społeczna czy ubezpieczenia społeczne. To także zastosowanie technologii informatycznych, cyfryzacja, uczestnictwo w rynku dóbr i usług konsumpcyjnych oraz finansowych, oferta kulturalna, turystyczna, edukacja, a także planowanie przestrzenne i mieszkalnictwo.

Takie szerokie spojrzenie znajduje odbicie w oddawanej do Państwa rąk najnowszej edycji Małopolskich Studiów Regionalnych, poświęconych właśnie wyzwaniom rozwojowym w starzejącym się społeczeństwie we wskazanych obszarach tematycznych. Grono ekspertów i specjalistów, ale także autentycznych entuzjastów tematyki senioralnej przekazuje Państwu efekty swoich badań oraz swoje refleksje dotyczące różnych aspektów roli i miejsca seniorów w życiu regionu.

Głęboko wierzymy, że publikacja spotka się z Państwa zainteresowaniem i przychylnym przyjęciem.

Życzymy przyjemnej lektury.

Redakcja



## SPIS TREŚCI

WŁADYSŁAW KOSINIAK-KAMYSZ	
Słowo wstępne .....	7
ZBIGNIEW DERDZIUK	
Pokoleniowa lokata .....	9
ANDRZEJ RYŚ	
Potrzebujemy innowacji, zaufania i współpracy .....	13
STANISŁAWA GOLINOWSKA	
Srebrna gospodarka – element strategii rozwoju regionalnego .....	17
PIOTR SZUKALSKI	
Intelektualne źródła koncepcji aktywnego starzenia się .....	31
MARZENA BREZA	
Polityka senioralna w Polsce – główne wyzwania .....	35
JOLANTA PEREK-BIAŁAS	
Wskaźniki w polityce senioralnej i w polityce aktywnego starzenia: poziom międzynarodowy i regionalny .....	39
MARZENA DUBIEL	
Odmienności chorowania w geriatrici .....	43
MICHAŁ HARAŃCZYK	
Telemedycyna. Opieka i zdrowie na odległość .....	49
MARIA IGLESIA GOMEZ	
Współpraca na rzecz dłuższego i zdrowszego życia .....	55
MARCJANNA NÓŻKA, MARTA SMAGACZ-POZIEMSKA	
Srebrna praca socjalna – adekwatność i potencjał usługi .....	61

DOROTA MARIA FAL	
Starzenie się społeczeństwa a potrzeby ubezpieczeniowe i możliwość ich realizacji .....	71
ZOFIA SZAROTA	
Edukacja gerontologiczna – edukacja w służbie starości .....	77
EWA PIŁAT	
Edukacja osób starszych jako cywilizacyjna konieczność .....	83
ANDRZEJ WALAWSKI	
Uzdrowiska dla seniorów – czas dobrego życia.....	89
PAWEŁ KUGLARZ	
Odwrócony kredyt hipoteczny .....	93
AGNIESZKA LABUS	
Miasto w kontekście starzenia się społeczeństwa w ujęciu retrospektywnym i prospektywnym .....	107



# Słowo wstępne

WŁADYSŁAW KOSINIAK-KAMYSZ,  
MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ



Sytuacja demograficzna Polski i Europy spowodowała konieczność nowego podejścia do polityki państwa oraz przypisania roli starszemu pokoleniu w kształtowaniu nowych rozwiązań społeczno-gospodarczych.

W obszarze polityki społecznej państwa wyodrębniono politykę senioralną jako ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się.

Rosnąca liczba osób starszych wymaga zmiany postrzegania tego pokolenia oraz roli, jaką może pełnić w okresie starości, który ze względu na swoją etapowość pozwala na realizację wielu inicjatyw oraz ról w rodzinie, sąsiedztwie itp. Natomiast niezwykle ważne jest odpowiednie, prowadzone równoległe, zabezpieczenie seniora oraz jego rodziny i najbliższego otoczenia w okresie niesamodzielności.

Zmieniające się trendy w demografii kraju: niski wskaźnik urodzeń, wydłużenie trwania życia, ujemne saldo migracji wymagają z każdym kolejnym rokiem konieczność decyzji, których efekty są niezbędne i oczekiwane w perspektywie krótko- i długookresowej. Tak jak na strukturę ludności ma wpływ wiele czynników, tak też polityka kierowana do osób starszych wymaga synchronizacji z innymi obszarami polityki społecznej państwa, m.in. polityką rodzinną czy polityką rynku pracy.

W przypadku polityki senioralnej szczególnie ważna wydaje się jej wielowymiarowość, która wymaga tworzenia oferty na poziomie indywidualnym – seniora oraz stałego udoskonalania rozwiązań na poziomie systemowym.

Proces starzenia jest wypadkową poziomu wykształcenia, przebiegu kariery zawodowej, umiejętności nabywania no-

wych kompetencji oraz postawy wobec roli, jaką widzi dla siebie sam senior w życiu społecznym czy publicznym.

Kompetencje i kapitał społeczny seniorów – ten gromadzony w okresie pracy zawodowej i życia rodzinnego, może stanowić doskonale źródło do rozwoju nowych ról społecznych seniora po zakończeniu aktywności zawodowej. Edukacja w starości jest nieodłącznym elementem utrzymywania sprawności społecznej seniorów, a inwestycja w różne formy aktywności edukacyjne, również wśród małych społeczności, stanowi integralny element integracji środowiska seniorów.

W tym celu został uruchomiony m.in. *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych*, który od 2012 r. pozwolił na realizację ok. 1200 projektów w całej Polsce.

Poza działaniami na rzecz utrzymania aktywności seniorów w polityce senioralnej sprawą kluczową jest wsparcie systemu opiekuńczego, który pozwala na odpowiednią jakość życia oraz stanowi istotne uzupełnienie potencjału rodziny w sferze opieki nad osobą niesamodzielną.

Wszelkie inicjatywy realizowane w ramach polityki senioralnej wymagają współobecności organizacji społecznych, których doświadczenie z pracy z seniorami powinno stanowić kluczowy element w procesie tworzenia nowych rozwiązań.

Współpraca międzysektorowa oraz pomiędzy różnymi poziomami instytucji państwowych jest niezbędnym elementem procesu wdrażania rozwiązań horyzontalnych, które stawiane są przed polityką senioralną w Polsce.

W świetle nowych możliwości, na które pozwoli nowa perspektywa finansowa z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz środków publicznych w kolejnych latach dedykowanych seniorom, które wraz z zapewnieniem synchronizacji działań na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym przyczyni się do poprawy efektywności i adekwatności inicjatyw podejmowanych w ramach polityki senioralnej państwa.



# Pokoleniowa lokata

ZBIGNIEW DERDZIUK\*



**Państwo to nie tylko instytucje, lecz przede wszystkim ludzie. Im jest ich więcej, tym państwo silniejsze. Na tej zasadzie działa też system emerytalny. Pozornie jest on podobny do rynku finansowego, ale jest jednak fundamentalna różnica – tylko państwo daje gwarancję, że międzypokoleniowa umowa będzie działać.**

Ile będziemy potrzebować pieniędzy, by godnie żyć po zakończeniu zawodowej aktywności?

To pytanie zapewne pojawia się w naszych głowach tym częściej, im bliżej nam do momentu przejścia na emeryturę. W wielu przypadkach odpowiedzi lub wyobrażenia o konkretnej kwocie budzą niepokój, który nierzadko potęgowany jest stereotypowym myśleniem o systemie emerytalnym.

## ZUS nigdy nie zawiódł

A jak jest w rzeczywistości? Spójrzmy na historię i fakty.

Działający w Polsce system zabezpieczenia społecznego opiera się na międzypokoleniowej solidarności. Ta umowa społeczna jest dość prostym mechanizmem. Działa on w ten sposób, że jedni – a jest ich w naszym kraju obecnie około 15 mln osób – pracują i płacą składki, a drudzy są na emeryturze i pobierają świadczenia. Ta druga grupa liczy natomiast około 5 mln osób. Aby mechanizm działał, strumienie wpływów i wydatków muszą być podobne.

Warto pamiętać, że system ten nie został wymyślony wczoraj. Zakład Ubezpieczeń Społecznych funkcjonuje od 1934 roku i nigdy nie zawiódł! ZUS w II Rzeczypospolitej podjął się w imieniu państwa ujednoczenia systemów zabezpieczenia społecznego, przyczyniając się do pełnej integracji ziem polskich po okresie zaborów. W czasie II wojny światowej

\* Zbigniew Derdziuk jest absolwentem Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz studiów z zakresu organizacji i zarządzania prowadzonych przez Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemśle ORGMASZ oraz szwedzką Grupę Konsultingową M-Gruppen. Ukończył Advanced Management Program IESE Business School oraz odbył liczne szkolenia w dziedzinie finansów i zarządzania. W dotychczasowej karierze pracował w bankowości, mediach i konsultingu. Od listopada 1997 r. do marca 1999 r. był sekretarzem stanu i zastępcą szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. W latach

2006–2007 i w 2009 r. pełnił funkcję wiceprezesa zarządu Banku Pocztowego S.A., a od listopada 2005 r. – sekretarza stanu w rządzie Kazimierza Marcinkiewicza i przewodniczącego Komitetu Stałego Rady Ministrów. W listopadzie 2007 r. został członkiem Rady Ministrów w rządzie Donalda Tuska. Od października 2009 r. Zbigniew Derdziuk jest prezesem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Równocześnie sprawuje funkcję członka Biura ISSA, przewodniczącego Komisji Kontroli ISSA oraz przewodniczącego Komitetu Sterującego Europejskiej Sieci ISSA.

działał, choć pod okupacją niemiecką, pomagając Polakom w tak dramatycznym okresie naszej historii.

Zmiany, które następowały w tym systemie, szczególnie związane z reformą z 1999 roku wprowadzającą m.in. Otwarte Fundusze Emerytalne, choć nie zmieniły głównego założenia umowy społecznej, to wprowadziły zasadę indywidualnego podejścia do kształtowania przyszłej emerytury. Jej wysokość jest dziś uzależniona ogólnej liczby i wysokości składek płaconych w czasie całej swojej aktywności zawodowej, czyli od tego, jakie środki i w jakiej wysokości zgromadzimy na swoim indywidualnym koncie.

To oznacza, że o realnym poziomie świadczeń z ubezpieczeń społecznych decyduje w pierwszym rzędzie wysokość dochodów, a ta związana jest z poziomem rozwoju gospodarczego danego państwa. Tak więc próbując porównywać wysokość świadczeń otrzymywanych np. przez obywateli bogatszych krajów Zachodu, pamiętajmy o tym uwarunkowaniu. Bez wysokich dochodów, świadczenia nie mogą być wysokie, bo żadne rozwiązania systemu emerytalnego nie są w stanie zniwelować różnic w poziomie dobrobytu.

Fundamentem dobrobytu jest natomiast praca. W Polsce, przy około 24 mln osób zdolnych do pracy, wskaźnik zatrudnienia jest ciągle niski i wynosi 51%. Liczba osób biernych zawodowo jest stosunkowo duża. A przecież im mniej jest osób, które płacą składki, tym mniej jest przychodów, z których finansowane są emerytury. ZUS wszak wypłaca świadczenia, ale finansują je osoby opłacające składki. Płacą ją ci, którzy mają pracę.

I tu znajdujemy klucz do odpowiedzi na pytanie, dlaczego polski emeryt żyje dużo skromniej w porównaniu z zachodnioeuropejskimi rówieśnikami. Ponieważ poziom dochodów jest w Polsce znacznie niższy niż w bogatszych państwach Europy Zachodniej.

Nie ma tu więc winy związanej z przyjętymi rozwiązaniami systemu ubezpieczeń społecznych, co często próbuje się wmawiać opinii publicznej.

## Znaleźć sposób na demografię

Drugą podstawą systemu emerytalnego jest demografia. W ciągu ostatnich 25 lat byliśmy świadkami wielkiej transformacji ustrojowej, ale nie dostrzegamy często, jakie one niesie za sobą osiągnięcia cywilizacyjne. Średnia długość życia zwiększyła się aż o pięć lat. To niewątpliwie dobrodziejstwo jest jednocześnie wyzwaniem dla systemu emerytalnego,

który nie może zostać obojętny na to, że kolejne roczniki będą pobierać dłużej świadczenie.

Kolejnym sukcesem polskiego społeczeństwa jest radykalne podniesienie poziomu wykształcenia. Nie dość więc, że żyjemy dłużej, to jeszcze uczymy się dłużej. Studiując do 24–25 roku życia duża część społeczeństwa wchodzi na rynek pracy później niż wcześniejsze pokolenia. A to oznacza, że zmiany związane ze stopniowym i rozłożonym w czasie podwyższaniem wieku emerytalnego de facto nie oznaczają wydłużenia łącznego czasu aktywności zawodowej. Czas tej aktywności i czas odpoczynku na emeryturze nie ulegają zachwianiu. Okres odpoczynku, który gwarantuje nam państwo poprzez system emerytalny, będzie adekwatny do długości życia. Reforma podwyższająca wiek emerytalny była więc konieczna, żeby odbudować te proporcje.

Powyższe stwierdzenia nie oznaczają jednak, że nie należy zachęcać do dłuższej aktywności zawodowej. Wręcz przeciwnie. Wystarczy popatrzeć na Europę Zachodnią, do której lubimy i powinniśmy – ze względu nie tylko na przyjęte podobne rozwiązania w zakresie systemu ubezpieczeń społecznych, ale też nasze aspiracje – się porównywać. Z danych Eurostatu wynika, że wskaźnik zatrudnienia Polaków w wieku od 55 do 64 lat wynosił w 2012 roku 38,7% (pięć lat wcześniej było to 29,7%). Jednak w tym samym czasie średnia unijna była znacznie wyższa. W krajach UE pracowała bowiem prawie połowa osób w tym przedziale wiekowym (48,8%). Natomiast tak często przywoływani obywatele Niemiec górują nad swoimi rówieśnikami w Polsce ponad dwukrotnie. Naszych zachodnich sąsiadów w przedziale 55–64 lata pracuje 61,5%.

Wspomniane sukcesy cywilizacyjne Polaków oznaczają jednocześnie, że jako społeczeństwo na dorobku stawiamy na budowanie i rozwój kariery zawodowej. Niestety notujemy też ujemny przyrost naturalny. Jeśli więc w powojennym wyżu demograficznym współczynnik dzietności (czyli średniej liczby dzieci urodzonych przez jedną kobietę) kształtował się na poziomie 3,7, a obecnie jest to nieco ponad 1,2, to w systemie redystrybucyjnym same składki nie wystarczą na wypłatę emerytur.

## Zmiany są potrzebne

Cieszymy się zatem z tych niewyobrażalnych sukcesów i mądrze nimi gospodarujemy. Bo choć można próbować odwracać tendencje i szukać sposobów przeciwdziałania niekorzystnym zjawiskom demograficznym, które będą

**Mechanizm zabezpieczenia społecznego musi dostosowywać się nie tylko do rozwoju i zmian, ale także do konsekwencji, jakie one za sobą poniosą w perspektywie kilku pokoleń.**



Fot. fotolia

miały wpływ na nasz system emerytalny, to faktów nie zmienimy. Demografia jest nieubłagana, niekorzystne jej zmiany postępują. A co za tym wszystkim idzie, system emerytalny musi sprostać temu, że za pół wieku będzie 30 mln Polaków, a liczba emerytów się podwoi. Stoimy więc jako społeczeństwo i naród przed niebagatelnym wyzwaniem poradzenia sobie z procesem ewolucji demograficznej: od jednego z najmłodszych społeczeństw w Europie, do jednego ze starszych. W obliczu nowych wyzwań należy szukać adekwatnych rozwiązań, takich jak dłuższa aktywność zawodowa, ale i pozyskiwanie innych źródeł finansowania świadczeń.

ZUS jest częścią finansów publicznych państwa i dlatego wszelkie reformy systemu emerytalnego są – poza wymiarem ekonomicznym – próbą odbudowania zaufania do państwa polskiego; do tego, że państwo jest wypłacalne i emerytury będą.

Polska nigdy nie znalazła się w sytuacji, w której emerytury nie były wypłacane. Są one rzeczą jasną w wysokości odpowiedniej do poziomu potencjału gospodarczego państwa, ale kluczowe jest to, że emerytury nie są zagrożone. Bo to państwo, którego perspektywa istnienia jest znacznie dłuższa niż życie człowieka, powinno być gwarantem świadczeń.

Solidarność międzypokoleniowa nie jest bowiem czymś wymyślnym, ale naszą wspólną odpowiedzialnością za – bardzo konkretny i wymierny – dług, który dzisiaj zaciągamy u naszych dzieci i wnuków. Zatem podważanie wiarygodności państwa w tej sytuacji niczemu nie służy.

### **Innej drogi nie ma**

Obecny system zabezpieczenia społecznego w Polsce jest mechanizmem łączącym w sobie dwie cechy: solidaryzm i indywidualizm. To połączenie umowy społecznej gwarantującej emeryturę na zasadzie redystrybucji (ci, którzy pracują, płacą składki, które są wypłacane w formie świadczeń emerytom), z jednoczesnym powiązaniem zapłaconych składek z wysokością świadczenia w myśl zasady: ile płacę, tyle korzystam, a więc im dłużej pracuję, tym krócej korzystam ze świadczenia, ale też jest ono wyższe.

Jednocześnie system ten nie jest dany raz na zawsze. Dotyczy bowiem społeczeństwa, które się zmienia i rozwija. Dlatego też mechanizm zabezpieczenia społecznego musi dostosowywać się nie tylko do tego rozwoju i zmian, ale także do konsekwencji, jakie one za sobą poniosą w perspektywie kilku pokoleń. Brak reakcji na ewolucję społeczeństwa do-

prowadziłby do zaburzenia funkcjonowania tego systemu. Bez reform skazany byłby na napięcia.

Jeżeli natomiast rozwiązania systemu emerytalnego będą przewidywały konsekwencje zmian następujących w społeczeństwie i z odpowiednim wyprzedzeniem właściwie się do nich przygotowywały, mają szansę w istotny sposób przyczynić się do poprawy funkcjonowania tego społeczeństwa.

Nie ma innego sposobu finansowania emerytur niż składki i państwo, czyli obywatele. Państwo to ludzie. Jeśli ludzi jest mało, to państwo jest słabe. Jeśli więc mówimy, że państwo jest gwarantem umowy społecznej i wypłaty emerytur, to oznacza, że to my sami jesteśmy gwarantem tego, jaka będzie nasza przyszłość. Innej drogi nie ma.

# Potrzebujemy innowacji, zaufania i współpracy

Rozmowa z ANDRZEJEM RYSIEM\*



**Starzenie się społeczeństw to jeden z poważnych problemów Europy. Czy Unia ma receptę, jak radzić sobie z tym wyzwaniem?**

Recepta na rozwiązanie tego problemu jest sumą różnych pomysłów: Komisji Europejskiej, rządów państw członkowskich Unii, regionów, a nawet wspólnot lokalnych. Wszyscy się nad tym problemem pochylają i próbują szukać rozwiązania. Jedną z propozycji jest wydłużenie aktywności zawodowej poprzez podniesienie wieku emerytalnego. Takie uregulowania wprowadził np. rząd polski, a niedawno zdecydowała się na to Belgia. Ale samo wydłużenie aktywności zawodowej nie wystarczy. Ważne jest zadbanie o to, aby ludzie, którzy pracują coraz dłużej, byli równocześnie w lepszej kondycji zdrowotnej. Kolejnym elementem jest szukanie innowacyjnych rozwiązań, które można byłoby zastosować w opiece nad ludźmi starzejącymi się, aby jak najdłużej byli samodzielni w miejscu zamieszkania, a jeśli już będą wymagali opieki, to powinna ona być jak najbardziej zautomatyzowana dzięki

\* Dr n. med. Andrzej Ryś, od 2006 r. dyrektor ds. Zdrowia Publicznego w Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Ochrony Konsumentów Komisji Europejskiej. Konsultant Światowej Organizacji Zdrowia, członek Rady Wszechnicy Uniwersytetu Jagiellońskiego. W latach 1990–1997 dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ. Od 1997 do 1999 r. dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa. W latach 1999–2002 wiceminister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka (m.in. brał udział w pracach rządowego zespołu negocjującego warunki przystąpienia Polski do Unii Europejskiej).

wykorzystaniu nowych technologii. Toczy się także dyskusja na temat tego, jak skutkom starzenia można zapobiegać we wcześniejszym okresie rozwoju człowieka. Na naszą późniejszą kondycję zdrowotną ma wpływ m.in. to, jak się odżywialiśmy, czy paliliśmy papierosy i sięgaliśmy po inne używki, czy uprawialiśmy jakikolwiek sport.

**W 2011 r. został ustanowiony przez Komisję Europejską projekt „Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu”. Jak pan ocenia jego realizację?**

Czekamy na wynik raportu z wdrażania tej inicjatywy, ale już teraz można powiedzieć, że w wielu krajach jest znacznie większe zainteresowanie tym problemem niż przed 2011 r. W strategii „Razem na rzecz zdrowia” przyjętej przez Komisję Europejską w 2007 r. zwracaliśmy uwagę, że starzenie społeczeństw będzie jednym z istotnych czynników wpływających na ochronę zdrowia, a dzięki przyjęciu projektu „Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu” uwypukliliśmy ten problem. Pierwszym elementem tej inicjatywy jest zwrócenie uwagi na samo zjawisko, drugim zachęcenie partnerów do opracowywania nie tylko produktów, ale także usług i systemowych rozwiązań dla ludzi starszych. Kolejnym elementem jest dzielenie się doświadczeniami we wdrażaniu innowacji w tej dziedzinie pomiędzy regionami. Należy także zwrócić uwagę na jeszcze jeden ważny obszar – wprowadzenie tej problematyki do różnych polityk unijnych, m.in. do programów badawczych. Widać efekty większego zainteresowania tą problematyką zarówno na poziomie unijnym, regionalnym, jak i lokalnym.

**Czy założenie, że „Partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdro-**

### **wiu” przyczyni się do zwiększenia o dwa lata do roku 2020 średniej liczby lat przeżytych przez Europejczyków w dobrym zdrowiu nie jest celem zbyt ambitnym?**

Ten wskaźnik został przyjęty na potrzeby Strategii Lizbońskiej i jest powszechnie stosowany w badaniach Eurostatu. Wpływa na niego wiele czynników. Poza długością życia bierze się pod uwagę także subiektywną ocenę stanu zdrowia. Trudno przewidzieć, czy uda się osiągnąć ten cel w roku 2020 i jaki wpływ na to będzie miała realizacja „Partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu”.

### **Komisja Europejska czeka na wynik raportu z wdrażania „Partnerstwa”, ale czy już dzisiaj możemy wskazać, które kraje i regiony najmocniej zaangażowały się w tę inicjatywę? Czy bogatsze kraje Unii chętniej włączyły się w realizację projektu?**

Zaangażowanie nie zawsze zależało od stopnia zamożności. Decydowały o tym różne czynniki. Z danych Komisji Europejskiej wynika, że bardzo zainteresowane tym partnerstwem są m.in. regiony Wielkiej Brytanii (Szkocja, Irlandia Północna), Hiszpanii, Francji, Niemiec, Włoch. Mniejsze zaangażowanie jest w krajach wschodniej części Unii Europejskiej. Z polskich regionów zainteresowanie tym projektem zadeklarowało Województwo Łódzkie. Małopolska nie włączyła się w tę inicjatywę, ale jest tym regionem, który jako pierwszy w kraju przystąpił do opracowania strategii srebrnej gospodarki w projekcie „ADAPT2DC – adaptacja do zmian demograficznych”. Małopolska jest koordynatorem prac nad strategią dla regionów Europy Środkowej, a w październiku 2014 r. w Krakowie odbył się I Małopolski Kongres Zdrowego Starzenia.

### **Zatem Małopolska pod względem zaangażowania w ten problem nie odbiega od europejskich liderów?**

W Szkocji czy Irlandii Północnej wprowadzane są znaczące systemowe zmiany w funkcjonowaniu sieci informatycznych w zakresie opieki nad pacjentami, w tym opieki w stanach nagłych, ratownictwa medycznego, opieki nad osobami w domu. To dobre rozwiązania, godne naśladowania. Małopolska dostrzega potrzebę prac nad systemowymi rozwiązaniami w zakresie aktywnego starzenia się, co m.in. wynika ze struktury regionalnej gospodarki, w której ważnym segmentem jest turystyka, w tym turystyka zdrowotna w oparciu o duży potencjał uzdrowisk.

### **„Państwa członkowskie od lat zmagają się z ograniczeniami finansowymi w odniesieniu do stabilności ich**

**budżetów na ochronę zdrowia, które w niektórych państwach członkowskich stanowią nawet 15% wydatków publicznych. Jest to dodatkowo spotęgowane starzeniem się społeczeństwa, rosnącymi oczekiwaniami względem wysokiej jakości usług oraz pojawianiem się nowych technologii – skuteczniejszych, lecz zarazem droższych”. To diagnoza zapisana w przyjętym w 2011 r. przez Komisję Europejską programie „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”. Czy Europę stać na zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej rosnącej liczbie starszych osób?**

Debata dotycząca zdrowia w obliczu wyzwań demograficznych będzie się koncentrowała na tym, aby ludzie żyli dłużej, cieszyli się lepszym zdrowiem i byli bardziej samodzielni. Należy zwiększać nakłady na programy prewencyjne, na opiekę nad pacjentami, zwłaszcza tymi przewlekle chorymi. Konieczne są także rozsądne inwestycje w systemy szpitalnictwa, aby nowoczesne budynki nie stały puste. W wielu krajach zmniejsza się liczbę łóżek szpitalnych, zwiększa natomiast dostęp do specjalistycznych poradni, do dobrze wykształconych lekarzy, a nowoczesne technologie pozwalają na szybsze postawienie diagnozy i szybszy zabieg operacyjny. Rodzi się pytanie, czy wydatki na służbę zdrowia muszą stale rosnąć? Istotny jest nie tylko wzrost nakładów, lecz także większa efektywność wydawanych środków. Stoimy przed sporymi wyzwaniami. Po pierwsze starzejące się społeczeństwa będą potrzebowały większych wydatków na opiekę zdrowotną i socjalną. Ważne jest także, aby te dwa systemy były ze sobą powiązane i coraz więcej krajów próbuje to robić. Po drugie należy położyć nacisk na efektywne technologie medyczne, a nie na te, które są uznawane za najnowocześniejsze czy najlepiej się sprzedają. W Unii Europejskiej wspieramy proces oceny tych technologii właśnie pod kątem ich efektywności. I w końcu należy zdecydować, jak płacić za te wydatki w przyszłości. Wydatki publiczne w krajach europejskich są znacznie wyższe niż te prywatne, co znacznie obciąża budżety poszczególnych państw. Ważne jest więc, aby procent wydatków prywatnych na ochronę zdrowia zwiększał się.

**Debata dotycząca zdrowia w obliczu wyzwań demograficznych będzie się koncentrowała na tym, aby ludzie żyli dłużej, cieszyli się lepszym zdrowiem i byli bardziej samodzielni.**

**Komisja Europejska przeznaczyła 446 mln euro na realizację programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego” w latach 2014–2020. Czy to nie zbyt skromne środki w obliczu takich wyzwań, jak poprawa stanu zdrowotnego obywateli UE, w tym osób starszych?**

Celem tego programu nie jest finansowanie działań w zakresie ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Jest to narzędzie do koordynacji i rozwoju polityk zdrowotnych w UE. Warto dodać, że w programach badawczych Unii przeznaczyliśmy





Fot. fotolia

ponad 8 mld euro w obszarze ochrony zdrowia. Wydatki na ten cel są przewidziane także w projektach krajowych i regionalnych programów operacyjnych negocjowanych z Komisją Europejską, natomiast nie wiemy jeszcze, jaka będzie wysokość tych wydatków. W poprzednim okresie programowania szacowaliśmy, że było to ok. 5 mld euro. Polska należała do tych krajów, w których suma nakładów na ochronę zdrowia była wysoka.

**W „Unii innowacji” – jednym z siedmiu projektów przewodnich strategii Europa 2020 – zapisano, że „Innowacje są najlepszym sposobem poradzenia sobie z najważniejszymi wyzwaniami, jakie stoją przed naszym społeczeństwem”, wśród których wymieniono m.in. zdrowie i starzenie się. Wiele nowych krajów członkowskich UE przeznaczają jednak wciąż niewielkie środki na badania i rozwój (w naszym kraju jest to zaledwie 0,9 proc PKB). Fundusze strukturalne na lata 2007–2013 w niewielkim stopniu wzmocniły polską innowacyjność. Czy są szanse, że w latach 2014–2020 będzie lepiej?**

W systemie ochrony zdrowia potrzebujemy przede wszystkim innowacji organizacyjnych. Natomiast w ob-

szarze zwiększenia nakładów na innowacje konieczne jest zbudowanie w Polsce środowiska sprzyjającego wprowadzaniu innowacji. Wszyscy zainteresowani poprawą konkurencyjności i innowacyjności polskiej gospodarki powinni brać udział w „partnerstwie dla innowacji”; rząd poprzez poprawianie regulacji i politykę proinnowacyjną, samorządy wojewódzkie koordynując budowę systemu innowacji, przedsiębiorcy poprzez rozwój, inwestowanie i wdrażanie innowacyjnych technologii, uczelnie i instytuty badawcze poprzez skuteczne wdrażanie systemów innowacji i transferu technologii, inwestorzy finansowi zwiększając wsparcie dla innowacyjnych przedsięwzięć, a samorządy lokalne tworząc przyjazne miejsca dla rozwoju firm innowacyjnych. Partnerstwo to sieć, która powinna połączyć wszystkich partnerów.

**Autorzy „Unii innowacji” podkreślają, że dla zapewnienia wysokiej jakości opieki rosnącej liczbie starzejących się Europejczyków potrzeba „wykwalifikowanej kadry o silnych motywacjach do pracy i łatwości przystosowywania się”. Główną motywacją są zarobki, co powoduje, że wiele pielęgniarek, rehabilitantów, opiekunów osób starszych z mniej zasobnych krajów UE szuka pracy w krajach bogatszych. Czy to nie gro-**

### **zi utrwalaniem modelu Europy „różnych prędkości” w zakresie opieki nad osobami starszymi?**

Nie tylko społeczeństwa starzeją się, ale także starzeje się personel medyczny i mamy problem z zastąpieniem tych, którzy przepracowali dziesiątki lat w tym zawodzie, przez osoby młodsze. Z drugiej strony borykamy się z wyjazdami tej kadry do krajów, w których są lepsze zarobki. Jest to migracja nie tylko do bogatszych krajów europejskich, ale także do Stanów Zjednoczonych. Aby ocenić, jaki to będzie miało wpływ na system ochrony zdrowia i opieki nad osobami starszymi, Komisja Europejska wspólnie z kilkunastoma krajami członkowskimi podjęła działania na rzecz stworzenia wspólnego systemu planowania zatrudnienia w tym obszarze. Z jednej strony mamy na przykład takie kraje jak Belgia, w których jest duża liczba lekarzy i część z nich ma problem ze znalezieniem pracy w tym kraju, a z drugiej strony takie kraje jak Polska czy Wielka Brytania cierpią na deficyt lekarzy. Warto przypomnieć, że w Polsce znacznie zmniejszyła się liczba lekarzy szukających pracy poza granicami kraju. O ile w roku 2005 ok. 6 tys. osób pobrało zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza (głównie z powodu chęci wyjazdu za granicę), to w ostatnich latach co roku wydawanych jest kilkaset takich dokumentów. Poprawiły się zarówno zarobki, jak i warunki pracy, niestety w przypadku pielęgniarek nie nastąpiła tak duża poprawa zarobków.

**Trwają intensywne prace nad lekarstwem zwalczającym wirusa Ebola. Prasa w Europie rozpisywała się na temat pielęgniarki z Madrytu, która zaraziła się tym wirusem, została wyleczona, ale nie wiadomo, który z podawanych środków jej pomógł. Komisja Europejska w dokumencie „Unia innowacja” zwraca uwagę, że konieczne są „przełomowe odkrycia w dziedzinie nowych terapii chorób zagrażających życiu, nowe rozwiązania na rzecz poprawy życia starszych ludzi”. W wielu krajach środki publiczne są przeznaczane jednak przede wszystkim na bieżące potrzeby służby zdrowia, a nie na przełomowe terapie.**

Ebola była traktowana jako choroba regionalna, rozwijająca się tylko w Afryce albo jako potencjalna broń bioterrorystyczna. Okazało się jednak, że na skutek bardzo słabych systemów ochrony zdrowia w Afryce Zachodniej ta epidemia wymknęła się spod kontroli i stała się problemem globalnym. Leki, które były przygotowywane do walki z tą chorobą, powstawały w małych ilościach w niewielkich firmach, głównie w ramach projektów finansowanych z programów ochrony przed bioterroryzmem. Staramy się stymulować innowa-

cje w przemyśle farmaceutycznym m.in. dzięki realizacji projektu „The Innovative Medicines Initiative” (IMI). Jest to największe na świecie partnerstwo publiczno-prywatne związane pomiędzy Komisją Europejską, wielkimi koncernami farmaceutycznymi, uniwersytetami i małymi firmami. Ta inicjatywa stała się wzorem dla całego świata. W ramach tego projektu są m.in. tworzone nowe generacje antybiotyków na te choroby, które uodporniły się na stosowane dotychczas antybiotyki.

**Receptą na poprawę sytuacji w dziedzinie badań medycznych i nowych terapii mogłyby być projekty realizowane w partnerstwie publiczno-prywatnym. W Polsce ten mechanizm działa bardzo słabo, jak można go pobudzić?**

Sukces IMI pokazuje, że chodzi przede wszystkim o stworzenie sprawnego ekosystemu, który obejmuje wszystkie elementy, w tym ochronę własności intelektualnej, i jest krojony na miarę każdego projektu. Bardzo istotne jest wzajemne zaufanie, które sprawia, że podmioty angażują się w to partnerstwo. Ważna jest także perspektywa szybkiego sukcesu. W przypadku IMI indeks cytowań w najlepszych czasopismach na świecie jest znacznie wyższy niż w innych tego typu badaniach. Te partnerstwa publiczno-prywatne zawiązują się także w innych obszarach, m.in. w nanotechnologiach, informatyce. Bardzo istotne w rozwijaniu innowacji jest także budowanie sieci współpracy między sektorem innowacyjnym firm a uniwersytetami czy instytutami badawczymi a regionami czy miastami. W Polsce tego typu działania są możliwe – jest to tylko kwestia wyobraźni. W Krakowie została niedawno zakończona budowa Parku LifeScience. Jeszcze 10 lat temu trzeba było przekonywać do takiej inwestycji, a dzisiaj władze województwa uczyniły z Life Science jeden z filarów Regionalnej Strategii Innowacji. Chciałbym przywołać przykład Danii, gdzie w jednym ze wschodnich regionów kraju szpital budowany przez władze regionu stał się ośrodkiem innowacji. Budowa takiej placówki jest wielkim wydatkiem i zadano sobie pytanie, czy nie można pobudzić innowacji lokalnych, np. jeśli chodzi o roboty do opieki nad ludźmi, nowy dizajn dla mebli szpitalnych, czy tworzenie nowych systemów zarządzania w służbie zdrowia. Inwestycja publiczna być może zaczątkiem budowania środowiska innowacyjnego. Także nowy system zamówień publicznych może się przyczynić do zmian. W tak zwanych innowacyjnych zamówieniach publicznych nie chodzi tylko o zakup towaru czy usługi, ale także o pobudzenie innowacji.

Rozmawiał: Jarosław Kostrzewa

# Srebrna gospodarka – element strategii rozwoju regionalnego

STANISŁAWA GOLINOWSKA\*



## Wprowadzenie

W państwowej strukturze rządu (*governance*) samorząd wojewódzki pełni kluczową rolę w kształtowaniu kierunków rozwoju regionalnego. Głównym instrumentem w pełnieniu tej roli jest opracowywanie wieloletnich wojewódzkich strategii rozwoju. Obowiązek opracowywania strategii rozwoju nałożony został na władze nowo powstałych regionów Ustawą o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r. Przyznanie samorządom regionalnym tej planistycznej funkcji stało się dla nich poważnym wyzwaniem.

Samorządy wojewódzkie mają już za sobą opracowywanie i przyjmowanie drugiej fali dokumentów strategicznych, a w niektórych województwach nawet trzeciej. Mają już doświadczenie, na podstawie którego mogą wyciągać wnioski nie tylko z procesu uczenia się opracowywania strategii w zgodzie z krajowymi i europejskimi standardami tego typu

\* Prof. dr hab. Stanisława Golinowska, autorka licznych prac z obszaru polityki społecznej, rynku pracy oraz ekonomiki zdrowia. Od wielu lat związana z Instytutem Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ w Krakowie oraz z Instytutem Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie, kierując kolejno obiema placówkami. Należy do grona założycieli fundacji CASE i jako jej *fellow* uczestniczy w licznych międzynarodowych gremiach eksperckich. Prowadziła liczne badania międzynarodowe oraz ekspertyzy w ramach projektów rządowych, Komisji Europejskiej oraz ONZ, a nie rzadko także małopolskiego samorządu terytorialnego.

dokumentów, co czynienia ich dokumentami o większym potencjale implementacyjnym.

W obecnej fazie planowania rozwoju regionalnego można już ocenić, że szczególnie wymagającym zadaniem jest wdrażanie opracowanych strategii. Wynika to przede wszystkim z wprowadzonego modelu reformy decentralizacyjnej w Polsce, w którym samorządy terytorialne tworzą autonomiczne, niezależne od siebie struktury władzy. W konsekwencji oddziaływanie samorządu wojewódzkiego na samorząd powiatowy i gminny może dokonywać się tylko metodami miękkimi, do których należy konsultowanie strategii, wciąganie obywateli do ich tworzenia (*partycypacja*), czy wykorzystywanie programów operacyjnych ze środkami funduszy strukturalnych, obejmujących projekty spójne terytorialnie.

Stosowanie miękkich instrumentów wdrażania strategii i planów prowadzi do tego, że już proces tworzenia strategii rozwoju zawiera szereg elementów implementacyjnych. Do nich należy:

- wnikliwe diagnozowanie sytuacji w celu wskazywania nie tylko problemów wymagających rozwiązywania w przyszłości, ale także wskazywania potencjałów rozwojowych regionu,
- wciąganie do pracy nad strategią instytucji wykorzystujących przyszłych jej beneficjentów,
- szerokie konsultowanie projektów strategii zarówno ze środowiskami opiniotwórczymi, jak i samorządami szczebla powiatowego i gminnego,
- tworzenie koalicji na rzecz wdrażania określonych w strategii priorytetów,

- monitorowanie realizacji strategii z uwzględnieniem wskazywania zarówno barier, jak i powodzeń i dobrych praktyk.

Pierwszy warunek, czyli wnikliwe diagnozowanie, nie zawsze jest wystarczająco spełniony, mimo że diagnostyczna część dokumentów strategii jest zwykle najobszerniejsza. Składa się na to wiele czynników. Jednym z nich jest brak w wielu województwach odpowiedniego zaplecza eksperckiego do sprostania temu zadaniu. Samorząd małopolski jest akurat pod tym względem dostatecznie zasobny i korzysta z bogatego zaplecza głównie uczelni krakowskich, ale także ośrodków pochodzących z innych miast regionu.

W prezentowanym artykule przedstawiamy doświadczenie z pracy nad opracowaną strategią rozwoju województwa małopolskiego w kontekście takiego diagnozowania problemów, które mogłyby być podstawą pewnego ukierunkowania rozwoju. W 2010 r. władze samorządu małopolskiego zaprosiły do współpracy interdyscyplinarny zespół ekspertów, praktyków oraz urzędników samorządu wojewódzkiego<sup>1</sup>, którego zadaniem miało być zdiagnozowanie sytuacji w zakresie rozwoju zasobów ludzkich w kontekście uniwersalnego procesu starzenia się populacji w Europie i wysokiej dynamiki tego procesu w nadchodzących latach w Polsce. W podtekście tego zadania zawarte było pytanie o to, jakie szanse rozwojowe ma regionalna gospodarka, gdy starzeje się jej społeczeństwo. W odpowiedzi powstało opracowanie<sup>2</sup> wskazujące na możliwość wdrożenia w Małopolsce koncepcji srebrnej gospodarki ze względu na specyfikę posiadanych zasobów ludzkich, jej względnej młodości i kwalifikacji, ze względu na walory przyrodnicze i posiadane zasoby naturalne (wody mineralne i mikroklimat), majątkowe (dobra infrastruktura drogowa, liczne zabytki i relatywnie bogate zasoby mieszkaniowe) oraz dotychczasowe trajektorie rozwojowe (usługi kulturalne, turystyczne i medyczne).

Koncepcja srebrnej gospodarki znalazła następnie odzwierciedlenie w innych pracach na temat rozwoju w Polsce. Na uwagę zasługują np. wyniki badań projektu systemowego „Wyrównywanie szans na rynku pracy dla osób w wieku 50+”, realizowanego w latach 2010–2014 na zlecenie Mini-

<sup>1</sup> W pracach zespołu pod kierunkiem Stanisławy Golinowskiej – uczestniczyli: Marek Benio, Marzena Dubiel, Martyna Feliks, Ewa Kocot, Tomasz Krzaczynski, Agnieszka Labus, Agnieszka Majkowska, Marcin Mikos, Magdalena Mrozek, Jolanta Perek-Białas, Witold Ponikło, Katarzyna Szczerbińska, Joanna Szuliborska, Paulina Zadka, Hanka Zaniewska. Z ramienia Urzędu Marszałkowskiego prace nadzorował Jacek Woźniak z pomocą Anety Widak.

<sup>2</sup> Prezentowane na lokalnych konferencjach i opublikowane w Małopolskich Studiach Regionalnych – S. Golinowska (red.), Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne, nr 2–3/ 19–20, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2010.

sterstwa Pracy i Polityki Społecznej przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich i Uniwersytet Łódzki, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, kierowanego przez Piotra Szukalskiego ([www.efs.gov.pl/analizyraportypodsumowania/documents/zmiany](http://www.efs.gov.pl/analizyraportypodsumowania/documents/zmiany)).

## I. Starzenie się jako uniwersalny problem społeczny i ekonomiczny

Proces starzenia się populacji w perspektywie ekonomicznej postrzegany jest głównie w kategoriach problemów dla wzrostu gospodarczego i obciążenia kosztami utrzymania osób starszych oraz zaspokajania ich specyficznych potrzeb ze środków publicznych. Ukazywane jest z jednej strony zmniejszanie się dopływu młodych zasobów pracy do rynku pracy jako konsekwencja zmniejszania się dzietności, a z drugiej – konieczność odpowiedniego zabezpieczenia materialnego znacznie większych ilościowo ‘nieprodukcyjnych’ grup ludności, posiadających kosztowne potrzeby zdrowotne i rehabilitacyjne. W pierwszym przypadku stawia się pytanie, jak rekompensować ograniczenie działania tego kluczowego czynnika wzrostu, jakim jest siła robocza, a w drugim – jak bilansować transfery społeczne, aby zachować równowagę finansów publicznych ogólnie oraz w przekroju międzygeneracyjnym. Na to jednostronne postrzeganie problemu współczesnej zmiany demograficznej używa się nawet terminu „demografia apokaliptyczna”<sup>3</sup>.

Odpowiedzi na dylematy wywołane zmianami ilościowych proporcji między generacjami prowadzą do poszukiwania sposobu na modyfikację międzygeneracyjnych transferów ekonomiczno-finansowych w imię solidarności pokoleń. Główny z podejmowanych kierunków działań polega na wydłużaniu aktywności zawodowej wraz z wydłużaniem trwania życia, co nie jest wyłącznie działaniem regulacyjnym. Wymaga istotnego wysiłku w zwiększaniu tzw. zatrudnialności starszych zasobów pracy pod względem ich sprawności i kwalifikacji. Kierunek bardziej kompleksowy – nazwany srebrną gospodarką – polega na ukierunkowaniu podaży odpowiednio do zmieniających się do potrzeb różnych grup osób starszych, aby stały się źródłem aktywizacji gospodarczej.

Populacja osób starszych to nie jest homogeniczna grupa. W programach na rzecz starszej populacji wyróżnia się zwykle trzy grupy wiekowe: 50–60/65 lat, 60/65–75 lat i powyżej 75 lat. Te trzy fazy starzenia się związane są z innymi potrzebami na tle innej fazy cyklu życia oraz realizowanych funkcji społecznych. Dostrzeganie zróżnicowania populacji

<sup>3</sup> E.M. Gee, G. Gutman (eds.), *The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges and Social Policy*, Toronto 2000: Oxford University Press.



Fot. fotolia

osób starszych pod względem jej cech i potrzeb jest istotnym argumentem w dostrzeganiu problemu zmiany demograficznej jako neutralnego procesu przemian, bez dramatyzowania i sugerowania gwałtownych reform w dziedzinie transferów społecznych. To podejście mieści się w szerszej koncepcji analizowania przemian z perspektywy cyklu życia i postrzegania starzenia się populacji jako w gruncie rzeczy pozytywnego procesu przezwyciężania chorób i wydłużania życia ludzi.

### 3. Koncepcja srebrnej gospodarki

Pojęcie srebrnej gospodarki (*silver economy*) ma dwa znaczenia. Pierwsze, nazywane neutralnym czy opisowym, polega ukazywaniu gospodarki ewoluującej w kierunku potrzeb starszej populacji bez jej specjalnego – interwencyjnego – ukierunkowywania. Drugie ukazuje możliwość wykorzystania starzenia się populacji do takiego ukierunkowania rozwoju, w którym zmiana struktury potrzeb ludności oraz pewien wzrost ich aktywności mogłyby stać się źródłem postępu i wzrostu gospodarczego.

Opisując srebrną gospodarkę w pierwszym znaczeniu, dostrzega się, że podmioty gospodarcze **dostrzegają w se-**

**niorach atrakcyjnych klientów:** grupę szybko rosnącą liczebnie, posiadającą znaczną siłę nabywczą, charakteryzującą się stałością preferencji nabywczych (wysoką lojalnością wobec produktu i marki), nabywającą produkty tzw. sektorów schodzących (rzemiosło lub branże gospodarki produkujące 'niemodne' lub konserwatywne technicznie produkty). Firmy zaczynają wówczas modyfikować produkcję, aby zwiększyć użyteczność wyrobów dla tej grupy wieku (np. łatwość korzystania). Pojawiają się następnie kierunki produkcji nowych wyrobów, ale specjalnie zaprojektowanych dla osób starszych.

**Pojęcia srebrnej gospodarki coraz częściej używa się także w drugim znaczeniu.** Uwaga jest wtedy skoncentrowana z jednej strony na potrzebach i popycie starszej populacji, a z drugiej – na jej cechach, które można i należy wykorzystać do wyższej aktywizacji i samodzielności. Przyjmuje się przy tym, że wzrost aktywności i społecznej integracji osób starszych jest warunkiem lepszego zaspokajania ich potrzeb, sprzyjając wyższej jakości nie tylko ich życia, ale całego społeczeństwa.

Ekspert i propagatorzy srebrnej gospodarki twierdzą, że starsza populacja w przyszłości, także tej najbliższej, to populacja inna pod względem struktury społecznej niż se-

niorzy w okresach wcześniejszych; znacznie lepiej wykształcona i mobilna, a przy tym żyjąca w lepszych warunkach i w świecie dostępnej powszechnie informacji. Seniorzy najbliższych lat mają szansę być znacznie bardziej aktywni jako pracownicy, producenci, a przede wszystkim – konsumenci. Aby tendencja ta była powszechna – trzeba bardziej zainwestować w rozwiązania dostosowane do tej grupy. Dla grupy młodszych seniorów – w przyjazne warunki pracy, przyjazną infrastrukturę transportową i wdrożenie stylu pracy w firmach zwanego równowagą praca – życie. Dla grupy seniorów na emeryturze – budowanie dostosowanych mieszkań i przyjaznej infrastruktury lokalnej. Dotychczasowe tendencje: rozwój wielkich sieci handlowo-usługowych oraz wirtualizacja transakcji, wymagają rozwiązań równoległych: lokalnych i mniejszych ośrodków, w których możliwe będą tradycyjne usługi, zakupy i kontakty. Dla najstarszych – regulacje i rozwiązania umożliwiające zarówno domową opiekę pielęgnacyjną i socjalną, jak i stacjonarne usługi długoterminowe.

Najwcześniej w Europie o srebrnej gospodarce zaczęto dyskutować i pisać w Niemczech. Do całościowego wyartykułowania koncepcji przyczynił się piąty ekspercki raport o sytuacji starszych osób w Niemczech zlecony przez niemieckie ministerstwo ds. rodziny, seniorów, kobiet i młodzieży<sup>4</sup>, w którym jednoznacznie postuluje się działania na rzecz srebrnej gospodarki. Nota bene wiele odniesień i przykładów pochodzi z Japonii, w której od pewnego już czasu mają miejsce działania podejmowane w ramach tzw. srebrnego rynku (*silver market*). Cechy i kierunki rozwoju srebrnej gospodarki zostały przedstawione przez grupę europejskich ekspertów i przyjęte jako tzw. Bońska Deklaracja, wskazując, że aktywne przygotowanie gospodarki do nowych proporcji demograficznych jest szansą na poprawę jakości życia, wzrost ekonomiczny i konkurencyjną Europę (*Bonn Declaration for the Silver Economy as an Opportunity for Quality of Life, Economic Growth and Competitiveness in Europe*)<sup>5</sup>.

Bońska Deklaracja wywoła szereg inicjatyw, do których należy między innymi stworzenie sieci europejskich regionów zainteresowanych srebrną gospodarką oraz organizowanie stałych konferencji, pozwalających na wymianę informacji, wyników badań oraz ukazywaniem dobrych praktyk. Wokół tych inicjatyw powstało kilka badań i raportów, w których trzy tematy są częściej przedmiotem rozważań: rynek produktów finansowych zorientowanych na starszego klienta, podaż i dostęp do nowych technologii informacyjnych dla

4 Bundes Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Bericht der Sachverständigen –Kommission, Berlin 2005.

5 [www.silvereconomy-europe.org](http://www.silvereconomy-europe.org).

osób starszych oraz rynek nieruchomości dla starszych gospodarstw domowych.

## 4. Potencjał ekonomiczny starszej populacji

Wraz z wiekiem potencjał ekonomiczny starszej populacji, czyli zdolność do wysoko wydajnej pracy i tworzenia produktu narodowego oraz do wykonywania ról społecznych na dotychczasowym poziomie, zmniejsza się i zmienia. Sprawność poszczególnych organów oraz funkcje umysłowe i psychofizyczne człowieka ulegają obniżeniu. Mimo tej naturalnej tendencji tempo zmian jest różne, uwarunkowane także zachowaniem (styl i poziom życia) oraz wpływami środowiska. To oznacza, że istnieje możliwość przedłużania aktywności życiowej proporcjonalnie do indywidualnego tempa zmian biologicznych organizmu. Oznacza to jednak podjęcie pewnego wysiłku na rzecz „zdrowego starzenia się” zarówno w wymiarze indywidualnym, społecznym, jak i publicznym.

Potencjał ekonomiczny starszej populacji obejmuje zarówno możliwość zwiększonego niż dotychczas włączenia się tej grupy ludności w tworzenie pracy, wzrost zatrudnienia oraz aktywność społeczną, a także inny i znaczny popyt w późniejszej fazie życia.

### Aktywność zawodowa

Wzrost potencjału ekonomicznego starszej populacji polega w zasadniczej mierze na przedłużeniu aktywności zawodowej w pierwszej fazie procesu starzenia. Programy społeczno-ekonomiczne adresowane obecnie do tej grupy ludności mają na celu podtrzymywanie zatrudnienia nie tylko do emerytury, ale także później, wraz z ustawowym przesuwaniem granicy wieku emerytalnego. Z jakimi rezerwami mamy tu do czynienia?

Aktywność zawodowa ludności spada znacząco około pięćdziesiątki. Stopa zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata jest w krajach europejskich przeciętnie niższa o ponad 20 punktów procentowych niż ludności w całym statystycznym okresie aktywności (15–64 lata)<sup>6</sup>. W końcówce minionej dekady w stosunku do jej początku różnica ta zmniejszyła się i wynosi około 18 punktów procentowych. W Polsce różnica ta była i jest nadal duża; wynosi około 25 punktów procentowych

6 W krajach Unii Europejskiej (EU 27) przeciętna stopa zatrudnienia osób w wieku 15–64 szacowana na podstawie danych aktywności ekonomicznej ludności (*labour force survey*) wynosi obecnie (2010 r.) 65%, a dla osób w wieku 55–64 nieco ponad 46% (GUS, BAEL 2011).

i nie zmniejsza się<sup>7</sup>. Szczególnie niska jest stopa zatrudnienia kobiet w wieku 55–64 lata; w 2010 r. o 21 punktów procentowych niższa niż mężczyźni, gdy jeszcze w 2003 r. różnica ta wynosiła 15 punktów procentowych<sup>8</sup>.

Wzrost aktywizacji zawodowej osób w tzw. wieku niemobilnym stał się priorytetem wielu programów społecznych adresowanych do ludności w pierwszej fazie procesu starzenia się. Najszerzy, jak dotąd, polski program aktywizacyjny „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”, przyjęty przez rząd na lata 2009–2012<sup>9</sup> ukierunkowany został z jednej strony na przekonywanie i zachęcanie pracodawców do podtrzymywania zatrudnienia i zatrudniania osób po pięćdziesiątce, a z drugiej – na podnoszenie tzw. zatrudnialności (*employability*) tych osób przez podnoszenie ich kwalifikacji i umiejętności oraz motywacji do pracy. Nie bez znaczenia dla powodzenia programu mają regulacje prawne zakazujące dyskryminacji zatrudniania i wynagradzania, stosowania mobbingu w pracy, czy podnoszenia wieku emerytalnego.

Komponent programu związany ze zdrowiem dotyczył rozszerzenia badań identyfikujących ryzyko zagrożenia zdrowia w wieku niemobilnym i wprowadzania działań prewencyjnych w środowisku pracy. Ze względu na ograniczony zakres programu i trudności w szerszej jego ekspansji (pozostaje w gestii jednego resortu, czyli MPiPS) nie wydaje się, aby jego działania zmieniły dotychczasowy trend, chociaż wprowadzają pewien ruch społeczny wokół zadań programu.

Powodzenie programu wzrostu aktywizacji zawodowej osób w wieku demograficznie niemobilnym zależy istotnie od jego kompleksowości, odpowiednio do przyczyn wcześniejszego wychodzenia z rynku pracy. Z jednej strony programy te powinny włączać się w nurt działań na rzecz tworzenia pracy, wzrostu zatrudnienia oraz poprawy warunków pracy, z drugiej – na rzecz wzrostu zatrudnialności osób około 50-letnich (kształcenie i zdrowy styl życia), a z trzeciej – w nurt programów wspomagających rodzinę przez rozwój usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz szerzej – programów równoważących sferę pracy i prywatnego życia (*work-life balance*).

### **Kariera zawodowa i wynagrodzenia**

Typowy dotychczas przebieg karier zawodowych pokazuje, że w wieku około 50 lat osiąga się przeciętnie szczyt swych możliwości i jednocześnie najwyższe wynagrodzenie z pracy.

7 Gdyby w Polsce przynajmniej o 10 punktów procentowych wzrosła stopa zatrudnienia osób 50+, to nastąpiłaby znacząca poprawa wskaźników na wielu obszarach, skutkując wzrostem PKB.

8 GUS BAEL 2011.

9 [www.analizy.mpips.gov.pl](http://www.analizy.mpips.gov.pl).

Z badań porównawczych wynika, że przyrost wynagrodzeń jest najwyższy po 20 i więcej latach pracy – około pięćdziesiątki i dotyczy to większości krajów „zachodniego świata”, a szczególnie Europy. Tylko w Wielkiej Brytanii szczyt zarobków przypada na okres wcześniejszy – około 40 lat. W nowych krajach członkowskich szczyt wynagrodzeń dotyczy osób zaledwie trzydziestoparoletnich, a osób szczególnie młodych – w Estonii<sup>10</sup>. W Polsce staż pracy ma ciągle wysokie znaczenie w wyznaczaniu płac, ale zakres osób pracujących w starszym wieku jest bardzo niski.

Zgodnie z teoriami w dziedzinie zarządzania zasobami pracy, po osiągnięciu szczytowej pozycji zawodowo-ekonomicznej następuje trudny okres starań o jej utrzymanie. Indywidualne, a nawet grupowe doświadczenia mogą być oczywiście inne od typowego przebiegu, zależnie głównie od wykształcenia oraz posiadanych kwalifikacji wzmocnionych wysokim na nie popytem.

Polskie doświadczenia okresu transformacji spolaryzowały przebieg losów zawodowych populacji w wieku demograficznie niemobilnym. Z jednej strony nastąpił spadek popytu na tradycyjne zawody w przemyśle i rzemiośle i powstało zagrożenie wzrostem bezrobocia dla tych grup pracowników. Zaczęli zatem opuszczać rynek pracy lub zmieniać zawód. Z drugiej strony – przyspieszeniu uległa kariera zawodowa osób o wysokich kwalifikacjach, tzw. fachowców i doświadczonych w sferze zarządzania w niektórych branżach gospodarki. Jako że ich wynagrodzenia znacząco wzrastały, grupa ta zaczęła „dyktować” model kariery oparty zarówno na wysokich kwalifikacjach i umiejętnościach, jak i doświadczeniu. Młodzi absolwenci szkół byli znacznie mniej atrakcyjni ze względu na brak doświadczenia.

### **Oszczędności i majątek**

Teoria cyklu życia dotycząca prawidłowości w oszczędzaniu sformułowana przez amerykańskiego ekonomistę włoskiego pochodzenia Franco Modiglianego zakłada, że jednostki i gospodarstwa domowe dążą do wyrównanego poziomu konsumpcji w ciągu całego życia<sup>11</sup>. Młodzi ludzie, którzy zarabiają niewiele, zaciągają raczej kredyty (na przykład na mieszkanie, jego wyposażenie i samochód), wydają więc więcej, niż zarabiają. W średnim wieku osiągają najwyższe dochody, spłacają kredyty z młodości i jeszcze oszczędzają na starość. Ich oszczędności są dodatnie i wysokie. Kiedy jako emeryci opuszczają rynek pracy, żyją ze środków zgromadzonych w młodości i w wieku średnim na kontach

10 *Earnings statistics: Further Eurostat information. Main Tables and Database*, Eurostat 2010; [www.epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics](http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics).

11 (A. Ando, F. Modigliani, *The Life-cycle Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests*, „American Economic Review”, vol. 53, No 1 (March 1963), s. 55–84.

emerytalnych oraz z własnych oszczędności. Ich oszczędności są wtedy coraz bardziej ujemne.

Teorii Modiglianiego badania empiryczne nie potwierdzają w pełni<sup>12</sup>. W odniesieniu do osób starszych okazuje się bowiem, że ta grupa ludności raczej konsumuje mniej niż wynoszą jej dochody, szczególnie że w większości krajów środki na bieżącą konsumpcję pochodzą z powszechnych ubezpieczeń społecznych. W konsekwencji osoby starsze nadal oszczędzają, odkładając świadomie na potrzeby związane ze zdrowiem, opieką i odejściem (teorie oszczędności rezerwowych). Z danych i analiz *Luxembourg Welath Study*<sup>13</sup> wynika, że mimo zróżnicowania wzorów oszczędzania według krajów (w USA generalnie oszczędza się znacznie mniej niż w Niemczech), osoby starsze należą zawsze do grup najbardziej przezornych i o najniższym zadłużeniu. Ponadto w krajach dobrobytu osoby starsze posiadają znaczny majątek, co stanowi zabezpieczenie na sytuację nagłego wzrostu pewnych potrzeb, wymagających uruchomienia dodatkowych środków.

W Polsce osoby starsze także oszczędzają i to nie tylko te posiadające wyższe dochody. Ten fakt interpretowany jest jako działanie niepewności. Mimo relatywnie stabilnego systemu emerytalnego, który nawet w najtrudniejszych latach transformacji nie zawiodł, starania emerytów o posiadanie jakiejś rezerwy dochodowej są wyraźne. Badania wskazują przy tym, że osoby starsze, posiadające mniejszą skłonność do ryzyka, oszczędzają głównie w formie depozytów bankowych, a następnie – w funduszach inwestycyjnych<sup>14</sup>. Nota bene ten sposób oszczędzania jest charakterystyczny dla szerszej populacji w Polsce, ciągle sceptycznej wobec innych produktów rynku finansowego.

## 5. Potrzeby i konsumpcja starszej populacji

Dostrzeganie procesu starzenia w kontekście ekonomicznym uwzględnia także utrzymywanie się dotychczasowego poziomu konsumpcji, mimo zmniejszenia dochodów z pracy. Na wykresie obok widoczna jest charakterystyczna relacja między dochodami i konsumpcją w cyklu życia. Dane do analizy pochodzą z dwóch grup krajów: rozwiniętych i rozwijających się. Wyniki analizy ukazują rosnącą krzywą konsumpcji w starszych grupach wieku w krajach o wysokich dochodach ludności.

<sup>12</sup> Na gruncie ekonomii behawioralnej wyjaśnia to Piotr Bańbula (2006).

<sup>13</sup> *Growing unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, OECD, Paris 2008.

<sup>14</sup> G. Rytłewska, A. Kłopocka, *Wpływ czynników demograficznych na poziom i strukturę oszczędności gospodarstw domowych w Polsce*, „Bank i Kredyt” 41 (1), 2010, s. 57–80.

Badania ukazujące utrzymujący się lub wzrastający poziom konsumpcji oraz specyficzny popyt osób starszych dowodzą opłacalności rozwoju produkcji zorientowanej na potrzeby seniorów. Współczesna gospodarka opiera się głównie, jak dotychczas, na potrzebach młodszej populacji, która jest znacznie bardziej dynamiczna, poddaje się modzie i naśladownictwu, akceptuje nowe technologie i jej skłonności konsumpcyjne są generalnie większe<sup>15</sup>.

Wraz z wiekiem popyt zmienia się nie tylko strukturalnie (inne potrzeby są decydujące w jego kształtowaniu: mieszkanie i opłaty z nim związane oraz ochrona zdrowia stają na czele hierarchii wydatków), ale zmienia się także podejście do konsumpcji. Konsumpcja jest wprawdzie mniej dynamiczna, ale wzrasta znaczenie jakości produktów oraz dostosowanie do bardziej zindywidualizowanych wymagań. Ten fakt przy rosnącej liczbie klientów w wieku niemobilnym i starszym spowodował odkrycie „srebrnego rynku”, gdzie dobra jakość i dostosowanie produktów tworzy nowe wzornictwo, nowe technologie i nowe linie produkcyjne. Proces starzenia się staje się źródłem innowacji<sup>16</sup>.

Na srebrnym rynku produkty muszą też być tworzone bardziej efektywnie. Muszą być nie tylko wysokiej jakości i bezpieczne ze względu na zdrowie, ale także relatywnie tanie. Zwiększa się czas zakupu ze względu na poszukiwanie odpowiednich produktów. Na srebrnym rynku wzrasta rola usług w stosunku do produktów.

Te ogólne tendencje dotyczące zmian popytu pod wpływem wieku są zróżnicowane ze względu na wykształcenie i dochody. Przy wyższych dochodach konsumpcja jest dłużej „młoda”, a przy wyższym wykształceniu bardziej ukierunkowana na produkty o wysokiej jakości. Wpływ wykształcenia i dochodów odzwierciedlają międzynarodowe porównania konsumpcji osób w średnim i starszym wieku. W krajach zamożnych konsumpcja lepiej wykształconych osób w wieku przedemerytalnym jest zaraz po wyjściu z rynku pracy generalnie wyższa niż przeciętnie, a w dziedzinie rekreacji, kultury i zdrowia – znacznie wyższa.

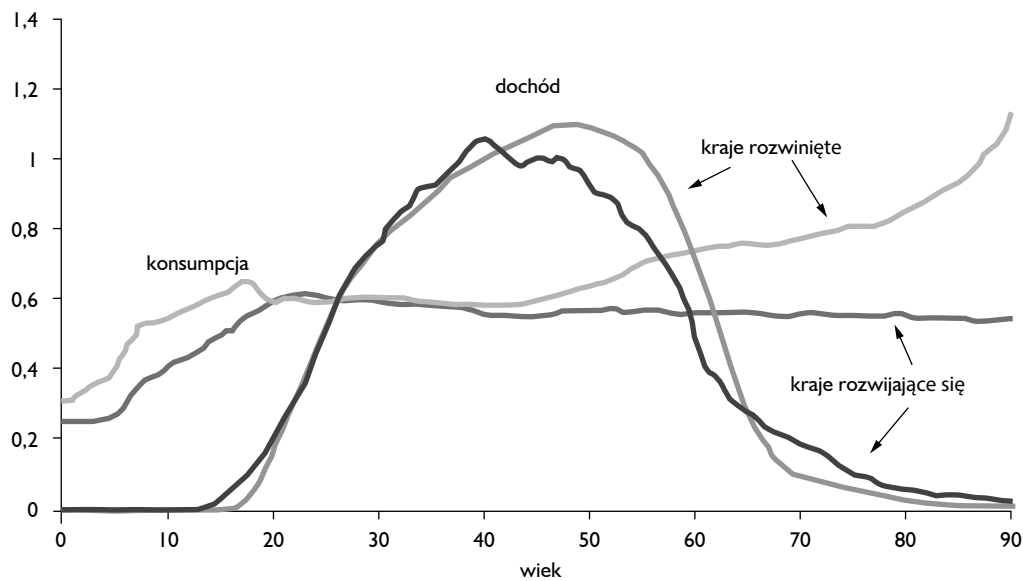
Analizy zachowań konsumpcyjnych w Polsce w ciągu ostatnich dwudziestu lat zwracają uwagę na wysoką skłonność do konsumpcji całej populacji, także osób starszych (emerytów)<sup>17</sup>. Jak wynika z badań, wyższa skłonność osób pracujących do konsumpcji, a mniejsza do oszczędzania, była szczególnie widoczna w latach 90. XX wieku. Atrakcyjna

<sup>15</sup> A. Olejniczuk-Merta, *Młodzi konsumenci w procesach transformacji rynkowej*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.

<sup>16</sup> B. Oestlund, *Silver Age Innovators: A New Approach to Old Users*, in: Kohlbacher (eds.), *The Silver Market Phenomenon: Marketing and Innovation in the Aging Society*, Springer, 2011.

<sup>17</sup> Cz. Bywalec, *Konsumpcja a rozwój gospodarczy i społeczny*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.





Wykres: Relacja dochodu z pracy i konsumpcji w cyklu życia

Wyjaśnienia: analizowane kraje rozwinięte (o wysokich dochodach ludności) to: Niemcy, Japonia, Austria, Finlandia, Szwecja i USA, a kraje rozwijające się (o niskich dochodach ludności) to: Kenia, Nigeria, Indie, Filipiny, Chiny i Indonezja

Źródło: R. Lee, A. Mason, *Introducing Age into National Accounts*, 2010; <http://ntaccounts.org/doc/repository/Vol%20I%20C3.pdf>

oferta rynkowa „uwodziła” konsumentów doświadczających wcześniej deficytów gospodarki niedoboru, a budzących zaufania produktów instytucji finansowych jeszcze nie było w dostatecznej skali. W następnej dekadzie nie tyle produkty inwestycyjne, co kredytowe zdobyły popularność, zwiększając konsumpcję – także osób starszych.

Jak dowodzą analizy o relacjach między konsumpcją a oszczędnościami<sup>18</sup> – to stałość dochodu w dłuższym okresie jest czynnikiem sprzyjającym wzrostowi konsumpcji (i zmniejszaniu skłonności do oszczędzania). Emeryci mają ten dochód – póki co – zagwarantowany przez system ubezpieczeń społecznych. Nic więc dziwnego, że, jak wynika z sygnałów rynkowych, popyt na kredyty konsumpcyjne dla osób po sześćdziesiątce jest widoczny, a banki „lubią” emerytów jako swych klientów.

## 6. Miejsce sektora zdrowotnego w srebrnej gospodarce

Rola sektora zdrowotnego w koncepcji srebrnej gospodarki postrzegana jest w dwóch sferach. Z jednej strony – w rozwoju rynku produktów medycznych, niezbędnych w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych osób starszych. Cho-

dzi tu zarówno o leki i suplementy diety, jak i o urządzenia wspomagające funkcje niektórych organów oraz sprzęt rehabilitacyjny, dostosowany do ograniczonej sprawności osób starszych. Z drugiej strony – w rozwoju usług zdrowotnych, zarówno o charakterze prewencyjnym, jak i leczniczym oraz pielęgnacyjnym.

Rynek produktów medycznych jest coraz bardziej wymagający, tworząc szeroką przestrzeń dla innowacji. Jego rozwój w znacznym stopniu zależy od finansowania zakupów tych produktów. W jakim zakresie fundusze publiczne mogą być tu obecne – będzie zawsze zadawanym pytaniem bez jednoznacznej odpowiedzi. Tendencje finansowania tych produktów wskazują, że jest to coraz bardziej finansowanie mieszane lub całkowicie prywatne<sup>19</sup>. Na rynku produktów medycznych coraz częściej obecne są także produkty innych branż dostosowane do specyficznych potrzeb osób starszych (np. aparaty telefoniczne prostsze w obsłudze i z klawiaturą z dużymi literami). Im bardziej przyjaźnie zostaną zaprojektowane, na tym większy sukces mogą liczyć producenci.

Rynek usług zdrowotnych dla osób starszych to rynek z dominacją leczenia chorób przewlekłych oraz rynek usług pielęgnacyjnych. W tej sferze mamy do czynienia z opóźnieniami reakcji na potrzeby zdrowotne osób starszych.

<sup>18</sup> B. Liberda, *Oszczędzanie w Polsce, Raporty CASE* nr 28, 1999.

<sup>19</sup> *Growing unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, OECD, Paris 2008.

Mimo oczywistych zmian epidemiologicznych wywołanych procesem starzenia się populacji, ani kształcenie w zawodach medycznych, ani rozwój placówek zdrowotnych nie nadążają za potrzebami starszych pacjentów. W odniesieniu do kształcenia jest to tendencja uniwersalna<sup>20</sup>, ale w krajach o niskim poziomie finansowania ochrony zdrowia, a Polska do takich należy, powstaje luka zagrażająca dalszej poprawie poziomu życia i to nie tylko osób starszych.

Rozwój placówek usług zdrowotnych jest silnie uwarunkowany istnieniem odpowiedniej skali zasobów kadr medycznych. Potrzeby zdrowotne starszej populacji nie są wystarczającym impulsem dla ukierunkowywania kształcenia w odpowiednich specjalnościach, niezbędnych w skutecznej opiece nad starszymi pacjentami. Potrzebne są dodatkowe stymulatory: silne poparcie społeczne oraz interwencje polityków, umożliwiające zastosowanie korzystnych motywacji służących potrzebnym wyborom w edukacji medycznej.

Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych starszej populacji wymaga nowej koncepcji instytucjonalnej, pozwalającej starszym osobom na łatwy dostęp do trafnej i zdrowotnie efektywnej usługi. Analogicznie jak w przypadku poradni zdrowia dziecka, potrzebne są poradnie zdrowia seniora prowadzone przez specjalistów w geriatric. Poradnie powinny być bardziej kompleksowe niż centra zdrowia dla innych grup ludności. Obok funkcji leczniczych powinny obejmować doradztwo w zakresie żywienia i stylu życia oraz pomocy socjalnej i psychologicznej, usługi rehabilitacyjne, a także, w podstawowym zakresie, usługi informacyjne i edukacyjne. Projekt takiego centrum powinien być na tyle uniwersalny, aby mógł stać się standardem opieki zdrowotnej dla osób starszych. Wzorem mogą być kanadyjskie ośrodki, wśród których za dobrą praktykę można uznać centrum w Halifax w Nowej Szkocji.

Ochrona zdrowia w koncepcji srebrnej gospodarki wymaga znacznie większej integracji systemu niż to ma miejsce obecnie. Chodzi przy tym nie tylko o integrację działań *stricto* medycznych, ale także socjalnych i opiekuńczych.

20 J. Frenk J. i inni (Lincoln Chen, Zulfi qar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Barry Kistnasamy, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Srinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Serwadda, Huda Zurayk The Lancet Commission) (2011), *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, The Lancet Commission.

## 7. Regionalny charakter srebrnej gospodarki

Aktywna koncepcja srebrnej gospodarki ma raczej charakter regionalny. Oznacza to, że tylko w niektórych miejscach istnieją zasoby możliwe do uruchomienia w celu ukierunkowania rozwoju na potrzeby osób starszych. Nie oznacza to jednak, że ukierunkowanie to zaadresowane jest głównie do populacji danego regionu. Dynamiczny rozwój srebrnej gospodarki wymaga szerszego zakresu – zdecydowanego wyjścia z produkcją ponad region. Ponadto nie musi wynikać z wyprzedzających zmian demograficznych, czyli większego zaawansowania procesu starzenia się w danym regionie. Przeciwnie. Srebrna gospodarka jako koncepcja rozwoju powinna być rozważona raczej w regionach młodszych demograficznie, w których istnieje demograficzny potencjał jej uruchomienia i obsługi.

Dotychczasowe przykłady ukierunkowywania rozwoju na typ srebrnej gospodarki zwracają uwagę na wymienione niżej cechy regionu, który jest bardziej doń predestynowany.

- Istnieją zasoby pracy – region nie cierpi na brak siły roboczej.
- Istnieje rozwinięte szkolnictwo zdolne do kształcenia specyficznych kadr potrzebnych srebrnej gospodarce.
- Region nie jest monokulturowy pod względem produkcyjnym. Istnieje w regionie szeroka oferta produkcyjna ze znaczną tradycją rzemiosła i małych firm, posiadających łatwość dostosowywania produkcji do silnie zindywidualizowanych potrzeb osób starszych.
- Istnieje w regionie odpowiednia infrastruktura transportowa i komunikacyjna lub plany jej rozwoju są dostosowane do korzystania przez osoby starsze i z ograniczoną sprawnością.
- Istnieje lub jest planowane odpowiednie zagospodarowanie przestrzeni publicznej, tak aby osoby starsze i z ograniczeniami sprawności mogły w pełni uczestniczyć w życiu publicznym.
- Istnieje potencjał kadrowy dla uruchomienia licznych placówek ochrony zdrowia, w tym rehabilitacji.



Fot. fotolia

- Istnieją podstawy do rozwoju odpowiednich instytucji opieki dla osób w podeszłym wieku; zarówno opieki domowej, jak i stacjonarnej.
- Istnieją zasoby do uruchomienia turystyki zdrowotnej i przyjaznej dla osób starszych.
- Istnieją zasoby i zdolność do orientacji usług kulturalnych także na potrzeby osób starszych.

Rozwój srebrnej gospodarki w regionie wymaga instytucjonalnej odpowiedzialności za wdrożenie koncepcji i koordynację podejmowanych działań zarówno na szczeblu władz regionalnych ogólnie, jak i w podstawowych komórkach branżowych. Szczególnym problemem jest natomiast oddziaływanie władz regionalnych na szczeble lokalne. Zasadnicze działania w ramach koncepcji srebrnej gospodarki podejmowane są bowiem lokalnie. W sytuacji, w której szczebel regionalny ma słabe narzędzia bezpośredniego oddziaływania na szczeble lokalne, tak jak to ma miejsce w Polsce, niezbędne jest rozważenie wszelkich sposobów wpływania na decyzje lokalne w zgodzie z regionalną koncepcją srebrnej gospodarki.

## 8. Przykłady koncepcji strategii srebrnej gospodarki w ramach regionalnych strategii i programów rozwoju

Niewiele przykładów programowania rozwoju regionalnego można zaprezentować jako jednoznacznie zgodnych z kompleksową koncepcją srebrnej gospodarki, mimo że ostatnie lata przyniosły w Europie wiele inicjatyw wspierających rozwój potrzeb starszej populacji. Wydaje się, że jako koncepcyjnie jednoznaczne można by przedstawić dwie inicjatywy. Jeden przykład dotyczy kraju niemieckiego Północnej Nadrenii – Westfalii (Nordrhein – Westfalen), a drugi polskiego regionu Małopolska.

### ***Inicjatywa z Północnej Nadrenii – Westfalii (Nordrhein – Westfalen)***

Na początku nowej dekady XXI wieku zaczęto w Niemczech podejmować inicjatywy mieszczące się w koncepcji srebrnej gospodarki. Nastąpiło przejście od fazy rozważań

i dyskusji do działania<sup>21</sup>. Za pierwszą inicjatywę można uznać powstały w 2000 r. projekt gospodarki dla seniorów w Północnej Nadrenii – Westfalii (*Seniorenwirtschaft NRW*)<sup>22</sup>. W 2002 r. został on zinstytucjonalizowany. Przy krajowym rządzie powstała organizacyjna komórka do spraw projektu „gospodarka seniorów” ze wskazanymi przekrojowo zadaniami, nastawionymi na realizację dwóch zasadniczych celów: (1) poprawy jakości życia przez dostęp do produktów i usług dostosowanych do potrzeb osób starszych, (2) mobilizację siły nabywczej osób starszych. Ten drugi cel był eksponowany w kontekście krytycznej oceny zbyt niskiej konsumpcji osób starszych, która tradycyjnie stawiana jest na drugim miejscu sposobu życia seniorów – po oszczędnościach. Przyjmowano, że dzięki realizacji tych celów poprzez różne działania promocyjno-motywacyjne powstanie impuls dla tworzenia nowych miejsc pracy, wzrośnie konkurencyjność firm, a kraj Północnej Nadrenii Westfalii stanie się w Europie rozpoznawalny dzięki kompetencjom w zaspokajaniu potrzeb osób starszych i będzie z tego korzystał.

W pierwszym kroku realizacji inicjatywy rozpoznano i określono główne obszary działań, zasadnicze dla rozwoju srebrnej gospodarki w tym niemieckim kraju. Były to następujące obszary czy branże gospodarki<sup>23</sup>:

- mieszkalnictwo;
- handel, usługi i rzemiosło;
- jakość produktów i usług;
- podróże, transport;
- kultura i czas wolny.

Co wydaje się charakterystyczne dla tej inicjatywy, to silne powiązanie działań na rzecz poprawy jakości życia osób starszych z aktywizacją gospodarczą regionu ze zdecydowanym priorytetem dla stymulowania gospodarki mieszkaniowej. Konkretnie inicjatywy z mieszkaniowego obszaru dotyczyły po pierwsze – dostosowanego i przyjaznego osobom z obniżającą się sprawnością budownictwa mieszkaniowego. Projektowanie inteligentnych w tym aspekcie mieszkań, ich promowanie i finansowe wspieranie stanęło na czele inicjatywy. Po drugie – projektów budynków z częściowo zbiorowym wykorzystywaniem powierzchni na cele usługowe (pralnie, jadalnie, pomieszczenia rehabilitacyjne i czytelnio-kawiarnie z dostępem do Internetu). Po trzecie – projektów domów seniora zbiorowej opieki stacjonarnej

21 J. Hilbert, *Die Initiative Seniorenwirtschaft in Nordrhein-Westfalen*, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen 2006.

22 Za przykładem Północnej Nadrenii Westfalii poszły inne kraje niemieckie: Saksonia i Dolna Saksonia.

23 Wieland: [www.seniorenwirt.de](http://www.seniorenwirt.de).

z nowoczesnym wyposażeniem pod względem zastosowania technologii wspomagających pielęgnację osób z obniżonym ADL, czyli trudnościami samodzielnego wykonywania funkcji dnia codziennego.

Inny element charakterystyczny dla koncepcji „gospodarki seniorów” z Północnej Nadrenii – Westfalii dotyczy rozwoju usług, zarówno usług domowych na rzecz starszych gospodarstw domowych, jak i usług osobistych, związanych z pielęgnacją ciała, ubraniem i żywieniem. Niska podaż tych usług, wysokie ceny i ryzyko związane z korzystaniem z nich w szarej strefie stanowią w opinii mieszkańców regionu jedno z większych uciążliwości ich samodzielnego życia. Stąd eksponowanie w projekcie rozwiązań służących rozwojowi usług domowych i osobistych dla osób starszych.

Akcentowaniu znaczenia usług domowych i osobistych dla osób starszych towarzyszyły ekspertyzy i postulaty rozwoju rzemiosła i małych lokalnych firm, przedstawione w ramach rządowego projektu *Zukunftschancen durch Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter*<sup>24</sup>, nastawionych na zindywidualizowane potrzeby napraw, modernizacji i remontów mieszkań, domów i sprzętu domowego, na rozwój produkcji zdrowej żywności i małej gastronomii z możliwością zamawiania dostosowanej diety, na rozwój produkcji indywidualnie dostosowanego sprzętu rehabilitacyjnego i usług zajmujących się jego naprawami oraz konserwacją.

Wśród wielu usług osobistych potrzebnych osobom starszym, podnoszono szczególne znaczenie usług doradztwa i nadzoru zdrowotnego. Ten ciekawy postulat nie był adresowany do środowiska medycznego, lecz bardziej do grup zawodów socjalnych i opiekuńczych, których kształcenie wymagałoby dostarczania większej wiedzy na temat zdrowia i potrzeb zdrowotnych starszych ludzi.

Niemieccy seniorzy lubią podróże i turystykę, podobnie zresztą jak i całe społeczeństwo w Niemczech. Z tego też powodu przyjazna osobom starszym infrastruktura podróży, dobra organizacja oraz informacja w tym zakresie stanowią kolejną cechę wyróżniającą niemieckie projekty srebrnej gospodarki.

Inicjatywa srebrnej gospodarki w Północnej Nadrenii – Westfalii znalazła wielu entuzjastów i interesariuszy. Wiodącą rolę odegrali w niej wprawdzie eksperci gerontologii ze środowisk naukowych, ale razem z nimi inicjatywę forsowali urzędnicy i politycy rządu krajowego oraz izby gospodarcze (szczególnie rzemiosła) i stowarzyszenia producentów oraz

24 G. Naegele, R.G. Heinze, J. Hilbert (eds.), *Handwerk für ältere Menschen*, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut Arbeit und Technik Ruhr-Universität Bochum, Dortmund 2006. [www.ffg.uni-dortmund.de](http://www.ffg.uni-dortmund.de).

klientów. Koncepcja oraz działania projektu „gospodarki seniorów” z północnej Nadrenii – Westfalii przedstawione zostały na forum europejskim i wskazane innym regionom UE jako dobra praktyka.

### **Koncepcja srebrnej gospodarki w Małopolsce**

Jak wspomniano we wprowadzeniu, w latach 2009–2010 w ramach prac nad strategią rozwoju województwa małopolskiego do 2020 r., podjęto inicjatywę przygotowania podejścia nawiązującego do koncepcji srebrnej gospodarki, przyjmując, że Małopolska posiada odpowiednie zasoby służące jej wdrożeniu i rozwojowi.

Prace nad strategią rozpoczęto od szerokiego rozpoznania potencjału, jaki posiada Małopolska w celu realizacji koncepcji srebrnej gospodarki. Podobne podejście zastosowano w podregionie Getyngi niemieckiego kraju Dolnej Saksonii<sup>25</sup>. Co innego jednak analizowano jako potencjał dla rozwoju srebrnej gospodarki w Getyndze niż w Krakowie. Niemieccy eksperci w większym zakresie analizowali siłę nabywczą ludności starszej niż infrastrukturę regionu i dostęp do dóbr usług, która dominowała w polskich analizach. Kilka obszarów badano w obu dokumentach podobnie: aktualny i przyszły potencjał demograficzny, zaangażowanie osób starszych w działalność społeczną i polityczną, zainteresowania i preferencje oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze.

Podstawowa różnica w podejściu do analizy potencjału w małopolskich badaniach polegała na szerszej analizie zasobów pracy i ścieżek edukacyjnych nastawionych na kształcenie w kierunkach medycznych i opiekuńczych potrzebnych osobom starszym. W raporcie niemieckim akcentowano natomiast kwalifikacje rzemieślnicze potrzebne w drobnej produkcji i usługach dla gospodarstw domowych starszych osób. Doświadczenia niemieckie w samodzielnym prowadzeniu gospodarstw domowych przez osoby starsze są znacznie większe niż w Polsce, gdzie ciągle znaczenie ma życie w dużej czy przy dużej rodzinie. Tendencja ta już ulega zmianie i małe

(bardzo często jednoosobowe) samodzielne gospodarstwa osób starszych występują na coraz większą skalę, a ich popyt zyskuje na znaczeniu.

W małopolskiej koncepcji srebrnej gospodarki wiele miejsca znalazły analizy i postulaty z obszaru zdrowia publicznego w nurcie „zdrowego starzenia się”. Sięgano przy tym do doświadczeń Wielkiej Brytanii (głównie do: *The South East England Health Strategy. A strategy for improving health and well-being in the South East region* oraz *Oxfordshire's Strategy for Ageing 2010–2015*) oraz do innych przykładów europejskich, które były dostępne dzięki uczestnictwu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego w projekcie PEOPLE *Innovation for Societal Change*<sup>26</sup>.

W małopolskim projekcie srebrnej gospodarki analizowano w sposób bardziej pogłębiony potencjał kapitału społecznego starszej generacji. Zwrócono uwagę na regionalną specyfikę

uczestnictwa w kulturze i działalności edukacyjnej starszej populacji (szczególnie uniwersytety trzeciego wieku i lokalne kluby seniora) oraz na inne formy tzw. działalności społecznej i pozarodzinnych więzi społecznych.

Z analiz i rozważań prowadzonych nad raportem o srebrnej gospodarce w Małopolsce wynika, że region ten ma kilka cech istotnie sprzyjających wdrożeniu projektu srebrnej gospodarki. Są to:

Po pierwsze – zasoby ludzkie i zasoby pracy, których edukacja i zatrudnienie mogą być ukierunkowane na produkty i usługi srebrnej gospodarki. Powinien więc to być region o zbalansowanych jeszcze wskaźnikach demograficznych (dość znacznie „młody” i o zrównoważonym saldzie migracyjnym) oraz posiadający rozwinięte szkolnictwo (średnie zawodowe i wyższe),

kształcące absolwentów niezbędnych w rozwoju srebrnej gospodarki.

Po drugie – powinien to być region posiadający potencjał ekonomiczny i kapitał ludzki, sprzyjający rozwojowi małych i średnich przedsiębiorstw, umiejętnie dostosowujący swoje produkty i usługi do bardziej zindywidualizowanych i „konserwatywnych” potrzeb osób w wieku demograficznie niemobilnym i starszym.

<sup>26</sup> [www.peopleproject.eu](http://www.peopleproject.eu).

**Koncepcja srebrnej gospodarki to koncepcja przenikająca tradycyjnie klasyfikowane sektory; to wymiar, który powinien być widoczny w każdym działaniu: infrastrukturalnym, transportowym, komunikacyjnym, wspierania przedsiębiorczości, rozwoju kapitału ludzkiego i zdrowia, w polityce publicznej. Wpisanie jej do tzw. polityki senioralnej usytuowanej zwykle w pomocy społecznej spowoduje, że będzie stanowić raczej niszę działalności socjalnej niż niezbędny kierunek rozwoju regionalnego.**

<sup>25</sup> H. Balderhaar, J. Busche, M. Lemke, R. Reyhn (2006), *Potenzialanalyse Seniorenwirtschaft. Regionalökonomische Impulse für Stadt und Landkreis Göttingen durch ältere Menschen*, Regionalverband Südniedersachsen e.V., Göttingen.

Po trzecie – region taki powinien posiadać takie zasoby naturalne i przyrodnicze, które można by wykorzystać do szerszego rozwoju usług uzdrowiskowych, rehabilitacyjnych oraz medycyny estetycznej.

Po czwarte wreszcie – region taki powinien posiadać dobrą i dostosowaną infrastrukturę transportową i komunikacyjną, pozwalającą na dotarcie do sieci placówek zdrowotnych i uzdrowiskowych, a przy tym przyjazną osobom starszym i mniej sprawnym.

## Wnioski

W koncepcji srebrnej gospodarki zawarte są komponenty o dużym znaczeniu zarówno społecznym, jak i ekonomicznym.

Spoleczne znaczenie koncepcji srebrnej gospodarki polega na wyjściu naprzeciw potrzebom i aspiracjom starzejącej się populacji, respektując zarówno potrzebę dalszego uczestnictwa w życiu społecznym, jak i słabości osób starszych, wymagające działań rekompensujących i wspierających. Ten element koncepcji zawiera się w nurcie poprawy jakości życia osób starszych, zwracając uwagę na wzrost zróżnicowania populacji seniorów na tle różnicy statusu zdrowotnego, wykształcenia i stylu życia.

Ekonomiczne znaczenie koncepcji srebrnej gospodarki polega na wskazaniu korzyści, jakie wynikają z uruchomienia czynników popytowych, jakie reprezentuje starsza populacja: siłę nabywczą i konsumpcję o znaczącym potencjale dla wzrostu gospodarczego, a także czynników podażowych reprezentowanych przez seniorów; dłuższą pracę, wyższe kwalifikacje, doświadczenie i stabilizację życiową.

Wdrożenie koncepcji srebrnej gospodarki do strategii rozwoju regionu może stanowić dodatkowy czynnik jego dynamizacji. Zastosowanie takiego podejścia ułatwia istnienie w określonym regionie specyficznych zasobów, które wymagają uruchomienia i włączenia do procesu gospodarczego. To oznacza, że nie każdy region posiada takie zasoby i w konsekwencji – nie w każdym dostatecznie efektywnie byłoby wdrożenie koncepcji srebrnej gospodarki.

Wdrożenie koncepcji srebrnej gospodarki wymaga ukierunkowania znacznej skali inwestycji infrastrukturalnych, obejmujących przede wszystkim dostosowany transport do atrakcyjnych ośrodków edukacyjnych, rehabilitacyjnych i uzdrowiskowych oraz turystycznych w regionie, umożliwiających wykorzystanie istniejącego potencjału ludzkiego i przyrodniczych oraz mineralnych bogactw uzdrowiskowych miejscowości w Małopolsce. Na to potrzebne są środki inwestycyjne, gromadzone z różnych źródeł. Włączenie środków prywatnych byłoby tu szczególnie wskazane, jako

że srebrna gospodarka jest zwykle także działaniem biznesowym o stabilnych przychodach.

Powyższe wymaga z kolei wzrostu możliwości oddziaływania władz województwa na lokalne decyzje w zakresie kierunków inwestowania oraz możliwości koordynowania działań o charakterze regionalnym zarówno w wymiarze centralno-regionalnym, jak i regionalno-lokalnym. Polskie województwa nie mają bowiem dostatecznych kompetencji oraz odpowiednich narzędzi służących realizacji własnych regionalnych koncepcji rozwojowych. Z tego powodu przyjęcie koncepcji srebrnej gospodarki jako świadomej strategii rozwoju regionalnego wymagałoby pewnych zmian systemowych ustroju decentralizacji w Polsce. Chodzi o wzmocnienie funkcji koordynacyjnych województwa, w którym opracowuje się wprawdzie strategię rozwoju regionu, ale którego odpowiedzialność za realizację opracowanych strategii jest ograniczona ze względu na możliwość posługiwania się głównie miękkimi narzędziami, do których należy partycypacja potencjalnych beneficjentów, w tym lokalnego samorządu terytorialnego. Oznacza to wciąganie do opracowywania strategii rozwoju regionu samorządów i organizacji niższych szczebli, aby wzbudzić ich zainteresowanie oraz przekonanie do implementacji zapisywanych kierunków działań.

Koncepcja srebrnej gospodarki to koncepcja przenikająca tradycyjnie klasyfikowane sektory; to wymiar, który powinien być widoczny w każdym działaniu: infrastrukturalnym, transportowym, komunikacyjnym, wspierania przedsiębiorczości, rozwoju kapitału ludzkiego i zdrowia, w polityce publicznej. Wpisanie jej do tzw. polityki senioralnej usytuowanej zwykle w pomocy społecznej spowoduje, że będzie stanowić raczej niszę działalności socjalnej niż niezbędny kierunek rozwoju regionalnego.

Strategia srebrnej gospodarki potrzebuje promocji w celu przekonania regionalnych interesariuszy oraz lokalnych do jej wspierania, a przynajmniej rozumienia problemu. Polskie aspiracje modernizacyjne są bardzo silnie zdominowane przez nowe technologie informacyjne i motoryzacyjne oraz dominację produktów „młodzieżowej konsumpcji”. Zaspokajanie potrzeb starszej generacji z trudem mieści się w pojęciu innowacji. Stąd prawdopodobnie problem ten nie jest dostatecznie reprezentowany w innowacyjnych strategiach rządu i polskich regionów.

## Literatura

Ando A., Modigliani F., The Life-cycle Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests, „American Economic Review”, vol. 53, No 1 (March 1963), s. 55–84.

Balderhaar H., Busche J., Lemke M., Reyhn R. (2006), Potenzialanalyse Seniorenwirtschaft. Regionalökonomische Impul-

se für Stadt und Landkreis Göttingen durch ältere Menschen, Regionalverband Südniedersachsen e.V., Göttingen

Bańbuła P. (2006) Oszczędności i wybór międzyokresowy – podejście behawioralne, „Materiały i Studia NBP” nr 208

Bundes Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005), Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Bericht der Sachverständigen -Kommission, Berlin

Bywalec Cz. (2010), Konsumpcja a rozwój gospodarczy i społeczny, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa

Eitner C., Enste P., Naegel G., Leve V. (2011), The Discovery and Development of the Silver Economy, in: Kohlbacher F., Herstatt C. (eds.), The Silver Market Phenomenon: Marketing and Innovation in the Aging Society, Springer

Frenk J. i inni (Lincoln Chen, Zulfi qar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Barry Kistnasamy, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Srinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Serwadda, Huda Zurayk-The Lancet Commission) (2011), Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet Commission

Eurostat (2010), Earnings statistics: Further Eurostat information. Main Tables and Database, [www.epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics](http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics)

Gee E. M., Gutman G. (eds.) (2000), The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges and Social Policy, Toronto: Oxford University Press

Golinowska S. (red.) (2010), Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne, w: „Małopolskie Studia Regionalne” nr 2–3/ 19–20, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków

Golinowska S. (2010), The System of Long-Term Care in Poland, „ENEPRI Research Report” No. 83 Contribution to Wp I of the ANCIEN Project of the European Commission under the 7th Framework Programme (FP7 Health-2007–3.2.2, Grant no. 223483

GUS (2011), Badanie aktywności ekonomicznej ludności – BAEL, Warszawa

Heinz R. G., Naegele G. (2009), “Silver Economy” in Germany – More Than Only the “Economic Factor: Old Age-“!, GEROBILIM: Issue 02/ 2009

Hilbert J. (2006), Die Initiative Seniorenwirtschaft in Nordrhein-Westfalen, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Lee R., Mason A. (2010), Introducing Age into National Accounts, <http://ntaccounts.org/doc/repository/Vol%20I%20C3.pdf>

Liberda B. (1999), Oszczędzanie w Polsce, „Raporty CASE” nr 28

Meyer-Hentschel H., Meyer-Hentschel G. (2000), Handbuch Senioren-Marketing: Erfolgsstrategien aus der Praxis, Meyer-Hentschel Management Consulting, Deutscher Fachverlag, Frankfurt

Naegele G., Heinze R.G., Hilbert J. (eds.) (2006), Handwerk für ältere Menschen, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut Arbeit und Technik Ruhr-Universität Bochum, Dortmund, [www.ffg.uni-dortmund.de](http://www.ffg.uni-dortmund.de)

Naegele G. (2010), Soziale Lebenslaufpolitik, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

OECD (2008), Growing unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries, Paris

Oestlund B. (2011), Silver Age Innovators: A New Approach to Old Users, in: Kohlbacher F., Herstatt C. (eds.) The Silver Market Phenomenon: Marketing and Innovation in the Aging Society, Springer

Olejniczuk-Merta A. (2009), Młodzi konsumenci w procesach transformacji rynkowej, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa

Rytlewska G., Kłopocka A. (2010), Wpływ czynników demograficznych na poziom i strukturę oszczędności gospodarstw domowych w Polsce, „Bank i Kredyt” 41 (1), 57–80

Szukalski P. (red.), (2009), Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się, Instytut Spraw Publicznych i ZUS, Warszawa

Wiśniewski Z. (red.) (2009), Zarządzanie wiekiem w organizacjach wobec procesów starzenia się ludności, Wydawnictwo: Dom Organizatora, Toruń





# Intelektualne źródła koncepcji aktywnego starzenia się

PIOTR SZUKALSKI\*



Aktywne starzenie stało się w ostatnich kilku latach pojęciem i podejściem popularnym, choć zazwyczaj intuicyjnie pojmowanym. Z reguły ograniczane jest bowiem do działalności podejmowanej przez jednostki, które wkroczyły już w etap życia nazywany starością, gdy istota myślenia o aktywnym starzeniu się

bazuje na myśleniu o procesie przechodzenia przez kolejne etapy późno dorosłego życia. Chcąc owo intuicyjne rozumienie doprecyzować, należałoby przede wszystkim wyjść od rozróżnienia aktywnego starzenia się jako koncepcji naukowej i jako projektu politycznego, tj. rozróżnienia pomiędzy zbiorem nie zawsze empirycznie potwierdzonych i w pełni spójnych hipotez, które nie zawsze umożliwiają przewidywanie i wyjaśnianie (koncepcja naukowa), a zbiorem działań podejmowanych w celu osiągnięcia pewnego pożądanego stanu (projekt polityczny). W niniejszym tekście chciałbym skupić się na tej pierwszej kategorii, koncentrując się na wskazaniu intelektualnych źródeł powstania owej koncepcji.

Koncepcja naukowa tym się różni od teorii, iż wchodzące w jej skład hipotezy są mniej ściśle powiązane ze sobą, nie zawsze w pełni są zweryfikowane i nie tworzą razem w pełni sprawdzalnego mechanizmu umożliwiającego przewidywanie. W przypadku aktywnego starzenia się dociekania na-

ukowców bazują bowiem – oprócz bezspornych faktów – w dużym stopniu na założeniach, a nawet dezyderatach, w przypadku których można co najwyżej podkreślić ich pełną zgodność ze społecznymi preferencjami. Takie podejście do koncepcji jako do pożądanego i możliwego do osiągnięcia przebiegu pewnego procesu jest silnie osadzone w tradycji badań gerontologicznych, którym zarzuca się niekiedy ateoretyczność i koncentrowanie się na rozwiązywaniu praktycznych problemów, w tym i takich, które dopiero się wyłaniają.

Próbując znaleźć intelektualne bodźce umożliwiające wyłonienie się koncepcji aktywnego starzenia się, wspomnieć należy – oprócz teorii aktywności, jednej z kluczowych dla rozwoju gerontologii społecznej, oraz teorii naznaczenia społecznego i kompetencyjnej – o: **gerontologii krytycznej** (a zwłaszcza ekonomii politycznej starzenia się), **procesualności**, **neoliberalizmie**, **fenomenologii** oraz w przypadku próby doszukiwania się podłoża intelektualnego projektu politycznego o **reorientacji na przyszłość**. W dalszej części niniejszego opracowania spróbuję uzasadnić owe związki intelektualne.

**Gerontologia krytyczna.** Na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX w. zaczęły pojawiać się – nawiązujące skądinąd bezpośrednio do pragmatycznych źródeł geron-

\* Dr hab. Piotr Szukalski pracuje w Katedrze Socjologii Stosowanej i Pracy Socjalnej UŁ. Ukończył studia z zakresu ekonomii i zarządzania w krakowskiej Akademii Ekonomicznej, zaś rozprawę doktorską z demografii i habilitacyjną z demografii i polityki społecznej obronił na Uniwersytecie Łódzkim. Dr hab. Szukalski specjalizuje się w zagadnieniach z pogranicza demografii, gerontologii społecznej i polityki społecznej, zaś przedmiotem jego badań są przede wszystkim: przebieg procesu starzenia się ludności Polski z uwzględnieniem dualnego charakteru tegoż procesu i jego konsekwencji, przemiany modelu rodziny polskiej

oraz relacje międzypokoleniowe zarówno na poziomie mikro, jak i makro. Jest autorem ponad 200 publikacji, w tym 100 artykułów publikowanych w takich czasopismach, jak „Gerontologia Polska”, „Studia Demograficzne”, „Polityka Społeczna”, „Wiadomości Statystyczne”.

W latach 2007–2010 P. Szukalski był członkiem Zespołu ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, zaś w latach 2008–2010 reprezentantem polskich organizacji senioralnych w European Older People's Platform. Od roku 2008 jest członkiem z wyboru Komitetu Prognoz PAN i Komitetu Nauk Demograficznych PAN.

tologii społecznej – dwa odmienne podejścia prowadzące do poszukiwania teorii gerontologicznych. Wyłoniły się one wraz z pojawieniem się tzw. gerontologii krytycznej, która była próbą spojrzenia na nowo na problemy gerontologiczne w sposób jednocześnie krytyczny i społecznie odpowiedzialny. Pierwsze ze wspomnianych podejść związane było z pytaniem, dlaczego pewne aspekty starzenia się uznawane są za problem godny podejmowania działań praktycznych i badawczych, zaś inne – choć rodzące na poziomie indywidualnym równie niewygody – już nie. Drugie z kolei skupiało się na poszukiwaniu wyjaśnienia, czym jest udane życie i od czego zależy. Podkreślić należy, iż oba wspomniane podejścia wychodzą od pytań tradycyjnie przypisywanych aksjologii społecznej, pytań, które z definicji mają uzasadniać wagę i celowość podejmowanych przez jednostki i społeczeństwo w życiu codziennym działań.

W ramach gerontologii krytycznej wyróżnia się cztery nurty: 1) ekonomię polityczną starzenia się; 2) „ścieżkę humanistyczną”, czyli zbiór dyscyplin badawczych koncentrujących się na kulturowych procesach definiowania i redefiniowania starości na bazie analizy znaczenia, metafor czy stylu życia; 3) „ścieżkę badań biograficznych i narracyjnych”, próbujących określić, jak wraz ze wzrostem liczby lat zmienia się tożsamość, autodefinicja, percepcja świata i jego interpretacja; 4) „ścieżkę alternatywną” o charakterze performatywnym, artystycznym.

Najważniejszym z punktu widzenia koncepcji aktywnego starzenia się nurtem gerontologii krytycznej była ekonomia polityczna starzenia się, czyli bazująca na konstruktywizmie metoda rekonstrukcji sposobu oddziaływania instytucji publicznych na przebieg starości i jej postrzeganie tak przez jednostki (seniorów i nieseniorów), jak i społeczeństwo. Dzięki ekonomii politycznej starzenia się „odkryto” istnienie instytucjonalnych „prowadnic” (wiek emerytalny, obowiązek przejścia na emeryturę, system uprawnień uzależnianych od osiągnięcia pewnego wieku) ukierunkowujących sposób myślenia o starości jako okresie poświęconym bezproduktywnemu odpoczynkowi w nagrodę za wcześniejszą, długoletnią, intensywną pracę. W efekcie ujawniono wpływ polityk na pojawianie się społecznych oczekiwań odnośnie przebiegu życia, a zwłaszcza przebiegu kilku najważniejszych karier realizowanych przez jednostki – zawodowej, rodzinnej, zdrowotnej, konsumpcyjnej, oraz na realne możliwości realizowania tych karier.

**Procesualność.** Wyłonienie się koncepcji aktywnego starzenia się możliwe było dzięki dokonującej się w latach osiemdziesiątych XX w. w naukach społecznych zmianie paradygmatu – w miejsce analiz statycznych zaczęto preferować te dynamiczne, starając się odtwarzać procesy, zrozumieć ich kontekst, uwarunkowania i współzależność. Równocześnie w mniej więcej tym samym okresie w przypadku stosowanych nauk społecznych pojawiła się tendencja

do coraz silniejszego akcentowania przyszłych zagrożeń i wdrażania profilaktycznych działań, mających na celu jeśli nie eliminację to przynajmniej zmniejszenie prawdopodobieństwa możliwych, niekorzystnych sytuacji. W wyniku współwystępowania obu powyższych trendów pojawiło się uwypuklenie procesów analizowanych z punktu widzenia przebiegu życia, analizowane na dwa sposoby, po pierwsze, z perspektywy długookresowych konsekwencji różnorodnych, wcześniejszych zdarzeń i, po drugie, z perspektywy wpływu instytucji publicznych. Podejścia te są utożsamiane z dwoma odmiennymi – choć łączonymi często w praktyce – paradygmatami: „personologicznym” (starającym się wykorzystać do wyjaśnienia osiągniętych w późniejszych fazach życia doświadczeń z faz wcześniejszych, niezależnie czy to wyjaśnienie odnosi się do jednostki czy zbiorowości) i instytucjonalnym (nieskupiającym uwagi na jednostce, a jedynie na społecznych i politycznych instytucjach definiujących fazy życia).

Zgodnie z pierwszym podejściem osiągnięcia jednostki zależne są od zdarzeń, dostępu do zasobów, jakie w jej życiu wystąpiły na wcześniejszych etapach, jak i od ich umiejscowienia w czasie, tj. ich chronologii opisaną zarówno chwilą wystąpienia, jak i oddaleniem pomiędzy poszczególnymi zdarzeniami (*timing*). Najczęściej tego typu analizy dokonywane są na poziomie zbiorowości, z podkreśleniem znaczenia typowych przejść, czasu ich wystąpienia lub nierównego dostępu do zasobów, zaś ich głównym stwierdzeniem jest to, iż przebieg i jakość życia w późniejszym okresie jest wynikiem oddziaływania wcześniejszych statusów, wyborów i doświadczeń, zarówno tych, na które „typowa” jednostka świadomie oddziaływała, jak i tych nieplanowanych. Patrząc z tej perspektywy, można powiedzieć, że obecny los jednostki jest zależny od zdarzeń, stanów i charakterystyk, jakich doświadczyła w trakcie swego dotychczasowego życia.

Drugie podejście koncentruje się na konstruowaniu cyklu życia przez politykę, kulturę, społeczeństwo, wychodząc od określenia typowych dla danej fazy życia norm społecznych (norm wieku) i tzw. normatywnych modeli przebiegu karier, przez zdefiniowanie tych sfer życia, w których za pośrednictwem instytucji i polityki występuje szczególnie silny proces strukturyzacji wieku, kończąc na próbie określenia skuteczności tychże działań. W tym przypadku badania wskazywały, iż wdrażanie instrumentów zabezpieczenia społecznego prowadziło do wzrostu znaczenia wieku jako kierunkowskazu do podejmowania określonych działań, co owocowało chronologizacją (przekonanie, iż wiek i czas historyczny są dominującymi wymiarami, określającymi przebieg życia) i instytucjonalizacją (odwoływanie się do formalnego uwzględniania wieku – szkoła, emerytura – i nieformalnego – bazujące na stażu pracy zasady awansowania w pracy – jako podstawowego czynnika określającego fazę życia) cyklu życia.

**Neoliberalizm.** Koncepcja aktywnego starzenia się znakomicie wpisująca się w obserwowaną w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX w. zmianę sposobu myślenia o polityce społecznej, odzwierciedlającą liberalny *Sturm und Drangperiode*. Zmiana ta bazowała na trzech podstawach. Po pierwsze, na akcentowaniu aktywności w kontrapunkcie do bycia pasywnym jako najlepszego środka zapewniającego godne warunki życia, jedynie bowiem aktywna – przede wszystkim zawodowo – i odpowiedzialna za siebie jednostka może mieć pewność zabezpieczenia swych potrzeb. Po drugie, na podkreślaniu wagi sprawstwa (*agency*), konieczności upodmiotowienia klientów polityki społecznej, po to aby wzmocnić ich poczucie realnej możliwości odpowiedzialnego dbania o siebie. Po trzecie, na odchodzeniu od bezwarunkowości przyznawania różnego typu świadczeń (*recommodification*) i silniejszego powiązania uprawnień do pomocy publicznej od wkładu osoby o to wsparcie się ubiegającej, a przynajmniej od jej dobrych chęci. W rezultacie zaczęto akcentować kwestię umożliwiania – obok zachęcania i przymuszania – jak najdłuższego utrzymywania przez jednostkę tych typów aktywności, dzięki którym jest ona niezależna – lub przynajmniej częściowo niezależna – od innych.

**Fenomenologia.** Analiza fenomenologiczna, próbując opisać świat takim, jakim jest, zwróciła uwagę na znaczenie języka jako nieneutralnego narzędzia używanego do opisu otaczającej nas rzeczywistości. Słowa, jakich używamy, są bowiem nie tylko nośnikami obiektywnego znaczenia, lecz również wyrażają stosunek danej jednostki do opisywanego zjawiska czy osoby. Senior, staruch, osoba dojrzała, osoba o dużym doświadczeniu życiowym to terminy, które mogą być używane w tych samych okolicznościach, aczkolwiek opisują całkowicie odmienny stosunek podmiotu je używającego do jednostki opisywanej. To źródło koncepcji aktywnego starzenia wywarło swój wpływ na język, jaki używany jest zarówno w przypadku koncepcji naukowej, jak i projekt polityczny, prowadząc do używania słów pozytywnie się kojarzących, wzbudzających pozytywne uczucia.

**Reorientacja na przyszłość.** Z kolei, gdy mowa o projekcie politycznym, niewątpliwym intelektualnym bodźcem było pojawienie się w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX w. w sferze zarządzania publicznego metod stosowanych dotąd w sektorze prywatnym, a zatem zarządzania strategicznego, które wymaga jednoznacznego zdefiniowania celów, jakie chce się osiągnąć, określenia, w jakim stopniu

cele te są od nas zależne, i realistycznego określenia zasobów, jakie jesteśmy w stanie na ich osiągnięcie przeznaczyć. Upowszechniło się w rezultacie podejście foresightowe, czyli próba określenia przewidywalnych kierunków ewolucji otaczającego nas świata z określeniem, na które strefy, jak i w jakim stopniu możemy oddziaływać, a zatem i zmieniać przyszłość. W rezultacie wyłoniła się nowa wrażliwość na to, co nastąpi lub może nastąpić, na działania, jakie jesteśmy w stanie podjąć, aby co niektóre scenariusze przyszłości nie spełniły się, a przede wszystkim większe zrozumienie dla konieczności podejmowania niektórych działań z wyprzedzeniem, jak choćby zachęcanie do przygotowywania się do starości.

Wytrwały Czytelnik niniejszego opracowania może się nieco zniecierpliwzić, uważając, iż przedstawione elementy układanki niekoniecznie do siebie pasują, a zwłaszcza nie-

**Aktywne starzenie się wbrew pozorom nie dotyczy tylko okresu starości, ale związane jest z oddziaływaniem na gotowość jednostek i zbiorowości do przygotowywania się do długiej starości indywidualnej, przygotowania odnoszącego się do kilku najważniejszych obszarów aktywności: pracy zawodowej, zdrowia, relacji z innymi, zabezpieczenia odpowiedniego poziomu życia, edukacji.**

koniecznie związane są z aktywnym starzeniem się. Aby te wątpliwości rozwiązać, spróbuję wyjaśnić, jak sam pojęcie aktywnego starzenia się pojmuję. Aktywne starzenie się wbrew pozorom nie dotyczy tylko okresu starości, ale związane jest z oddziaływaniem na gotowość jednostek i zbiorowości do przygotowywania się do długiej starości indywidualnej, przygotowania odnoszącego się do kilku najważniejszych obszarów aktywności: pracy zawodowej, zdrowia, relacji z innymi, zabezpieczenia odpowiedniego poziomu życia, edukacji itp. Ewidentnie ba-

zuje zatem na procesualności. Jej naczelnym założeniem jest przekonanie o konieczności oddziaływania na jak najdłuższe zachowanie społecznej produktywności jednostki. Społeczna produktywność definiowana jest jako „każda aktywność, która wytwarza dobra i usługi, niezależnie czy opłacana czy nie, włączając taką aktywność jak praca domowa, opieka nad dziećmi, wolontariat, pomoc rodzinie i przyjacielom”<sup>1</sup>. W przypadku redefinicji produktywności społecznej chodzi o wyjście poza tradycyjne rozumienie tego terminu, oparte na ekonomicznym jego pojmowaniu. W takim tradycyjnym rozumieniu produktywność powiązana jest z wydajnością i zatrudnieniem jednostki, uwzględniając jedynie jej pozycję na rynku pracy. Tymczasem współczes-

<sup>1</sup> Hinterlong J., Morrow-Howell N., Sherraden M., 2001, *Productive ageing – principles and perspectives*, [w:] J. Hinterlong, N. Morrow-Howell, M. Sherraden (eds.), *Productive ageing. Concepts and challenges*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, s. 7.

śnie produktywność społeczna odnosi się do użyteczności wytwarzanych również poza rynkiem pracy – poprzez wspomniane pracę domową czy wolontariat. Mamy zatem ewidentnie do czynienia zarówno z posługiwaniem się terminami o pozytywnym znaczeniu, jak i próbą zachęcania do jak najdłuższego okazywania aktywności, będącej jednocześnie wyrazem odpowiedzialnego przykładania się do ogólnego dobrobytu poprzez zmniejszanie zapotrzebowania na różnorodne wsparcie ze strony innych. Równocześnie jednak aktywne starzenie nie może być prowadzone bez wsparcia publicznego, bez obudowania systemem zachęt o charakterze finansowym, organizacyjnym, bez ingerencji państwa w przypadku dyskryminacji ze względu na wiek,

a bardzo często bez „narzucania” przez państwo pewnych zachowań (np. ustalanie wieku emerytalnego lub ograniczanie możliwości wcześniejszego wychodzenia z rynku pracy w system świadczeń społecznych). Państwo zatem próbuje świadomie oddziaływać na przebieg życia – głównie zawodowego – swych obywateli, zwiększając ich gotowość do dłuższej aktywności poprzez długotrwałe oddziaływanie na ich zdolność i chęć do pracy, jak i na ich możliwości jej wykonywania. W rezultacie jak widzimy, pojawiają się w koncepcji aktywnego starzenia wszystkie najważniejsze cechy widoczne w nurtach teoretycznych skrótkowo przedstawionych w niniejszym opracowaniu.

# Polityka senioralna w Polsce – główne wyzwania

MARZENA BREZA\*



## Wprowadzenie – podmiotowy i przedmiotowy zakres polityki senioralnej

Polityka senioralna została zdefiniowana jako „ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się”<sup>1</sup>. Podmiotem działań w zakresie polityki senioralnej państwa są głównie osoby w wieku 60 lat i więcej. Jednak polityka senioralna wykracza w swoich założeniach ponad okres samej starości. Jakość i warunki życia osób starszych są w znaczący sposób determinowane przez czynniki takie jak wykształcenie, profilaktyka zdrowotna, wykonywany zawód, długość okresu aktywności zawodowej, zaangażowanie społeczne, aktywność fizyczna, więzi rodzinne czy sąsiedzkie.

Tak określana polityka senioralna wymaga szerokiego spektrum instrumentarium, które będą w sposób efektywny kierowane do jej podmiotów. Podmiotowość polityki senioralnej dotyczy osób, które ze względu na wieloetapowość starości są głównie w ostatnim jej stadium osobami zależnymi

<sup>1</sup> Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, Monitor Polski, poz. 118 z dnia 4 lutego 2014 r.

\* Dr Marzena Breza – dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

– niesamodzielnymi. Równie ważne jest przeciwdziałanie niesamodzielnemu poprzez aktywne włączanie na etapie wczesnej starości osób do różnych form aktywności, wydłużając okres niezależnego funkcjonowania, szczególnie w czasie gdy obserwowany jest znaczący wzrost długości życia<sup>2</sup>.

W przypadku Polski jako kraju o niskim poziomie aktywności<sup>3</sup> w okresie w starości (udział w życiu społecznym, w działalności społecznej czy wolontarystycznej), powoduje, iż szczególna uwaga powinna być skupiona wokół osób, które kończą pracę zawodową<sup>4</sup>, tak aby zapewnić tym grupom formy wspierające aktywną starość poprzez zagospodarowanie czasu wolnego.

Reasumując, polityka państwa powinna być dostosowana do różnych potrzeb grup docelowych: 1. osób aktywnie włączonych w różne formy aktywności społecznej, 2. potencjalnie pozostających w grupie zdolnej do aktywności, ale pozostającej poza strukturami ze względu na ograniczony dostęp do różnych form spędzania wolnego czasu oraz 3. zwiększającej się grupy osób niesamodzielnych.

## Wieloaspektowość polityki senioralnej

Złożoność polityki senioralnej powoduje, iż przedmiotem działań państwa w zakresie polityki dla seniorów są różne

<sup>2</sup> Przeciętna długość życia wynosi: 73 lata dla mężczyzn (2013), 82 lata (2050) oraz 81 lat dla kobiet (2013), blisko 88 lat (2050). Dodatkowo o zjawisku długowieczności: Prognoza ludności 2014–2020, GUS, 2014.

<sup>3</sup> Badania w zakresie Wskaźnika Aktywnego Starzenia.

<sup>4</sup> To szczególnie widoczne w okresie reformy emerytalnej wydłużającej ustawowy wiek emerytalny.



Fot. Andrzej Skrzyński

dziedziny od systemu ochrony zdrowia, wsparcia społecznego, rynku pracy po edukację, naukę, kulturę, sport itp. Działania państwa powinny zatem dążyć do koordynacji działań wielu innych obszarów interwencji państwa, które wpływają na jakość życia w starości.

Ważną rolę odgrywa edukacja młodszego pokolenia w kierunku przygotowania do starości poprzez odpowiednie wybory zawodowe, wsparcie budowy i rozwoju więzi międzypokoleniowych na płaszczyźnie zawodowej – przekazywanie kompetencji, kulturowej. Dodatkowo w zakresie polityki rynku pracy (ze względu na zwiększającą się medianę wieku<sup>5</sup>) istotne jest jak najlepsze zagospodarowanie potencjału pracowników w różnym wieku, przyczyniając się jednocześnie do utrzymania w aktywności zawodowej. Polityka w zakresie promocji i profilaktyki zdrowotnej jest szczególnie istotna dla realizacji innych przedmiotowych aspektów życia w starości. Kondycja zdrowotna jest wyznacznikiem możliwości

5 Mediana wieku ludności wzrosła z 38 (2013) do 52 (2050), Prognoza ludności 2014–2020, GUS, 2014.

i potencjału seniorów, którzy mogą być włączeni w formy aktywności społecznej.

Wieloaspektowość procesu starzenia stwarza szanse na włączenie się w działania bezpośrednie i pośrednie dla osób starszych szerokiego grona instytucji, organizacji oraz podmiotów biznesu.

## **Uczestnicy procesu realizacji polityki senioralnej – aktualni i potencjalni**

### ***Synergia działań instytucji i organizacji***

Bezsporna jest rola władzy publicznej – państwa w kreowaniu polityki oraz tworzeniu instrumentów i wspierania inicjatyw lokalnych w obszarze działań dla osób starszych. W tworzeniu i rozwoju instrumentarium kierowanym do seniorów istotą działań są regionalne i lokalne uwarunkowania (możliwości na poziomie samorządu gminnego).

Doświadczenia z realizacji inicjatyw rządowych (od 2012 r.) kierowanych do osób starszych, pozwoliły również na wskazanie znaczącego udziału i potencjału organizacji działających dla seniorów.

Wraz z rosnącą liczbą osób powyżej 60 roku życia oraz zwiększaniem długości życia obserwowane jest zjawisko rosnącej liczby osób w wieku 80 lat i więcej<sup>6</sup>, czyli grupy wieku, która najczęściej doświadcza potrzeb opiekuńczych.

Sektor usług opiekuńczych poprzez stworzenie i rozwój oferty dopasowanej do polskich seniorów może stanowić istotny wkład w tworzenie nowych miejsc pracy w gospodarce w kolejnych latach, a pośrednio przyczynić się do wzrostu gospodarczego zwłaszcza poprzez inwestycje produkty i usługi dopasowane do potrzeb osób niesamodzielnych. Potencjał w popycie na dobra i usługi jest szansą dla lokalnych rynków pracy oraz przedsiębiorców.

## **Polityka senioralna jako odpowiedź na proces starzenia**

Jedynie polityka senioralna nakierowana na działania, dla których starość jest wieloetapowym procesem, będzie stwarzała możliwości na horyzontalne rozwiązania systemowe i operacyjne. Jednym z kluczowych przykładów jest koordynacja opieki nad osobą starszą, aby system dedykowany samym seniorom oraz ich rodzinom i najbliższemu otoczeniu mógłby być wydajny. Stąd wszelkie rozwiązania, które zestawiają kluczowe dla procesu starzenia działania ze sfery

<sup>6</sup> Zwiększenie liczby osób 80 lat i więcej z 1,4 mln osób (2013) do 3,5 mln osób (2050).

ochrony zdrowia oraz sfery społecznej, stanowią o efektywności programów profilaktycznych oraz zmniejszają ryzyko dublowania usług. Koordynacja opieki też zwiększy dostępność oraz efektywność systemu, co jest szczególnie ważne przy współistnieniu ograniczeń finansowych oraz rosnącej grupie wieku 80+. Perspektywiczność działań oraz zakres przewidywanych interwencji państwa oraz innych instytucji został wskazany przez rząd w długofalowej polityce senioralnej w Polsce na lata 2014–2020<sup>7</sup>.

Jednym z kluczowych działań operacyjnych, które pozwalają na gromadzenie doświadczeń z realizacji inicjatyw na poziomie lokalnym, a dofinansowywanych w ramach

programu rządowego, jest Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych.

W kolejnych latach dzięki wsparciu środków publicznych oraz możliwości finansowania programów regionalnych z Europejskiego Funduszu Społecznego należy oczekiwać synergii działań jako odpowiedzi rządowych i samorządowych oraz podmiotów niepublicznych i prywatnych na zjawisko starzenia się populacji w Polsce.

Perspektywiczność i długofalowe podejście do zjawiska zmiany struktury wieku w Polsce powinno uwzględniać działania, które będą stanowić właściwą odpowiedź na zjawisko zmniejszającej się grupy osób w wieku produkcyjnym, jak również potencjału wykorzystania szans dla gospodarki wynikający z rosnącego zapotrzebowania seniorów na usługi opiekuńcze.

<sup>7</sup> Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, Monitor Polski, poz. 118 z dnia 4 lutego 2014 r.

**Złożoność polityki senioralnej powoduje, iż przedmiotem działań państwa w zakresie polityki dla seniorów są różne dziedziny od systemu ochrony zdrowia, wsparcia społecznego, rynku pracy po edukację, naukę, kulturę, sport itp.**





# Wskaźniki w polityce senioralnej i w polityce aktywnego starzenia: poziom międzynarodowy i regionalny

JOLANTA PEREK-BIAŁAS\*



## Wprowadzenie

Rosnące zainteresowanie zmianami demograficznymi wymusza nie tylko teoretyczne rozwijanie koncepcji, które są przedmiotem dyskursu odpowiednich polityk publicznych, w tym polityki senioralnej, ale wymusza też przyjęcie odpowiedniej metodologii, która by pozwoliła w dłuższej perspektywie ocenić, czy interwencje i działania w zakresie różnych polityk zmieniają sytuację obecnych, jak i przyszłych generacji.

Szczególnie w ostatnich latach podjęto wiele prób, aby jakość życia (*quality of life*), a niektórzy podkreślają, że dobrostan (*well-being*) indywidualnych osób (w tym osób starszych),

była oceniana za pomocą odpowiednich wskaźników, które pozwolą na uchwycenie zmian w tym zakresie. Dlatego też pojawiły się różne podejścia, które powinny pokazywać, jak ocenić jakość życia osób starszych (co będzie przedmiotem polityki senioralnej), ale też jak przygotowywać się do okresu starości i jak aktywna może być starość, co wchodzi w zakres koncepcji aktywnego starzenia (WHO, 2002; Walker, 2002).

W tekście omówione zostaną krótko obecnie proponowane podejścia pokazujące analizy na poziomie międzynarodowym, europejskim i regionalnym z prezentacją wskaźników, które odpowiednio wykorzystywane mogą być pomocne w planowaniu, wdrażaniu, jak i monitorowaniu polityk dotyczących starzejącej się populacji, w tym w zakresie srebrnej gospodarki.

## Globalny indeks oceny jakości życia seniorów (*Global Age Watch Index*)<sup>1</sup>

Syntetyczna miara oceny jakości życia seniorów została zaprezentowana po raz pierwszy w 2013 roku. Wskaźnik został policzony dla 91 krajów i wskazuje, gdzie lokują się poszczególne kraje w ocenie jakości życia seniorów. Do budowy indeksu uwzględnia się: bezpieczeństwo materialne, zdrowie, edukację i zatrudnienie oraz odpowiednio sprzyjające środowisko/warunki.

\* Dr Jolanta Perek-Białas, uzyskała stopień doktora nauk ekonomicznych (Kolegium Analiz Ekonomicznych SGH, 2001), ale specjalizuje się w gerontologii. Pracuje od 1996 roku w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej oraz od 2001 roku w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Główne obszary zainteresowań naukowych to: aktywne starzenie, konsekwencje starzenia się ludności dla rynku pracy, dla systemu opieki nad osobami starszymi, wykluczenie osób starszych i nierówne traktowanie osób ze względu na wiek. Ekspert w projektach dotyczących zmian demograficznych dla instytucji regionalnych, krajowych (m.in. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego i Infrastruktury) oraz międzynarodowych (m.in. Komisja Europejska, OECD, UNECE).

<sup>1</sup> <http://www.helpage.org/global-agemwatch/reports/global-age-watch-index-2013-insight-report-summary-and-methodology/#>.

Tabela 1. Wartości poszczególnych obszarów uwzględnianych w Global Age Watch dla Polski w 2014 roku.

Obszary	2014 (wartość max. 100)
Bezpieczeństwo materialne	77,8
Stan zdrowia	55,3
Zatrudnienie i wykształcenie	27,3
Odpowiednie warunki dla osób starszych	69,2
Miejsce w rankingu	32

Źródło: <http://www.helpage.org/global-agematch/>

Zmiana pozycji Polski między rokiem 2013 (Polska miała wtedy 62 pozycję w tym rankingu) a 2014 wynika głównie z lepszej oceny poczucia psychicznego (*mental well-being*) osób w wieku 50+ w porównaniu do grupy osób młodszych (89% osób w wieku 50+ pozytywnie oceniło swoje życie).

Przykładowo w ramach tego indeksu w zakresie bezpieczeństwa materialnego, który przyjął odpowiednio wyliczoną wartość 77,8 na 100 możliwych punktów, uwzględnia się m.in. informacje o tym:

– jaki odsetek seniorów ma zabezpieczone dochody dzięki emeryturom (w przypadku Polski – 98,1% osób w wieku 65+ posiadało świadczenia emerytalne w 2013, a w 2014 – 96,5%);

– jaki odsetek seniorów jest zagrożonych ubóstwem (w przypadku Polski – 9,7% osób w wieku 60+ miało dochody poniżej 60% mediany dochodów dla całej populacji w 2013 r., co jest traktowane jako ryzyko ubóstwa, a 8,6% w 2014 r.);

– w jakim stopniu dochody/wydatki osób 60+ są podobne do dochodów/wydatków reszty społeczeństwa (w Polsce udział dochodów do wydatków osób 60+ pokrywał w 88,3% dochody/wydatki reszty społeczeństwa w 2013 r., a w 2014 r. – 89,3%).

Szczególnie dla myślenia o tym, co region może zrobić dla poprawy jakości życia osób starszych, warto popatrzeć na dodatkowe wskaźniki wykorzystywane tutaj. Przykładowo w 2014 roku 87% osób w wieku 50+ wskazało, że ma znajomych lub przyjaciół, na których może liczyć w potrzebie, a więc jest jeszcze luka w zakresie budowania wsparcia dla

osób starszych, aby w sytuacji, gdy znajomi, krewni, rodzina nie będą mogli ich wesprzeć, odpowiednie instytucje na poziomie lokalnym będą w stanie zidentyfikować takie sytuacje i przyjść z pomocą. W zakresie bezpieczeństwa też jest wiele do zrobienia, skoro tylko 64% osób w wieku 50+ w Polsce czuje się bezpiecznie, idąc samotnie nocą w mieście lub w okolicy, w której mieszka. Jednak warto dodać, że aż 71% osób w wieku 50+ było zadowolonych z możliwości wyboru/decydowania o swoim życiu i 58% osób w wieku 50+ było zadowolonych z transportu lokalnego (tutaj nastąpił wzrost w stosunku do poprzedniego roku).

## Europejski indeks aktywnego starzenia

W ramach projektu Komisji Europejskiej, a konkretnie Dyrekcji Generalnej Zatrudnienie, Sprawy Społeczne i Włączenie Społeczne realizowanego wspólnie z Komisją Gospodarczą Narodów Zjednoczonych ds. Europy oraz zespołem badawczym z Europejskiego Centrum Polityki Dobrobytu Społecznego i Badań w Wiedniu, przygotowano inny synte-

tyczny wskaźnik, tym razem aktywnego starzenia<sup>2</sup> dla krajów europejskich (por. Zaidi, A., et al., 2013<sup>3</sup>; Active Ageing Index, 2014). Indeks ma pokazywać, w jakim stopniu wykorzystuje się potencjał osób starszych zarówno w ramach pracy zarobkowej, jak i w ramach pracy niezarobkowej, co jest oceniane przez aktywność społeczną (pracę społeczną, wolontariat), ale przy uwzględnieniu także,

w jakim stopniu starsze osoby mogą funkcjonować niezależnie, bezpieczne i zgodnie ze zdrowym stylem życia, by w efekcie uwzględnić także, jakie w danym kraju są możliwości dla realizacji polityki aktywnego starzenia. Uwzględniono w tym miejscu: 1) rynek pracy – zatrudnienie, 2) aktywność społeczna, 3) niezależne, zdrowe i bezpieczne życie (w tym bezpieczeństwo materialne, deprywację materialną) oraz 4) zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału starzejącego się społeczeństwa.

Przykładowo, oceniając sytuację materialną na podstawie odpowiedniego wskaźnika, który został włączony w baterię

2 <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home> (marzec 2013).

3 Zaidi, A., K. Gasior, M.M. Hofmarcher, O. Lelkes, B. Marin, R. Rodrigues, A. Schmidt, P. Vanhuyse and E. Zolyomi (2013), „Active Ageing Index 2012: Concept, Methodology and Final Results”, Methodology Report Submitted to European Commission's DG Employment, Social Affairs and Inclusion, and to Population Unit, UNECE, for the project: „Active Ageing Index (AAI)”, UNECE Grant No: ECE/GC/2012/003, Geneva.

22 innych składających się na ten indeks, w Polsce można wskazać, że w 2012 roku (I edycja wskaźnika) ryzykiem ubóstwa było zagrożonych 7% osób w wieku 65+, ale już około 17% osób w wieku 65+ było wykluczonych materialnie. Przypominając, że wykluczenie materialne (*deprywacja materialna*) jest wtedy, gdy wystąpi brak zaspokojenia przynajmniej 3 z 9 wymienionych potrzeb, które osoby w gospodarstwach domowych zadeklarowały jako brak możliwości realizacji ze względów finansowych:

1. Brak możliwości pokrycia niespodziewanego wydatku (w wysokości odpowiadającej miesięcznej wartości przyjętej w danym kraju granicy ubóstwa relatywnego).
2. Brak środków finansowych na opłacenie tygodniowego wyjazdu wszystkich członków gospodarstwa domowego na wypoczynek raz w roku.
3. Zaległości w terminowych opłatach związanych z mieszkaniem, spłatach rat i kredytów.
4. Brak możliwości, ze względów finansowych, jedzenia mięsa, ryb (lub wegetariańskiego odpowiednika) co drugi dzień.
5. Brak możliwości, ze względu na trudności finansowe, ogrzewania mieszkania odpowiednio do potrzeb.
6. Brak pralki w gospodarstwie domowym ze względów finansowych.
7. Brak telewizora kolorowego w gospodarstwie domowym ze względów finansowych.
8. Brak telefonu (stacjonarnego lub komórkowego) w gospodarstwie domowym ze względów finansowych.
9. Brak samochodu w gospodarstwie domowym ze względów finansowych.

Indeks aktywnego starzenia jest więc nowym podejściem do oceny efektów polityk publicznych i jest miarą syntetyczną, co ma swoje ograniczenia. Jak podkreślają twórcy tego indeksu (Zaidi et al., 2013), nie chodzi o to, aby dążyć do stanu idealnego, ale aby zobaczyć, jak zmienia się pozycja kraju w rankingu, gdyż stan idealny może nie być najbardziej pożądanym stanem. Przykładowo, nieuzasadnione jest wyznaczanie takiego celu jak stuprocentowe zatrudnienie osób starszych. W niektórych krajach byłoby to nawet oceniane negatywnie, gdyby osoby starsze musiały (a nie chciały) pracować powyżej swojego wieku emerytalnego m.in. ze względu na zbyt niskie dochody z emerytur (przykład Rumunii).

## Indeks aktywnego starzenia w Polsce na poziomie województw

Inspirując się pracami Zespołu UNECE i Komisji Europejskiej pod kierunkiem prof. A. Zaidiego, dla Polski w 2013 roku przygotowano ekspertyzę (Perek-Białas, Mysińska, 2013), która miała określić, czy możemy wskaźnik aktywnego starzenia nie tylko na poziomie kraju wykorzystać do planowania działań na rzecz osób starszych, ale też czy może to być narzędzie, które będzie pomocne w planowaniu polityk regionalnych dotyczących tam omawianych zagadnień. Motywacją do sprawdzenia, jak w województwach można ocenić wykorzystanie potencjału osób starszych, był fakt, że w pierwszej rundzie badania Polska zajęła ostatnie miejsce w rankingu wszystkich krajów europejskich (w roku 2012). Z kolei w związku z wówczas trwającymi pracami nad przygotowaniem założeń długofalowej polityki senioralnej i w świetle wyników tego rankingu, konieczne było sprawdzenie, na ile ogólny wynik dla Polski przekłada się na zróżnicowanie wyników w ujęciu wojewódzkim (NUTS-2).

Szczegóły opracowania można znaleźć na stronie [www.senior.gov.pl](http://www.senior.gov.pl), ale warto wskazać, jak wypadła Małopolska w stosunku do średniej dla wybranych i wykorzystanych wskaźników w całym indeksie aktywnego starzenia.

Autorzy (Perek-Białas, Mysińska, 2013) wyraźnie zaznaczyli, że zaprezentowane wyniki regionalnego indeksu aktywnego starzenia dla Polski są tylko pewną wskazówką pokazującą, jak duże różnice w zakresie omawianej koncepcji są między województwami w Polsce i tym samym, jaki mają wpływ na wynik ogółem. Zróżnicowanie regionalne w zakresie polityki senioralnej czy polityki aktywnego starzenia w Polsce na pewno występuje. Dzięki próbie oceny zastosowanej metodologii można było uchwycić na podstawie danych zastanych, jak duże jest to zróżnicowanie w Polsce między województwami oraz gdzie i w jakich obszarach konieczne są interwencje, także w ramach założeń długofalowej polityki senioralnej.

W przypadku wielu wskaźników, które można byłoby zastosować w Polsce, wydawać by się mogło, że są dane na ten temat, a jednak nie jest możliwe ich łatwe uzyskanie. Dużym minusem był brak danych dotyczących deprywacji materialnej osób 65+ czy zagrożonych ubóstwem w ujęciu wojewódzkim w Polsce. Problematyczne było ustalenie informacji dla innych ważnych wskaźników jak: dostęp do opieki zdrowotnej i dentystycznej.

Tabela 2. Wybrane wartości w ramach regionalnego wskaźnika aktywnego starzenia dla Polski i dla Małopolski (rok 2011).

Ciemnoszary kolor oznacza wartości poniżej średniej

Jasnoszary kolor oznacza wartości powyżej średniej

Obszar	Wybrane wskaźniki	Małopolska	Polska
Zatrudnienie	Wskaźnik zatrudnienia 55–59	46,9	49
	Wskaźnik zatrudnienia 60–64	24,6	21,6
	Wskaźnik zatrudnienia 65–69	8,4	4,5
Aktywność społeczna	Aktywność w wolontariacie 55+	16,9	15,1
	Opieka nad wnukami 55+	15,0	12,3
Niezależne, bezpieczne życie	Ćwiczenia fizyczne (55+)	18,1	20
	Zadowolenie z sytuacji finansowej (65+)	60,5	58,8
	Poczucie bezpieczeństwa (65+)	87,4	86,7
	Korzystanie z komputera (65+)	20,7	22,1
Zdolność do korzystania z potencjału osób starszych	Średnie dalsze oczekiwane trwanie życia dla osoby w wieku 55+	25,7	22
	Osoby z wyższym wykształceniem w wieku 55+	13,6	11,5

Źródło: opracowanie własne oraz na podstawie Perek-Białas, Mysińska, 2013.

Z reguły na poziomie krajowym istnieją informacje potrzebne do wyliczenia wskaźnika aktywnego starzenia, ale brak ich w ujęciu wojewódzkim. Za to istnieje potrzeba dodatkowych wyliczeń z różnych badań, z czego tutaj skorzystano dzięki współpracy Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z Głównym Urzędem Statystycznym.

## Podsumowanie

Podsumowując, zaprezentowane wskaźniki dają możliwość pokazania pozycji Polski na tle innych krajów, jak i pokazania regionów (w tym przypadku Małopolski) na tle Polski w obszarach powiązanych z polityką senioralną, aktywnym starzeniem. Jednak niezależnie od tych wskaźników syntetycznych, postulowane jest w tego typu analizach monitorowanie zmian w poszczególnych obszarach, ale z uwzględnieniem kategorii wiekowych, jak i rozróżnienia sytuacji dla kobiet i mężczyzn na poziomie województwa.

Sprawdzenie pozycji województw (tak jak i krajów) w rankingach i w ramach obszarów aktywnego starzenia może być jednak impulsem do refleksji i zmian. Choćby po to, by odpowiednio zmieniać podejście i rozumienie zagadnień aktywnego starzenia, a w oparciu o to prowadzić politykę senioralną w Polsce. To pozwoli na dostosowanie się do zmian demograficznych (szczególnie do starzenia się ludności), a tym samym na zmianę pozycji Polski w międzynarodowych rankingach dotyczących aktywnego starzenia, takich jak Active Ageing Index czy Global Age Watch.

## Bibliografia

Active Ageing Index 2014 for 28 European Union Countries, November 2014, UNECE oraz EC.

Perek-Białas J., Mysińska E., Indeks aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym, Departament Polityki Senioralnej, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, 2013.

Walker, A.C., (2002), A strategy for active ageing, International Social Security Review, 55 (1), 121–38.

WHO, (2002), Active Ageing, A Policy Framework, II UN World Assembly on Ageing.

Zaidi, A., K. Gasior, M.M. Hofmarcher, O. Lelkes, B. Marin, R. Rodrigues, A. Schmidt, P. Vanhuyse and E. Zolyomi, (2013), „Active Ageing Index 2012: Concept, Methodology and Final Results”, Methodology Report Submitted to European Commission’s DG Employment, Social Affairs and Inclusion, and to Population Unit, UNECE, for the project: „Active Ageing Index (AAI)”, UNECE Grant No: ECE/GC/2012/003, Geneva.

# Odmienności chorowania w geriatricii

MARZENA DUBIEL\*



Starzy chorzy różnią się w chorowaniu od osób młodych. Mogą mieć inną manifestację choroby, odmienny przebieg, inaczej reagują na leki, wymagają modyfikacji dawki np. w sytuacji niewydolności nerek, wymagają często indywidualnego podejścia w obli-

czu konieczności podejmowania decyzji terapeutycznych. Istotne jest także środowisko pacjenta, wsparcie ze strony osób bliskich, sytuacja materialna, możliwości transportu

do instytucji zajmujących się ochroną zdrowia. Jednym z głównych celów leczenia osób w wieku podeszłym jest utrzymanie ich sprawności funkcjonalnej. O sukcesie leczenia mówimy wtedy, kiedy stan funkcjonalny chorego, po zakończeniu procesu diagnostyki i leczenia, nie uległ pogorszeniu.

Kolejną specyfiką postępowania geriatricznego, szczególnie w sytuacji chorowania osób zależnych funkcjonalnie, bardzo starych, z licznymi schorzeniami przewlekłymi, jest indywidualizacja podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. Każdy pacjent, szczególnie ten ze złożonymi problemami geriatricznymi wymaga indywidualnego podejścia, które rozpoczyna proces oceny geriatricznej, po którym następuje wybór opcji dla danego pacjenta uwzględniający jego wolę, jeśli taką może wyrazić lub wyrażał ją w przeszłości, i mający na celu rozwiązanie jego problemów zdrowotnych w sposób zgodny z jego hierarchią potrzeb. W geriatricii nierzadko nie jesteśmy w stanie wyleczyć chorego, szczególnie w sytuacji, gdy jego schorzenia mają charakter przewlekły i postępujący, a stan funkcjonalny chorego jest ograniczony, ale możemy kierować się zasadą, w której najważniejszym celem jest jakość życia i komfort. Wstępem do leczenia chorego w wieku podeszłym, szczególnie tego, u którego występuje wiele problemów zdrowotnych, niepełnosprawność, duże ryzyko powikłań leczenia, otępienie czy zespół kruchości, jest tzw. całościowa ocena geriatriczna (COG). Całościowa ocena geriatriczna może mieć różny zakres, polega na badaniu i ocenie różnych aspektów stanu zdrowia chorego, ocenia jego sytuację społeczną, sprawność intelektualną, słuch, wzrok, sprawność funkcjonalną, chód i równowagę, ryzyko upadków, stan odżywienia, ryzyko odleżyn. Po przeprowadzeniu takiej oceny, można planować dalsze postępowanie z chorym w celu ustalenia hierarchii potrzeb chorego i planowania dalszego leczenia

\* Dr n. med. Marzena Dubiel – specjalista chorób wewnętrznych i geriatricii. Absolwentka CM UJ w Krakowie. Tytuł doktora nauk medycznych uzyskała w roku 2008, rozprawa dotyczyła zaburzeń mikrokrążenia u chorych z niewydolnością serca, a doktorat otrzymała wyróżnienie zarówno rodzimego uniwersytetu, jak i międzynarodowe (I miejsce w międzynarodowym konkursie prac doktorskich w Hradec Kralove). W latach 2002–2011 asystent w Klinice Chorób Wewnętrznych i Geriatricii CM UJ. Od roku 2010 wykładowca na studiach podyplomowych z opieki długoterminowej. Aktywny członek międzynarodowej inicjatywy ELTECA, mającej na celu wymianę doświadczeń w opiece długoterminowej i promocję wysokiej jakości opieki. W roku 2011 członek grupy ekspercko-doradczej ds. opieki długoterminowej przy Ministerstwie Zdrowia. Aktywny zawodowo geriatra. Swoje zainteresowania koncentruje wokół zagadnień opieki długoterminowej, szczególnie relacji instytucja opiekuńcza–szpital, powikłań hospitalizacji i opieki, roli całościowej oceny geriatricznej w planowaniu spersonalizowanej opieki, zagadnień etycznych w opiece długoterminowej.

**Geriatrya** jest specjalizacją medyczną zajmującą się chorobami wieku podeszłego i powstała w odpowiedzi na zjawisko odmiennego chorowania osób starych i wynikającej z tego konieczności specyficznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i opiekuńczego w sytuacji leczenia osób starych.

nia, rehabilitacji oraz opieki. Taki „plan opieki” pozwala na optymalizację postępowania z chorym, a z ekonomicznego punktu widzenia pozwala na adekwatne wykorzystanie zasobów systemu opieki zdrowotnej.

Konsekwencje błędnych decyzji terapeutycznych, które są najczęściej skutkiem niewłaściwej oceny potrzeb starego człowieka, mogą być katastrofalne i prowadzić do cierpienia chorego oraz sytuacji, w której pacjent, zamiast odnieść korzyść z leczenia, staje się ofiarą jego powikłań. Szczególnym problemem wpisującym się w tematykę odmienności chorowania w geriatryi jest problem hospitalizacji. Dane z badań naukowych przeprowadzonych w „dobrych” szpitalach w Stanach Zjednoczonych, czyli takich, które aktywnie uczestniczą w programach mających na celu poprawę jakości opieki, identyfikację zagrożeń i powikłań, charakteryzują się dużą aktywnością mającą na celu poprawę wyników leczenia, wskazują na zaskakująco wysoką ilość powikłań hospitalizacji. Badanie publikowane na łamach *New England Journal of Medicine* pokazało, że aż 25% chorych doświadcza powikłania leczenia i opieki szpitalnej, niektóre z tych powikłań zagrażają życiu lub powodują zgon chorego, a większość związana jest z koniecznością wydłużenia hospitalizacji i wdrożenia dodatkowych procedur medycznych. Możemy sobie wyobrazić, że wskaźniki powikłań w warunkach polskiej rzeczywistości, szczególnie tej, która dotyczy osób w wieku podeszłym, mogą być jeszcze wyższe. Dlatego dla lekarza geriatry, stojącego w obliczu sytuacji zdrowotnej swojego starego chorego, szczególnie tego z zespołem kruchości, problemem wielochorobowości, niepełnosprawnego, z otępieniem, decyzja o skierowaniu chorego do szpitala pozostaje zawsze decyzją trudną, a czasem staje się wyborem tzw. mniejszego zła. Stary chory w szpitalu jest szczególnie narażony na ryzyko powikłań hospitalizacji. Wynikają one zarówno z czynników zależnych od chorego, np. dysfunkcja narządów, wyczerpane zdolności kompensacji, zmiany stanu narządów wynikające z procesu starzenia, ale także z szeregu czynników od chorego niezależnych, które często są możliwe do modyfikacji w celu uchronienia chorego przed powikłaniami. Do czynników, które mogą zmniejszyć ryzyko powikłań hospitalizacji, należą: planowanie hospitalizacji, ocena chorego na jej wstępie i ustalenie celów hospitalizacji, zaopatrzenie chorego na czas hospitalizacji w przyrządy, z których korzysta na co dzień

**Zespół kruchości** – czy zespół słabości – jest zespołem objawów o złożonym podłożu metaboliczno-hormonalnym, w którym istotną rolę odgrywa proces zapalny, występujący u niektórych chorych w procesie starzenia i upraszczając rozumowanie, może być postrzegany jako przykład „niekorzystnego starzenia”. W centrum tego zespołu jest sarkopenia, czyli niedobór masy i siły mięśni wpływający na tempo chodu, wydolność wysiłkową, ryzyko upadków, niepełnosprawność. Chorzy z zespołem kruchości stanowią grupę szczególnie narażoną na ryzyko powikłań leczenia i opieki, dlatego w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych obowiązuje szacowanie ryzyka wobec korzyści wynikających z proponowanej choremu opcji opieki.

(okulary, laska, aparat słuchowy), minimalizacja procedur inwazyjnych (np. cewnikowanie dróg moczowych, kaniulacja żył obwodowych, częste pobieranie krwi do badań), zapewnienie komfortowej, spokojnej atmosfery pobytu razem z poprawą orientacji chorego (zegary na ścianach, kalendarze, minimalizacja hałasu szpitalnego w nocy), rozsądny wybór i planowanie procedur medycznych, możliwość uczestniczenia opiekunów w opiece nad chorym w czasie hospitalizacji, szczególnie w sytuacji chorych z otępieniem, redukcja ilości stosowanych leków i poprawa świadomości personelu medycznego odnośnie ich działań niepożądanych w celu uniknięcia kaskady przepisywania, racjonalna antybiotykoterapia i wiele innych. Niestety w sytuacji załamania stanu zdrowia, polski chory nierzadko jest kierowany do szpitala, bo brak jest innych form opieki, które mogłyby pozwolić na bezpieczne leczenie chorego w warunkach domowych. W niektórych krajach istnieją programy leczenia nadzorowanego przez szpital w przypadku pewnych schorzeń, np. infekcji płucnych. Pogorszenie sprawności funkcjonalnej w trakcie hospitalizacji wiąże się z dużym ryzykiem zgonu po wypisie ze szpitala i dużym ryzykiem globalnego pogorszenia stanu zdrowia, dlatego tak ważne są działania rehabilitacyjne prowadzone równoległe z terapią przyczyny hospitalizacji.

### **Szczególna grupa chorych – chorzy mieszkańcy instytucji opieki długoterminowej**

Osoby zamieszkujące instytucje opiekuńcze są z definicji bardziej obciążeni chorobami przewlekłymi, w tym schorzeniami z grupy otępień, niepełnosprawnością i wynikającą z niej zależnością funkcjonalną, mają większe ryzyko upadku i jego konsekwencji w postaci urazów kończyn



Fot. Wojciech Skalka

i głowy, większe ryzyko powikłań pobytu, np. infekcji. Chorowanie osób z takimi obciążeniami znacząco różni się od chorowania grupy chorych młodszych, a schorzenia z grupy internistycznych często manifestują się zaburzeniami centralnego systemu nerwowego, w postaci majaczenia, nasilenia zaburzeń zachowania lub pogorszenia funkcjonalnego. Alarmowym objawem dla lekarza zajmującego się chorymi w instytucjach opiekuńczych jest tzw. ostra zmiana stanu funkcjonalnego lub stanu psychicznego, która zawsze budzić musi podejrzenie jakiegoś schorzenia leżącego w tle tego zjawiska, np. infekcji. Chorzy instytucji opiekuńczych, szczególnie ci, którzy są u kresu życia, są narażeni na ryzyko powikłań procedur medycznych, a decyzja o hospitalizacji bywa jedną z najtrudniejszych decyzji dotyczących chorego. Istnieją dane wskazujące na to, że chorzy z otępieniem, szczególnie ci, którzy mieszkają w instytucjach opiekuńczych, mają duże ryzyko zgonu w trakcie hospitalizacji i osiągają niewielkie korzyści z pobytu w szpitalu. Równocześnie są to chorzy, u których często raportuje się wysoki poziom cierpienia – ból przewlekły, duszność, zaparcia, zaburzenia świadomości, co świadczy o tym, że cierpienie fizyczne, choć potencjalnie możliwe do ograniczenia, nie jest u tych chorych adekwatnie leczone. Niezwykle ważna wydaje się rola rodziny w procesie opieki. Okazuje się bowiem, że

większość rodzin chorych z otępieniem w terminalnej fazie choroby zamieszkujących instytucje opiekuńcze, stawia komfort chorego jako priorytet opieki, a chorzy, których rodziny mają świadomość powagi rokowania oraz znają przebieg choroby, szczególnie w jej końcowej fazie, rzadziej doświadczają procedur związanych z cierpieniem o równocześnie wątpliwej skuteczności, np. hospitalizacji, wizyt w oddziale ratunkowym, podawania leków i antybiotyków dożylnie, zakładania zglębnika dożołądkowego. Istnieją duże różnice kulturowe i społeczne pomiędzy krajami, dotyczące postępowania w tej szczególnej grupie chorych, ponieważ różna jest świadomość i oczekiwania społeczne dotyczące roli systemu opieki zdrowotnej.

## Przykłady odmienności chorowania w geriatrici

### Przypadek I

92-letnia chora mieszkająca na stałe w domu opieki, z zaawansowanym otępieniem, przewlekłe leżąca, zależna w ADL, zostaje przyjęta na oddział internistyczny z po-

**Całościowa ocena geriatryczna** – proces polegający na wszechstronnej ocenie starego chorego, szczególnie chorującego na liczne schorzenia przewlekłe, niepełnosprawnego, z otępieniem, z zespołem kruchości, obejmujący ocenę stanu zdrowia fizycznego, psychicznego, ocenę sytuacji społecznej chorego, szacowanie ryzyka powikłań, np. upadku, rozwoju odleżyn itd. Całościowa ocena geriatryczna służy stworzeniu konkretnego, indywidualnego, przeznaczonego dla ocenianego chorego planu dalszego postępowania diagnostycznego, leczniczego, rehabilitacyjnego i opiekuńczego, ustaleniu priorytetów opieki. Istnieją dane wskazujące na to, że taka ocena zmniejsza ryzyko chorobowości, może zmniejszyć ryzyko powikłań, wpływa na jakość życia chorego i może odsunąć w czasie konieczność opieki długoterminowej dzięki podtrzymaniu względnej samodzielności chorego.

wodu zapalenia płuc. W trakcie pobytu na oddziale rozwija majaczenie, stosowane jest leczenie zaburzeń psychicznych, po kilku kolejnych dniach stan chorej się poprawia, majaczenie ustępuje, kontrolne zdjęcie klatki piersiowej wykazuje cofnięcie się zmian naciekowych w tkance płucnej. Lekarz prowadzący podejmuje decyzję o wypisie, ale rodzina chorej się na to nie zgadza, niepokoi ją bowiem „stan podgorączkowy”, czyli temperatura ciała 37,4 st. Celsjusza. Nikt z personelu medycznego nie podejmuje próby rozmowy z rodziną. Chora ma wykonane badanie bakteriologiczne moczu, w którym stwierdza się patogen, zostaje rozpoznana infekcja układu moczowego i chora otrzymuje kolejny antybiotyk. Po dwóch dniach stan chorej ulega poważnemu pogorszeniu, pojawiają się cechy niewydolności serca, w zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej obecna jest rozległa, nowa zmiana naciekowa, zostaje rozpoznana infekcja szpitalna. Po dwóch dniach leczenia infekcji płucnej powikłanej niewydolnością układu krążenia, chora umiera.

Przykład tej chorej powinien skłonić do zadania kilku pytań, na które odpowiedź jest niewątpliwie trudna, wskazuje on także na pewne problemy charakterystyczne dla chorowania osób w wieku podeszłym. Po pierwsze, czy leczenie tej konkretnej chorej mogłoby być prowadzone na niższym szczeblu opieki zdrowotnej, np. w warunkach instytucji, w której mieszkała, ze skutecznością porównywalną z leczeniem szpitalnym?

**Jednym z głównych celów leczenia osób w wieku podeszłym jest utrzymanie ich sprawności funkcjonalnej. O sukcesie leczenia mówimy wtedy, kiedy stan chorego, po zakończeniu procesu diagnostyki i leczenia, nie uległ pogorszeniu.**

**Ocena stanu funkcjonalnego** – stan funkcjonalny w geriatricii jest jednym z najważniejszych markerów zdrowia i dobrostanu. Najbardziej obciążeni i zagrożeni chorobowością i zgonem są pacjenci niesprawni funkcjonalnie, czyli zależni od opiekunów. Ocenie stanu funkcjonalnego służy wiele powszechnie w geriatricii używanych skal, np. skala Barthel, która w Polsce jest narzędziem kwalifikacji chorych do pobytu w niektórych instytucjach opieki długoterminowej, np. zakładach opiekuńczo-leczniczych. Powszechnie w codziennej praktyce lekarskiej jest także używana skala *Activities of Daily Living* (ADL), w której w prosty sposób ocenia się zdolność przemieszczania, mycia, korzystania z toalety, ubierania czy samodzielnego jedzenia posiłków. Należy pamiętać, że w codziennej praktyce klinicznej możemy mieć do czynienia z chorymi, którzy mają „tylko jedną chorobę”, np. doznali rozległego udaru mózgu z następowym porażeniem i z tego powodu są całkowicie zależni w aktywnościach dnia codziennego, ale są także chorzy obciążeni licznymi schorzeniami przewlekłymi, nierzadko o poważnym rokowaniu, które nie wpływają istotnie na ich zdolność do niezależnego funkcjonowania. Nadrzędnym celem postępowania leczniczego i diagnostycznego z chorym w wieku podeszłym, o ile to tylko możliwe, jest zatem podtrzymanie jego zdolności do samodzielnego życia, najlepiej w warunkach domowych.

Chora rozwinęła majaczenie, czyli powikłanie choroby i jej leczenia, z którego udało się ją wyprowadzić. Młodzi chorzy z zapaleniem płuc niezwykle rzadko doświadczają takiego powikłania. Decyzja o wypisie powinna być zaplanowana na wstępie hospitalizacji

razem z ustalaniem jej celów. Rodzina chorej miała niewątpliwie znaczenie w podejmowaniu decyzji o przedłużeniu hospitalizacji. Nikt z członków zespołu opiekującego się chorą nie podjął skutecznej rozmowy z jej rodziną celem przedstawienia zakresu ryzyka, które może wynikać z przedłużenia hospitalizacji i procedur z nią związanych. Takie rozmowy bywają

trudne, czasochłonne i wymagają dużego doświadczenia. Chora rozwinęła powikłanie hospitalizacji, jedno z tych, które stanowią realne zagrożenie życia, czyli rozwinęła szpitalne zapalenie płuc. Jest to infekcja najczęściej wywołana szczepami wielolekoopornymi, u chorej z otępieniem niezwykle trudno jest uzyskać materiał z układu oddecho-



**Kaskada przepisywania leków** – zjawisko znane w geriatrici i polegające na tym, że chory doznaje jakiegoś działania niepożądanego wynikającego ze stosowania u niego leku, co pozostaje nierozpoznane jako powikłanie leczenia, ale jako niezależna jednostka chorobowa, na którą przepisywany jest kolejny lek. Np. chory zgłasza się do lekarza z powodu zawrotów głowy wywołanych najpewniej stosowanym u niego lekiem A i otrzymuje kolejny lek B, który jest stosowany w przypadku zawrotów głowy.

**Maski geriatryczne** – sytuacja, w której stary chory prezentuje objawy niecharakterystyczne dla danej jednostki chorobowej, co może spowodować jego błędną ocenę i postawienie odmiennej diagnozy. Np. objawem infekcji, często poważnej, u chorego w wieku podeszłym, może być upadek. Lekarz bywa wzywany do chorego po upadku, który przestał chodzić, a rzeczywistą przyczyną pogorszenia stanu zdrowia jest tocząca się infekcja płucna bez jej typowych dla osób młodych objawów, np. gorączki czy kaszlu. Chory z zawałem serca w młodym wieku typowo prezentuje ból w klatce piersiowej, osoba stara, szczególnie kobieta, z cukrzycą lub przewlekłą niewydolnością nerek może manifestować zawał serca w postaci pogorszenia wydolności serca, czyli tzw. dekomensacji układu krążenia z dusznością, cechami zastoju w krążeniu płucnym.

wego dla celowanego leczenia takiej infekcji. Manifestacją ciężkiej infekcji płucnej była niewydolność układu krążenia.

### **Przypadek II**

86-letnia chora z licznymi schorzeniami przewlekłymi, w tym z niewydolnością serca i otępieniem, mieszkająca ze swoją rodziną we własnym domu. Upadła i doznała urazu klatki piersiowej i po upadku zaległa w łóżku, a jej stan psychiczny się pogorszył. Rodzina relacjonuje, że chora dotychczas odpowiadała na proste pytania, obecnie kontakt słowny z nią jest niemożliwy. Lekarz zostaje wezwany do domu chorego i zastaje chorą w ciężkim stanie, z dusznością, szybką akcją serca, odwodnioną, wysoko gorączkującą, z niskim ciśnieniem tętniczym krwi. Chora ma ślady po urazie klatki piersiowej, podejrzenie złamania kości udowej po tej samej stronie, na lewym podudziu widoczne jest masywne zaczerwienienie skóry z raną z ropną wydzieliną w jej centrum. Lekarz rozpoznaje różę podudzia lewego, podejrzenie sepsy i kieruje chorą do szpitala.

**Majaczenie** – częste w geriatrici, zwane także „ostrym zespołem mózgowym”, charakteryzuje się zaburzeniami świadomości, zdolności myślenia i uwagi, które pojawiają się najczęściej w ciągu kilku godzin, fluktuują, czyli ich natężenie zmienia się w czasie. Majaczenie stanowi realne zagrożenie życia chorego w wieku geriatrycznym, a wywołane jest chorobą, która nie dotyczy bezpośrednio centralnego systemu nerwowego, np. zapaleniem płuc, odwodnieniem, zaburzeniami elektrolitowymi, działaniem niepożądanym leków, także tych używanych powszechnie i dostępnych bez recepty. Majaczenie ma poważne konsekwencje, zwiększa bowiem ryzyko chorobowości, zgonu, trwałego pogorszenia funkcji poznawczych, umieszczenia w instytucji opieki długoterminowej po okresie hospitalizacji. Majaczenie bywa nierozpoznawane lub rozpoznawane błędnie, szczególnie w warunkach opieki „ostrej”, kiedy zebranie dokładnego wywiadu, w tym wywiadu od członków rodziny jest niemożliwe.

Przypadek ten pokazuje, że często pierwszą manifestacją infekcji u chorego w wieku podeszłym z otępieniem bywa upadek i pogorszenie stanu psychicznego. W opisanym powyżej przypadku chora miała najpewniej ciężką bakteryjną infekcję skóry i tkanki podskórnej, być może uogólnioną, na co wskazywał ciężki stan chorej, duszność, niskie ciśnienie, tachykardia. Chory może doznać powikłań upadku w postaci urazów tkanek miękkich czy kości, a konsekwencje samego upadku mogą zagrażać życiu chorego. W wieku podeszłym często występuje osteoporoza, czyli schorzenia polegające na mniejszej wytrzymałości kości na uraz. Stare osoby pod wpływem upadku lub innego niskoenergetycznego urazu mogą doświadczać złamań, w tym złamań kości udowej. Taka sytuacja jest nazywana w literaturze anglojęzycznej „zdarzeniem katastrofalnym”, bo prowadzi do poważnych następstw, zwiększając ryzyko chorobowości, pogorszenia sprawności funkcjonalnej, zwiększa prawdopodobieństwo umieszczenia w instytucji opieki długoterminowej i dramatycznie zwiększa ryzyko zgonu.

Podsumowując, chorzy w wieku podeszłym, szczególnie ci z licznymi schorzeniami przewlekłymi, niepełnosprawni, zależni funkcjonalnie, chorują inaczej niż osoby młode. Inna manifestacja chorób, odmiennie zasoby, którymi dysponują, powszechne powikłania chorób i leczenia, które przekładają się na gorsze rokowania, wymagają zawsze dokładnej oceny chorego i ustalenia korzyści i ryzyka wynikających z podejmowanych procedur medycznych. Istotna jest świadomość ograniczeń takiego sposobu myślenia, bo one także istnieją. Najważniejsze jest to, aby spojrzenie

na chorowanie w starości nie prowadziło do nihilizmu terapeutycznego i zaniedbania leczenia w ogóle. Decyzje podejmowane w oparciu o szeroką wiedzę i doświadczenie pozwalają na racjonalizację wydatków systemu opieki zdrowotnej, a oszczędności, które można uzyskać, mogą być przeznaczone na poprawę jakości opieki nad chorującymi osobami starszymi.

## Piśmiennictwo

1. Medicine in old age: a clinical approach. Mulkerrin EC, Carey B, Liston R. Advanced Medical Publications, London 2009
2. Case-based geriatrics a global approach. Hirth V, Wieland D, Dever-Bumba M. The McGraw-Hill Companies, New York 2011
3. Nursing Home Care. A core curriculum from the International Association for Gerontology and Geriatrics. Morley J, Tolson D, Ouslander J, Vellas B. The McGraw-Hill Companies, New York 2013
4. The clinical course of advanced dementia. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK I wsp. N Engl J Med 2009; 361(16): 1529–1538
5. A cross-cultural study of physician treatment decisions for demented nursing home patients who develop pneumonia. Helton MR, van der Steen JT, Daaleman TP I wsp. Annals of family medicine 2006; 4(3): 221–227
6. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M I wsp. JAGS 2010; 58 (4): 627–635
7. Recovery in activities of daily living among older adults following hospitalization for acute medical illness. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR I wsp. J Am Geriatr Soc 2008; 56(12): 2171–2179
8. Temporal Trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med 2010; 22: 2124–2134

# Telemedycyna. Opieka i zdrowie na odległość

MICHAŁ HARAŃCZYK\*



W obliczu obserwowanych zmian demograficznych, które dotyczą naszego regionu świata, średnia długość życia staje się wyzwaniem dla istniejących systemów opieki zdrowotnej. Rosnąca potrzeba opieki nad coraz liczniejszą, bardziej schorowaną populacją, wymaga

optymalizacji posiadanych środków i zrationalizowania wydatków z ograniczonego budżetu ochrony zdrowia. Odpowiedzią na to wyzwanie może być opieka i nadzór nad seniorami w ich środowiskach domowych z wykorzystaniem metod telemonitoringu, a także powszechne zastosowanie systemów telemedycznych w zakresie służby zdrowia. Implementacja takich rozwiązań jest szczególnie pożądana wśród osób starszych, z wielorakimi schorzeniami, często przewlekłymi. Głównym zamierzeniem wprowadzenia tych rozwiązań jest chęć zapewnienia lepszej i wydajniejszej opieki dla seniorów, próba redukcji liczby hospitalizacji, przeniesienie ciężaru opieki nad seniorami z ośrodków opieki społecznej do środowiska domowego. Domowy telemonitoring i liczne rozwiązania telemedyczne już dziś przynoszą oszczędności w ochronie zdrowia, a uzyskane w ten sposób środki mogą być z powodzeniem inwestowane w inne, niewralgiczne punkty systemu. Telemedycyna w obliczu starzejącego się społeczeństwa, stale rosnących kosztów leczenia, emigracji lekarzy, staje się jednym z najlepszych rozwiązań systemo-

wych i informatycznych, którego implementacja w systemie ochrony zdrowia w Polsce powoli staje się faktem.

## Teleopieka i telerehabilitacja dla seniorów

Poprzez starzenie się populacji rośnie także liczba osób, którym niezbędne jest zapewnienie opieki długoterminowej. Obecnie udaje się to zbilansować poprzez sieć domów spokojnej starości, zakładów opiekuńczo-leczniczych, a także dzięki opiece pielęgniarek środowiskowych i pracowników opieki społecznej. Wobec dużego przyrostu seniorów w stosunku do ograniczonej liczby ośrodków opieki, w celu zapewnienia bezpieczeństwa osobom starszym w ich domowych środowiskach dobrym rozwiązaniem wydają się systemy domowej teleopieki nad seniorami.

Na rynku istnieją gotowe rozwiązania, proponujące m.in. stacjonarne systemy monitorujące ruch osób starszych w mieszkaniu, a także zjawiska fizyczne, takie jak ulatniający się gaz, nagły wzrost temperatury bądź zalewająca mieszkanie woda. Ich zaletą jest sprawne wykrywanie zmiany położenia i pozycji osoby monitorowanej, bądź nieadekwatnie długie przebywanie seniora w miejscach nietypowych. Przykładowo, taki system poradzi sobie z wykryciem upadku lub utraty przytomności, wskazując, że monitorowana osoba leży w miejscu do tego nieprzeznaczonym – np. w kuchni. Po wykryciu zagrożenia bądź sytuacji odmiernej od przyzwyczajenia osób starszych (np. zbyt długi czas spędzony w łazience, w przedpokoju itp.), informacja taka trafia w trybie alarmowym do personelu w centrum monitorowania zdarzeń. To on decyduje o rodzaju i sposobie wezwania pomocy dla seniora, w zależności od sytuacji powiadamiając zespół

\* Michał Harańczyk, lekarz, pasjonat kardiologii i telemedycyny, na co dzień zatrudniony w Oddziale Szybkiej Diagnostyki w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.



Aparat do Tele-EKG. Fot. Katarzyna Opoczka

pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, opiekunkę środowiskową bądź personel techniczny. W razie wystąpienia sytuacji nietypowych personel monitorujący zdarzenia może zadzwonić bezpośrednio do osoby starszej i telefonicznie wyjaśnić zaistniałą sytuację. Zespolecie takich rejestratorów z systemami szybkiego ostrzegania pozwala na błyskawiczną reakcję odpowiednich służb.

Innym urządzeniem służącym do zapewnienia bezpieczeństwa seniorom może być system lokalizacji osób starszych. Niewielkie pudełka, wielkości małych telefonów komórkowych, mogą być np. wszyte w garderobę osoby starszej bądź doczepione do paska od spodni, następnie dzięki systemowi GPS rejestrują przebieg trasy, którą przemierza dana osoba (tzw. geolokalizatory). W zależności od ustawienia systemu, może on wysyłać powiadomienie np. o przekroczeniu pewnego rejonu lub opuszczeniu mieszkania (technologia *geofencing*). Dostęp do przemierzanej trasy jest osiągalny po zalogowaniu się do systemu, na który składa się komputer z oprogramowaniem. Dzięki temu możliwe jest śledzenie

pokonanej trasy z uwzględnieniem czasu jej przebycia. Inną zaletą takich urządzeń jest możliwość powiadomienia opiekuna w sytuacji, gdy przykładowo monitorowana osoba pozostaje poza domem przez zbyt długi okres czasu, bądź porusza się środkami lokomocji – wówczas zaprogramowany system wyśle wiadomość tekstową w systemie SMS bądź automatyczny komunikat głosowy na ustalony wcześniej numer kontaktowy, np. do rodziny. Zastosowanie specjalnych żyroskopów umożliwia dość precyzyjne określenie pozycji człowieka, a także wyzwala alarm w sytuacji np. ataku padaczki. Te wszystkie rozwiązania są szczególnie pomocne w opiece nad osobami z demencją, w tym szczególnie z chorobą Alzheimera, zaburzeniami pamięci, wybranymi chorobami psychicznymi.

Tańszym i prostszym technicznie rozwiązaniem jest teleopieka z zastosowaniem telefonów komórkowych. Obecne pokolenie seniorów jest coraz lepiej obeznane z telefonią komórkową, obsługuje się nią coraz sprawniej i pewniej, a produkowane specjalnie dla tej grupy wiekowej aparaty

cechują się dużymi wyświetlaczami, wyraźnym menu, prostą obsługą. Jednak to nie wszystko – dedykowane seniorom urządzenia mogą zostać zaopatrzone w dodatkowe funkcje, takie jak czujnik upadków czy analizator częstości akcji serca. I znowu wiadomość o niebezpieczeństwie grożącym osobie monitorowanej – najczęściej alert w postaci wiadomości tekstowej – zostaje automatycznie wysłana do centrum powiadamiania lub zaprogramowanych wcześniej w urządzeniu numerów kontaktowych, np. rodziny bądź opiekunów medycznych.

A jak bezpieczeństwu osób starszych mogą się przysłużyć mobilne aplikacje? Obecnie na rynku można spotkać modele obsługujące aplikacje dotyczące zdrowego trybu życia, przypominające o potrzebie aktywności fizycznej, kontroli masy ciała czy ciśnienia tętniczego krwi. Inne z kolei po wprowadzeniu określonych wymagań potrafią dobrać odpowiednią dietę bądź wskazać dzienne zapotrzebowanie kaloryczne, wyliczyć konieczną dawkę insuliny bądź wskazać indeks glikemiczny potraw (przydatne szczególnie w przypadku diabetyków).

Ciekawym rozwiązaniem są dostępne na rynku zabiegi rehabilitacyjne, świadczone metodą telemedycyny. Jedne z pierwszych polegały na monitorowaniu akcji serca i ciśnienia tętniczego krwi za pomocą przenośnych urządzeń do teletransmisji danych. W trakcie codziennego treningu rehabilitacyjnego, np. na rowerze stacjonarnym, urządzenia do teletransmisji danych podpięte do pacjenta wysyłały w trybie *live* podstawowe dane, takie jak krzywa EKG, puls, ciśnienie tętnicze krwi – do ośrodka monitorującego terapię. Dzięki temu możliwa była interwencja nadzorującego ćwiczenia personelu, np. poprzez odpowiednie zmniejszenie obciążenia w trakcie wysiłku bądź jego podniesienie w przypadku, gdy pacjent z powodzeniem osiągał kolejne, wyższe poziomy obciążenia treningowego.

Najnowszym osiągnięciem jest system do samodzielnych ćwiczeń w warunkach domowych, na który składa się ekran z zamontowanym czujnikiem ruchu (*motion controller*). Taki zestaw umożliwia codzienną rehabilitację we własnym domu, w czasie i w warunkach najbardziej odpowiadających osobie ćwiczącej. Zalecony program ćwiczeń jest wyświetlony na ekranie. Zadaniem pacjenta jest powtarzać ruchy i sekwencje ćwiczeń według tego, co na nim obserwuje. Kamera połączona z ekranem rejestruje ruch osoby ćwiczącej, a program po analizie ruchu ocenia stopień zgodności wykonanej aktywności z zaplanowaną. Inną modyfikacją tego samego zestawu są programy ćwiczeniowe, znane z popularnych gier wideo. Na ekranie

wyświetlane są kolejne konkurencje, jak rzut piłką czy chwytanie i przenoszenie przedmiotów. Zadaniem pacjenta będzie np. takie poruszanie rękami bądź nogami, by odpowiednio uderzyć wirtualną piłkę lub przenieść przedmiot widoczny na ekranie. Także tutaj wspomniany rejestrator ruchu będzie przechwytywał każdy ruch ciała pacjenta i na bieżąco korygował lot piłki lub umiejscowienie przedmiotu na ekranie.

## Zdrowie na odległość

Zastosowanie urządzeń telemedycznych pozwalających pacjentowi na bezpośredni kontakt z personelem medycznym pozwala włączyć aktywnie osobę monitorowaną w proces diagnostyki i leczenia. Zaangażowanie pacjenta w proces zbierania danych, uwrażliwienie go na obserwowane parametry, potrzebę kontroli i przede wszystkim sprawny *feedback*, czyli przekazanie pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, ewentualnych zaleceń, czy nawet przeprowadzenie określonych działań terapeutycznych już drogą telemedyczną, zbliża lekarza i pacjenta do relacji partnerskich, które przekładają się bezpośrednio na poprawę wyników leczenia.

Rozwiązania telemedyczne w swoim założeniu mają przesunąć ciężar procesu leczniczego z lecznictwa zamkniętego oraz ambulatoriów – do warunków lokalnych, najchętniej domowych. Współcześni eksperci rynku zdrowia podkreślają, że olbrzymim obciążeniem dla systemu opieki zdrowia, a zarazem potencjalnie modyfikowalnym czynnikiem, są pobyty stacjonarne w ramach całonocnych hospitalizacji. Często związane są one z koniecznością pozostawienia pacjenta na obserwacji, np. po wprowadzeniu nowego leczenia

lub modyfikacji farmakoterapii. Celem ograniczenia potrzeby hospitalizacji rozwinięto szereg technik telemedycznych, które umożliwiają diagnostykę i leczenie – bez potrzeby przybywania pacjenta w szpitalu.

Jednym z częściej badanych i monitorowanych parametrów życiowych na świecie jest zapis krzywej EKG. Aparaty wielkości niewielkich pudełek, zaopatrzone w akumulatorki i karty SIM, w prosty sposób podłączone do pacjenta mogą rejestrować zapis EKG w sposób ciągły lub na żądanie (*on-demand*). Pozwala to w zależności od wybranego trybu rejestracji, na poszukiwanie arytmii, czyli zaburzeń rytmu serca, które występują rzadko, np. raz na miesiąc – i przez to są „nieuchwytnie” dla standardowych metod (np. popularnego badania Holter-EKG).

Pacjent wyposażony w aparat Tele-EKG sam decyduje, kiedy „podłączy się” do niego i po naciśnięciu przycisku do transmisji wyśle zapis EKG do lekarza. Dzięki odpowiednim

**Telemedycyna w obliczu starzejącego się społeczeństwa, stale rosnących kosztów leczenia, emigracji lekarzy, staje się jednym z najlepszych rozwiązań systemowych i informatycznych, którego wdrażanie w systemie ochrony zdrowia w Polsce powoli staje się faktem.**

opcjom pozwalającym na rejestrację EKG w trybie „pętli” (*loop recording*), możliwe jest zarejestrowanie i przesłanie do analizy fragmentu EKG także po utracie przytomności przez pacjenta – po odzyskaniu przytomności ponowne przyciśnięcie przycisku umożliwi wysłanie zapamiętanego fragmentu zapisu EKG z „pętli”. Inna możliwość, droższa i trudniejsza w swym zastosowaniu, wymagająca bowiem całodobowych centrów monitoringu – to ciągły monitoring EKG. Tak zabezpieczona osoba pozostaje na stałe podłączona do urządzenia Tele-EKG, przesyłającego zapis krzywej EKG np. do szpitala.

Obiektem monitoringu mogą być także parametry, takie jak masa ciała, temperatura, saturacja (czyli wysycenie krwi tlenem). Zdalny pomiar masy ciała znajduje swoje miejsce w programach teleopieki nad chorymi z przewlekłą niewydolnością serca, a także zmagających się z problemem otyłości. Zastosowanie pomiaru saturacji krwi najczęściej znajduje swoje zastosowanie jako rozwinięcie zdalnego programu treningowego w procesie telerehabilitacji. Ten istotny parametr umożliwia jeszcze większą precyzję w doborze obciążenia treningowego dla pacjenta, a z drugiej strony stanowi parametr alarmujący o ewentualnym niebezpieczeństwie dla chorego. Rozwiązania telemedyczne pomagają zmagać się z chorobą także innym grupom pacjentów. Dostępne są na rynku specjalne pikfłometry, czyli urządzenia monitorujące stopień ciężkości astmy oskrzelowej, które (np. poprzez system Bluetooth) umożliwiają transmisję pomiarów do komputera PC lub telefonu komórkowego. Inna przedstawicielka schorzeń cywilizacyjnych – cukrzyca – także doczekała się dedykowanego sobie rozwiązania. Istnieją już bowiem systemy ciągłego pomiaru glikemii oraz pompy insulinowe – te urządzenia także gromadzą dane o stanie zdrowia pacjenta (poziom glikemii, zużycie insuliny, ilość dodatkowych dostrzyknięć) i mogą te dane przesyłać do lekarza zaangażowanego w terapię pacjenta.

Systemy telemedyczne umożliwiają również telekonsultacje, czyli konsylia lekarskie przeprowadzane na odległość, z zastosowaniem przesyłu obrazu, dźwięku, a także wyników badań obrazowych. Pozwala to na konsultacje z ekspertami z odległych, wysokospecjalistycznych centrów – szczególnie trudnych i złożonych przypadków. Innym zastosowaniem jest zdalne badanie pacjenta, dla którego dotarcie do odległego ośrodka zdrowia jest niemożliwe. W oparciu o taką zasadę funkcjonują np. wirtualne poradnie stopy cukrzycowej, dokąd przesyłane są zdjęcia pacjentów celem konsultacji przez eksperta – diabetologa. Innym zastosowaniem, pozwalającym na oszczędność czasu i środków (transport na duże odległości), są telekonsultacje kardiologiczne, dermatologiczne, radiologiczne i inne, gdzie istotą jest przesył dużych ilości danych obrazowych. W tych dziedzinach medycyny olbrzymią rolę spełniają badania takie jak echokardiografia, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, zdjęcia zmian skórnych czy badania histopatologiczne. Ce-

lem skonsultowania ich wyników z ekspertami można je przesłać w ujednoczonym standardzie informatycznym do ośrodków medycznych o wyższej referencyjności, gromadzących fora eksperckie. Pozwala to na sprawne działanie ośrodków medycznych położonych na obrzeżach, a także na zrównoważony i sprawiedliwy dostęp do ochrony zdrowia dla wszystkich ludzi bez względu na rejon zamieszkania. Istniejące dotychczas rozwiązania to m.in. telekonferencje między szpitalami, transmisje zabiegów prosto z sali operacyjnej – do dowolnych miejsc na świecie, telekonsultacje wyników badań obrazowych, tworzenie wirtualnych bibliotek archiwizujących trudne i ciekawe przypadki medyczne oraz wiele, wiele innych. Szczególnie zaawansowanym i ciekawym z uwagi na zastosowanie absolutnie najnowszych technologii jest zdalne kontrolowanie robotów medycznych typu da Vinci, dzięki czemu możliwe jest przeprowadzenie odległych zabiegów chirurgicznych przy zastosowaniu telemedycznych systemów łączności i przesyłu danych.

## Telemedycyna w Małopolsce

Na zakończenie przeglądu zastosowań telemedycznych i dotyczących telemonitoringu warto wspomnieć o badaniu pilotażowym Tele-EKG, które miało miejsce w Małopolsce w ubiegłym roku. We współpracy z Urzędem Marszałkowskim Województwa Małopolskiego personel Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II otoczył zdalną opieką kardiologiczną ponad 100 pacjentów w wieku powyżej 55 roku życia, zamieszkujących powiaty: proszowicki, miechowski, olkuski i chrzanowski. Każdy pacjent był monitorowany przez 30 dni za pomocą przenośnego zestawu do rejestracji EKG, dzięki czemu na stałe mógł przebywać w swoim środowisku domowym, a uzyskane w ten sposób badania były wysyłane w trybie *live* do Oddziału Szybkiej Diagnostyki (na terenie szpitala), gdzie miały miejsce również konsultacje kardiologiczne, porady dietetyczne oraz badania laboratoryjne – wszystko w ramach badania pilotażowego będącego składową częścią projektu unijnego ADAPT2DC. Tym sposobem poprzez realizowany na odległość projekt monitorowania pacjentów, bez konieczności hospitalizacji czy kłopotliwego dotarcia do przychodni lub innego ośrodka zdrowia, szeroka grupa pacjentów z podejrzeniem arytmii mogła być diagnozowana „bez wychodzenia z domu”. Dzięki zdalnemu monitorin- gowi pacjentów możliwe było zdiagnozowanie różnych arytmii u 36 pacjentów, z których 5 wymagało następnie hospitalizacji celem wprowadzenia odpowiedniego leczenia. Projekt telemonitoringu okazał się skuteczny nie tylko w wykrywaniu groźnych i istotnych zaburzeń rytmu, lecz dzięki niemu wykryto także istotne choroby zaliczane do grona cywilizacyjnych, takie jak zaburzenia gospodarki lipidowej (31 pacjentów), stan przedcukrzycowy (22 pacjentów) oraz niekontrolowane w sposób właściwy nadciśnienie tętnicze krwi (9 pacjentów).

## **Czy telemedycyna może być odpowiedzią na potrzeby starzejącej się populacji?**

Spółeczeństwo krajów zachodnich dzięki zaawansowanym technologiom znajdującym swe zastosowanie w życiu codziennym (np. bezprzewodowy dostęp do Internetu, smartfony, systemy komunikacji i rejestracji pozycji GPS), chętnie korzysta z tych rozwiązań nie tylko w celach biznesowych czy rozrywkowych, lecz coraz częściej wprowadza je w tak osobiste i odpowiedzialne dziedziny życia, jak zdrowie i bezpieczeństwo. Systemy informatyczne poprzez swoją długą obecność na rynku i uznaną renomę stały się zaufanymi środkami bezpieczeństwa, którym coraz częściej zawieramy swoje zdrowie i życie. Żywimy coraz mniej obaw przed otaczaniem się różnego rodzaju czujnikami, urządzeniami kontrolującymi czynności życiowe, alarmującymi w razie potrzeby fachową pomoc – gdyż w istocie te urządzenia stały się częścią naszego otoczenia, pełniąc niezliczoną liczbę funkcji, np. ułatwiające pracę czy odpoczynek. Czy są to warunki wystarczające, by umożliwić wprowadzenie telemedycyny na szeroką skalę?

Jest szereg przesłanek przemawiających na jej korzyść. Ciągły monitoring osób szczególnie zagrożonych wystąpieniem określonych chorób pozwoli na ich wcześniejsze wykrycie. W przypadku większości schorzeń, odpowiednio wcześnie postawiona diagnoza pozwala na wdrożenie adekwatnego leczenia, umożliwia szybkie podjęcie działania, pozwalając na oszczędność zarówno ewentualnych dalszych procesów diagnostycznych, jak również poprzez wdrożenie leczenia na wczesnym etapie schorzenia – zazwyczaj pozwala na przeprowadzenie terapii. Wcześnie zdiagnozowana choroba

to z kolei większa szansa na jej wyleczenie, a w przypadku chorób przewlekłych możliwe jest wprowadzenie innych alternatywnych form terapii, takich jak leczenie paliatywne, rehabilitacyjne, wczesno-usprawniające, opieka środowiskowa, zaangażowanie grup wsparcia. Wszystkie wymienione działania pozwalają w perspektywie czasu na wydłużenie szacowanego okresu przeżycia, polepszają komfort życia, jego jakość, umożliwiają realizację celów nawet przy założeniu niemożności osiągnięcia pełnego zdrowia bądź sprawności sprzed okresu choroby.

Powyższy artykuł adresowany jest w pierwszej kolejności do osób starszych, z myślą o których powstaje większość systemów teleopieki. Trzeba jednak pamiętać, że przedstawione zastosowania systemów telemedycznych mogą znaleźć swoje miejsce także w opiece długoterminowej, nad osobami obłożenie chorymi, pozostającymi w swoich środowiskach domowych, częstokroć z dala od dużych ośrodków medycznych, które są pozostawione wobec braku adekwatnego nadzoru ze strony personelu medycznego czy opiekuńczego. Przedstawiona paleta możliwych zastosowań telemedycznych oraz związanych z teleopieką z pewnością nie wyczerpuje tematu, gdyż tak burzliwie rozwijająca się dziedzina nauki i przemysłu niemal każdego dnia dostarcza ludziom nowych produktów i rozwiązań technicznych. Ich wprowadzenie do codziennej praktyki nie idzie niestety w parze wraz z tempem rozwoju technologicznego. Rozwój telemedycyny wciąż boryka się z licznymi zagadnieniami oczekującymi na rozwiązania, zarówno w kwestiach prawnych, jak i etycznych. Niemniej podstawowym zagadnieniem pozostaje finansowanie świadczeń związanych z wykorzystaniem telemedycyny i ugruntowanie jej pozycji pośród świadczeń pokrytych refundacją w ramach istniejących ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.





# Współpraca na rzecz dłuższego i zdrowszego życia

MARIA IGLESIA GOMEZ\*



W ciągu półwiecza liczba mieszkańców Europy w wieku powyżej 65 lat znacznie wzrosła: z 92 mln (2013 r.) do 148 mln (2060 r.). Procentowy udział osób starszych w ogólnej liczbie ludności wzrosł także z 18,2% do 28,4%. Liczba osób mających ukończone 80 lat zwiększyła się

z 5,1% łącznej liczby ludności do 11,8%. W Polsce oznaki starzenia się ludności będą jeszcze bardziej widoczne. Osoby w wieku 65+ stanowią obecnie 14,2% łącznej liczby ludności w Polsce, ale oczekuje się, że liczba ta wzrosnie do 34,5% w roku 2060.

Większość lat przeżytych po 65 roku życia charakteryzować się będzie jednak ograniczoną aktywnością. W 2012 r. w UE-28 przewidywaną w chwili urodzenia liczbę lat przeżytych w zdrowiu szacowano na 61,3 w przypadku mężczyzn i 61,9 w przypadku kobiet (w Polsce 59,2 lat w przypadku mężczyzn i 62,9 w przypadku kobiet). Stanowiło to ok. 79% i 74% ogólnej oczekiwanej długości życia mężczyzn i kobiet w UE<sup>2</sup>.

- <sup>1</sup> Źródło: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/File:Population\\_structure\\_by\\_major\\_age\\_groups,\\_EU-28,\\_2013%E2%80%93380\\_\(1\)\\_\(%25\\_of\\_total\\_population\)\\_YB14.png](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Population_structure_by_major_age_groups,_EU-28,_2013%E2%80%93380_(1)_(%25_of_total_population)_YB14.png) (10 września 2014 r.).
- <sup>2</sup> [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Healthy\\_life\\_years\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics) (10 września 2014 r.).

\* Maria Iglesias Gomez, kierownik Działu Innowacje w zakresie Zdrowia i Konsumentów, Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Konsumentów w Komisji Europejskiej.

## Starzejące się społeczeństwo: wyzwania i szanse

Ta zmiana sytuacji demograficznej stawia przed społeczeństwami wielorakie wyzwania. Starzenie się często wiąże się z chorobami przewlekłymi, chorobami neurodegeneracyjnymi, większą podatnością na choroby i pogorszeniem sprawności oraz coraz większymi trudnościami w prowadzeniu samodzielnego życia.

Większa powszechność występowania chorób przewlekłych i potrzeba długookresowej opieki w przypadku starszej ludności powoduje większe zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i społeczną oraz stawia pod znakiem zapytania trwałość i efektywność naszych obecnych systemów opieki zdrowotnej, w szczególności w sytuacji, gdy państwa członkowskie zmagają się z silną presją budżetową.

Łączne wydatki na opiekę zdrowotną stanowią obecnie istotną część PKB, wynoszącą ok. 9%, jednakże wykazują znaczne zróżnicowanie na terytorium UE. I tak na przykład, udział wydatków na ochronę zdrowia w 2011 roku przekraczał 10,0% produktu krajowego brutto (PKB) w sześciu państwach członkowskich UE (we Francji, Holandii, Niemczech, Danii, Belgii i Austrii), stanowiąc niemal dwukrotność obecnych wydatków na opiekę zdrowotną w stosunku do PKB, odnotowanych w na Cyprze, w Estonii i w Rumunii (poniżej 6,0% PKB). W Polsce udział wydatków na opiekę zdrowotną w 2011 r. wyniósł 6,4% PKB.

Opieka nad osobami starszymi to skomplikowane zadanie; oprócz zapewnienia skoncentrowanej na konkretnej osobie, dobrze skoordynowanej i długoterminowej opieki zdrowotnej obejmuje ona także potrzebę uwzględnienia w politykach publicznych – i przez wszystkich interesariuszy – odpowied-

nich warunków mieszkaniowych, otoczenia przyjaznego dla osób starszych, w tym dostosowania transportu, przestrzeni i usług publicznych do potrzeb osób starszych, jak również zapewnienia więzi społecznych.

Zmiany demograficzne to nie tylko wyzwanie, można je obrócić w szansę dla odnowy Europy i uznać za inwestycje w przyszłość, a nie za obciążenie dla społeczeństwa.

## Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu

W 2011 roku Komisja Europejska zainicjowała pilotażowe Europejskie Partnerstwo na Rzecz Innowacji Sprzyjającej Aktywnemu Starzeniu się w Dobrym Zdrowiu (Partnerstwo), stanowiące część Unii innowacji – przewodniej inicjatywy strategii Europa 2020<sup>3</sup>. Istotnie, innowacyjność jest kluczowym elementem umożliwiającym starszym osobom niezależne życie, korzystanie z lepiej dostosowanego leczenia i uczestnictwo w życiu społeczeństwa. We wdrażaniu innowacji napotyka się jednak nadal na „wąskie gardła” i bariery. Celem Partnerstwa jest przezwyciężenie tych przeszkód i sformułowanie możliwych rozwiązań pozwalających na pełne wykorzystanie innowacji w tej dziedzinie.

Partnerstwo kieruje się nadrzędnym celem polegającym na przedłużeniu o dwa lata średniej liczby lat przeżytych w dobrym zdrowiu przez obywateli UE do roku 2020. Realizacja tego celu przyniesie Europie potrójną korzyść:

- ♦ poprawę zdrowia i jakości życia starszych obywateli,
- ♦ wsparcie dla trwałości i efektywności systemów opieki społecznej,
- ♦ zwiększenie efektywności i konkurencyjności przemysłu UE poprzez działalność gospodarczą i ekspansję na nowe rynki.

## Partnerstwo jako katalizator innowacyjności w Europie

W ramach Partnerstwa różnego rodzaju interesariusze w Europie, tacy jak podmioty świadczące usługi w zakresie ochrony zdrowia i usługi opiekuńcze, wielki przemysł, MŚP, ośrodki badawcze, organizacje rzecznicze i władze publiczne z wszystkich 28 państw UE zaangażowały się we wdrażanie ponad 500 innowacyjnych działań w celu poprawy zdrowia i dobrostanu osób starszych. Zgromadzeni w **6 tematycz-**

**nych Grupach Działania** współpracują w celu wymiany zasobów i dobrych praktyk w obszarach tematycznych stanowiących przedmiot ich wspólnego zainteresowania, określają działania, które można dostosować do innych kontekstów europejskich i dostarczają materiałów w celu informowania i uzyskania wpływu na agendę polityczną na szczeblu europejskim i krajowym. Obszary te obejmują zalecenia lekarskie i stosowanie się do wskazań lekarskich; zapobieganie upadkom, utracie sił fizycznych i pogorszeniu sprawności; propagowanie modeli zintegrowanej opieki ze zdalnym monitorowaniem na poziomie regionalnym; rozwój interoperacyjnych rozwiązań ICT; wznoszenie budynków i aranżację otoczenia w sposób przyjazny dla osób starszych. Współpraca z Partnerstwem umacnia zatem poszczególne komitety tworzone przez interesariuszy na poziomie lokalnym i odwrotnie: bogactwo pojedynczych inicjatyw przyczynia się do powstania swoistego „koła sukcesu” na poziomie europejskim, stanowiąc inspirację dla innych i uzupełniając ich wiedzę.

## Telediabetologiczne Centrum Kompetencji (Saksonia, Niemcy)

**Tematyka: Zintegrowana opieka**

*Narzędzie w postaci telemonitoringu umożliwia integrowanie przesyłanych przez pacjentów z cukrzycą danych na temat poziomu cukru i insuliny do ich elektronicznej dokumentacji medycznej. Dane te są analizowane przez lekarza korzystającego ze skomputeryzowanego systemu, który sprawdza, czy pacjent stosuje zalecone leczenie i ocenia zmiany pod kątem ryzyka związanego z chorobą. Pacjent otrzymuje informacje zwrotne na swój smartfon.*

## Zrozumienie kwestii pogarszania się sprawności (Hiszpania, Polska i Finlandia)

**Tematyka: Badania przesiewowe dotyczące pogarszania się sprawności organizmu**

*Konsorcjum partnerów z Hiszpanii, Polski i Finlandii zajmuje się oceną czynników prowadzących do pogarszania się sprawności w krajach Europy (ADFE). Pogarszanie się sprawności to stan związany z procesem starzenia, kiedy różne układy w organizmie stopniowo wyczerpują swe pierwotne rezerwy, co wiąże się z pogarszaniem się stanu fizycznego i procesów poznawczych. W ramach tego projektu zastosowano holistyczne podejście do problemu pogarszania się sprawności, zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym. W trzech państwach przeprowadzono ocenę na wybranych próbach starzejącej się ludności, przez co konsorcjum uzyskało wartościowe dane do badań.*

3 KOM (2010) 546 wersja ostateczna z 6 października 2010 r.



Fot. Jarosław Kostrzewa

## Mieszkania dla osób z ograniczoną mobilnością w Boé (Francja)

**Tematyka: Budynki, miasta i otoczenie przyjazne dla osób starszych**

Program ten zrodził się z partnerstwa między przedsiębiorstwem społecznym CILIOPEE Group i miasta Boé, umożliwiając zasiedlenie 14 willi dostosowanych do potrzeb starszych i osób z niepełnosprawnością. Rozwiązania zastosowane w tych budynkach pozwalają na bezpieczniejsze niezależne życie (dzięki takim urządzeniom jak podwieszane zlewy, prysznice podłogowe z wysuwającym siedzeniem, poręcze, sygnalizator świetlny podłączony do dzwonka), wykorzystują energię odnawialną i przyczyniają się do włączenia społecznego mieszkańców. Uwzględniono również kwestie finansowe: czynsz nie przekracza 360 euro miesięcznie. Mer Boé powiedział: „Ten projekt w dziedzinie mieszkalnictwa to rezultat ścisłej współpracy z CILIOPEE Habitat. Stanowi on element planowania przestrzennego, który będzie wdrażany przez naszą gminę”.

Partnerstwo określiło także 32 miejsca referencyjne, składające się z grup regionów, miast lub ośrodków zdrowia stanowiących pierwszorzędne przykłady innowacyjnego podejścia do kwestii aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu. Ich doświadczenia oraz wyciągnięte z nich wnioski podsumowano w publikacji „How to Guide”<sup>4</sup>. Przewodnik ten, opublikowany przez Komisję Europejską, zawiera informacje na temat tego, czego nauczono się we wspomnianych miejscach referencyjnych, w jaki sposób pokonano podstawowe przeszkody i jakie elementy ich podejścia można przenieść lub bezpośrednio zastosować gdzie indziej, odpowiednio dostosowując modele już istniejące w Europie. Komisja wykorzystuje obecnie nauki zawarte w „How to Guide” do opracowania wszechstronnej Strategii na rzecz zwiększenia możliwości („Scaling-up strategy”)<sup>5</sup>.

4 <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/library/index/show/id/724>.

5 Publikacja planowana pod koniec 2014 r.



Fot. Jarosław Kostrzewa

## Południowa Dania

Tematyka: Zintegrowana opieka

Region Południowej Danii współpracuje z 22 gminami w celu opracowania zintegrowanej ścieżki w opiece zdrowotnej pod nazwą SAM:BO, umożliwiającej szybsze wypisanie pacjentów ze szpitala i monitorowanie ich stanu zdrowia w warunkach domowych przy pomocy telemonitoringu. Innowacyjne rozwiązania w dziedzinie komunikacji zapewniają lepszy kontakt między różnymi podmiotami działającymi w dziedzinie opieki zdrowotnej i opieki społecznej, czego skutkiem jest większa ciągłość opieki, wysoki poziom satysfakcji pacjentów i obniżenie kosztów.

Partnerstwo jest projektem pilotażowym i w związku z tym w sposób ciągły **dostosowuje się do pojawiających się potrzeb** i problemów. Uwaga skierowana ostatnio na sektor srebrnej gospodarki stanowi przykład tego, w jaki sposób partnerstwo kształtuje swoje priorytety wobec nowych wyzwań czy też braków zauważonych w trakcie realizacji projektu, do których odnosi się sektor prywatny, pragnący lepiej zaspokajać potrzeby osób starszych.

## „Rozwój srebrnej gospodarki w Europie”

23 sierpnia 2014 r. Komisja Europejska zorganizowała w Brukseli spotkanie „Rozwój srebrnej gospodarki w Europie” w celu omówienia najlepszych sposobów rozwijania srebrnej gospodarki w Europie na dużą skalę. Starzenie się ludności to czynnik warunkujący rozwój gospodarczy za sprawą zapotrzebowania, które występuje nie tylko w sektorze zdrowia, ale także w sektorze rozrywki, domotyki, urządzeń ICT, produktów finansowych itp. Przedsiębiorstwa inwestują w innowacyjne produkty i usługi spełniające potrzeby osób starszych, umożliwiając im większą samodzielność i dobrostan. Spotkanie to jest okazją do zebrania materiałów, wyrażenia opinii w obszarach budzących niepokój oraz propozycji w czterech dziedzinach (rynek publiczny, rynek konsumenta, ramy prawne i regulacyjne oraz interoperacyjność), które przyczynią się do kształtowania dalszych działań na wszystkich szczeblach, w tym na szczeblu UE.

## Poprawa wyników

Trzy lata po rozpoczęciu swojej działalności Partnerstwo przyczynia się do podniesienia świadomości strategicznej wizji aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu wśród osób odpowiedzialnych za kształtowanie kierunków polityki, osób zajmujących się profesjonalnie opieką zdrowotną i usługami opiekuńczymi, starszych obywateli i ich rodzin. Debata polityczna na szczeblu europejskim, krajowym i regionalnym obecnie obejmuje kwestie i propozycje dotyczące aktywnego starzenia się. W coraz większym stopniu częścią naszej wspólnej świadomości stają się takie kwestie jak m.in. zapobieganie pogarszaniu sprawności, zintegrowana opieka, otoczenie przyjazne osobom starszym.

Ponadto priorytetowe znaczenie, jakie Komisja Europejska nadaje kwestii starzenia się w dobrym zdrowiu, znajduje wyraz w nowej edycji programów finansowanych z funduszy europejskich: Horyzont 2020, Program na Rzecz Zdrowia Publicznego, Wspólnoty Wiedzy i Innowacji (WWiI) oraz fundusze strukturalne<sup>6</sup>. Obejmują one, między innymi, środki finansowe przeznaczone na cele aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu, czego dowodzi pełne uwzględnienie kwestii starzenia się w dobrym zdrowiu w agendzie priorytetów UE.

<sup>6</sup> <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/funding>.

W ostatnich trzech latach w proces ten zaangażowano wiele zainteresowanych stron: 1 000 regionów, 3 000 partnerów, 300 organizacji działających na rzecz aktywnego starzenia się; rośnie też dynamika działań zainicjowanych przez Partnerstwo, czego dowodzą liczne wnioski, które nieustannie wpływają do służb Komisji Europejskiej.

Rok 2015 będzie przełomowym, ponieważ wówczas wiele zainteresowanych stron przedstawi KE wyniki swoich działań, takie jak wykaz dobrych praktyk, wytyczne dotyczące systemu leczenia farmakologicznego, programy przesiewowe w celu zapobiegania spadkowi sprawności funkcjonowania, ścieżki zintegrowanej opieki w przypadku chorób chronicznych, programy na rzecz samodzielnego życia wspierające aktywność osób z demencją i będzie

mogło zaprezentować je szerszej publiczności.

Zgodnie z badaniem sondażowym przeprowadzonym w lutym 2013 r. Partnerstwo uznaje się za przydatne narzędzie w propagowaniu kontaktów i wymiany doświadczeń (85% i 75% ankietowanych osób zgadza się z tą opinią), w lepszym nagłośnieniu inicjatyw (70%) oraz narzędzie wpływania na lokalne i krajowe polityki w tej dziedzinie (63%). Partnerstwo pomaga też przewyćzać bariery (47%), a 90% osób jest zadowolonych z tego, że odbiorcy końcowi są zaangażowani w omawiany proces.

**Zmiany demograficzne to nie tylko wyzwanie, można je obrócić w szansę dla odnowy Europy i uznać za inwestycje w przyszłość, a nie za obciążenie dla społeczeństwa.**



# Srebrna praca socjalna – adekwatność i potencjał usługi<sup>1</sup>

MARCJANNA NÓŻKA\*, MARTA SMAGACZ-POZIEMSKA\*\*



## Wprowadzenie

Celem tekstu jest wskazanie potencjalnych obszarów, na których praca socjalna może być wykorzystywana w reali-

<sup>1</sup> Tekst jest skróconą wersją artykułu, jaki ukazał się w książce pt. *Starzenie się: problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*, red. Marcjanna Nóżka i Marta Smagacz-Poziemska, seria Zeszyty Pracy Socjalnej (zeszyt osiemnasty), Kraków 2013.

\* Dr Marcjanna Nóżka – etnolog, socjolog, doktor nauk humanistycznych. Adiunkt w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. W działalności naukowo-publikacyjnej i dydaktycznej zajmuje się pracą socjalną, ze szczególnym uwzględnieniem metodyki i zasad interwencji, a także psychologią społeczną, środowiskową i komunikacją interpersonalną. Autorka raportów z badań, ekspertyz, książek i artykułów, koordynator i wykonawca projektów koncentrujących się na zjawiskach marginalizacji i wykluczenia społecznego, dewiacji oraz poznania społecznego. Aktualnie kierownik projektu badawczego finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki pn. „Społeczne zamykanie (się) przestrzeni. Wpływ wykluczenia społecznego na postrzeganie i poznawczą schematyzację przestrzeni fizycznej oraz zachowania terytorialne osób wykluczonych”.

zacji polityki senioralnej w Polsce, a przynajmniej może być rozważana jako ważny jej element. Drugim, mniej wyeksponowanym, ale równie ważnym celem jest próba odpowiedzi na pytanie: jak, w związku z nowymi wyzwaniami społecznymi, a w tym z kwestią starzenia się społeczeństwa, może się zmieniać praca socjalna – jej rozumienie, szczegółowe cele i metodyka? Znajomość założeń pracy socjalnej, jako formy profesjonalnego wsparcia, a także kryjącego się za nią potencjału w rozwiązywaniu problemów indywidualnych i społecznych, jest warunkiem jej faktycznej dostępności i skuteczności. Dlatego istotny jest sposób definiowania pracy socjalnej – jej znaczenia, zakresu i zasad realizacji – na poziomie profesjonalnego i potocznego dyskursu. W tekście posługujemy się pojęciem srebrnej pracy socjalnej, za którym kryje się wyspecjalizowana usługa, praktyka społeczna i zawodowa, wyszczególniona ze względu na istotne przemiany demograficzne, skalę i specyfikę wyrastających z nich potrzeb zarówno osób starszych, ich rodzin, środowiska lokalnego, jak i całego społeczeństwa. Ogólne cele i założenia tak rozu-

\*\* Dr Marta Smagacz-Poziemska – adiunkt w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, absolwentka socjologii i filologii polskiej, doktor nauk społecznych; w pracy naukowej i dydaktycznej specjalizuje się w problematyce socjologii miasta, socjologii przestrzeni, społeczności lokalnych, problemów społecznych, rewitalizacji. Obecnie kierownik projektu badawczego finansowanego przez NCN pt.: „Czy Miasto jest niepotrzebne? Nowe przestrzenie życiowe młodych mieszkańców miasta” (2011–2014), członkini zespołu eksperckiego ds. Srebrnej Gospodarki w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego.

mianej pracy socjalnej nie zmieniają się, ale otwarta zostaje kwestia celów szczegółowych, adekwatnych metodycznych rozwiązań zwiększających efektywność podejmowanych działań oraz wiedzy i wrażliwości jej realizatorów na kwestie starzenia się i starości.

Tłem dla rozważań na temat – zdefiniowanej jak wyżej – srebrnej pracy socjalnej stały się dla autorek niniejszego artykułu dokumenty i działania z zakresu polityki senioralnej, tworzone na poziomie krajowym i lokalnym/regionalnym, w tym zwłaszcza projekt dokumentu rządowego: *Założenia długofalowej Polityki senioralnej 2014–2020*<sup>2</sup>. Wśród bogatej oferty rozwiązań i usług, jakie formułują w tym dokumencie jego twórcy, wyłania się miejsce dla nowoczesnej pracy socjalnej, której celów nie sprowadza się do opieki i obsługi osób starych (Czekanowski 2012: 173). Priorytetem staje się zwiększanie potencjału wynikającego z możliwości seniorów w różnych sferach i poprawa jakości ich życia, a co za tym idzie także wielowymiarowe i międzyinstytucjonalne działania z ludźmi/na rzecz ludzi we wszystkich fazach ich życia, tak by byli oni przygotowani do wejścia w tę ostatnią. Jak zauważa Paweł Kubicki, jeden z autorów raportu o sytuacji ludzi starszych w Polsce, *na poziomie lokalnym nadchodzące przemiany sprawią, że niemożliwe będzie samodzielne funkcjonowanie ośrodków pomocy społecznej, jako dominujących podmiotów wsparcia. Pracownicy socjalni, jak i szerzej pomoc społeczna będzie musiała stać się elementem szeroko rozumianej polityki społecznej na rzecz osób starszych, dzieląc się odpowiedzialnością i zadaniami ze społecznością lokalną i tam, gdzie to tylko możliwe, angażując do współpracy lokalne organizacje pozarządowe* (w: Błędowski i in. 2012: 85).

*Założenia długofalowej Polityki senioralnej 2014–2020* to dokument, który może być szansą stworzenia systemowych rozwiązań polityki społecznej, uwzględniających obserwowane i nadchodzące przemiany demograficzne – a które będą miały konsekwencje dla życia ludzi, ich rodzin i społeczności lokalnych. Praca socjalna może być ogniwem niezbędnym do realizacji takiej polityki na poziomie lokalnym – konieczne jest jednak uwzględnienie tego elementu już na etapie planowania sposobu wdrożenia konkretnych działań w ramach

proponowanych polityk, aby instytucje pomocy społecznej oraz pracownicy socjalni byli do tych wyzwań przygotowani.

## Wybrane problemy wieku senioralnego – wyzwania dla pracy socjalnej

W ujęciu naukowym starość to jedna z faz rozwojowych, która pociąga za sobą szereg zmian dokonujących się z upływem lat. Takie dynamiczne ujęcie starości zaowocowało w nauce jej periodyzacją, której przykładem jest podział – zaproponowany przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia – na wiek przedstarczy, który rozpoczyna 45. rok życia, wiek starzenia się, wiek starczy i długowieczność, oznaczająca 90 lat i więcej. Bez względu jednak na przyjętą klasyfikację z uwagi na wiek kalendarzowy, podkreśla się, że każdy człowiek starzeje się w sposób indywidualny, a o przebiegu tego procesu i tempie starzenia się decydują zarówno czynniki

**Praca socjalna z założenia służyć ma wzmocnieniu umiejętności społecznego funkcjonowania, pełnienia ról społecznych i normalizacji stosunków społecznych. Jej realizacja wymaga bezwzględного kierowania się zasadami etycznymi, a w tym indywidualizującym podejściem z poszanowaniem godności i równości wszystkich ludzi.**

genetyczne, jak i zewnętrzne, na przykład przebyte choroby, urazy, tryb życia i sposób odżywiania (Zych 2008: 163, 167). Z drugiej strony przyjęcie – często arbitralnego – kryterium wieku stanowi warunek doboru próby w badaniach, prowadzenia statystyk i analiz porównawczych. Taki umowny początek starości, przyjmowany zarówno w naukach społecznych, jak i medycznych, to zwykle wiek 65 lat dla obu płci (Czekanowski 2012: 98; Pędich 2000: 60). Potrzeba wyznaczenia granic pomiędzy fazami życia wiąże się

z kwestią świadczeń społecznych i kwalifikacji do różnych form wsparcia, które dedykowane są seniorom, między innymi w ramach systemu zabezpieczeń społecznych – mimo iż uprawnienie do przejścia na emeryturę (dotyczy to np. służb mundurowych w Polsce) często nie oznacza umownego początku starości z medycznego czy biologicznego punktu widzenia. Ponadto starość to subiektywnie przyjmowany przez ludzi wskaźnik zmiany własnej sytuacji życiowej, co wiąże się zwykle z poczuciem bycia starym i jest wyjątkowo zmienne, w równym stopniu może dotyczyć osób w wieku 35, jak i 80 lat.

Nie bez znaczenia na rozumienie i przeżywanie starości mają utrwalone na jej temat w społecznym obiegu opinie, a w tym przypisywanie ludziom starym – w sposób zgeneralizowany – złego stanu zdrowia i niedołążności, a także innych społecznie niepożądanych cech (np. niesamodzielności, bierności). Badania prowadzone w różnych kręgach kulturowych weryfikują słuszność tak jednoznacznie negatywnego kategoryzowania wizerunku osób starszych (Cze-

2 <http://www.mpips.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnych/projekty-programow-i-inne/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-2014-2020/>, odczyt 15 grudnia 2013 r.





Fot. Andrzej Skrzyński

kanowski 2012: 149–150). W opinii Piotra Błędowskiego, jednego z autorów raportu na temat sytuacji osób starszych w Polsce, *trudno jest o jednoznaczną ocenę sytuacji zdrowotnej osób starszych. Można wprawdzie sformułować pogląd, iż jest ona na ogół zależna od wieku – im wyższy wiek, tym częściej pojawia się zjawisko wielochorobowości, niższy jest poziom sprawności samoobsługowej i gospodarskiej oraz zwiększa się uzależnienie od pomocy innych osób, ale samoocena stanu zdrowia wykazuje korelację także z innymi zmiennymi, jak płeć czy wykształcenie. Wiek jako taki jest wyraźnie skorelowany z zapotrzebowaniem na pomoc ze strony innych osób i świadczenia opiekuńcze* (Błędowski i in., 2012: 41). Jak zauważa Joanna Nawrocka (2013: 22, patrz: tab. 1.2.) – powołując się na szereg obszernych badań – *empiryczne weryfikacje stereotypów (...) są jednak mniej znane niż stereotypowe treści. Tym samym to te ostatnie w istotny sposób wpływają na postawy młodszego pokolenia wobec starości i ludzi starych, niejednokrotnie kształtują też opinie praktyków (lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych), determinując zachowania samych seniorów, którzy wchodzą w społecznie przypisane*

*im role. W ten sposób stereotypowa wiedza wpływa korygująco na zachowania ludzi starych, którzy sami siebie zaczynają postrzegać jako osoby mniej sprawne, wymagające opieki, czy też takie, którym pewnych rzeczy nie wypada robić. Nic zatem dziwnego, że nie tylko samo wchodzenie w wiek senioralny budzi niepokój. Lęk przed starością daje się zaobserwować wśród osób w średnim wieku, ale i wśród osób młodych, który w skrajnych przypadkach prowadzi do gerontofobii* (Czekanowski 2012: 161). Problemem nie jest bowiem wyłącznie wejście w wiek senioralny, ale presja w kierunku redefinicji tego, kim jesteśmy, zmiana społecznego wizerunku i społecznych oczekiwań.

W skrajnej sytuacji negatywne stereotypy prowadzić mogą do niechęci i wrogich zachowań wobec seniorów, które w literaturze przedmiotu przyjęło się określać jako ageizm. Mogą one przejawiać się między innymi w postrzeganiu ludzi w wieku podeszłym jako fizycznie i psychicznie upośledzonych, pasożytujących na reszcie społeczeństwa, wyolbrzymianiu fizycznych oznak starości, dyskryminacji

osób starszych na rynku pracy i w odniesieniu do innych ról społecznych, a także w praktykach w sferze instytucjonalnej i politycznej, które – często nieintencjonalnie – utrwalają stereotypowe postawy wobec osób starszych i starości. Wszystko to wpływa negatywnie na poczucie osobistej godności i ogranicza możliwości seniorów na satysfakcjonujące życie.

Homogenizacja wizerunku seniora, która znajduje swoje odzwierciedlenie w stereotypach, zawsze będzie wpływać deformująco na percepcję rzeczywistości. Wydaje się zatem, że podejmowane działania – m.in. przez twórców kampanii społecznych, pracowników socjalnych, edukatorów – na rzecz wyeksponowania potencjału osób starszych nie powinny zmierzać do kreowania ich wizerunku pozbawionego oczywistych i szeroko opisanych w literaturze przedmiotu deficytów właściwych dla tej fazy życia, to byłoby w równym stopniu nieprawdziwe, jak i szkodliwe. Starość zatem w sposób nieunikniony wiąże się z utratą sprawności fizycznej i psychicznej, utratą zdrowia, samodzielności, doświadczeniem chorób przewlekłych i świadomością nadchodzącej śmierci. Jednakowoż, rzetelna wiedza i zdolność do wychodzenia poza wyłącznie deficytowy obraz starości pozwala na przeciwstawienie naturalnych konsekwencji starzenia się, konsekwencjom wieloletnich, złych nawyków i przyzwyczajęń. Zdolność do indywidualnego spojrzenia na potrzeby poszczególnych ludzi jest warunkiem adekwatnych rozwiązań oraz skutecznego wsparcia, tak by starość nie musiała oznaczać bierności, doświadczania przemocy, bycia nieatrakcyjnym, samotnym czy bezwartościowym. Na taki optymistyczny wariant doświadczenia starości zwracają uwagę John Rowe i Robert Kahn w swojej koncepcji pomyślnego starzenia się (*successful ageing*), a także pośrednio Martin Seligman, będący czołowym przedstawicielem psychologii pozytywnej, z którego to ruchu wyrosła koncepcja pozytywnego starzenia się (Hill 2010: 13, 14).

## Praca socjalna jako narzędzie wdrażania długofalowej polityki senioralnej

Swoje przekonanie o konieczności zmiany wizerunku i sytuacji osób starszych w Polsce, jak również opracowania skutecznych rozwiązań stanowiących odpowiedź na zdiagnozowane problemy wynikające z demograficznego starzenia się społeczeństwa, wyrazili twórcy projektu *Założeń długofalowej polityki senioralnej 2014–2020* [dalej: ZPS]. Na potrzeby tego dokumentu polityka senioralna została szeroko zdefiniowana jako *ogół działań, w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków dla wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej oraz dla samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych* (ZPS: 3). Założenia dokumentu są spójne

z ideą aktywnego starzenia się (m.in. Walker, 2002), zgodnie z którą poszczególne fazy życia stanowią swoiste continuum, a jakość życia na starość w dużej mierze zależy od przebiegu jego wcześniejszych faz. Drugą zasadniczą cechą tej koncepcji jest założenie, że aktywne starzenie się dotyczy wielu aspektów życia jednostki, a poza sferą aktywności zawodowej realizuje się, po pierwsze, w sferze aktywności społecznej (w tym wolontariat, uczestnictwo w życiu własnej społeczności, ale też opieka nad wnukami i innymi osobami), po drugie, w sferze zdrowego, bezpiecznego, niezależnego zamieszkania (co wyraża się m.in. aktywnością fizyczną, samodzielnością w codziennym życiu, zadowoleniem z własnej sytuacji finansowej); wreszcie, po trzecie, w zdolności i przygotowaniu otoczenia do wykorzystania potencjału starzejącego się społeczeństwa (czego wskaźnikiem może być np. jakość więzi społecznych, odsetek osób starszych z wyższym wykształceniem, stopień korzystania z nowych technologii przez starszych ludzi) (por. Zaidi et al., 2013, Perek-Białas i Mysińska 2013: 9–14). Koncepcja aktywnego starzenia się jest dziś jedną z ważniejszych i wpływowych koncepcji starości z potencjałem aplikacyjnym, choć obecny jest też nurt krytyczny, w którym zwraca się uwagę między innymi na możliwe/istniejące rozbieżności pomiędzy tym, jak aktywne starzenie się postrzegają badacze i autorzy indeksów wskaźników takiego modelu, a jak odczuwają to sami starsi ludzie (por. Stenner i inni 2011). Jeśli zatem model wskaźnikowy<sup>3</sup> ma być wykorzystywany w tworzeniu polityki, to sprawdzenie ewentualnych rozbieżności i uzgodnienie perspektyw osób starszych, badaczy oraz pozostałej części społeczeństwa jest kluczowe (dlatego ważnym uzupełnieniem koncepcji aktywnego starzenia się jest kategoria solidarności międzypokoleniowej).

Wpisując się w taki paradygmat, polityka senioralna definiowana w ZPS obejmuje nie tylko działania skierowane bezpośrednio do seniorów, ale do osób w różnym wieku i wiąże się między innymi z promowaniem zachowań prozdrowotnych oraz szeroko rozumianej aktywności także wśród dzieci i młodzieży. Ponadto, problemy wieku senioralnego widziane są wielowymiarowo: w dokumencie uwzględniono różne kwestie, począwszy od zdrowia i samodzielności, przez aktywność zawodową, edukacyjną, społeczną i kulturalną osób starszych, a na sprawach gospodarczych i relacjach międzypokoleniowych kończąc. Przyjęto, że proponowane rozwiązania miałyby przyczynić się do poprawy jakości i poziomu życia oraz stworzenia warunków umożliwiających osobom starszym aktywność zawodową i społeczną.

Chcąc wykazać rolę i możliwości zastosowania pracy socjalnej jako adekwatnej usługi w realizacji założeń długofa-

3 Przykładem takiego modelu wskaźnikowego utworzonego dla warunków polskich w oparciu o europejski Active Ageing Index jest propozycja Indeksu aktywnego starzenia (zob. Perek-Białas i Mysińska 2013).

lowej polityki senioralnej, zwróćmy uwagę na jej potencjał i możliwości pracowników socjalnych jako wykonawców rekomendowanych w ZPS rozwiązań. Praca socjalna z założenia stanowi bowiem narzędzie zmiany, aktywizacji, wzmacniania poczucia samostanowienia, podmiotowości, wyzwalania działań samopomocowych i jako taka wpisuje się w cele polityki senioralnej. Nadrzędnym celem pracy socjalnej jest wzmacnianie umiejętności społecznego funkcjonowania w różnych sferach życia, poprzez podtrzymywanie poczucia autonomii i kontroli – przeciwdziałając utracie zasobów, udostępniając je lub odnawiając – w odniesieniu do jednostek, rodzin, grup i społeczności lokalnych. Tym samym, srebrna praca socjalna obejmuje szczególny obszar działania, odnosi się między innymi do ochrony praw starszych osób i ich rodzin, prawa do wolności, niezależności, zarządzania swoim czasem czy też majątkiem, a w tym rzecznictwo ich interesów, lobbowanie na rzecz korzystnych rozwiązań legislacyjnych, animowanie środowiska lokalnego, by było przestrzenią przyjazną i egalitarną. Taką przyjazną przestrzenią dla osób starszych powinno być także mieszkanie, w którym przebywają. To właśnie ogniwo: miejsce zamieszkania, ujmowane w skali mikro i mezo (od skali mieszkania do skali miasta) – w całym łańcuchu wymiarów i aspektów polityki senioralnej jest kluczowe z punktu widzenia samego seniora, bo to skala weryfikująca w praktyce stopień realizacji celów strategii i polityk społecznych. Starzenie się w miejscu zamieszkania ma – w ujęciu psychologicznym, antropologicznym i socjologicznym – pozytywne konsekwencje dla jednostki i wspólnoty, ma też uzasadnienie z punktu widzenia ekonomii i idei społeczeństwa obywatelskiego.

Dane empiryczne z badań CBOS na ogólnopolskiej próbie wskazują, że w ciągu 10 lat znacząco wzrósł odsetek osób, które deklarują chęć pozostania we własnym mieszkaniu na starość. W 2000 roku 57% respondentów deklarowało chęć mieszkania we własnym lokalu z doraźną pomocą osób bliskich – w 2009 roku było to już 66%. Jeśli dodamy do tego deklaracje chęci zamieszkiwania we własnym mieszkaniu z zapewnioną prywatną i publiczną pomocą oraz z inną osobą starszą (w celu wspomagania się), uzyskamy aż 80% – przy spadku odsetka osób deklarujących chęć zamieszkiwania z dziećmi, wnukami czy inną rodziną (z 20% do 12%) – co można wiązać z szerszymi zmianami modelu życia rodzinnego (CBOS 2009: 11). Poza chęciami, warunkiem realizacji takich modeli własnego życia w starości jest odpowiednio zorganizowana przestrzeń mieszkania i sąsiedztwa – pozbawiona barier architektonicznych, dobrze skomunikowana, wyposażona w usługi nie tylko dobrej jakości, ale też dostępne osobom w różnej sytuacji ekonomicznej. To

podstawowe kryteria, które w polskiej rzeczywistości wciąż nie są spełniane – podczas gdy standardy tworzone przez WHO odnoszą się do potrzeb w Polsce wciąż marginalizowanych, gdy mowa jest o ludziach starszych, a obejmujących aktywność społeczną i obywatelską, możliwość realizacji zawodowej i własnych pasji, dostęp do informacji i nowoczesnych technologii. Wskaźniki składające się na model miasta przyjaznego ludziom w różnym wieku będą w Polsce trudne do osiągnięcia, ale określają kierunek niezbędnych zmian (Global Age-friendly Cities: A Guide 2007). Kwestia mieszkalnictwa senioralnego jest w Polsce dopiero podejmowana. Brakuje oferty dostępnej ekonomicznie dla „statystycznego” seniora (jak TBS-y m.in. dla seniorów w Szczecinie i w Stargardzie Szczecińskim) czy systemu wymiany mieszkań (np. z większego na mniejsze lub dostosowanego do osoby z ograniczoną sprawnością ruchową – w ramach sąsiedztwa) (por. Garniss 2012).

Problem mieszkalnictwa senioralnego czy, szerzej, przestrzeni i sąsiedztw przyjaznych starzeniu się nie zostanie rozwiązany wyłącznie w ramach polityki senioralnej, która *nota bene* skoncentrowana jest głównie na aspektach medycznych, ekonomicznych i społecznych. W tworzonym systemie warto więc uwzględnić potencjał pracy socjalnej, która może obejmować szereg działań dotyczących kwestii mieszkania i środowiska zamieszkania. Po pierwsze, działania te mogą polegać na pomocy w utrzymaniu lub zamianie mieszkania w sensie formalno-prawnym (np. pomocy w regulowaniu zobowiązań czynszowych, ochronie praw lokatorskich), po drugie: pomocy w organizacji przestrzeni mieszkalnych, dostosowywaniu ich do potrzeb osób starszych, pomocy w pozyskiwaniu na ten cel niezbędnych środków, po trzecie, mogą one obejmować animowanie czy wspieranie samego środowiska lokalnego w działaniach, które polepszyłyby życie seniora we własnym mieszkaniu i pozwoliły na satysfakcjonujące życie w dotychczasowym – znanym sobie – sąsiedztwie (np. organizowanie różnych osób z najbliższej okolicy do bieżącej pomocy i kontaktu z osobą starszą), ale też, po czwarte, w sytuacji konieczności zamieszkania poza dotychczasowym miejscem pobytu (np. w domu osoby spokrewnionej, Domu Pomocy Społecznej, Zakładzie Opieki Leczniczej), działania te obejmowałyby nie tylko kwestie formalno-prawne, ale przede wszystkim przygotowanie do zmiany, pomoc w adaptacji do nowych warunków, odbudowanie sieci kontaktów społecznych i społecznego wsparcia. Praca socjalna oznacza także współtworzenie lokalnych rozwiązań, dzięki którym aktywność fizyczna, intelektualna, kulturalna czy społeczna seniora może zostać urzeczywistniona. Takimi przyjaznymi miejscami –

**Nadrzędnym celem pracy socjalnej jest wzmacnianie umiejętności społecznego funkcjonowania w różnych sferach życia, poprzez podtrzymywanie poczucia autonomii i kontroli w odniesieniu do jednostek, rodzin, grup i społeczności lokalnych.**

sprzyjającymi tej różnorodnej aktywności – które mogą być animowane lub wspierane przez pracowników socjalnych, są centra aktywności, kluby osiedlowe czy lokalne biblioteki – dedykowane wszystkim mieszkańcom, ale uwrażliwione na potrzeby i możliwości osób w różnym wieku.

Ze względu na możliwość świadczenia wielowymiarowego wsparcia, pracownicy socjalni powinni pełnić także istotną rolę we wzmacnianiu niezależności osób starszych oraz ich relacji wewnątrzrodziny, by pozostały one tak bezstresowe, jak to jest tylko możliwe (Mann 1995: 225). Dobre relacje z sąsiadami i w rodzinie to warunek dobrostanu psychicznego, to także warunek skutecznej prewencji przemocy domowej. W sytuacji niesymetrycznych relacji, zależności, stłoczenia – w warunkach przepełnienia mieszkaniowego i współzamieszkiwania tego samego lokalu przez rodzinę wielopokoleniową – o wiele częściej dochodzi do różnego rodzaju nadużyć. Bez względu jednak czy mieszkają razem czy osobno, w procesie wsparcia ważni są wszyscy członkowie rodziny, ich niezaspokojone potrzeby, trudna sytuacja ekonomiczna i mieszkaniowa, poczucie przeciążenia, osamotnienia itp., mogą być źródłem wielu problemów, w tym wzajemnej niechęci lub konfliktów. Świadczenie pracy socjalnej może więc obejmować pomoc osobie starszej w przejmowaniu kontroli nad własnym życiem, a w tym np. przekazywanie informacji na temat praw i sposobów ich egzekwowania, szkolenia z zakresu samoobrony i zasad bezpieczeństwa (w sieci, ruchu drogowym, operacjach finansowych, relacjach interpersonalnych), zachowań asertywnych. Praca socjalna obejmować może również wspieranie całej rodziny w koordynowaniu codziennych spraw (np. planowaniu budżetu, organizacji dnia) oraz w poradzeniu sobie z problemem dewastującego wpływu chorób chronicznych, z poczuciem winy dzieci, kiedy rodzice muszą być objęci opieką instytucjonalną, z traumą doświadczenia niedołęźności i śmierci. Wsparcia wymaga zatem cała rodzina, która podatna jest na wyczerpanie, zwłaszcza w sytuacji niedołęźności któregoś z jej członków, gdyż w pierwszym rzędzie to na niej spoczywa obowiązek sprawowania opieki nad taką osobą i zapewnienie jej dostępu do różnych usług. Sprawowanie całodobowej opieki domowej może prowadzić do społecznego wykluczenia opiekuna. Koncentracja na sprawach osoby, nad którą sprawuje się opiekę, z czasem może wyłączyć opiekuna z szeregu aktywności (życia towarzyskiego, kulturalnego, rekreacji), ten stan rzeczy sprzyja zaś pojawianiu się wtórnych problemów. Znaczenia w tym kontekście nabiera psychoedukacja, pomoc wytechniowa i bieżące wsparcie w załatwianiu codziennych spraw, jakie świadczyć mogą pracownicy socjalni. W celu odbarczenia osoby sprawującej całodobową opiekę możliwe jest także powoływanie i animowanie grup wsparcia oraz organizowanie wolontariatu. Dodajmy, że w wyróżnionej – w ZPS – sferze zdrowie i samodzielność, praca socjalna dostarcza rozwiązań w formie treningów ekonomicznych (gospodarowania ograniczonymi środkami, doradztwo ekonomiczne),

treningów w zakresie samzarządzania procesem leczniczym (celem rozwiązania problemu finansowania niepotrzebnych leków, czy leczenia chorób wynikających z ich zażywania), a także monitorowania i ewaluowania ich efektów. Obejmuje także wsparcie edukacyjne i psychoedukacyjne, realizowane w porozumieniu ze specjalistami z różnych dziedzin, skierowane nie tylko do seniora, ale także rodziny, nieformalnych opiekunów oraz środowiska lokalnego.

Pracownik socjalny w ramach świadczenia srebrnej pracy socjalnej pomagać może także w urzeczywistnianiu różnych wzorów pomyślnego starzenia się (Mann, 1995: 229), które nie koncentrowałyby się wyłącznie na bilansie strat. Za pomyślnym starzeniem się stoi zdrowy styl życia: ruch, odpowiednia dieta, aktywność na różnych polach, higiena psychiczna, ciągła edukacja i rozbudzanie zainteresowań, wyzwalanie przezorności ekonomicznej i zabezpieczenie się na przyszłość (w formie oszczędności, dodatkowych ubezpieczeń emerytalnych, czy na wypadek choroby), a także właściwe relacje z innymi ludźmi. Pomyślność rozumiana może być rozmaicie i realizować się może w różnych modelach uczestnictwa społecznego. Zdaniem Pauliny Sobiesiak i Joanny Zalewskiej skromna oferta lokalnych systemów wsparcia, jak również przekonanie o powinności rodziny wobec seniora i zwrotnie, seniora wobec rodziny sprawującej „opiekę”<sup>4</sup>, przyczynia się do rozpowszechnienia tradycyjnego modelu użyteczności i unikania beczynności: *Seniorzy przygotowując się do starości zgodnej z tym modelem, przepisując nieruchomości i ziemię na dzieci, liczą bowiem na wspólne zamieszkiwanie oraz zaspokojenie potrzeb towarzyskości i troski w rodzinie* (Sobiesiak, Zalewska 2011: 272). Autorki zauważają jednak, że obok tego tradycyjnego sposobu spędzania starości „przy rodzinie” nie brakuje ludzi, którzy realizują się przez aktywność w sferze publicznej (model aktywnej starości) czy towarzyskiej (model czasu wolnego), ale i takich, którzy z różnych względów zamieszkują w wyspecjalizowanych placówkach opieki całodobowej (model starości w instytucji) (Sobiesiak, Zalewska 2011: 257–273).

Praca socjalna z założenia służyć ma wzmocnieniu umiejętności społecznego funkcjonowania, pełnienia ról społecznych i normalizacji stosunków społecznych. Jej realizacja wymaga bezwzględного kierowania się zasadami etycznymi, a w tym indywidualizującym podejściem z poszanowaniem godności i równości wszystkich ludzi. Podejmowane w jej ramach działania powinny uwzględniać indywidualne i społeczne zróżnicowanie wynikające z wieku, ale nie mogą być dys-

4 Jak pokazują między innymi badania Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3 z 2007 roku (Eurobarometer, 2007), w których blisko 60% Polaków wyraziło opinię, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci, mogącym zapewnić im opiekę. W Polsce tylko 8% akceptowało rozwiązanie, że zarówno publiczni, jak i prywatni dostawcy usług powinni przychodzić do domów osób starszych i świadczyć odpowiednią pomoc i opiekę (Założenia długofalowej Polityki senioralnej 2014–2020, s. 13).



Fot. fotolia

kryminujące ze względu na wiek. Dalej, to nie sam wiek, ale potrzeby – a w tym konkretne, zdiagnozowane problemy jak np. choroba, niepełnosprawność lub ograniczona sprawność, ubóstwo, przemoc – powinny być głównym wyznacznikiem sposobu i zakresu udzielanego wsparcia. Bardzo ważne jest więc kierowanie się zasadą normalizacji i egalitaryzacji. Procesy społecznej integracji i partycypacji wzmacniają zarówno wspólne sprawy, jak i wspólne przestrzenie codziennych aktywności: parki, centra handlowe, usługi kulturalne i in. Praca socjalna powinna służyć „uwspólnianiu” tych przestrzeni, bowiem nie zawsze staje się to w sposób samoistny.

Specyfiką srebrnej pracy socjalnej jest wrażliwość na to, co starzenie się i starość ze sobą niesie, zatem jej treścią jest podejmowanie działań prewencyjnych, reformatorskich, sprzyjających zmianie rzeczywistości społecznej, tak żeby była ona bardziej przyjazna dla seniorów – ale w równym stopniu to zmierzanie do zwiększenia atrakcyjności ludzi starszych w sferze zawodowej, społecznej, kulturalnej,

poprzez kształtowanie ich wizerunku oraz sposobu myślenia o starości, na rzecz podniesienia samooceny seniorów, poczucia ich niezależności i podmiotowości. Kompetencje i umiejętności pracownika socjalnego mogą także być wykorzystane w osiągnięciu tych celów, opracowywanej polityki senioralnej, które związane są z rynkiem pracy, a które wraz z wdrażaniem reformy emerytalnej będą wymagały rozwiązań systemowych, związanych z konkretną branżą czy specyfiką lokalnego rynku pracy. W odniesieniu do seniorów działania aktywizujące mogłyby odbywać się w ścisłej współpracy z konkretnym pracodawcą i z konkretnym zakładem pracy, bo przyjmuje się, że starszy pracownik już posiada doświadczenie i wiedzę, które można w danym zakładzie wykorzystać, ale być może na innym stanowisku. Zatem rozumienie konkurencyjności osób starszych na rynku pracy to umiejętne zarządzanie nie tyle wiekiem – na co zwracają uwagę autorzy ZPS – ile personelem w ogóle, a zatem dopasowywanie ludzi do procesu produkcji nie ze względu na wiek, ale zgodnie z ich doświadczeniem i predyspozycjami

(co dotyczy zarówno niedoświadczonych pracowników czy osób niepełnosprawnych w każdym wieku), by mogli pracować w sposób optymalny na zajmowanym przez siebie stanowisku. Identyfikacja potrzeb i możliwości, budowanie systemu wsparcia i towarzyszenie w procesie zmiany jako elementy wbudowane w logikę działania pracownika socjalnego sprzyjają otwartości tej profesji na ewentualne nowe obszary interwencji i metody pracy w odniesieniu do seniorów – w tym właśnie na rynku pracy – w których możliwe jest przynajmniej częściowe wykorzystanie rozwiązań stosowanych obecnie wobec innych kategorii beneficjentów.

Skuteczne włączenie pracy socjalnej w politykę senioralną w Polsce wymaga jednak zmian w samej pracy socjalnej – na poziomie przepisów (obowiązująca Ustawa o pomocy społecznej w wyłaniającej się rzeczywistości społecznej jest coraz bardziej anachroniczna), finansowania oraz organizacji pomocy społecznej na poziomie lokalnym oraz w procesie kształcenia pracowników socjalnych. Nowa rola pracy socjalnej w realizacji polityki senioralnej jest niemożliwa bez dodatkowych środków publicznych i innych, pochodzących na przykład ze specjalnych funduszy lokalnych czy instytucji prywatnych. Konieczne jest tworzenie lokalnych sieci, w których stroną inicjującą mogłyby być gminne ośrodki pomocy społecznej, a partnerami organizacje pozarządowe, przedsiębiorstwa prywatne, instytucje kulturalne, sportowe, naukowe. Pilnym i długofalowym zadaniem jest też kształcenie pracowników socjalnych posiadających podstawową, ale wszechstronną wiedzę z zakresu gerontologii oraz umiejętności i kompetencje niezbędne w pracy socjalnej z osobami starszymi – zwłaszcza że obecnie sami seniorzy negatywnie oceniają poziom kompetencji osób zajmujących się działaniami na rzecz osób starszych<sup>5</sup>. Wdrażanie idei aktywnego starzenia się wymaga od lokalnych władz (i realizatorów tej polityki) coraz większych kompetencji w zakresie przeprowadzania diagnozy społecznej i projektowania działań. Praca socjalna odchodziłaby od przejrzystych kryteriów kwalifikujących do proponowania tradycyjnych rozwiązań, a szłaby w kierunku wielozmiennowych analiz jednostek, grup i środowisk, wobec których należałoby szukać adekwatnych rozwiązań, w tym z coraz wyraźniejszym znaczeniem i udziałem środowiska lokalnego. Jest to szansą na poprawę wizerunku pracy socjalnej i pracownika socjalnego (kojarzonych do tej pory z przyznawaniem świadczeń

5 Zob. Błędowski (2012: 93): odwołuje się do wyników warsztatów pt. *Warunki uczestnictwa osób starszych w procesach partycypacyjnych*, organizowanych przez Laboratorium Partycypacji Obywatelskiej. Inny przykład spójny z taką oceną seniorów, a pochodzący z raportu „Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego”, w którym stwierdza się, że „małopolscy pracownicy socjalni w większości nie legitymują się (...) specjalizacjami II stopnia (18% pracowników socjalnych posiada takie specjalizacje” – a wśród 10 specjalizacji określonych w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 17.04.2012 roku jest też praca socjalna z osobami starszymi.

i zorientowaniem na osoby i grupy „problemowe”), ale jest to też wyzwaniem, bo konieczne będzie dookreślenie, czym praca socjalna nie jest i za co pracownik socjalny nie może odpowiadać.

## Podsumowanie

Budowanie polityki senioralnej w Polsce zgodnej z filozofią i metodologią aktywnego starzenia się jest opcją spójną z koncepcją podmiotowości jednostki i spójności społecznej. Jak wynika z analizy przeprowadzonej w odniesieniu do indeksu aktywnego starzenia się (Perek, Mysińska 2013) Polska jest regionalnie zróżnicowana pod względem wskaźników odnoszących się np. do aktywności społecznej, zatrudnienia, aktywności fizycznej, dostępu do nowych technologii, poczucia bezpieczeństwa seniorów. Można zaryzykować stwierdzenie, że różnice te występują lub są jeszcze wyraźniejsze na poziomie gmin. W tym kontekście skuteczna polityka senioralna kraju musi przewidywać aktywną rolę władz, instytucji i organizacji regionalnych i lokalnych, zaś w ich ramach jest miejsce dla pracy socjalnej. Nie może to jednak oznaczać cedowania na poziom gminy odpowiedzialności za efekty realizowania lokalnej polityki wobec seniorów i na rzecz seniorów bez niezbędnych narzędzi prawnych i wsparcia finansowego. Negatywnym skutkiem braku powiązań między polityką społeczną na poziomie państwa i realiów występujących na poziomie lokalnych instytucji pomocy społecznej mogłoby być pogłębiające się różnicowanie warunków życia seniorów i ram instytucjonalno-kulturowych, które są ważnym kontekstem społecznych definicji „dobrego starzenia się”.

Urzeczywistnienie idei włączenia pracowników socjalnych jako równoprawnych realizatorów polityki senioralnej oznacza konieczność promocji tego rozwiązania, ale i zmiany społecznego odbioru tak samego zawodu, jak i usługi. Wiąże się także z potrzebą kształcenia w obszarze srebrnej (czy też jak określają ją inni – senioralnej lub gerontologicznej) pracy socjalnej. Ponadto o swojej roli na tym polu nie powinien być przekonany wyłącznie pracownik socjalny. Rzeczywiste wykorzystanie pracy socjalnej w praktyce pomocowej wymaga dostrzeżenia jej potencjału i otwartości wszystkich środowisk zaangażowanych w realizację polityki senioralnej. Zatem to sami seniorzy, przedstawiciele społeczności lokalnej, organizacje pozarządowe, środowiska medyczne, decydenci na różnych szczeblach administracji państwowej powinni chcieć sięgać po pracę socjalną jako narzędzie zmiany.

## Bibliografia

Błędowski P., B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki (2012), *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych [http://

senior.hostlab.com.pl/source/raport\_osoby%20starsze.pdf] (20.12.2013)

Długosz D., Wygnański J.J., Obywatele współdecydują. Przewodnik po partycypacji społecznej, Warszawa 2005 [http://www.decdujemyrazem.pl/files/przewodnik\_ost.pdf] (28.12.2013)

Dziuban A. (2010), „Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa”, *Gerontologia Polska*, tom 18, nr 3.

Garniss G. (2012), Independent senior housing in Poland? Leading issues in the market, in: Perek-Białas J., Hoff A. (eds.), *Developing the „Sociology of Ageing”*, Kraków: Jagiellonian University Press.

*Global Age-friendly Cities: A Guide* (2007), World Health Organization.

Hill D.R. (2010), *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Warszawa: Laurum.

Kowalik S. (1997), „Pedagogiczne problemy funkcjonowania i opieki osób w starszym wieku”, w: Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Kuchcińska M. (2000), „Postrzeganie ludzi starych przez dzieci i młodzież”, w: Marzec-Holka K. (red.), *Społeczeństwo. Demokracja. Edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.

Mann H. Jeanne (1995), „Aging and Social Work”, w: *The Social Services an Introduction*, fourth edition, H. Wayne Johnson and contributors, Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.

Nawrocka J. (2013), *Społeczne doświadczenie starości. Stereotypy, postawy, wybory*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Nowicka A. (2010), „Starość jako faza życia człowieka”, w: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Perek-Białas J., Mysińska E., (2013) *Indeks aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym. Ekspertyza dla Departamentu Polityki Senioralnej, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej*, Warszawa [http://senior.hostlab.com.pl/source/Ekspertyza%20regionalny%20indeks%20aktywnego%20starzenia\_27.XI.2013.pdf] (09.12.2013).

*Polacy wobec ludzi starszych*, BS/157/2009 [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL /2009/K\_157\_09.PDF] (20.12.2013).

Sobiesiak P., Zalewska J. (2011), „Między wstydem a towarzyskości. Modele uczestnictwa społecznego osób starszych”, w: M. Raćław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych.

Stenner P., McFarquhar T., Bowling A. (2011), *Older people and ‘active ageing’: Subjective aspects of ageing actively*. *Journal of Health Psychology* 16 (3).

Szatur-Jaworska B., (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.

Zych A.A., (2007), *Leksykon gerontologii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.





# Starzenie się społeczeństwa a potrzeby ubezpieczeniowe i możliwość ich realizacji

DOROTA MARIA FAL\*



Celem niniejszego artykułu jest spojrzenie na rolę ubezpieczeń komercyjnych w aspekcie zjawiska starzenia się społeczeństwa w Polsce. Rozpoczynając dyskusję na temat ubezpieczeń w tzw. *silver economy*, warto zdefiniować, co

rozumiemy przez starzenie się społeczeństwa, jaki jest przewidywalnie wymiar tego zjawiska w Polsce i na jakie sfery życia będzie miało wpływ. Bardzo ważne jest zrozumienie istoty działania ubezpieczeń i ich funkcji oraz podkreślenie różnic w systemach ubezpieczeń

\* Dorota Maria Fal, lekarz i ekonomista. Absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu oraz studiów MBA, sygnowanych przez Fachhochschule Aachen, University of Limerick, Groupe ESC. Początkowe doświadczenia zawodowe zdobywała jako lekarz klinicysta, a następnie na rynku farmaceutycznym. Od 1997 r. aktywnie związana z rynkiem ubezpieczeniowym, początkowo w firmie *ALG Amplico Life* i *ALG PTE*, potem w spółkach grupy *Generali*. Zajmowała się zarządzaniem produktami, ryzykiem ubezpieczeniowym, obsługą klienta i strukturami sprzedażowymi w Otwartych Funduszach Emerytalnych, ubezpieczeniach osobowych oraz w ubezpieczeniach zdrowotnych. Od wielu lat zajmuje się zagadnieniami związanymi z ochroną zdrowia, jej reformą oraz rozwojem ubezpieczeń zdrowotnych. Niezależny ekspert rynku, autorka licznych artykułów i publikacji z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych. Doradca zarządu *PIU* do spraw ubezpieczeń zdrowotnych, ekspert ds. opieki zdrowotnej *BCC*.

publicznych i prywatnych. Na starzenie się społeczeństwa składają się dwa czynniki demograficzne – spadek umieralności i zmniejszająca się dzietność. Niska dzietność powoduje obniżanie się stopy poniżej zastępowalności pokoleniowej, natomiast malejąca umieralność jest elementem wydłużania się dalszego trwania życia, co powoduje wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie.

Starzenie się społeczeństwa jest nie tylko wyzwaniem, ale także dorobkiem cywilizacyjnym. Wydłużenie trwania życia zostało osiągnięte dzięki zmianie stylu życia, poprawie odżywiania, osiągnięciom medycyny, a także rozwojowi ochrony zdrowia. Charakterystyczna jest zmiana postrzegania i zachowania samych osób starszych, przechodząc od biernej starości do wydłużania czasu aktywności zawodowej, utrzymywania aktywności społecznej, rosnących potrzeb konsumpcyjnych itd. Obserwowane jest także zjawisko zmiany społecznej percepcji osób starszych. Pomimo że mówiąc o *silver economy*, zastanawiamy się nad potrzebami osób 50+, to jako osoby starsze postrzegamy osoby nierzadko po 70. roku życia. Znane są teorie dzielące okresy życia człowieka po 50. na różne fazy. Oczywiście na funkcjonowanie osób 50+ w stopniu większym niż w młodszych grupach wiekowych ma wpływ ich samodzielność i stan zdrowia, w tym obciążenie chorobami przewlekłymi.

Starzenie się społeczeństwa jest od dawna priorytetem działań rządów. ONZ opublikowała w październiku bieżącego roku raport dotyczący jakości życia seniorów na świecie. Polska zajęła w tym rankingu 32 miejsce z 96 możliwych. Według raportu w 2050 roku 21 procent populacji światowej będą stanowili ludzie po 60. roku życia. Oczywiście proces starzenia się społeczeństwa dotyczy w znaczącym stopniu przede wszystkim krajów wysoko rozwiniętych, w tym głównie Europy i Stanów Zjednoczonych. W chwili obecnej

w Polsce osób po 60. roku życia jest już około 8,5 mln, czyli 21,8 procent społeczeństwa. Jednocześnie trend starzenia się społeczeństwa jest w Polsce dużo silniejszy niż w pozostałych krajach OECD. W 2050 roku 36,7 procent naszego społeczeństwa będą stanowili seniorzy. Stanowi to ogromne wyzwanie, zwłaszcza z punktu widzenia zaopatrzenia emerytalnego i zdrowotnego. Oczywiście jest to także szansa dla rozwoju ekonomii nakierowanej na potrzeby ludzi starszych. Zauważmy, że w Polsce eksperci ONZ najwyżej ocenili bezpieczeństwo finansowe seniorów. Ludzie starsi żyją w Polsce na podobnym poziomie co reszta społeczeństwa. Zarówno dochody seniorów, jak i konsumpcja wynoszą 90 procent pułapu, który osiąga reszta społeczeństwa. Oznacza to, że z punktu widzenia rynkowego, także dla towarzystw ubezpieczeniowych stanowią oni znaczącą grupę konsumentów.

## Ubezpieczenia społeczne a ubezpieczenia komercyjne

Ubezpieczenia początek swój mają w znanych już w starożytności formach pomocy wzajemnej, funkcjonującej wśród członków rozmaitych wspólnot religijnych lub zawodowych. Idea ubezpieczeń wywodzi się z chęci ograniczenia czynnika przypadkowości poprzez stworzenie odpowiedniego systemu ochrony opartego na współdziałaniu członków społeczności. Zgodnie z definicją **Łazowskiego**, ubezpieczenie jest „narzędziem gospodarczym zapewniającym pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych wywołanych u poszczególnych jednostek wskutek urzeczywistnienia się zdarzeń losowych w drodze rozłożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym zagrażają te same zdarzenia”.

W polskim systemie prawnym definicja umowy ubezpieczenia znajduje się w art. 805–834 Kodeksu cywilnego. Określa ona między innymi, że przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń, w zamian za wpłacane składki, zobowiązuje się do świadczenia ochrony ubezpieczeniowej oraz zapłaty określonego świadczenia pieniężnego w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia losowego wypadku ubezpieczeniowego.

Istotne jest odróżnianie ubezpieczeń komercyjnych od ubezpieczeń społecznych, czyli publicznych systemów tworzonych przez państwo, opartych na solidaryzmie społecznym i regulowanych dedykowanymi aktami prawnymi. Do takich systemów publicznych należą na przykład system emerytalny, rentowy czy zdrowotny.

W aspekcie zmian demograficznych oba rodzaje ubezpieczeń: publiczne i prywatne, są bardzo istotne dla funkcjonowania zarówno państwa jako całości, jak i dla każdego z obywateli. Konieczne jest bowiem wytworzenie dwóch

trendów: utrzymanie jak największej grupy osób w wieku produkcyjnym zdolnych do pracy i posiadających zatrudnienie oraz minimalizacja niepełnosprawności osób starszych, związanej zarówno z chorobami, jak i ze starością *per se*. Oba te wyzwania sprawiają, że na problemy starzejącego się społeczeństwa należy spojrzeć z innej niż dotychczas perspektywy. Zmiana socjologiczna, dokonująca się w naszym społeczeństwie, wynikająca ze zmiany modelu rodziny, różnicy w długości życia kobiety i mężczyzny, zwiększenia mobilności ludzi młodych, powoduje erozję starego modelu rodziny wielopokoleniowej i zabezpieczania potrzeb rodziców i dziadków przez młodsze pokolenia. Powoduje to, że funkcje zabezpieczania potrzeb osób starszych muszą przejść na siebie publiczne i prywatne instytucje. Rola ubezpieczeń komercyjnych może być tu znacząca. Nie tylko starzy ludzie powinni być zainteresowani ubezpieczeniami w aspekcie zabezpieczenia swoich potrzeb życiowych, finansowych i zdrowotnych. Rosnące tempo życia i wzrost mobilności powoduje popyt wśród młodszych generacji na produkty ubezpieczeniowe, które zabezpieczą potrzeby życiowe ich rodziców i dziadków. Mimo to w chwili obecnej zarówno oferta skierowana do osób 65+, jak i popyt na te produkty są stosunkowo niewielkie. Dlaczego tak się dzieje?

Podstawowa zasada ubezpieczeń komercyjnych jest sformułowana w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Stosownie do artykułu 18 tej ustawy, składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Oznacza to, że wraz ze wzrostem ryzyka wypłaty, składka ubezpieczeniowa rośnie, co w perspektywie przekłada się na zmniejszenie dostępności ubezpieczenia. Zjawisko to jest wyraźnie widoczne w przypadku ubezpieczeń dla ludzi starszych. Wzrost ryzyka wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli np. śmierci, wypadku, choroby, konieczności leczenia etc. jest bardzo duży. Powoduje to, że ubezpieczenia dla osób starszych są zdecydowanie droższe niż dla innych grup wiekowych. Jednakże immanentną cechą ubezpieczeń komercyjnych jest ich dopasowywanie się do potrzeb rynku. W chwili obecnej w obu działach ubezpieczeń, czyli zarówno w ubezpieczeniach na życie, jak i majątkowych, obserwujemy już wzrost popytu na zabezpieczenie ryzyka wraz z wiekiem ubezpieczonego. W dalszej perspektywie zjawisko to powinno spowodować rozwój oferty skierowanej do tej grupy wiekowej.

Poniżej omówiono niektóre rodzaje ubezpieczeń w aspekcie zjawiska starzenia się społeczeństwa. W przypadku ubezpieczeń majątkowych charakterystyczna jest potrzeba zabezpieczenia posiadanego majątku, zwłaszcza że z wiekiem spada możliwość jego zastąpienia w przypadku utraty czy uszkodzenia. Rośnie także popyt na usługi asystance. Zmniejszająca się sprawność czy też występujące choroby oraz rosnące zapotrzebowanie na poczucie bezpieczeństwa



Fot. fotolia

zwiększają potencjalny popyt na tego typu serwis. Jednocześnie charakter ubezpieczeń assistance opartych na usłudze wystandaryzowanej i masowej o niewielkim relatywnie koszcie powoduje, że stosunkowo niedrogie ubezpieczenia assistance mają do odegrania dużą rolę w starzejącym się społeczeństwie. Popyt na takie produkty przewidywalnie będzie dotyczył zarówno assistance medycznego i pielęgnacyjnego, które są w stanie zabezpieczyć potrzeby osób starszych, jak i produktów typu assistance domowego i samochodowego, ponieważ możliwości i chęć dokonywania samodzielnie nawet małych napraw spada wraz z wiekiem. Przewidywane rozwarstwienie się społeczeństwa wykreuje grupy stosunkowo zamożnych osób starszych, które będą oczekiwały usług assistance na wysokim poziomie. Dotyczy to także ubezpieczeń assistance związanych z turystyką i sportem uprawianymi w starszym wieku. Dziedziny życia do niedawna zarezerwowane dla ludzi młodszych mogą stać się obiektem zainteresowania osób w wieku emerytalnym, dobrze uposażonych i otwartych na korzystanie z uroków życia na emeryturze.

Ubezpieczenia turystyczne są bardzo ciekawym, ale i trudnym tematem. Niestety, nawet jeśli finanse emeryta nie

pozwalają na podróżowanie, pojawia się trudność związana z ubezpieczeniem kosztów leczenia za granicą. Standardowe polisy ubezpieczające od kosztów leczenia w przypadku nagłych zachorowań za granicą często skierowane są do osób poniżej 65. roku życia. Problem jest mniejszy w obszarze Unii Europejskiej, gdzie istnieje ustawowy obowiązek pokrycia kosztów leczenia za granicą przez publiczne systemy ubezpieczeniowe danego kraju. Duże ryzyko finansowe, a czasem niemożność skorzystania może się pojawić w przypadku wyjazdów poza obszar Unii Europejskiej. Należy pamiętać, że nawet ubezpieczenia kosztów leczenia oferowane w ramach wyjazdów zorganizowanych mogą być droższe dla seniorów. Jest to uzasadnione, ponieważ poza często wyższym niż w Polsce kosztem leczenia w starszym wieku, koszty leczenia za granicą zależą w większym stopniu od kondycji zdrowotnej delikwenta niż, jak to ma miejsce w przypadku ludzi młodszych, od nieszczęśliwego wypadku.

Rodzajem ubezpieczeń, które mają do odegrania fundamentalną rolę w starzejącym się społeczeństwie, są ubezpieczenia na życie. Ich rolą jest stworzenie zabezpieczenia finansowego w przypadku śmierci oraz budowanie zabez-

pieczeń finansowych na starość. Produkty oferujące zabezpieczenie finansowe bliskich po śmierci ubezpieczonego znajdują się w ofercie większości towarzystw ubezpieczeniowych w postaci np. produktów *whole life*. Zmiana struktury demograficznej może spowodować rozwój tej grupy produktów, ale także konieczność nowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Bardzo istotna jest kwestia zabezpieczenia finansowych potrzeb seniorów. W kwestii zabezpieczenia zarówno emerytalnego, jak i zdrowotnego ubezpieczenia komercyjne pełnią jedynie rolę uzupełniającą w stosunku do systemu publicznego.

Starzenie się społeczeństwa przy dominującym repatriacyjnym publicznym systemie zabezpieczenia emerytalnego spowoduje nie tylko znaczący wzrost liczby osób pobierających emerytury, ale także spadek liczby osób pracujących, które aktywnie płacą składkę do systemu. Mamy tu do czynienia z tzw. ryzykiem dłuższego życia. Praktyczna likwidacja drugiego (czyli kapitałowego) filara emerytalnego tę zależność jeszcze pogłębiła. Z drugiej strony podniesienie wieku emerytalnego zmniejszy liczbę emerytów w stosunku do lat ubiegłych. Jak wskazuje GUS, skutek sukcesywnego przesuwania wieku poprodukcyjnego, liczba potencjalnych emerytów będzie się zmniejszać. Osób w wieku poprodukcyjnym, w stosunku do sytuacji przed zmianą ustawowego wieku emerytalnego, będzie mniej: w 2020 r. o 12 procent, czyli o ponad 1 mln osób, w 2035 r. o 18 procent, czyli 1,85 mln osób, a w 2050 r. aż o jedną piątą, czyli blisko 2,5 mln osób. Pomimo to współczynnik obciążenia ludności w wieku produkcyjnym osobami w wieku emerytalnym będzie się zwiększał: z 28 emerytów na 100 pracujących osób w 2013 r. do 52 w 2050 r. Przy utrzymaniu starych zasad dotyczących ustawowego wieku emerytalnego w 2050 r. przypadłoby 75 osób uprawnionych do emerytury na stu pracujących! (GUS „Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się struktury ludności w świetle prognozy na lata 2014–2050”).

Wiadomo, że oczekiwana stopa zastąpienia w publicznym systemie emerytalnym będzie bardzo niska. Dotknie ona zwłaszcza osoby, które osiągały w życiu zawodowym wyższe przychody. Naturalnym uzupełnieniem systemu publicznego powinny stać się produkty trzeciofilarowe, oferowane przez firmy ubezpieczeniowe. Popyt na nie będzie się zwiększał wraz z upowszechnianiem się świadomości emerytalnej i wzrostem zamożności społeczeństwa. Bardzo ważne i zdające egzamin w wielu krajach są grupowe produkty emerytalne, w których partycypacja rośnie wraz z tworzeniem przez państwo zachęt i ułatwień do korzystania. W gru-

powych produktach emerytalnych kluczowa jest naturalna rola pracodawcy jako organizatora systemu. Bardzo ważne jest umożliwienie tworzenia międzyzakładowych funduszy emerytalnych, które powodują możliwość kontynuowania ubezpieczenia przy zmianie pracy.

Warto w tym miejscu wspomnieć o innym sposobie zabezpieczenia finansowego starości, czyli o tzw. odwróconej hipotece. Istotne jest, aby gwarantem bezpieczeństwa środków finansowych uzyskanych z odwróconej hipoteki były instytucje finansowe regulowane i nadzorowane, posiadające zabezpieczenia wypłacalności. Jest to bardzo wrażliwa społecznie kwestia, ponieważ z jednej strony duża transakcja finansowa będzie dokonywana przez ludzi starszych, którzy wymagają ochrony prawnej, jednocześnie chodzi o wypłatę środków finansowych przez instytucję przez wie-

le kolejnych lat. Bardzo ważna w tym aspekcie jest oferta wypłaty renty jako zdecydowanie bezpieczniejszego dla emeryta rozwiązania. Najpewniejszym zabezpieczeniem wydaje się renta dożywotnia, ale dostępne są także różne rodzaje rent kapitałowych, w tym z gwarancją na określony okres. Takie

rozwiązania uchronią osoby starsze przed przedwczesną utylizacją zwykle ostatniego posiadanego zabezpieczenia finansowego. Wydaje się, że takie produkty będą się cieszyły coraz większym popytem, jakkolwiek od strony podażowej wiąże się z ogromnym wyzwaniem dla aktuariuszy, muszących się zmierzyć z kalkulacją składki uwzględniającą ryzyko rosnącej długowieczności.

Publiczne systemy emerytalne finansowane w głównej mierze repatriacyjnie nie są odporne na ryzyko długowieczności, nakładające się na ryzyko związane z demograficznym starzeniem się społeczeństwa. Przeniesienie, przynajmniej częściowe, tego ryzyka na podmioty prywatne, np. firmy ubezpieczeniowe, jest możliwe i wskazane, jednak dla swojej skuteczności wymaga jasnej deklaracji co do zakresu i roli państwa w zakresie świadczeń publicznych, skutecznej edukacji społeczeństwa oraz wprowadzenia właściwych regulacji prawnych.

Ubezpieczenia na życie zabezpieczają także inne niż wspomniane potrzeby człowieka, obejmując cały zakres ryzyk osobowych gwarantujących wypłatę w przypadku śmierci lub inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, wypłaty w przypadku zachorowania, hospitalizacji etc. Niestety większość tych produktów skierowana jest dziś do ludzi 65+. Spowodowane jest to wyżej wyjaśnioną koniecznością prawidłowej kalkulacji ryzyka i adekwatności składki do ponoszonego przez zakłady ubezpieczeń ryzyka ubezpieczeniowego. Prosto mówiąc, oferta tych produktów

**W aspekcie zmian demograficznych oba rodzaje ubezpieczeń: publiczne i prywatne, są bardzo istotne dla funkcjonowania zarówno państwa jako całości, jak i dla każdego z obywateli.**

przedstawiana przez zakłady ubezpieczeń dla osób 65+ jest ograniczona, ponieważ ryzyko wnoszone przez te osoby powoduje wzrost składki ubezpieczeniowej tak znaczący, że niewielu jest chętnych do ich zakupu.

Sektorem nie tylko ubezpieczeń, ale całej gospodarki, na który starzenie się społeczeństwa będzie miało ogromny wpływ, jest zdrowie i finansowanie jego ochrony. Koszty opieki zdrowotnej są w dużym stopniu uzależnione od wieku. Statystyki pokazują, że średnie roczne wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 roku na mężczyznę w wieku lat 30–35 wyniosły 652 PLN, podczas gdy mężczyzna w wieku lat 66–70 lat kosztował publiczny system ochrony zdrowia 3627 PLN. Starzenie się społeczeństwa oznacza dla publicznego systemu zdrowia w Polsce dwa niekorzystne finansowo trendy: rosnący odsetek ludzi starych oraz spadające wpływy spowodowane zmniejszającym się odsetkiem populacji w wieku produkcyjnym, która jest głównym płatnikiem składki. Zmniejszone możliwości systemów publicznych będą musiały zostać uzupełnione przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Niestety Polska znajduje się na końcu listy: zarówno jeśli chodzi o ocenę publicznego systemu zdrowia, jak i regulacje dotyczące rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Przykłady innych krajów wskazują, że rozwój prywatnych ubezpieczeń jest w stanie zarówno „odciążyć” ubezpieczyciela publicznego, jak i podnieść poziom zadowolenia obywateli z opieki zdrowotnej. Rozwój ubezpieczeń komercyjnych i właściwe związanie z systemem publicznym może spowodować znaczące zwiększenie efektywności opieki zdrowotnej. Dotyczy to zarówno zapotrzebowania na produkty komplementarne w stosunku do oferty systemów publicznych zdrowia, jak również w sytuacji ich niewydolności na ubezpieczenia suplementarne. Rozwią-

zaniem w przyszłości może się okazać tworzenie nowego, opartego na partnerstwie publiczno-prywatnym systemu opieki zdrowotnej. Takim przykładem już dziś może być system holenderski, od kilku lat jest najlepiej oceniany przez konsumentów. Rozwój zarówno produktów, jak i całego systemu prywatnych ubezpieczeń jest w znacznym stopniu uzależniony od regulacji ustawowych i uwarunkowań istniejącego publicznego systemu opieki zdrowotnej. Wyzwania zdrowotne związane ze starzeniem się społeczeństwa będą wymagały zmiany podejścia do opieki zdrowotnej, włączenia zastosowania rozwiązań z zakresu m-health i e-health oraz działań prozdrowotnych na młodszych generacjach, które zaowocują w przyszłości lepszym zdrowiem seniorów. Rozwój prywatnych, masowych ubezpieczeń zdrowotnych jest jednym z narzędzi do realizacji tych celów.

Z procesem starzenia łączy się także problem niesamodzielnosci w wieku starczym. Produkty oferujące pokrycie kosztów opieki długoterminowej stają się szczególnie istotne w aspekcie zmian socjologicznych zachodzących w społeczeństwie, w tym w osłabieniu więzi rodzinnych i częstego zjawiska samotności ludzi starszych. Niestety, w większości krajów europejskich, w tym w Polsce brakuje zapotrzebowania na tego typu produkty komercyjne. Rozwiązaniem może być wdrażanie nowych rozwiązań w oparciu o partnerstwo publiczno-prywatne, tworzenie zachęt lub obowiązków do wspierania rozwiązań ubezpieczeniowych dla pracodawców, a nawet dofinansowywanie składki ubezpieczeniowej przez państwo.

Podsumowując, ubezpieczenia są bardzo istotnym elementem gospodarki w starzejącym się społeczeństwie, natomiast właściwe wykorzystanie ich potencjału będzie możliwe tylko przy właściwym podejściu od strony regulatora i branży finansowej.



# Edukacja gerontologiczna – edukacja w służbie starości

ZOFIA SZAROTA\*

*Pewien człowiek zaczął dawać swemu dobermanowi duże dawki tranu, ponieważ powiedziano mu, że jest on dobry dla psów. Codziennie trzymał głowę protestującego psa między kolanami, otwierał mu na siłę szczękę i wlewał płyn do gardła. Pewnego dnia pies wyrwał się i rozlał tran na podłogę. Potem, ku wielkiemu zaskoczeniu mężczyzny, powrócił, żeby wylizać łyżkę. Wtedy to człowiek odkrył, że pies nie protestował przeciwko tranowi, lecz metodzie jego aplikowania.*

Anthony de Mello (2013)



## Edukacyjne aspekty gerontologii

Gerontologia, w swym społecznym i humanistycznym wymiarze, opisuje i wyjaśnia zjawiska oraz procesy związane ze starzeniem się jednostek i społeczeństwa. Tworzy podstawy

naukowego rozpoznawania i rozumienia potrzeb osób starszych oraz wytwarza narzędzia ich zaspokajania. Rozważa towarzyszące starości problemy psychologiczne i społeczne (np. adaptacyjne, normalizacyjne), analizuje warunki i poziom życia osób starszych, definiuje czynniki kreujące subiektywne poczucie jakości życia. Nauka ta podejmuje próbę określenia miejsca i roli ludzi starych w społeczeństwie, wskazuje uwarunkowania funkcjonowania seniorów w codzienności oraz możliwości ich uczestnictwa społecznego. Rozpoznaje wartości, postawy, przekonania charakteryzujące tę kohortę, konfrontując je ze społeczną percepcją starości. Analizuje style organizacji i spędzania wolnego czasu, wypoczynku, rekreacji. Identyfikuje i optymalizuje specjalistyczne instrumenty diagnozy społecznej i osobistej sytuacji człowieka starszego. Przewiduje środki i formy wsparcia, pomocy i opieki należącej seniorom.

Dynamicznie zachodzące procesy demograficzne, związane z postępującym starzeniem się społeczeństwa, w tym szczególnie zjawisko „podwójnego starzenia się” oraz tzw. singula-

\* Dr hab. Zofia Szarota, profesor Uniwersytetu Pedagogicznego, dziekan Wydziału Pedagogicznego, kierownik Katedry Pedagogiki Społecznej i Andragogiki w Instytucie Nauk o Wychowaniu.

Zainteresowania badawcze koncentrują się na problemach pedagogiki społecznej (w szczególności kwestie inkluzji i normalizacji społecznej, w tym problematyka equal i gender, kwestie dialogu międzykulturowego), andragogiki (dorosłość, jako faza rozwojowa, uczyć się dorosły, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień aktywności poznawczej, społecznej i kulturalnej, postaw młodych dorosłych wobec przemian demograficznych, dialogu międzypokoleniowego, transferu wartości), gerontologii społecznej (problemy towarzyszące starzeniu się i starości).

Redaktorka naczelna Biblioteki Gerontologii Społecznej, członkini rad i komitetów redakcyjnych kilku czasopism naukowych, członkini Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego, Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych. Popularyzatorka wiedzy w uniwersytetach trzeciego wieku, wykładowca pozaformalnego nurtu edukacji dorosłych, członkini różnych gremiów doradczych i eksperckich, w tym Małopolskiej Rady ds. Polityki Senioralnej. Organizatorka wielu znaczących konferencji naukowych. Autorka ponad 100 publikacji.

ryzacji życia w starości, a także nasilające się w związku z tym problemy społeczne, ekonomiczne i zdrowotne, będące udziałem coraz liczniejszej grupy osób starszych, zachęcają do konstruowania gerontologicznej oferty edukacyjnej tak nurtu popularno-naukowego, jak i specjalistycznego.

Pierwszy nurt, zaznaczony w edukacji społecznej, kierowany powinien być do ogółu społeczeństwa. Proces popularyzacji powinien obejmować elementarne wiadomości charakteryzujące przebieg i konsekwencje procesu starzenia się oraz analizować wszelkie aspekty starości jako fazy życia.

Drugi nurt, kształcenia specjalistycznego, zaadresowany powinien zostać do osób przygotowujących się do pracy na rzecz najstarszego pokolenia oraz zawodowo związanych z problematyką aktywizacji, wsparcia społecznego, pomocy i opieki świadczonej osobom starszym, z uwzględnieniem szeroko pojętych socjalnych usług gerontologicznych, w tym pracy socjalnej, doradztwa i poradnictwa geragogicznego. Geragodzy powinni pełnić rolę diagnosty, pomocnika, doradcy, coacha, przewodnika, animatora, facylitatora, wspomagając rozwój fizyczny, społeczny, duchowy, kulturalny, intelektualny seniorów, ułatwiając ich społeczne uczestnictwo.

## Uczenie się starości

Edukacja gerontologiczna to usystematyzowany przekaz wiedzy na temat interdyscyplinarnych zagadnień charakteryzujących proces starzenia się i fazy życia, jaką jest starość właściwa. Obejmuje cztery obszary:

- ♦ edukację do starości, czyli przygotowanie się do roli seniora,
- ♦ edukację w starości, a więc oddziaływania kierowane do uczących się seniorów (np. oferta UTW),
- ♦ edukację przez starość, wyrażającą się poprzez międzypokoleniowy dialog, przekaz ponadczasowych, rudymenarnych wartości, kreowanie pożądanych postaw, odczarowywanie stereotypów,
- ♦ edukację dla starości, której istotą jest proces przygotowania i zawodowego doskonalenia kadr do pracy z seniorami (zob. Szarota 2014, s. 15).

Celem i efektem działań oświatowych powinno być zarówno przygotowanie jednostek i ogółu społeczeństwa do zmierzania się z konsekwencjami przyrastającego odsetka osób w podeszłym i zaawansowanym wieku, jak i przygotowanie się do własnej starości. Istotnym celem edukacji gerontologicznej powinno być także wyjście poza wiedzę potoczną, neutralizacja stereotypów i mitów społecznych związanych ze starzeniem się i funkcjonowaniem ludzi starych, uznanie

kulturowego, społecznego, ale i ekonomicznego (gospodarczego) potencjału seniorów, optymalizacja warunków ich egzystencji.

Z uwagi na inter- i multidyscyplinarny charakter gerontologii jako nauki, do konstruowania i profilowania oferty edukacyjnej oraz popularyzacji wiedzy zapraszać należy specjalistów w zakresie nauk społecznych i ekonomicznych, humanistycznych, przyrodniczych i o zdrowiu (w tym medycznych) oraz inżynierjno-technicznych (*Klasyfikacja dziedzin nauki i techniki wg OECD*). Szczególnie istotną rolę odgrywać tu powinni psychologowie, socjologowie, reprezentanci nauk medycznych oraz pedagodzy, a właściwie andragodzy, czyli – w uproszczeniu – specjaliści zajmujący się zagadnieniami edukacji dorosłych.

Kogo należy kształcić? Odpowiedź brzmi: na poziomie elementarnym (profilaktyka pierwszorzędowa) wszystkich, całe społeczeństwo, całożyciowo, począwszy od przedszkolaków, we wszystkich środowiskach wychowawczych.

Natomiast drugi nurt wymaga specjalistów w dziedzinach warunkujących subiektywne poczucie jakości życia jednostek. Będą to więc osoby pracujące w dziedzinach gospodarki związanych z następującymi obszarami: 1) przestrzeń i architektura, 2) transport i komunikacja, 3) gospodarka komunalna, 4) ochrona środowiska, 5) oświata i wychowanie, 6) bezpieczeństwo publiczne, 7) mieszkalnictwo, 8) kultura i ochrona dziedzictwa narodowego, 9) sport i rekreacja, 10) zdrowie, 11) pomoc społeczna, 12) przedsiębiorczość, 13) społeczeństwo obywatelskie, 14) turystyka i promocja, 15) nauka i technologie informatyczne (por. Chrzanowski 2014, s. 5). Oprócz wymienionych wskazać należy na kadry zatrudnione w bezpośredniej pracy z człowiekiem starym. Mam na myśli kadrę organizacji seniorskich i prosenioralnych, instruktorów w domach kultury, klubach seniora, popularyzatorów wiedzy oraz wykładowców UTW, kursów i innych form edukacyjnych, doradców geragogicznych, pedagogów środowiskowych, asystentów rodziny, pracowników socjalnych oraz typowy personel tzw. geriatryczny, w tym fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, opiekunów i asystentów seniorów lub osób niepełnosprawnych. Do wykazu tego włączyłabym ekspertów od zarządzania czasem wolnym.

Aby „unaukować” i zobiektywizować wiedzę potoczną, „medialną”, konieczne jest zaangażowanie w edukację gerontologiczną osób, które nie pracują z seniorami, ale za to oddziałują na ogół społeczeństwa. Zaliczam do nich: polityków kreujących programy społeczne, nauczycieli, w tym akademickich, umożliwiających zdobycie wiedzy i umiejętności przydatnych w rozumieniu świata, autorów, twórców i wydawców programów radiowo-telewizyjnych, poradników, książek i publikacji w czasopiśmie, programistów, informatyków, autorów gier komputerowych.



Ponadto zaliczam tu samorządowców, członków lobby, stowarzyszeń i organizacji społeczno-politycznych. Lista oczywiście jest otwarta, można do niej dołączyć choćby architektów odpowiedzialnych za jakość przestrzeni i infrastruktury publicznej, specjalistów od transportu zbiorowego itd.

Jakie zakresy tematyczne owa edukacja powinna eksplorować? Odpowiedź jest tak prosta, że aż banalna: wszystkie. Gdy jednak spojrzeć na to zagadnienie przez pryzmat dziedzin nauki i dyscyplin praktycznych, na liście znajdują się na pewno: antropologia kulturowa, filozofia, kulturoznawstwo; biologia, medycyna; pedagogika / andragogika / geragogika (w tym specjalna), psychologia, socjologia, nauki o rodzinie; demografia, ekonomia, ekonomia społeczna, polityka społeczna, praca socjalna; ekologia, logistyka, robotyka, cybernetyka, informatyka, architektura i inne (por. Szarota 2014). Szczególnie dużo w tej materii może działać pedagogika, odpowiedzialna za merytoryczne i metodyczne przygotowanie „nauczycieli starości” – geragogów.

Jakie obszary trudne powinny zostać szczególnie poddane analizom? Jest kilka wyzwań badawczych stojących przed naukowcami reprezentującymi dziedzinę społeczne, w tym na przykład wyzwania edukacyjne dla „czwartego” wieku, czyli najstarszych ze starych. Kilka obszarów stanowi niemal białe plamy dla praktyków, w tym niewątpliwie praca z osobami obciążonymi demencją, chorobą Alzheimera, Parkinsona, praca z „toksycznym seniorem”, sprawcą przemocy, dotkniętym alkoholizmem, lekomanią, innymi uzależnieniami, skłonnościami do hazardu, fobiami i maniami. Prawie nierozpoznane są zagadnienia sfery życia intymnego seniorów, chociaż także w polskiej literaturze naukowej pojawiają się udane próby analizy tego problemu (Kijak 2013, s. 52–76; Zbyrad 2013, s. 206–214; Łaszyn, Wnęk-Gozdek 2013, s. 106–126). Otwartą i niezagospodarowaną kwestią pozostaje brak instytucjonalnych propozycji kulturalno-edukacyjnych dla osób w zaawansowanym wieku oraz seniorów pasywnych, niezaangażowanych, dotkniętych utratą samodzielności funkcjonalnej, zagrożonych marginalizacją społeczną z powodu ubóstwa bądź choroby (Szarota 2013). Nierozwiązane są problemy „zawłaszczenia emocjonalnego” personelu opiekuńczego. Główny nurt polityki społecznej poświęcony jest aktywizacji i wzmocnieniu aktywnego seniora, natomiast niemal zupełnie nie poświęca się uwagi osobom w późnej starości, niepełnosprawnym, cierpiącym, jakości ich życia. Trudne do przeprowadzenia są eksploracje zagadnienia traktującego o starszych wiekiem

bezdolnych, starszych ludziach w warunkach pozbawienia wolności, mieszkańcach domów pomocy społecznej, które to – pomimo standaryzacyjnych procesów naprawczych – są jednak instytucjami totalnymi itd.

## Uczenie się w starości

Sfera edukacyjnej aktywności osób starszych, oferta oraz sposoby (metody) kształcenia / uczenia się seniorów zyskują coraz bardziej interesować andragogów / geragogów, metodyków oraz popularyzatorów wiedzy. Paradygmatem dla gerontologii edukacyjnej stać się musi koncepcja całościowego uczenia się w życiu i przez życie, pojmowanego jako pomoc w rozwoju dla pomyślnego starości (Czeraniawska, 2007, s. 9). Teorie kognitywistyczne nakazują traktować uczących się seniorów w kategorii poszukujących podmiotów poznających, z rozwiniętą świadomością aktywnego uczestnictwa w procesach poznania.

Zachodzi konieczność wypełnienia treściami geragogiki / gerontologii edukacyjnej, wciąż nowej subdyscypliny pedagogicznej, zawierającej elementy psychologii poznawczej, społecznej, dydaktyki, dydaktyki dorosłych itd. – po to, by edukacja gerontologiczna była poprawna metodycznie, aby jej treści korelowały z potrzebami społecznymi i indywidualnymi potrzebami poznawczymi, by proces kształcenia / uczenia się przynosił założone efekty.

Współczesna edukacja seniorów ma miejsce w szeregu placówek i instytucji, w rodzaju centra i kluby seniora (filmowe, dyskusyjne, sportowe, krajoznawczo-turystyczne itp.), uniwersytety (otwarte) trzeciego wieku, akademie, wszechnice, politechniki trzeciego wieku itp., ośrodki upowszechniania wiedzy, biblioteki, domy kultury. Dla seniorów organizowane są kursy, warsztaty, letnie i zimowe szkoły, seminaria, akcje odczytowe, działają liczne stowarzyszenia i organizacje społeczne, fundacje, wspólnoty parafialne, media, zyskują na znaczeniu usługi i przemysł czasu wolnego (*leisure industry*), media, rozrywka, turystyka i rekreacja, aqua parki, miejsca przyjazne seniorom itd. Funkcjonują dzienne domy pobytu, ośrodki pomocy społecznej, poradnie, ośrodki zdrowia, które powinny prowadzić działalność profilaktyczną i popularyzatorską. Starsze osoby chętnie wyjeżdżają na turnusy rehabilitacyjne do prewentoriów i sanatoriów. Adaptacyjne działania geragogiczne są szczególnie pożądane w domach pomocy społecznej, rodzinnych domach pomocy, w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.



Fot. Wojciech Skalka

Dotychczasowe rozważania gerontologii edukacyjnej wydają koncentrować się wokół seniora podejmującego edukację dla jej funkcji kompensacyjnej, profilaktycznej. Tak bez wątplenia było w przypadku pierwszych UTW, które były propozycją dla osób niemogących – z różnych przyczyn: wojna i okupacja, życie rodzinne, życie zawodowe, niepoprawna politycznie ideologia itp. – w swojej przeszłości uczestniczyć w procesach edukacyjnych. Aktualnie edukacja ta ma nadal charakter profilaktyczny, ale starsi państwo, słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku, są dobrze wykształceni, odczuwają głód wiedzy, studiując – realizują własne pasje, konstruktywnie wypełniają czas wolny. Na pierwsze miejsce wysuwa się funkcja innowacyjna, dostarczająca narzędzi rozumienia ponowoczesności, modernizująca zasoby zgromadzonej w biegu życia wiedzy.

Wraz z upływem lat następuje jednak spadek sił witalnych, ograniczenie mobilności, potęguje się zależność od wsparcia zewnętrznego. Coraz trudniej „biegać na zajęcia”, coraz ciężiej pokonywać ograniczenia własnego ciała, a bywa, że i umysłu. Stąd jednym z zadań rozwojowych tego etapu

życia jest potrzeba pokonywania obciążeń, które przynosi wiek sędziwy. Po 8. fazie – integralność ego vs. rozpacz – zdaniem Joan Serson Erikson, można mówić o powrocie do pierwszej fazy rozwojowej w ujęciu Eriksona, czyli o powrocie do ufności, co wiąże się z koniecznością (bywa, że pokornej) akceptacji otrzymywanej opieki. Skoro świat zewnętrzny jest źródłem napięć, a człowiek jest całkowicie zależny od swych opiekunów, musi nastąpić jego rozwój duchowy, powrót do nadziei. Wyraźnie odczuwalna jest potrzeba nadawania sensu zdarzeniom, wyodrębnia się potrzeba poszukiwania ładu wewnętrznego, integracji osobowości, samoświadomości. Myśl może skupić się na transcendencji, poszukiwaniu odpowiedzi w refleksyjnym wnętrzu starego człowieka. Mądrość postrzegana jest i interpretowana jako uporządkowane doświadczenia, wyjście poza siebie, emancypacja tożsamości (Halicki 2007, s. 19–22; Dubas 2009, s. 128–129). Przestrzenią poznawczą staje się refleksja, wspomnienia, „cnota mądrości”, poszukiwanie znaczeń, bilans życia (por. Demetrio 2006, s. 143–145). Senior staje przed koniecznością zmierzenia się z osamotnieniem i samotnością jako nowymi wymiarami duchowości i trudu egzystencjalnego.

Bardzo istotne jest w tym wieku samokształcenie<sup>1</sup> jako dominująca forma edukacji, oparta na dialogu wewnętrznym, poszukiwaniu sensu, (auto)refleksji. Środowiskami edukacyjnymi są przede wszystkim przestrzeń osobista wypełniona medytacją oraz zasoby biografii. Ponadto rodzina, sąsiedztwo, kościół, dom lub placówki pomocowe i opiekuńcze. Jest to więc edukacja nieformalna.

Może się jednak zdarzyć i tak, że starość zostanie zdominowana przez regres procesów poznawczych i najistotniejszą egzystencjalną kwestią staną się procesy fizjologiczne, związane z przyjmowaniem pokarmu i wydalaniem produktów przemiany materii. Pomaganie ograbionym przez chorobę i cierpienie seniorom jest najwyższym przejawem humanizmu jako afirmacji wartości człowieka.

## Podsumowanie

W artykule omówiono zaledwie dwa pola edukacji gerontologicznej – do starości i w starości. Pozostały jeszcze dwa – edukacja przez starość i edukacja dla starości (zob. Szarota 2013, s. 47–51). Edukacja przez starość jest współcześnie niemal nieobecna, stary człowiek jest niedostrzegany, izolowany w społecznej percepcji, piętnowany krzywdzącymi stereotypami. Powstaje więc konieczność skupienia się na neutralizacji owych szkodliwych stereotypów, na zmianie społecznego wizerunku starości. Gdy zyska ona godną twarz, możliwe będzie oddziaływanie przez starość na pozostałe pokolenia. Należy zachęcać do zgłębiania zagadnień gerontologicznych, zawody związane z tą fazą życia mają przed sobą szerokie perspektywy. Edukacja dla starości stanie się istotnym sektorem usług srebrnej gospodarki.

## Bibliografia

- Chrzanowski M. (2014), *Monitorowanie jakości usług publicznych. Raport Badania jakości życia i usług publicznych w Krakowie (badania pilotażowe)*, INQUISIO, maszynopis.
- Czerniawska O. (2007), *Szkice z andragogiki i gerontologii*, Wydaw. WSHE, Łódź.

<sup>1</sup> Jest to swoisty styl życia, cechujący jednostki o rozwiniętych potrzebach wyższych, dużej ciekawości poznawczej, ukształtowanych nawykach pracy intelektualnej i wyrobionych technikach uczenia się. Polega na aktywnym poznawaniu świata i siebie samego, doskonaleniu osobowości (Pólturzycki 2013, s. 432).

de Mello A. (2013), *Modlitwa żaby. Księga opowiadań medytacyjnych*, tłum. D. Gawelda i B. Żak, Wydaw. Zysk i Sk-a, Warszawa.

Demetrio D. (2006), *Edukacja dorosłych*, [w:] *Pedagogika Tom 3 Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, B. Śliwerski (red.), Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk, s. 113–236.

Dubas E. (2009), *Etapy dorosłości i proces kształcenia*. [w:] *Dorosły w procesie kształcenia*, B. Cyboran, A. Fabiś (red.), Biblioteka Edukacji Dorosłych, Bielsko-Biała – Zakopane, s. 115–132.

Halicki J. (2007), *Starzenie się społeczeństw jako wyzwanie dla andragogiki*, „Gerontologia Społeczna”, Nr 1(2), s. 17–24.

Kijak R.J. (2013), *Życie intymne ludzi starych*, [w:] R.J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, CRZL, Warszawa, s. 52–76 [irss.pl/wp-content/uploads/2014/01/Starość.pdf].

*Klasyfikacja dziedzin nauki i techniki wg OECD* [www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013\_05/b55089e004574e1024fd9c1bd55e74f5.pdf].

Łaszyn J., Wnęk-Gozdek J. (2013), *Oddam siebie w dobre ręce” Osoby 60+ jako użytkownicy portali randkowych*, [w:] *Współczesne oblicza starzenia się*, A. Fabiś (red.), „Biblioteka Gerontologii Społecznej” Nr 3, s. 106–126.

Pólturzycki J. (2014), *Niepokój o dydaktykę*, Wydaw. Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa – Radom.

Szarota Z. (2014), *Era trzeciego wieku – implikacje edukacyjne*, „Edukacja ustawiczna Dorosłych” Nr 1(84), s. 7–19 [www.edukacjaustawicznadoroslych.eu/download/2014/edu\_1\_2014.pdf].

Szarota Z. (2013), *Kwalifikacje kadr gerontologicznych*, [w:] R.J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, CRZL, Warszawa, s. 47–51 [irss.pl/wp-content/uploads/2014/01/Starość.pdf].

Zbyrad T. (2013), *Dysfunkcje, trudności i tematy tabu, czyli o „ukrytych” stronach domów pomocy społecznej*, [w:] *Seniorzy w środowisku lokalnym*, red. A. Zawada, Ł. Tomczyk, Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 200–215.



# Edukacja osób starszych jako cywilizacyjna konieczność

EWA PIŁAT\*



Na koniec 2013 r. 18 proc. spośród 3 360 581 mieszkańców województwa małopolskiego stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym<sup>1</sup>. Jeśli jednak kategorię osób starszych rozszerzyć o roczniki w wieku okołomerytalnym, to okaże się, że co czwarty Małopoleśnianin ma obecnie więcej niż 55 lat<sup>2</sup>. Jednak zaledwie 23,7 proc. z grupy wiekowej 55+ to osoby aktywne zawodowo, co oznacza, że ponad trzy czwarte małopolskich seniorów w wieku

jeszcze produkcyjnym jest zawodowo bierna<sup>3</sup>. Dla jednych wolność od zawodowych obowiązków to ogromna ulga, dla innych prawdziwa udręka, dla wszystkich zagrożenie odsunięciem na margines życia społecznego wynikające ze stagnacji rozwoju intelektualnego, a w pewnym sensie również cywilizacyjnego, naturalnie stymulowanego lub wręcz wymuszanego pracą zawodową. Pozostawanie na rynku pracy ułatwia adaptację do zmieniającej się rzeczywistości. Ci, którzy gorzej sobie radzą z przystosowaniem się do zmieniających się warunków gospodarczych, społecznych, kulturowych, mają trudności z opanowaniem nowinek technicznych, szybciej z niego wypadają.

Obecnie okres życia po zakończeniu aktywności zawodowej trwa nawet 30 lat. To czas, do którego mało który senior jest przygotowany, czas, w którym ludzie starsi chętnie zwalniają tempo życia, czego nie można powiedzieć o ich otoczeniu. Zmienia się ono bardzo dynamicznie, wiedza szybko się dezaktualizuje, zdobyte doświadczenia starzeją się w zawrotnym tempie. Wszystkie te okoliczności zmuszają współczesnego człowieka do nieustannego uczenia się i nabywania nowych kompetencji. Edukacja przez całe życie stała się cywilizacyjną koniecznością nie omijającą seniorów. Kto stoi w miejscu, ten się cofa, stając się coraz bardziej życiowo nieporadnym. Według włoskiego pedagoga, zajmującego się również edukacją dorosłych, Duccio Demetrio, człowiek, jeśli nie chce być zepchnięty na margines i wykluczony, musi nieustannie się uczyć, rozwijać swoje kompetencje i zdobywać nowe. Doświadczenia życiowe starszego pokolenia okazują się już niewystarczające do pełnego uczestnictwa we współczesnym świecie. Człowiek

1 „Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2013 r. Stan na 31 XII”. Warszawa 2014.

2 920 593 osoby zamieszkałe w woj. małopolskim 31 XII 2013 r. miało więcej niż 55 lat, a kolejne 1 130 tys., czyli 30 proc., mieszkało się w kategorii 50+, za: „Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2013 r. Stan na 31 XII”. Warszawa 2014.

\* Ewa Piłat – pełnomocnik Rektora UJ ds. JUTW, kieruje największym Uniwersytetem Trzeciego Wieku w Krakowie (450 studentów). Dziennikarka przez 22 lata związana z „Dziennikiem Polskim”. Z wykształcenia polityk społeczny. W działalności publicystycznej zajmuje się problematyką społeczną, w tym dotyczącą osób starszych, związana z ruchem Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Autorka publikacji „Portrety małopolskich seniorów”. Ambasador konkursu na Seniora Roku, członek kapituły konkursu „Miejsce przyjazne seniorom”.

3 Aktywność ekonomiczna ludności w województwie małopolskim w I kwartale 2014 r., Wojewódzki Urząd Statystyczny, Kraków 2014.

starszy nie ogarnia przekazu informacji, nie umie się posługiwać współczesną technologią, nie rozumie przemian w kulturze, nie rozumie języka swoich dzieci i wnuków, a przez to traci z nimi kontakt<sup>4</sup>.

Czy nam się to podoba, czy nie, nie zatrzymamy postępu. Możemy natomiast spróbować za nim nadążyć. Najskuteczniejszym narzędziem w tej pogoni jest edukacja. Dla młodszych seniorów może stać się przepustką do utrzymania się lub powrotu na rynek pracy, dla wszystkich przedstawicieli trzeciego wieku szansą na radosne oraz twórcze spędzanie czasu na emeryturze i ostatnim momentem, kiedy można zainwestować w jakość życia w wieku czwartym<sup>5</sup>.

Jakość życia wydaje się pojęciem kluczowym w rozważaniach dotyczących starości i podstawowym celem edukacji osób starszych. Choć za osiągnięcie naszych czasów niewątpliwie należy uznać wydłużającą się średnią długość życia<sup>6</sup>, to znacznie większe znaczenie ma jego jakość. Długie życie nie jest wartością samą w sobie. Ważniejsze jest osiągnięcie sędziwego wieku w dobrym zdrowiu fizycznym, samodzielnie radząc sobie z czynnościami życiowymi, mając szczęśliwe relacje rodzinne, sprawdzonych przyjaciół, poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego, spełnienia intelektualnego, doświadczając pozytywnych emocji, w tym szacunku, miłości i przywiązania. Na każdy z tych obszarów możemy korzystnie wpłynąć, podejmując wysiłek edukacyjny w późnej dorosłości. Na swoją sytuację rodzinną, pozycję społeczną, stan zdrowia, relacje z najbliższymi i kontakty towarzyskie pracujemy wprawdzie przez całe życie, ale nawet w jego drugiej połowie wiele jeszcze możemy zmienić.

Wszystkie aktywności, z zawodową włącznie, determinuje stan zdrowia, dlatego osobom starszym najbardziej jest potrzebna edukacja prozdrowotna. Równie ważne jest przystosowanie się do wyzwań, jakie przynosi współczesna rzeczy-

4 Dzięgielewska M. (2009), „Edukacja jako sposób przygotowania do starości”, [w:] Agnieszka Stopińska-Pajak (red.) *Chowanna 2/33 Edukacja w starości – tradycja i współczesność*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

5 Piłat E. (2013), „Polisa na lepszą starość. Edukacja w późnej dorosłości jako metoda przeciwdziałania marginalizacji osób starszych na przykładzie działania Jagiellońskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku”, [w:] Marcjanna Nózka i Marta Smagacz-Poziemska (red.) *Starzenie się: problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*, seria: *Zeszyty Pracy Socjalnej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

6 Trwanie życia w 2010 roku, GUS, Warszawa 2011. Średnia długość życia dla mężczyzn urodzonych w 2010 r. wynosiła 72,1 lat, a dla kobiet – 80,6 lat. W ciągu 10 lat, od 2000 roku, przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wzrosło o 2,4 lata, a kobiet o 2,6 lat. Według prognozy demograficznej Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) do 2035 roku przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o około 8 lat dla mężczyzn oraz o około 3 lata dla kobiet.

wistość, a ta została zdominowana przez nowe technologie. Bez przynajmniej podstawowych kompetencji cyfrowych dziś funkcjonuje się jak pół wieku temu bez umiejętności pisania i czytania. Edukacja cyfrowa stała się cywilizacyjną koniecznością. Aby zapobiec społecznej marginalizacji osób starszych, należy położyć nacisk na upowszechnienie co najmniej dwóch wymienionych rodzajów edukacji. Inwestycja w kształcenie seniorów zwróci się państwu z nawiązką. Trudno wskazać dziedzinę gospodarki, która finansowo i jakościowo nie zyskałaby na ustawicznym transferze wiedzy do starszego pokolenia Polaków. Podniesienie jakości życia samych seniorów, dzięki całościowej edukacji, wydaje się bezcenne.

## Edukacja prozdrowotna

Celem edukacji prozdrowotnej jest wzrost wiedzy na temat procesu starzenia, podniesienie świadomości w zakresie odpowiedzialności za swoje życie w jego drugiej połowie, możliwość uzyskania kontroli i wpływania na jego jakość. Taki efekt można uzyskać poprzez zmianę postaw osób starszych wobec starości, zachęcanie do różnych form aktywności, integracji społecznej i rozwoju intelektualnego. Brakuje modelowego, wzorcowego programu w zakresie edukacji prozdrowotnej dla osób starszych. Nie ulega wątpliwości, że powinna ona dotyczyć m.in. następujących zagadnień:

- ♦ zdrowia psychicznego i aktywności intelektualnej, w celu rozumienia procesów zachodzących w psychice osoby starzejącej się,
- ♦ profilaktyki typowych chorób wieku starszego oraz unikania zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym,
- ♦ prawidłowego żywienia, dostosowanego do zmieniającego się organizmu starszego człowieka, stanu zdrowia, stylu życia, rytmu dnia,
- ♦ znaczenia aktywności fizycznej, w celu utrzymania jak najdłuższej sprawności i samodzielności.

Ostatnie z wymienionych zagadnień wciąż nie doczekało się adekwatnego do swojego znaczenia uznania wśród polskich seniorów. Odpowiednio dobrane ćwiczenia ruchowe przyczyniają się do dłuższego zachowania sprawności fizycznej, wzmocnienia mięśni, stawów, kości, a także do zminimalizowania wielu dolegliwości, np. bólów kręgosłupa, otyłości, poprawiają pracę układu krążenia i dotleniają mózg, co jest szczególnie ważne dla osób w starszym wieku. Ponad 50 proc. badanych osób starszych deklaruje potrzebę ruchu, ale regularną aktywność fizyczną podejmuje tylko 7 proc. osób w wieku 60–64 lata i 0,6 proc. powyżej 80 r.ż. (badania



Fot. Jagielloński Uniwersytet Trzeciego Wieku

ogólnopolskie). W krajach europejskich i USA ćwiczy regularnie ponad 30 proc. seniorów<sup>7</sup>. Blisko 50 proc. respondentów powyżej 60 r.ż. tłumaczy swą bierność złym stanem zdrowia, tymczasem dane dotyczące sprawności fizycznej tej grupy wiekowej dowodzą, że 82 proc. jest sprawna fizycznie. Stopień niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem. W grupie wiekowej 65–69 lat jakiś rodzaj niepełnosprawności odczuwa co trzeci senior, po 80 – już ponad połowa<sup>8</sup>. Nie należy więc odkładać na później regularnych ćwiczeń fizycznych. Może dzięki nim wyeliminujemy lub odroczyliśmy w czasie zagrażające nam niepełnosprawności?

Ludzie starsi najbardziej obawiają się niedołączyłości u schyłku swego życia, zwłaszcza że maleje liczba potencjalnych opiekunów rodzinnych. Jeszcze w 2002 r. na 100 potrzebujących przypadało w Polsce 572 opiekunów nieformalnych. Prognoza GUS przewiduje, że do 2030 r. potencjał opiekuńczy zmniejszy się ponad dwukrotnie. W 2030 r. na 100 potrze-

bujących będzie przypadać 263 osoby mogące zaopiekować się niedołączonym członkiem rodziny<sup>9</sup>. Osoby niesamodzielne będą musiały korzystać z innych niż rodzinne formy wsparcia na starość. Celem edukacji prozdrowotnej jest osiągnięcie – poprzez upowszechnienie wiedzy na temat profilaktyki zdrowia i zdrowego stylu życia oraz zmianę zachowań – możliwie najlepszego stanu zdrowia i jak najdłuższej samodzielności. Jednak nawet w sytuacji niesamodzielności w podeszłym wieku uzyskana wiedza pozwala lepiej funkcjonować bez konieczności ciągłej opieki ze strony rodziny. Nieocenioną pomocą będą w takich przypadkach urządzenia z zakresu teleopieki i telemedycyny. Trzeba je jednak umieć obsługiwać, a do tego niezbędne są umiejętności cyfrowe.

## Ustawiczna edukacja cyfrowa

Poważnym problemem, dotyczącym przede wszystkim starsze grupy wiekowe, jest brak umiejętności cyfrowych. Według raportu „Diagnoza społeczna 2013” 24 proc. popu-

7 „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce” World Health Organization – [http://www.mz.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/8251/raport1.pdf](http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0016/8251/raport1.pdf).

8 Szczerbińska K., Wilczek-Rużyczka E (red.), (2010), Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych, Kraków, „Zdrowie i zarządzanie”.

9 Prognoza ludności na lata 2003–2030. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2002 – <http://www.funduszezstrukturalne.gov.pl/informator/npr2/prognozy/Prognoza%20ludnosci%20na%20lata%202003+2030%20%28GUS%29.pdf>.



Fot. Jagielloński Uniwersytet Trzeciego Wieku

lacji ogółem nigdy nie używało komputera lub ma znikome umiejętności jego obsługi<sup>10</sup>. Z tego samego raportu wynika, że w grupie 65 lat aż 39,9 proc. osób nie korzysta z Internetu. Odsetek osób wykluczonych cyfrowo zmniejsza się z każdym rokiem. W 2010 r. aż 87 proc. osób po 65. r.ż. nie korzystało z Internetu w ogóle, a regularnie korzystało z niego tylko 11 proc. osób z tej grupy wiekowej<sup>11</sup>. Edukacja cyfrowa jest potrzebna najbardziej osobom starszym, słabo wykształconym, zamieszkałym w małych miejscowościach i na wsiach. Organizatorzy różnych form uczenia korzystania od podstaw z komputera, Internetu, telefonów komórkowych, smartfonów i innych urządzeń cyfrowych muszą brać pod uwagę fakt, że uczestnikami takich zajęć będą osoby coraz starsze i coraz bardziej nieporadne. Wskazują na to doświadczenia innych krajów<sup>12</sup>. Młodszy seniorzy, osoby wchodzące w późną dorosłość, najczęściej opanowały przynajmniej podstawowe umiejętności obsługi urządzeń cyfrowych. Bez nich trudno dziś pracować zawodowo i funkcjonować w codziennym życiu. Jednak umiejętności cyfrowe osób, które odchodzą na zawodowy odpoczynek, szybko się dezaktualizują z powodu zaprzestania korzystania z Internetu. Według „Diagnozy społecznej 2013” w ub.r. z Internetu przestało korzystać 26 proc. osób w wieku 65+, które były internautami w 2011 r. oraz 19 proc. w wieku 60–64 lata. Takie osoby szybko mogą powiększyć grupę cyfrowych analfabetów.

Według Komisji Europejskiej w 2015 roku 90 proc. zawodów będzie wymagało podstawowych kompetencji cyfrowych. Za kilka lat trudno będzie wyobrazić sobie polski rynek pracy dla osób po sześćdziesiątce, jeśli zasadniczo nie poprawią swo-

10 Batorski D., Polacy wobec technologii cyfrowych – uwarunkowania korzystania i dostępności, [w:] *Diagnoza społeczna 2013*, s. 316–341.

11 Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2007–2011. Warszawa 2012.

12 Piłat E. Zaproszenie do cyfrowego świata, [w:] *Dziennik Polski* 7 maja 2011 r.



Najstarsza studentka Jagiellońskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, 87-letnia Saturnina Faust. Fot. Jagielloński Uniwersytet Trzeciego Wieku

ich umiejętności cyfrowych. Utrzymanie się na rynku pracy będzie wymagało ciągłego doskonalenia informatycznego.

Wykluczenie cyfrowe najstarszej generacji Polaków skutkuje negatywnymi zjawiskami zarówno po stronie osób wykluczonych, jak i po stronie instytucji państwowych. Brak umiejętności cyfrowych powoduje eliminację z wymagającego rynku pracy, nieradzenie sobie z codziennymi czynnościami, coraz częściej wymagającymi obsługi skomplikowanych urządzeń elektronicznych, niemożność korzystania z usług świadczonych elektronicznie czy pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, politycznym i kulturalnym. Wraz z rozwojem nowoczesnych systemów informatycznych wspomagających funkcjonowanie osób starszych (w tym telemedycyna, teleopieka) ujawni się coraz większa potrzeba związana z umiejętnym korzystaniem z tych urządzeń. Brak odpowiedniego wykorzystania tych urządzeń w wyniku braku kompetencji cyfrowych powodować będzie wykluczenie, brak chęci i zdolności do korzystania z nich, a w tym samym możliwości uzyskania wsparcia dla swojej sytuacji.

Warto zwrócić uwagę nie tylko na negatywne konsekwencje braku umiejętności cyfrowych, ale również korzyści z ich nabywania. Użytkownicy Internetu, dzięki dostępowi do szybkiej





Fot. Jagielloński Uniwersytet Trzeciego Wieku

informacji, są bardziej mobilni i ich szanse życiowe rosną. Osoby korzystające z Internetu znacznie częściej angażują się na rzecz społeczności lokalnej, niekorzystający czują się bardziej osamotnieni. Użytkownicy Internetu znacznie aktywniej uczestniczą w kulturze niż osoby niekorzystające. Innym ciekawym efektem jest obserwowany wzrost samooceny i dobrostanu psychicznego osób w wieku 50+, które rozpoczynają korzystanie z Internetu. Korzystanie z Internetu ma istotny wpływ na wzrost dalszego pragnienia życia, utrzymujący się nawet po wykluczeniu innych różnic społeczno-demograficznych<sup>13</sup>.

Opanowanie kompetencji cyfrowych przez wszystkich obywateli umożliwiłoby znaczące usprawnienie obsługi oraz gigantyczne oszczędności instytucjom państwowym (ZUS, NFZ, urzędy administracji samorządowej), dzięki elektronicznej obsłudze obywateli. Takie same korzyści odniosłyby wszystkie inne podmioty funkcjonujące na rynku. Utrzymywanie pracowników, którzy muszą obsłużyć klientów nie potrafiących załatwić swej sprawy inaczej niż osobiście, obok stanowisk całkowicie zdigitalizowanych, jest obciąża-

jące dla wszystkich instytucji, zarówno państwowych, jak i prywatnych.

Ciekawe wyliczenia na ten temat przynosi raport pt. „Korzyści ekonomiczne z integracji cyfrowej osób 45+”<sup>14</sup>. Prognozuje on znaczący wzrost zatrudnienia, płac, dochodów indywidualnych oraz wpływów do budżetu państwa dzięki rozwinięciu kompetencji cyfrowych wśród starszego pokolenia. Warto zwrócić uwagę na wyliczenia dotyczące oszczędności instytucji dzięki zastąpieniu kontaktu osobistego – wirtualnym (obok oszczędności w czasie załatwienia sprawy). Największe względne oszczędności, przewyższające 30% aktualnego kosztu kontaktu, mogłyby zostać uzyskane przez mieszkańców dzięki ograniczeniu konieczności osobistego stawiennictwa w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Wartość zaoszczędzonych środków finansowych, dzięki integracji cyfrowej pokolenia 45+, została oszacowana na ponad 175 mln zł. Najwyższa bezwzględna wielkość oszczędności, wynosząca blisko 404 mln zł, zostanie wygenerowana poprzez zredukowanie liczby wizyt w urzędach miasta i urzędach gminy. Ogólna wielkość środków finansowych, które

<sup>13</sup> Batorski, Płoszaj, Diagnoza i rekomendacje w obszarze kompetencji cyfrowych społeczeństwa i przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu w kontekście zaprogramowania wsparcia w latach 2014–2020.

<sup>14</sup> Korzyści ekonomiczne z integracji cyfrowej osób 45+. Wyniki badań projektu: Polska Cyfrowa Równych Szans, [https://latarnicy.pl/media/filer\\_public/Baza%20wiedzy/Wykluczenie%20cyfrowe/raport\\_pwc\\_ost2.pdf](https://latarnicy.pl/media/filer_public/Baza%20wiedzy/Wykluczenie%20cyfrowe/raport_pwc_ost2.pdf).

mogą zostać zaoszczędzone przez obywateli powyżej 45. roku życia dzięki przeniesieniu części kontaktów z instytucjami publicznymi, urzędami oraz służbą zdrowia wynosi ponad 1,5 mld zł. 800 mln zł z tej kwoty jest pochodną ograniczenia bezpośrednich kontaktów z urzędami i instytucjami publicznymi, a ponad 700 mln zł ma swoje źródło w kontaktach z instytucjami służby zdrowia.

## Podsumowanie

Podejmowanie każdego rodzaju aktywności ma dobroczynny wpływ na jakość życia seniorów, ale aktywność edukacyjna ma działanie wyjątkowo korzystne. Zmiana świadomości dokonująca się pod wpływem uzyskanej wiedzy jest podstawą do zmiany zachowań na takie, które poprawią stan zdrowia, kondycję fizyczną, samopoczucie i pozwolą lepiej funkcjonować w codziennym życiu. Każdy rodzaj aktywności edukacyjnej jest wart zaangażowania, jednak priorytetowe znaczenie mają edukacja prozdrowotna oraz cyfrowa. W tych dwóch obszarach tematycznych spotykają się indywidualne interesy seniorów oraz państwa. Możliwość uzyskania kontroli nad swoim organizmem, poprawa stanu zdrowia, wyeliminowanie, odroczenie lub ograniczenie niedołężności i niesamodzielności w podeszłym wieku to zysk dla seniora, ale także dla budżetu dzięki oszczędnościom w wydatkach na służbę zdrowia i opiekę społeczną. Nabycie i doskonalenie umiejętności cyfrowych przez osoby starsze pozwala na ich pełniejsze uczestnictwo we wszystkich dziedzinach życia, wzrost satysfakcji, znaczącą poprawę jego jakości i ogromne oszczędności instytucji państwowych i prywatnych, o czym była mowa wyżej.

Zarówno edukacja prozdrowotna, jak i prowadzona w różnych formach edukacja cyfrowa mieszczą się w programie każdego Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW), nie wyczerpując, oczywiście, oferty edukacyjnej tych instytucji. Dynamiczny rozwój UTW w Polsce<sup>15</sup>, dobra marka uniwersytetów dla seniorów zrodziły prawdziwą modę na kształcenie w trzecim wieku. Nie byłoby to możliwe bez finansowego

wsparcia dla tych instytucji. U progu transformacji ustrojowej w 1989 roku w Polsce istniało tylko 9 UTW. W 2007 roku było ich 125, a pod koniec 2013 już ponad 450. Na początku lat 2000. do szybkiego wzrostu liczby UTW przyczyniły się środki wyasygnowane przez Polsko-Amerykańską Fundację Wolności. W perspektywie finansowej 2007–2013 uniwersytety prowadzące działalność edukacyjną korzystały z pomocy środków unijnych. Wyrazem poparcia UE dla działań aktywizujących osoby starsze był rok 2012 – Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Trwałym efektem roku 2012 pozostał realizowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych. To jedno ze źródeł finansowania polityki edukacyjnej seniorów. Nawet najbardziej szlachetne idee i ogromne zaangażowanie liderów nie spowodują masowego rozwoju edukacji seniorów, jeśli nie będzie im towarzyszyło wsparcie państwa. Chodzi nie tylko o dotacje finansowe, ale przygotowanie ramowego programu kształcenia, bazy edukatorów i instruktorów, a także podręczników i innych materiałów wspomagających uczenie. UTW, zwłaszcza te funkcjonujące

**Inwestycja w kształcenie seniorów zwróci się państwu z nawiązką. Trudno wskazać dziedzinę gospodarki, która finansowo i jakościowo nie zyskałaby na ustawicznym transferze wiedzy do starszego pokolenia Polaków. Podniesienie jakości życia samych seniorów, dzięki całościowej edukacji, wydaje się bezcenne.**

w strukturach szkół wyższych, jak i te działające pod patronatem uczelni, mogą liczyć na merytoryczne (lepsze lub gorsze) wsparcie kadry akademickiej. Mimo imponującej liczby 480 UTW w Polsce, w tym 50 w Małopolsce, niemożliwe jest objęcie kształceniem wszystkich osób starszych, które potrzebują edukacji. Uniwersytety Trzeciego Wieku są wprawdzie najbardziej predestynowane do prowadzenia działalności edukacyjnej wśród

seniorów, jednak trafia tu tylko część przedstawicieli grupy wiekowej 50+. Określenie „uniwersytet” dla jednych nobilitujące, dla innych jest onieśmiałające, tym bardziej że część tych instytucji, dotyczy to zwłaszcza UTW funkcjonujących w strukturach uczelni wyższych, rygorystycznie przestrzega kryterium wykształcenia (minimum średnie). Upowszechnienie edukacji prozdrowotnej oraz cyfrowej wśród seniorów wymaga zaangażowania również innych podmiotów: bibliotek, domów kultury, dziennych domów pomocy społecznej, gminnych ośrodków pomocy społecznej, powiatowych centrów pomocy rodzinie, parafii, a także lokalnych stowarzyszeń i fundacji. Działając w małych środowiskach, mają one większe możliwości dotarcia do osób najbardziej zagrożonych wykluczeniem. Tym podmiotom, jeszcze bardziej niż UTW, potrzebne jest wsparcie w organizacji działalności edukacyjnej dla seniorów ze strony instytucji państwowych i samorządowych.

<sup>15</sup> W czerwcu 2014 r. w Polsce działało 480 Uniwersytetów Trzeciego Wieku. W Małopolsce było ich 50, w samym Krakowie 12, w tym 10 w strukturach wyższych uczeni: dane za Ogólnopolską Federacją Stowarzyszeń UTW.

# Uzdrowiska dla seniorów – czas dobrego życia

ANDRZEJ WALAWSKI\*



Prognozuje się, że w latach 2005–2050 liczba osób po 80. roku życia wzrośnie w Europie o 34 miliony. Jednocześnie nastąpi spadek liczebności osób w przedziale wiekowym do 24. roku życia. Przyjmuje się, że wiek geriatryczny zaczyna się od 65. roku życia. Charakterystyczną cechą tego okresu życia jest wielochorobowość. To

wówczas pojawiają się takie choroby jak: otępienie, choroba Parkinsona, niewydolność serca, cukrzyca, osteoporoza, zwyrodnienia stawów, niesprawność ruchowa oraz upośledzenie wzroku i słuchu. Starszy człowiek odwiedza wielu lekarzy. Ci przepisują leki, nierzadko wchodzące w interakcje.

W związku z przemianami cywilizacyjnymi i postępującym procesem starzenia się ludności, zwłaszcza najbogatszych krajów świata, ważnym zagadnieniem współczesnej psychologii staje się z jednej strony problem jakości życia człowieka w okresie dorosłości i późnej dorosłości, z drugiej zaś problem ograniczeń i możliwości dalszego rozwoju psychicznego. Istotnym elementem dobrej jakości życia jest też zachowanie aktywności w sferze kontaktów społecznych i towarzyskich.

\* Dr n. med. Andrzej Walawski – absolwent Akademii Medycznej w Warszawie. Obecnie: dyrektor ds. lecznictwa „Uzdrowisko Rabka” S.A. Audytor wiodący ISO 9001:2008 i 27001:2013 oraz wykładowca w Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Targu. Czas wolny spędza, grając w tenisa i biegając. Lubi słuchać dobrej muzyki.

Problematyka rozwojowa okresu tzw. drugiej połowy życia definiowana jest najczęściej na gruncie psychologii rozwoju człowieka w ciągu całego życia w terminach tzw. optymalizacji procesu starzenia się. Wysiłki badaczy należących do tego nurtu ukierunkowane są przez następujące pytania: pierwsze dotyczy regresu procesów fizycznych i psychicznych, które są podatne na stymulację zewnętrzną (np. kondycja fizyczna, sprawność niektórych funkcji poznawczych); drugie ma związek z opóźnianiem tych procesów inwolucyjnych, które są nieuchronne (np. w zakresie funkcji psychomotorycznych, inteligencji płynnej); trzecie natomiast dotyczy kompensacji zmian wstecznych, które się już dokonały i są nieodwracalne.

Problemem w wieku podeszłym jest również izolacja społeczna, kiedy pracujący członkowie rodziny nie są w stanie zapewnić stałego, obejmującego większość dnia kontaktu z starszą osobą, pozostającą pod ich opieką.

Zwiększone potrzeby opiekuńcze mogą natomiast prowadzić do zespołu wypalenia opiekunów, kiedy wskazane jest czasowe „odciążenie” osób sprawujących opiekę nad starszą osobą, służące również ich wypoczynkowi i regeneracji. Z tego powodu rzeczą bardzo pożądaną jest organizowanie pobytów dla seniorów ukierunkowanych na powrót pacjenta do sprawności fizycznej i intelektualnej. Przy takiej okazji rodzina byłaby odciążona od nierzadko trudniej i wyczerpującej nad nim opieki. W trakcie takiego pobytu starsze osoby miałyby nie tylko zapewnione leczenie, rehabilitację i wypoczynek, ale wzbogaciłyby się o nowe kontakty przerywające społeczną izolację. Idealnym miejscem do organizacji takich wyjazdów są polskie uzdrowiska. Posiadają one znakomity personel medyczny, a także nowoczesną infrastrukturę. W uzdrowiskach można otrzymać to, co najcenniejsze – zdrowie i poczucie bezpieczeństwa. Dzieje się tak dzięki



Willa „Świt” w Rabce. Fot. Uzdrawisko Rabka S.A.

stałemu nadzorowi personelu lekarsko-pielęgniarskiego, a także profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

W tym miejscu warto przywołać określenie: pomyślne starzenie się. Jest to osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób i niedołążności, przy wysokiej sprawności umysłowej i fizycznej oraz przy utrzymaniu aktywności życiowej. Istotnym elementem dobrej jakości w jesieni życia jest też zachowanie aktywności w sferze kontaktów społecznych i towarzyskich. W procesie starzenia się istotne znaczenie ma sfera oddziaływań zewnętrznych, do których możemy zaliczyć styl życia, sposób odżywiania, środowisko życia i czynniki psychospołeczne.

By zachowania prozdrowotne były realizowane przez pacjentów, nie wystarczy tylko edukacja. Potrzebny jest także czas na przyzwyczajenie się do nowego trybu życia. Lecznictwo uzdrowiskowe ma tę przewagę nad innymi formami, że obok różnych metod oddziaływania na pacjenta dysponuje wystarczającą ilością czasu.

Podstawą terapii uzdrowiskowej jest stosowanie naturalnych metod leczniczych, z wykorzystaniem wód mineralnych,

gazów i peloidów. Boddce lecznicze dobierane są do stanu chorego, a ich działanie musi być na bieżąco kontrolowane przez lekarza.

W odpowiedzi na zabiegi balneologiczne organizm reaguje uruchomieniem własnych mechanizmów adaptacyjnych oraz wykorzystaniem rezerw czynnościowych organizmu. Natężenie i dynamika pojawiania się reakcji u pacjenta w odpowiedzi na zastosowane zabiegi zależą nie tylko od siły bodźca, ale także od zdolności samego organizmu do odpowiedzi na te działania. Reakcja organizmu zależy od schorzeń pacjenta, a także od jego wieku. Lekarz ordynujący zabiegi uzdrowiskowe pacjentowi geriatrycznemu musi brać pod uwagę zmniejszone zdolności adaptacyjne organizmu w tym okresie życia. Warto w tym miejscu zauważyć, że farmakoterapia hamuje opisane powyżej procesy adaptacyjne.

W wyniku systematycznego działania bodźców leczniczych u chorego w czasie leczenia uzdrowiskowego następuje stopniowe dostosowanie się organizmu w kierunku przywrócenia równowagi w funkcjonowaniu wielu narządów, co oznacza poprawę stanu zdrowia.

Systematyczne stosowanie zaleconych zabiegów powinno być połączone z odpowiednim nastawieniem chorego. W leczeniu balneologicznym zaangażowanie chorego jest niezbędne, gdyż warunkuje uzyskanie dobrych wyników. Ta cecha różni leczenie uzdrowiskowe od innych metod, np. chirurgii, czy różnych form farmakologii. Istotą leczenia uzdrowiskowego jest wykorzystanie własnych, zachowanych jeszcze rezerw zdrowia (nawet jeśli nie są one duże).

Zabiegi balneologiczne poprawiają sprawność funkcjonowania wielu narządów. Wykorzystując je, można zwiększyć sprawność obronną organizmu przed infekcjami, poprawić oddychanie tkanek, usprawnić fizycznie chorego, poprawić funkcje układu krążenia i oddychania. Zabiegi te działają regulująco w wielu sytuacjach klinicznych. Dzięki odpowiednim metodom i parametrom można uzyskać różne kierunki działania. Można wpłynąć m.in. na:

- ♦ odbarczenie nadmiernie obciążonego narządu lub układu, np. przez zmniejszenie oporu obwodowego naczyń i obniżenie ciśnienia krwi, co uzyskuje się przez rozszerzenie naczyń skórnych na danym obszarze,
- ♦ wyrównanie zaburzonej czynności narządu, np. pobudzenie lub zwolnienie pracy nieprawidłowo pracującego serca przez poprawienie ukrwienia narządu niedokrwiowego,
- ♦ korygowanie zaburzonej pracy narządu, np. w zakresie chodu czy postawy ciała,
- ♦ trening mechanizmów adaptacyjnych, czyli zdolności reagowania na bodźce,
- ♦ poprawę ogólnej sprawności i wydolności fizycznej, prawidłowego funkcjonowania najważniejszych układów, tj. krążenia i oddychania,
- ♦ poprawę funkcji psychicznych i intelektualnych.

Mechanizm działania leczniczych bodźców balneologicznych różni się od działania środków farmakologicznych, które hamują mechanizmy adaptacyjne i kompensacyjne, a poza tym zmniejszają najczęściej obronność organizmu przed infekcjami. Zabiegi balneologiczne pod tym względem działają odwrotnie.

Leczenie uzdrowiskowe wymaga czasu, a to wyjaśnia, dlaczego nie można oczekiwać cudownego uleczenia po kilkudniowym pobycie w uzdrowisku.

Poprawa po leczeniu uzdrowiskowym następuje zazwyczaj po dłuższym czasie, najczęściej po zakończeniu zabiegów. Końcowe efekty terapii są trwalsze, bo uzyskane metodami bazującymi na surowcach naturalnych. Leczenie uzdrowiskowe nie niesie ze sobą efektów ubocznych.

Uzdrowisko daje regenerację psychiczną jako wynik bezpośredniego kontaktu z pięknem przyrody, oddziaływaniem na organizm korzystnych bodźców (termicznych, solarnych, chemicznych i elektrycznych), a także korzystny wpływ leczniczych zabiegów balneologicznych przygotowywanych z naturalnych surowców leczniczych (borowin, wód leczniczych).

Decyduje to o powodzeniu leczenia w uzdrowisku.

Czas poświęcony na edukację zdrowotną, na przemyślenie swojego dotychczasowego stylu życia oraz sposobów wprowadzania zmian to dobra inwestycja we własne zdrowie, która będzie owocowała do końca życia. Konsekwentnie realizowany program edukacyjny może doprowadzić do zmniejszenia zachorowań na tzw. choroby cywilizacyjne oraz zmniejszyć śmiertelność, wydłużyć życie i poprawić jego jakość. Nabyte wiadomości i nawyki należy przenieść do życia rodzinnego, do środowiska pracy i najbliższego otoczenia. Dzięki takim działaniom człowiek wchodzący w „jesień” życia może uniknąć problemów zdrowotnych, które mogą w sposób trwały ograniczyć możliwości życiowe. Nagrodą więc będzie przede wszystkim uniknięcie inwalidztwa do późnej starości.

Możliwość zawierania nowych kontaktów to oczywisty bonus pobytu w uzdrowisku. Mobilizacja społeczna starszego człowieka redukuje poczucie samotności i obniżonego nastroju, a także maskowanej depresji. Pacjent ma poczucie, że ktoś się nim interesuje (badania lekarskie, obchody pielęgniarskie, rozmowa z fizjoterapeutą, kontakty z psychologiem).

Model uzdrowiskowy powinien ewoluować do opieki nie tylko balneologicznej, ale także wielospecjalistycznej, dzięki czemu możliwa jest całościowa ocena pacjenta i modyfikacja terapii, która w wieku starszym jest często prowadzona zbyt intensywnie (zbyt duża liczba leków, zbyt wysokie dawki).

Bardzo istotnym elementem terapii uzdrowiskowej jest redukcja czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i nauczanie zachowań prozdrowotnych na początku okresu starości – gdy jeszcze organizm posiada możliwości kompensacyjne i te interwencje przyniosą długotrwałe korzyści. Przykładami takich działań jest redukcja masy ciała, zaprzestanie palenia, nauka zdrowej diety czy propagowanie wysiłku fizycznego.

**W uzdrowiskach można otrzymać to, co najcenniejsze – zdrowie i poczucie bezpieczeństwa. Dzieje się tak dzięki stałemu nadzorowi personelu lekarsko-pielęgniarskiego, a także profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.**



Sanatorium „Rabczański Zdrój” Fot. Uzdrowisko Rabka S.A.

Dzięki takim działaniom człowiek zbliżający się do okresu geriatrycznego może uniknąć problemów zdrowotnych, które mogą w sposób trwały ograniczyć możliwości życiowe.

W leczeniu uzdrowiskowym wykorzystywane są korzystne działania różnorodnych ćwiczeń fizycznych oraz wybranych zabiegów fizjoterapeutycznych i balneologicznych w głównych chorobach wieku starszego. Przykładem jest choroba zwyrodnieniowa, w której bardzo dużą skuteczność terapeutyczną ma solanka dostępna w Uzdrowisku Rabka.

Ważne jest, aby ludzie, mając pracować do 67 roku życia, byli sprawni fizycznie i intelektualnie. Wraz z upływającym czasem człowiek traci znajomych. Starsi ludzie nierzadko pytają: „Po co żyję, skoro nie mam się do kogo odezwać?”. W uzdrowisku kuracjusze w podeszłym wieku mogliby natomiast nie tylko nabrać sił poprzez wysiłek umysłowy i fizyczny, ale i zawiązywać nowe przyjaźnie. Może dzięki temu pomysłowi poczuli się nie tylko bardziej potrzebni i sprawni, ale i młodsi? Nie ma bowiem nic gorszego niż samotność starszych ludzi w dzisiejszym świecie.

Osoby starsze, mając do dyspozycji dużo wolnego czasu, w miarę możliwości i potrzeb mogą nie tylko być aktywne w sferze realizacji własnej osoby, lecz także pomagać innym ludziom.

Jednak chyba najbardziej istotnym elementem pomyślnego starzenia się jest aktywność fizyczna. Niestety u większości osób w starszym wieku obserwuje się wyraźny spadek aktywności fizycznej, która ogranicza się do codziennych czynności, takich jak: zakupy, gotowanie, sprząatanie, praca. Tymczasem zachowanie wysokiej aktywności fizycznej w wieku starszym stanowi jeden z czynników prognozujących dłuższe trwanie życia, umożliwia ludziom starszym zachowanie autonomii i niezależności, a tym samym przyczynia się do poprawy jakości ich życia.

Starość może być dobra. Trzeba tylko pamiętać, że wiele zależy od nas samych. Jedną z dróg do szczęścia i zdrowia są pobyty w polskich uzdrowiskach. Warto korzystać z bogactw, które mamy na wyciągnięcie ręki! Każdy człowiek potrzebuje odpoczynku i regeneracji. Osoby w jesieni życia potrzebują tego szczególnie mocno. Z tego powodu rzeczą bardzo pożądaną jest organizowanie pobytów dla seniorów ukierunkowanych na powrót pacjenta do sprawności fizycznej i intelektualnej. W trakcie takiego pobytu nacisk należy położyć na część medyczną, na dietę, nie zapominając o rekreacji. Właśnie dlatego nie należy zapominać o wykorzystywaniu leczenia uzdrowiskowego w procesie leczenia ludzi w „jesieni” życia.

# Odwrócony kredyt hipoteczny

PAWEŁ KUGLARZ\*



## Wstęp

Jednym z problemów cywilizacyjnych, pojawiających się od drugiej połowy XX wieku, jest systematyczne wydłużanie się długości trwania życia, skorelowane z potrzebą zapewnienia bytu osobom starszym, niezdolnym do dalszej pracy zawodowej. Starzejące się społeczeństwa, w miarę powiększania się rzeszy beneficjentów świadczeń emerytalnych, są w stanie zapewnić jedynie emerytury dalece odbiegające od uzyskiwanych zarobków przedemerytalnych. Nieodosobnione pozostają przypadki, gdy po kilkudziesięciu latach pracy osoby w wieku poprodukcyjnym nie są w stanie zaspokoić nawet podstawowych potrzeb, takich jak potrzeby konsumpcyjne, mieszkaniowe czy te z zakresu opieki zdrowotnej. W ostatnim półwieczu udział w społeczeństwie osób powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia zwiększył się o niemal trzydzieści procent, przy czym oczekiwana dalsza długość trwania życia (dla noworodków) wzrosła z poziomu niespełna sześćdziesięciu do ponad osiemdzie-

sięciu lat, utrzymując niesłabnącą tendencję wzrostową<sup>1</sup>. Obecne uwarunkowania społeczno-gospodarcze skłaniają do refleksji nie tylko nad potrzebą zmiany sposobu życia oraz odwrócenia demograficznej piramidy społeczeństwa, lecz również uregulowania sytuacji już istniejącej, poprzez zapewnienie seniorom godziwego bytu, na który pracowali w czasie aktywności zawodowej, przy czym wydłużenie wieku emerytalnego jest paliatywem jedynie odwlekającym naglący problem.

Na świecie funkcjonuje szereg instrumentów umożliwiających przekształcenie nie płynnego kapitału zakumulowanego w nieruchomościach w płynne środki finansowe. Te, które są przedmiotem opracowania, można uznać za paralelne odmiany tego samego typu usług finansowych. Usługi *equity release* świadczone są w modelu kredytowym (*reverse mortgage*) oraz w modelu sprzedażowym (*home reversion*).

<sup>1</sup> Dane na podstawie: Informacji i Opracowań Statystycznych GUS, *Trwanie życia w 2012 r.*, Warszawa 2013.

\* Mec. Paweł Kuglarz, wiceprzewodniczący Sekcji Prawa Upadłościowego Instytutu Allerhanda.

Radca prawny i partner w kancelarii Wolf Theiss P. Daszkowski z siedzibą w Warszawie, w której prowadzi departament nieruchomości oraz spraw sądowych i arbitrażowych. Specjalizuje się w prawie gospodarczym, cywilnym, budowlanym, prawie zabezpieczeń kredytowych, w szczególności hipoteki oraz prawie nieruchomości. Od 1997 członek zarządu Fundacji na Rzecz Kredytu Hipotecznego; członek międzynarodowego stowarzyszenia prawa upadłościowego INSOL Europe. Współtwórca Polsko-

-Niemieckiego Centrum Prawa Bankowego na Uniwersytecie Jagiellońskim, a jednocześnie sekretarz Rady Naukowej Centrum. W latach 1999–2001 dyrektor Szkoły Prawa Niemieckiego na Wydziale Prawa UJ. Od 2003 dyrektor Szkoły Prawa Austriackiego. W 2012 roku został powołany jako członek zespołu ekspertów ds. nowelizacji prawa upadłościowego i naprawczego przy Ministrze Sprawiedliwości. Zespół ten przygotował m.in regulację upadłości konsumenckiej, która wchodzi w życie 31 grudnia 2014 roku. Autor publikacji z zakresu prawa upadłościowego, hipoteki, prawa nieruchomości.

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżenie czytelnikowi mechanizmów rynkowych oraz prawnych, celem których jest polepszenie sytuacji osób starszych poprzez efektywne wykorzystanie posiadanego przez nich majątku. Szczególna uwaga poświęcona została nowo wprowadzonej instytucji prawnej w Polsce – odwróconemu kredytowi hipotecznemu.

## Umowa o dożywocie

Niewątpliwie najstarszą instytucją poprzedzającą prawne ustanowienie świadczeń emerytalnych jest tak zwane dożywocie. Dziś błędnie utożsamiane z karą dożywotniego pozbawienia wolności, kiedyś określany prawem zwyczajowym obowiązek utrzymania dożywotniego wstępnych (osób, od których wywodzi się dana osoba – rodziców, dziadków, pradiadków). Wraz z instytucjonalizacją kolejnych sfer życia prywatnego dożywocie stało się instytucją relewantną prawu pozytywnemu.

Nieco odmieniony charakter rzeczowej instytucji regulowany jest przepisami Księgi Trzeciej Tytułu XXXIV Kodeksu cywilnego<sup>2</sup>. Umowa o dożywocie ma charakter zobowiązujący, wzajemny, a także odpłatny, przy czym stronami nie muszą być osoby sobie najbliższe<sup>3</sup>. Co więcej, ustawa określa ją w sposób *expressis verbis*, jako umowę, której *essentialia negotii* ogniskują się na przeniesieniu własności nieruchomości w zamian za dożywotnią opiekę i utrzymanie, względnie ustaloną co do wysokości rentę pieniężną.

Podmiotami umowy o dożywocie mogą być, co do zasady, osoby fizyczne, choć stroną zobowiązaną może być również osoba prawna<sup>4</sup>. Ograniczenie zakresu podmiotów pozostających w możności do otrzymywania świadczenia wydaje się zasadne ze względu na nietypowy charakter umowy, którego fundamentalnym elementem jest godność jednostki ludzkiej. Jest to właściwość wyłączna osoby fizycznej, z tego względu rozważania nad dopuszczeniem osób prawnych do grona beneficjentów dożywocia wydają się bezprzedmiotowe.

Przedmiotem komentowanej instytucji może być każda nieruchomość, nie tylko gruntowa, lecz również budynek czy

lokal, przy czym możliwe jest przeniesienie prawa pełnej własności oraz udziału we współwłasności. Stosując *analogia legis* można przyjąć, iż dopuszczalne jest również ustanowienie dożywocia na nieruchomości będącej przedmiotem prawa użytkownika wieczystego<sup>5</sup>.

W związku z tym, iż w stosunku do dożywocia mają zastosowanie odpowiednie przepisy konstytuujące ograniczone prawa rzeczowe, jak również fakt, iż prawo to ustanowiono niezbywalnym, należy przyjąć, iż samo prawo dożywocia nie podlega przedawnieniu, choć roszczenia z niego wynikające przedawniają się na zasadach ogólnych. Ponadto, niezbywalność dożywocia współzależna jest nie tylko z niemożnością przeniesienia go za pomocą czynności *inter vivos*, lecz również niemożliwym jest jego przekazanie *mortis causa*. Wyłączenie to obejmuje zarówno prawo dożywocia jako całości określonej instytucji prawnej oraz poszczególne roszczenia składające się na treść tego prawa. Nadanie komentowanej instytucji powinno charakteru jest istotne, gdyż jest ona ściśle związana z osobą dożywotnika<sup>6</sup>.

Uwagi wymaga sposób ustalania wysokości renty. Mianowicie, przez rozliczne fundusze hipoteczne uwzględniane są: (1) wartość nieruchomości, (2) wiek klienta, (3) płeć klienta oraz (4) dane Głównego Urzędu Statystycznego odnośnie oczekiwanej dalszej długości trwania życia. Zależność wysokości świadczenia od płci konsumenta powoduje oczywistą dyskryminację kobiet, które żyjąc statystycznie dłużej od mężczyzn, otrzymują niższe świadczenia. Co więcej, pierwotna suma środków finansowych przeznaczonych dla klienta stanowi do czterdziestu procent wartości nieruchomości. Zatem siedemdziesięcioletni dziś mężczyzna, posiadający na własność lokal o wartości trzystu tysięcy złotych, może liczyć na dożywotnią rentę w wysokości nie wyższej niż sześćset złotych.

Idąc dalej, instytucja finansowa, na którą przeniesiono własność nieruchomości, zyskuje ją za mniej niż pięćdziesiąt procent wartości, chyba że długość życia klienta wyniesie znacznie ponad zakładaną statystycznie granicę. Praktyka wskazuje, iż uzyskane za bezcen lokale mieszkaniowe oraz domy, instytucje finansowe sprzedają po cenach rynkowych, uzyskując tym samym znaczne zyski.

Ze względu na enigmatyczność uregulowania dożywocia, umowy w tym przedmiocie zyskują na popularności. Możliwość zamiany obowiązku utrzymania i opieki na obowiązek świadczenia określonej wysokości renty skorelowana z przyjętą zasadą swobody umów stanowi bezpośredni fundament mechanizmów rynkowych, umożliwiających monetyzację kapitału skumulowanego w nieruchomościach. Na kanwie komentowanych uregulowań powstały liczne fundusze hi-

<sup>2</sup> Art. 908–916 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. 1964 Nr 16 poz. 93 ze zm.) / akt określany dalej: KC.

<sup>3</sup> Przy czym nie można ustanowić prawa dożywocia na rzecz osoby niepozostającej w stosunku bliskości do zbywcy. Taka wykładnia art. 908 §3, pomijająca wyraz „także”, jest silnie ugruntowana w orzecznictwie oraz doktrynie, co zawarte jest w tezach prof. Elżbiety Skowrońskiej-Bocian (Skowrońska-Bocian E., *Duże Komentarze Becka. Kodeks cywilny. Tom II*, pod red. K. Pietrzykowskiego, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2011, s. 920 i 921)

<sup>4</sup> Skowrońska-Bocian E., *Duże Komentarze Becka. Kodeks cywilny. Tom II*, pod red. K. Pietrzykowskiego, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2011, s. 920 i n.

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> Ibidem.



poteczne zainteresowane pozyskiwaniem nieruchomości. Paradoksalnie, pomimo stopniowo postępującego ubożenia emerytów wiele instytucji przekonuje, iż dla osób inwestujących w akcje giełdowe rzeczonych funduszy oznacza to perspektywę wysokich zysków. Sytuacja taka ma swoje źródło w biedzie społeczeństwa, a mianowicie im mniejsze są majątki i płynne środki finansowe osób fizycznych, tym więcej potrzebnych jest mechanizmów wsparcia.

Uszczegółowienie charakterystyki umów o dożywocie zawieranych z instytucjami finansowymi oraz wpływ tego rodzaju działań na strukturę społeczno-gospodarczą rodzin znajduje się w dalszej części opracowania.

### Projekt ustawy o dożywotnim świadczeniu pieniężnym<sup>7</sup>

W związku z brakiem szczególnej regulacji w materii umów o dożywotnim świadczeniu pieniężnym, Ministerstwo Gospodarki podjęło się przygotowania projektu odpowiedniego unormowania, mając na uwadze przede wszystkim ochronę interesu osób starszych, przy czym podstawowym celem precyzyjnego uregulowania rzeczonych instytucji w ustawie jest dążenie do tego, by zainteresowane osoby mogły podjąć świadomą i przemyślaną decyzję o skorzystaniu z dożywotniego świadczenia pieniężnego, po dokonaniu oceny korzyści i ryzyka, jakie wiążą się z przedstawionym rozwiązaniem.

Zgodnie z proponowanymi zmianami, nowe przepisy będą miały zastosowanie w każdym przypadku zawarcia umowy przenoszącej własność nieruchomości na inny podmiot, w zamian za dożywotnie świadczenie. Wyłączeniem od tej zasady będą osoby bliskie dożywotnikowi, które będą posiadać prawo wyboru między przepisami nowego prawa, a normami zawartymi w Księdze Trzeciej Tytułu XXXIV KC.

Do najistotniejszych postanowień proponowanych w projekcie należą:

- ♦ ustanowienie hipoteki na nieruchomości, jako zabezpieczenia wypłaty świadczeń oraz sumy świadczeń jeszcze niewypłaconych, na wypadek niedochowania warunków umowy przez przedsiębiorcę,
- ♦ ustanowienie dożywotniej służebności mieszkania na rzecz świadczeniobiorcy, wygasającej wraz ze śmiercią świadczeniobiorcy,

- ♦ wprowadzenie możliwości odzyskania nieruchomości w ściśle określonych przypadkach, w szczególności w razie prowadzenia egzekucji z majątku świadczeniodawcy lub w obliczu jego upadłości,
- ♦ ustanowienie szczególnego trybu dla egzekucji z majątku świadczeniodawcy, gdzie wierzycielem egzekwującym z danej nieruchomości może być wyłącznie świadczeniobiorca,
- ♦ ustanowienie szczególnego trybu sprzedaży nieruchomości będącej przedmiotem umowy dożywocia w postępowaniu upadłościowym świadczeniodawcy, poprzez zabezpieczenie wypłaty świadczeń w przypadku przejęcia nieruchomości przez podmiot posiadający zezwolenie, a w przypadku braku takiego podmiotu poprzez zabezpieczenie możliwości zwrotnego przejęcia nieruchomości przez świadczeniobiorcę albo zaspokojenie jego wierzytelności w ramach odrębnego planu podziału sumy uzyskanej ze sprzedaży nieruchomości – umożliwi to pełne zaspokojenie wierzytelności świadczeniobiorcy,
- ♦ dookreślenie elementów przedmiotowo istotnych umowy oraz trybu jej zawierania, przy czym za właściwy uważa się trzytygodniowy termin do zapoznania się z ofertą, jak również możliwość zasięgnięcia bezpłatnej porady prawnej ze strony miejskiego (powiatowego) rzecznika konsumentów,
- ♦ ustanowienie obowiązku informacyjnego wobec świadczeniobiorcy, poprzez określenie właściwego formularza informacyjnego, zawierającego najważniejsze informacje o ofercie umowy, takie jak zasady wyceny nieruchomości, a także prognozę dotyczącą wysokości świadczeń okresowych oraz wstępny projekt umowy zawierający wycenę nieruchomości,
- ♦ wprowadzenie zezwolenia na wykonywanie działalności w zakresie zawierania rzeczonych umów w formie decyzji administracyjnej,
- ♦ wprowadzenie obowiązków sprawozdawczych podmiotów świadczeniobiorczych wobec Komisji Nadzoru Finansowego,
- ♦ zawężenie zakresu podmiotowego dla strony świadczącej oraz określenie wymagań kwalifikacyjnych wobec członków organów tych podmiotów,
- ♦ ustanowienie nadzoru Komisji Nadzoru Finansowego (jako organu zezwoleniowego) nad podmiotami wykonującymi działalność określoną w projekcie ustawy – KNF będzie mogła cofnąć zezwolenie w określonych okolicznościach, jak również w jej kompetencji będzie, aby nakładać kary pieniężne za naruszenie ustawy.

<sup>7</sup> Opracowanie na podstawie informacji zawartych w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Ministerstwa Gospodarki.

Mając na uwadze powyżej przedstawione postulaty dotyczące uregulowania materii umowy dożywocia, należy uznać zmiany przepisów za właściwe, jak również pożądane, zwłaszcza na płaszczyźnie zwiększonej ochrony interesów beneficjentów.

## Pojęcie Odwróconego Kredytu Hipotecznego<sup>8</sup>

Odwrócony kredyt hipoteczny (dalej: OKH / ang. *reverse mortgage*), zwany również odwróconą hipoteką lub hipoteką odwrotną to nowy rodzaj kredytu, którego zabezpieczeniem jest hipoteka. Termin „odwrócona” nie jest użyty przypadkowo, gdyż mechanizm funkcjonowania OKH skupia się na swoistej zamianie pozycji kredytobiorcy z kredytodawcą. Umowa odwróconego kredytu zobowiązuje oznaczoną ustawowo instytucję finansową do wydania określonej umową sumy środków pieniężnych do wyłącznej dyspozycji kredytobiorcy, przy czym spłata powstałego zobowiązania może nastąpić, co do zasady, po śmierci beneficjenta. Gwarancją spłaty jest, podobnie jak w przypadku tradycyjnego kredytu hipotecznego, ograniczone prawo rzeczowe, jakim jest hipoteka ustanowiona na nieruchomości, do której kredytobiorca posiada prawo własności, jak również spółdzielczym własnościowym prawie do lokalu, a także prawie użytkowania wieczystego<sup>9</sup>. Należy wspomnieć, iż wzmiankowane prawa nie są przenoszone na instytucję finansową po śmierci beneficjenta w sposób automatyczny. Co istotne, ustawa określa alternatywne zabezpieczenie OKH w postaci ujawnienia w księdze wieczystej roszczenia instytucji kredytodawczej o przeniesienie własności nieruchomości lub wspomnianego powyżej prawa.

Komentowane zobowiązanie staje się wymagalne z upływem dookreślonego ustawowo terminu, przy czym wraz z wymagalnością całkowitej kwoty udzielonego kredytu wymagalne staje się również roszczenie kredytodawcy o przeniesienie powyżej określonych własności lub prawa. Stanowi to istotną zmianę obecnej praktyki w zakresie umów o dożywocie, które zakładają uprzednie względem śmierci świadczeniobiorcy przeniesienie własności lub prawa, pozbawiając spadkobierców sposobności odzyskania lokalu.

<sup>8</sup> Opracowanie na podstawie tekstu ustawy z dnia 23 października 2014 r. o odwróconym kredycie hipotecznym (Dz.U. 2014 poz. 1585).

<sup>9</sup> Por. Szczegółowe omówienie instytucji hipoteki w: Herpolitańska, Tulodziecka, Hryków-Mycka, Kuglarz, Ustawa o księgach wieczystych i hipotece oraz przepisy związane. Komentarz. Beck 2014.

## Podmioty Odwróconego Kredytu Hipotecznego

W związku ze specyficznym charakterem omawianej regulacji, elementem koniecznym jest odpowiednie i precyzyjne określenie podmiotów mogących być stroną umowy odwróconego kredytu hipotecznego. Jako że OKH jest swoistą odmianą tradycyjnego kredytu hipotecznego, również w prezentowanym przypadku stronami umowy pozostają kredytodawca oraz kredytobiorca.

Podług założeń instytucji beneficjentem może być jedynie osoba fizyczna, posiadająca ponadto określony majątek zakumulowany w nieruchomościach. Tytuł prawny posiadania owej nieruchomości może wywodzić się z: (1) prawa własności, (2) spółdzielczego własnościowego prawa do lokalu, (3) prawa użytkowania wieczystego, jak również (4) współwłasności nieruchomości oraz (5) udziału w spółdzielczym własnościowym prawie do lokalu lub prawie użytkowania wieczystego. Takie zawężenie zakresu podmiotowego świadczeniobiorcy jest bezpośrednio skorelowane z fundamentem OKH, a mianowicie z koniecznością ustanowienia hipoteki.

Za właściwe należy uznać postępowanie prawodawcy ograniczające dostęp podmiotów świadczących usługi wyłącznie do banków. Zgodnie z ustawą pojęcie bank zawiera w sobie również oddział banku zagranicznego, oddział instytucji kredytowej oraz instytucję kredytową prowadzącą działalność transgraniczną. Co więcej, w sprawach nieuregulowanych w ustawie zastosowanie mają przepisy Prawa bankowego<sup>10</sup>, tak więc wspomniane instytucje są tożsame z tymi, które określone są w PB. Prócz koherentności z systemem prawa, wybrane rozwiązanie legislacyjne skutkuje również poddaniem OKH szczególnej ochronie państwowej instytucji kontroli finansowej, jaką jest Komisja Nadzoru Finansowego. Jest to działanie właściwe, zwiększające bezpieczeństwo transakcji oraz samego kredytobiorcy.

## Przedmiot oraz warunki Odwróconego Kredytu Hipotecznego

Wzmiankowane we wstępie określenie przedmiotu OKH powinno zostać doprecyzowane. Zawarta między osobą fizyczną a instytucją bankową umowa oparta jest na niejednoczesnym świadczeniu wzajemnym, o charakterze odpłatnym. Przez umowę kredytu bank zostaje zobowiązany do przekazania do dyspozycji kredytobiorcy określonych środków finansowych na czas nieoznaczony, których spłata

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz.U. 1997 nr 140 poz. 939 ze zm.) / akt określany dalej: PB.



może nastąpić dopiero po śmierci świadczeniobiorcy. Powstała w ten sposób wierzytelność zabezpieczona jest hipoteką, ustanowioną na nieruchomości, co do której kredytobiorca posiada prawo własności albo współwłasności lub spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu czy też prawo użytkowania wieczystego, względnie udział w tych prawach. Wypłata świadczenia może nastąpić jednorazowo w pełnej ustalonej umownie kwocie albo w ratach, których wysokość określa umowa. Co ważne, okres wykonywania świadczenia nie może trwać dłużej niż do dnia śmierci beneficjenta. Jeżeli umowę zawarto z więcej niż jednym kredytobiorcą, prawo do otrzymywania świadczenia przysługujące zmarłemu, przysługuje tym osobom, które nabyły po zmarłym udział we własności lub prawie, na których OKH został zabezpieczony, przy czym wysokość tego świadczenia jest proporcjonalna do nabytego przez te osoby udziału. Na wzmiankę zasługuje forma, w której umowę OKH można zawrzeć. Mianowicie, zgodnie z postanowieniami ustawy, właściwą formą zawarcia umowy odwróconego kredytu hipotecznego jest wyłączenie forma pisemna z zastrzeżeniem *ad solemnitatem*. Forma OKH jest zatem analogiczna do formy zawarcia tradycyj-

nego kredytu hipotecznego. Aspekt spłaty tego rodzaju kredytu hipotecznego został omówiony w kolejnej części opracowania.

Przed zawarciem umowy bank lub oznaczona instytucja kredytowa obowiązana jest do dostarczenia kredytobiorcy formularza informacyjnego, zawierającego podstawowe informacje kształtujące sytuację beneficjenta wobec zawarcia rzeczzonego zobowiązania. Odpowiedni wzór formularza określony ma zostać rozporządzeniem ministra właściwego do spraw instytucji finansowych, przy czym dokument ten powinien zawierać przede wszystkim:

- ♦ dane identyfikacyjne banku;
- ♦ kwotę odwróconego kredytu hipotecznego oraz sposób jej ustalenia, w tym stosunek tej kwoty do wartości nieruchomości;
- ♦ termin i sposób wypłaty świadczenia;

- ♦ wysokość oprocentowania oraz sposób jego ustalenia i warunki zmiany;
- ♦ wysokość i sposób płatności innych kosztów, w tym: prowizji, opłaty za przygotowanie i rozpatrzenie wniosku kredytowego, kosztu wyceny nieruchomości, monitorowania wartości nieruchomości;
- ♦ częstotliwość i sposób monitorowania wartości nieruchomości;
- ♦ sposób zabezpieczenia wierzytelności banku;
- ♦ prawa i obowiązki kredytobiorcy;
- ♦ zasady rozliczenia odwróconego kredytu hipotecznego;
- ♦ informację, że formularz informacyjny nie stanowi oferty w rozumieniu KC;

oraz:

- ♦ inne informacje niezbędne do podjęcia przez kredytobiorcę decyzji o zawarciu umowy odwróconego kredytu hipotecznego.

Prawne określenie wymogu istnienia odpowiedniej procedury informacyjnej jest niezwykle istotne. Jest to element ochrony konsumenta przed faktycznie uprzywilejowanymi instytucjami bankowymi, które zobowiązane są do rzetelnego informowania kredytobiorców o realnych skutkach przyjęcia zobowiązania. Należy nadmienić, iż potencjalny beneficjent jest osobą starszą, o ograniczonej wiedzy prawnej, w związku z czym konsekwencje ewentualnych działań finansowych powinny być dla niego w największym stopniu transparentne, przedstawiane w sposób prosty oraz przystępny.

Na uwagę zasługuje również ustanowienie zasady tak zwanego „odpowiedzialnego udzielania kredytu”. W omawianym przypadku działania na przedpolu kredytowania skupiają się na uprawnieniach banku do oceny stanu i historii zobowiązań kredytobiorcy, jak również stanu prawnego nieruchomości, na której ma zostać ustanowione zabezpieczenie. Tendencja wprowadzania regulacji normujących zasady postępowania przed podpisaniem umowy zobowiązującej jest wielce pożądana, nie tylko ze względu na ochronę konsumenta, czy stabilności gospodarczej instytucji kredytodawczych. Odpowiedzialne udzielenie kredytu zapobiega nadmieremu i nieodpowiedzialnemu zadłużaniu się społeczeństwa, jak również ogranicza proces ubożenia ekonomiczno-społecznego osób zaciągających zobowiązania, których nie są w stanie spłacać.

Pomimo ustanowienia zabezpieczenia hipotecznego na nieruchomości, kredytobiorca nie zostaje pozbawiony możliwości obrotu posiadanym majątkiem. Zbycie nieruchomości lub wspomnianego prawa może być jednak uzależnione od zgody banku, jeżeli postulat taki zamieszczony zostanie w umowie OKH. Oczywistym jest fakt, iż zbycie nieruchomości lub prawa nie skutkuje wygaśnięciem zabezpieczenia, a jedynie zmienia podmiot posiadający nieruchomość lub prawo do niej.

Odstąpienie od umowy możliwe jest nieodpłatnie, po uiszczeniu określonych kosztów poniesionych przez bank na rzecz państwowej administracji lub sądów, w terminie trzydziestu dni od dnia jej zawarcia. Późniejsze wypowiedzenie możliwe jest w każdym czasie, z zachowaniem terminu trzydziestodniowego. Co więcej, gdy bank nie wywiązuje się ze swojego zobowiązania, kredytobiorca może wypowiedzieć umowę przy obowiązkowej spłacie całkowitej kwoty do zapłaty bez dziesiątej części odsetek i innych kosztów, jak również, o ile zdecyduje się kontynuować umowę, może on ubiegać się o zwrot dziesiątej części odsetek i innych kosztów należnych. Taki kształt regulacji odpowiedzialności banku za niewywiązywanie się ze zobowiązania należy uznać za niewystarczający. Instytucja kredytowa, jak zostało to już wspomniane, posiada znacznie lepszą pozycję finansowo-gospodarczą od kredytobiorcy. Często umowy OKH zawierane będą, nie aby zaspokoić relatywnie nadmierne potrzeby konsumpcyjne beneficjenta, lecz aby umożliwić mu realizację potrzeb pierwotnych. Zaniechanie, nawet czasowe, swoich powinności może wywołać dalece niepożądane skutki dla kredytobiorcy, co jest niedopuszczalne. W związku z powyższym ewentualne sankcje wobec banku powinny być bardziej rygorystyczne.

Bank będzie miał możliwość wypowiedzenia umowy jedynie w określonych ustawowo okolicznościach. Po pierwsze, gdy została wszczęta egzekucja z nieruchomości lub z prawa, stanowiących zabezpieczenie odwróconego kredytu hipotecznego, przez innego niż ten bank wierzyciela, przy czym o istnieniu tej wierzytelności bank nie wiedział w dniu zawarcia umowy OKH. Po drugie, gdy kredytobiorca przeniósł na osoby trzecie rzeczony własność lub prawo bez zgody banku, w przypadku gdy umowa zastrzega obowiązek niezbywania własności nieruchomości lub tego prawa bez tejże zgody banku. Po trzecie, jeżeli wartość nieruchomości, z przyczyn zawinionych przez kredytobiorcę uległa istotnemu zmniejszeniu. Po czwarte, jeżeli kredytobiorca odmówił udzielenia bankowi upoważnienia do wykonania określonego obowiązku świadczeniobiorcy. Enumeratywne wyliczenie sytuacji, w których instytucja finansowa może wypowiedzieć umowę, jak również uzależnienie tego faktu od zawinienia świadczeniobiorcy powinno być uznane za właściwe, gdyż gwarantuje skuteczniejszą ochronę konsumenta.

Podczas wykonywania umowy kredytobiorca zobowiązany jest do dokonywania kilku określonych ustawowo czynności, a mianowicie powinien:

- ♦ posiadać ubezpieczenie nieruchomości od zdarzeń losowych, jeżeli jest wymagane przez bank;
- ♦ utrzymywać nieruchomość w stanie niepogorszonym, z uwzględnieniem zwykłego używania rzeczy zgodnie z jej przeznaczeniem, w szczególności dokonywać niezbędnych napraw i remontów;
- ♦ terminowo uiszczać podatki i obowiązkowe opłaty związane z korzystaniem z tej nieruchomości lub tego lokalu.

Co więcej, w przypadku niewykonania któregokolwiek wyżej wymienionego obowiązku, bank wzywa kredytobiorcę do jego dopełnienia, wyznaczając termin nie krótszy niż sześćdziesiąt dni, przy czym jeżeli obowiązek nie został wypełniony w wyznaczonym terminie, bank występuje do świadczeniobiorcy z żądaniem udzielenia mu upoważnienia do wykonania tego obowiązku w imieniu kredytobiorcy. Przedstawione powyżej obowiązki mają na celu ochronę interesów banku przed nieodpowiedzialnymi oraz szkodliwymi działaniami świadczeniobiorcy, konsekwencją których jest spadek wartości przedmiotu hipoteki. Konieczność ubezpieczenia od zdarzeń losowych rozszerza zakres ochrony również na czynności inne niż zależne od woli kredytobiorcy.

## Rozliczenie Odwróconego Kredytu Hipotecznego

Specyfika odwróconego kredytu hipotecznego objawia się również w aspekcie jego spłaty. Co do zasady całkowita kwota do zapłaty staje się wymagalna z upływem okresu wypowiedzenia umowy albo roku od dnia śmierci kredytobiorcy. Należy nadmienić, iż sposób pierwszy jest uznany za zasadę postępowania, natomiast wymagalność przedśmiertna stanowi wyjątek.

Elementem odróżniającym OKH od innych instytucji prawnych o zbliżonym celu jest możliwość utrzymania własności nieruchomości lub określonego prawa do niej. W związku z powyższym sukcesor, który nabył prawo do nieruchomości, ma prawo do spłaty całkowitej kwoty do zapłaty we wzmiankowanym terminie roku od dnia śmierci właściwego

kredytobiorcy. Terminowa spłata całości zobowiązania jest równoznaczna z wygaśnięciem roszczenia banku o przeniesienie rzeczonych własności lub prawa, stanowiących zabezpieczenie OKH.

W przypadku, gdy kredytobiorca dokona wypowiedzenia umowy, terminem spłaty jest trzydziesty dzień upływający od dnia złożenia oświadczenia o odstąpieniu od umowy. Spłatą objęte są wszelkie wypłacone przez bank środki finansowe wraz z odsetkami należnymi do dnia odstąpienia od umowy.

Zdecydowanie najdonioślejszym zapisem ustawy regulującym kwestie rozliczenia odwróconej hipoteki jest postanowienie o ograniczeniu odpowiedzialności kredytobiorcy albo jego spadkobierców do wysokości wartości nieruchomości. Bank nie dysponuje zatem możliwością roszczenia większą aniżeli wartość przedmiotu hipoteki.

Ukonstytuowanie odpowiedzialności w taki sposób stanowi najpełniejszą możliwą ochronę roztaczaną, przede wszystkim nad spadkobiercami, którzy są w stanie objąć spadek, nie tracą przy tym nic z posiadanego przez siebie dotychczas majątku. Jednakowoż istnieją dwa wyjątki od zasady nienaruszalności pozostałego majątku, nieobjętego hipoteką OKH, ustanawiając tym samym ochronę interesu in-

stytucji finansowej. Mianowicie są to okoliczności, gdy: (1) kredytobiorca lub jego spadkobiercy przenieśli na osoby trzecie rzeczony własność lub prawo bez zgody banku, w przypadku gdy umowa zastrzega obowiązek niezbywania własności nieruchomości lub tego prawa bez tejże zgody albo (2) wartość nieruchomości uległa istotnemu zmniejszeniu z przyczyn zawinionych przez kredytobiorcę lub jego spadkobierców. Zaistnienie powyższych okoliczności umożliwia bankowi prawne żądanie zaspokojenia z innych składników majątku świadczeniobiorcy lub jego spadkobierców, z zastrzeżeniem nienaruszalności normy-reguły odpowiedzialności do wartości przedmiotu hipoteki.

Co więcej, jeżeli spadkobiercy zdecydowali się nie spłacać kredytu, bank obowiązany jest do wyceny rynkowej przedmiotu zabezpieczenia, przy czym nadwyżkę, stanowiącą różnicę między ową wartością a wartością posiadanej przez bank wierzytelności, zwraca spadkobiercom, względnie wykonawcy testamentu. Unormowanie to stanowi element dopełniający ochronę sukcesorów kredytobiorcy, gdyż przy dochowaniu wymaganej staranności świadczeniobiorcy, nie jest możliwe roszczenie przekraczające zasięgiem ani wartością przedmiot hipoteki.

**Podstawowym celem precyzyjnego uregulowania instytucji odwróconej hipoteki jest dążenie do tego, by zainteresowane osoby mogły podjąć świadomą i przemyślaną decyzję o skorzystaniu z dożywotniego świadczenia pieniężnego, po dokonaniu oceny korzyści i ryzyka, jakie wiążą się z tym rozwiązaniem.**

Dookreślenia wymaga kwantum stanowiące całkowitą sumę środków pieniężnych wymagalnych podczas końcowego rozliczenia odwróconej hipoteki. Składają się na to przede wszystkim: (1) suma wypłaconej kwoty OKH, (2) odsetki oraz (3) koszty inne niż odsetki, które kredytobiorca zobowiązał się ponieść, w szczególności prowizję bankową oraz inne opłaty wynikające z umowy.

Aspektem uregulowanym w ustawie jest również postępowanie wobec OKH w razie upadłości instytucji kredytowej, będącej stroną świadczącą usługę. Mianowicie, z chwilą ogłoszenia upadłości banku umowa odwróconego kredytu hipotecznego ulega rozwiązaniu wyłącznie w zakresie niewykonanej części, przy czym po ogłoszeniu upadłości syndyk masy upadłościowej składa do właściwego sądu rejonowego wnioski o zmniejszenie sumy hipotecznej do kwoty odpowiadającej całkowitej kwocie do zapłaty, z zastrzeżeniem że odsetki naliczane są do dnia ogłoszenia upadłości banku.

## Wnioski

Nowo ustawiona instytucja prawna odwróconego kredytu hipotecznego stanowi bezpieczną i pewną alternatywę dla umów dożywocia, które nie są właściwie uregulowane prawnie. Możliwość realnego wykorzystania posiadanych aktywów dotychczas zamrożonych w nieruchomościach jest kluczowa z perspektywy dążeń do polepszenia sytuacji bytowej osób najstarszych, a także potrzebujących. Uzupelnienie świadczeń emerytalnych zasobami gromadzonymi samodzielnie należy jednak traktować jako swoisty „dodatek” do tychże świadczeń, pod żadnym pozorem działania wykorzystujące prawo do obrotu własnym majątkiem nie powinny stanowić substytutu świadczeń zapewnianych przez państwo, realizujące przez to swoje funkcje.

W związku z faktem, iż regulacja dedykowana jest przede wszystkim osobom, których wiedza z zakresu nauk prawnych jest niewielka lub wręcz znikoma, ważna jest jej systematyka ogólna. Tematyczny podział ustawy na rozdziały, jak również zawarcie w niej jedynie najważniejszych dla tej materii norm postępowania należy odczytywać pozytywnie. Należy uznać za prawidłowe ograniczenie dostępu do OKH, gdyż stanowi to odpowiednią ochronę interesów finansowych obu stron.

Co więcej, nieokreślenie właściwego wieku, jak również niezdefiniowanie terminu trwania OKH jest korzystne społecznie, gdyż daje dostęp do korzystania z możliwości monetyzacji kapitału zakumulowanego w nieruchomościach nie tylko osobom starszym, lecz również potrzebującym dodatkowych środków finansowych (na przykład ze względów choroby przewlekłej, niezdolności do prowadzenia działalności zarobkowej etc.).

Na uwagę zasługuje również ochrona roztaczana nad stronami umowy. Zbalansowanie uprawnień i obowiązków kredytobiorców oraz kredytodawców pozwala na pogodzenie ich sprzecznych interesów, stanowiąc przy tym najbezpieczniejszy oraz najpewniejszy odpowiednik renty dożywotniej na polskim rynku usług finansowych. Dogodna możliwość rozliczenia kredytu gwarantuje nie występowanie strat po stronie spadkobierców kredytobiorcy, względnie samego świadczeniobiorcy. Unormowanie sytuacji kredytobiorcy lub jego spadkobierców w obliczu upadłości instytucji świadczącej jest niezwykle istotnym krokiem do zapewnienia ochrony ich praw majątkowych.

Odrębnym aspektem funkcjonowania komentowanej instytucji prawnej na wolnym rynku jest jej wpływ na stosunki społeczne, o czym było wzmiankowane w części opracowania poświęconej umowie o dożywocie. Kwestia rzeczowego wpływu poruszana jest kolektywnie jako osobna płaszczyzna działania prezentowanych regulacji.

## Porównanie umowy dożywocia oraz umowy odwróconego kredytu hipotecznego

Przedstawione powyżej modele upłynniania aktywów zakumulowanych przez osoby fizyczne w formie nieruchomości posiadają wiele elementów tożsamy. Jednakowoż, pomimo rozlicznych podobieństw, jak również wspólnego celu, jakim jest pozyskanie nieruchomości lub prawa do niej w zamian za świadczenie okresowe, mechanizmy ich funkcjonowania różnią się znacznie. Najistotniejsze aspekty uregulowania oraz rzeczywistego działania umowy dożywocia oraz umowy odwróconego kredytu hipotecznego prezentuje tabela obok.

Tabela 1. Porównanie instytucji hipoteki odwróconej oraz umowy dożywocia<sup>11</sup>

Odwrócony Kredyt Hipoteczny		Umowa dożywocia
kredytowy (reverse mortgage)	model usługi	sprzedazowy (home reversion)
ustawa o odwróconym kredycie hipotecznym	podstawa prawna	art. 908 – 916 Kodeksu cywilnego (umowa o dożywocie)
osoba fizyczna	beneficjent	osoba fizyczna
bank, w tym również: oddział banku zagranicznego, oddział instytucji kredytowej oraz instytucja kredytowa prowadząca działalność transgraniczną	podmiot świadczący	nieokreślone / głównie fundusze hipoteczne oraz zainteresowane instytucje finansowe
posiadanie właściwego tytułu do zajmowania nieruchomości: (1) prawo własności, (2) współwłasność nieruchomości, (3) prawo użytkowania wieczystego, (4) spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu (5) udział w spółdzielczym własnościowym prawie do lokalu lub prawie użytkowania wieczystego	wymogi partycypacji	beneficjent musi posiadać pełne prawo własności oznaczonej nieruchomości budynkowej lub lokalowej / w praktyce wymogiem często jest określony minimalny wiek beneficjenta
jednorazowe świadczenie pieniężne albo okresowe świadczenie pieniężne, w formie renty hipotecznej	rodzaj świadczenia	okresowe świadczenie pieniężne, w formie renty dożywotniej
umowa wypłaty świadczenia pieniężnego zawierana na czas określony albo nieoznaczony (dożywotnio)	termin przysługiwania świadczenia	umowa wypłaty świadczenia pieniężnego zawierana na czas nieoznaczony (dożywotnio)
pod uwagę brane są takie wskaźniki jak: wartość nieruchomości, wiek i płeć beneficjenta, przy czym bank jest obowiązany ustalić zasady zarządzania ryzykiem długowieczności	sposób ustalenia wysokości świadczenia	pod uwagę brane są takie wskaźniki jak: wartość nieruchomości, wiek i płeć beneficjenta, przy czym ustalenie zasad zarządzania ryzykiem długowieczności pozostawione jest w gestii podmiotu świadczącego
nieokreślona w ustawie	waloryzacja	ewentualność występowania zależy wyłącznie od zapisów indywidualnej umowy / w praktyce element ten występuje jako proces kwartalny, określany w oparciu o wskaźnik inflacji GUS
niezmienny do momentu rozliczenia / własność albo prawo do lokalu pozostaje przy beneficjencie	status prawny nieruchomości / stosunek do prawa własności	w momencie podpisania umowy własność nieruchomości przechodzi na podmiot świadczący / beneficjent zajmuje lokal tytułem prawa dożywotniego użytkowania, zagwarantowanego umową
brak możliwości zbycia zastawionej nieruchomości bez zgody banku, o ile zapis taki znajduje się w umowie	możliwość dysponowania własnym majątkiem	brak możliwości swobodnego dysponowania majątkiem w zakresie przewłaszczonej nieruchomości
własność nieruchomości lub prawo do niej pozostaje przy beneficjencie – decyzja w tej materii należy do samego beneficjenta (z zastrzeżeniem ewentualnej zgody banku)	możliwość sprzedaży nieruchomości (z beneficjentem)	istnieje, przy czym służebność osobista, ustanowiona na nieruchomości pozostaje w mocy (beneficjent ma zagwarantowane dożywotnie użytkowanie nieruchomości)

<sup>11</sup> Źródło: opracowanie własne na podstawie tekstu ustawy o odwróconym kredycie hipotecznym (op. cit.), wybranych przepisach KC, a także internetowej ofercie FH DOM, FH Familia oraz innych.

Odwrócony Kredyt Hipoteczny		Umowa dożywocia
wszelkie koszty umowy pokrywa beneficjent, chyba że umowa zawarta z bankiem stanowi inaczej / w tym do najistotniejszych zaliczane są: koszty zawarcia umowy, wyceny nieruchomości, czynności administracyjnych	koszty umowy	nieokreślone / w praktyce powszechnym jest przyjęcie obowiązku ponoszenia koniecznych opłat przez podmioty świadczące
kredytobiorca jest uprawniony do wypowiedzenia umowy w każdym czasie bez powodu, z zastrzeżeniem terminu 30 dni / wypowiedzenie umowy po terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy, kredytobiorca zobowiązany jest to spłaty dotychczasowej wartości uzyskanego kredytu wraz z odsetkami	wypowiedzenie umowy	nieokreślone / w praktyce możliwe jest odstąpienia do 7 dni od dnia zawarcia / możliwością wypowiedzenia umowy po przekroczeniu terminu jest wykupienie nieruchomości
na całkowitą kwotę do zapłaty składają się: (1) suma wypłaconej kwoty OKH, (2) odsetki oraz (3) koszty inne niż odsetki, które kredytobiorca zobowiązał się ponieść, w szczególności prowizję bankową oraz inne opłaty wynikające z umowy / granicą odpowiedzialności kredytobiorcy lub jego spadkobierców jest wartość zastawionej nieruchomości	rozliczenie	w związku z tym, iż umowa polega na przewłaszczeniu nieruchomości w zamian za dożywotnie zobowiązanie do świadczenia określonej wysokości renty, momentem dokonania rozliczenia jest chwila zawarcia umowy
poprzez spłatę zaciągniętego kredytu hipotecznego w terminie 30 dni od wypowiedzenia umowy albo 12 miesięcy od dnia śmierci kredytobiorcy	możliwość odzyskania nieruchomości	nieokreślone / w praktyce istnieje możliwość wykupienia nieruchomości za życia beneficjenta albo niezwłocznie po jego śmierci
ogłoszenie upadłości banku jest równoznaczne z rozwiązaniem umowy zakresie niewykonanej części / kredytobiorca zobowiązany jest do spłaty kredytu jedynie w zakresie środków już otrzymanych wraz z odsetkami	upadłość podmiotu świadczącego	nieokreślone / zgodnie z postanowieniami umowy nieruchomość obciążona jest określoną służebnością osobistą, jednak prócz zapisu umownego nie istnieje prawne zabezpieczenia roszczeń beneficjenta
zastosowanie mają przepisy nadzoru nad instytucjami finansowymi oraz bankami / w głównej mierze Komisja Nadzoru Finansowego	nadzór państwa nad sektorem działań strony świadczącej	brak jest określonego mechanizmu kontroli państwowej

## Płaszczyzna społeczno-ekonomiczna funkcjonowania umów dożywocia oraz umów odwróconego kredytu hipotecznego

Dokonując rzetelnej analizy mechanizmów działających w przestrzeni gospodarczej życia społecznego, nie należy pomijać aspektu ich realnego wpływu na zachowania oraz reakcje społeczne. Bezspornym jest fakt kształtowania relacji społecznych przez normy prawne, jednak nie każde prawo jest społecznie dobre, to znaczy nie każda regulacja przyczynia się do zacieśniania więzów społecznych. W tym przypadku unormowanie odnosi się do niezwykle istotnej kwestii polepszenia standardu życia określonej grupy w zamian za wyzbycie się praw do posiadanej nieruchomości.

Rozważania w tej materii należy rozpocząć od genezy regulacji. Wspomniane zostało, iż instytucja dożywocia ma swoje źródło w pierwotnych stosunkach społecznych, w których rodzice, miast świadczenia emerytalnego, otrzymywali od swojego potomstwa wikt i opierunek. W zamian za opiekę, umierając oddawali na własność majątek uzyskany za życia. Relacja ta była prosta, oparta na zysku obu stron. Rzeczą oczywistą jest fakt, iż najważniejsze w przekazywanym spadku były dobra nieruchome, w szczególności zamieszkiwany przez rodzinę wielopokoleniowy dom. Uzyskawszy w ten sposób swoją bazę do rozwoju, kolejne pokolenie zdobywało dobra materialne, pomnażając posiadany majątek, by na starość samemu oddać się pod opiekę swoich dzieci. Tak ukształtowany mechanizm społeczny budował silne więzi pomiędzy członkami najmniejszej jednostki społecznej, czyli rodziny. Wynikał on z potrzeb obu stron – starsze osoby



wymagały opieki, natomiast ich potomkowie posiadanego przez rodziców majątku, w szczególności dachu nad głową. Nieistone pozostają przy tym pobudki uczestników tej swoistej umowy – chęć pozostawienia czegoś po sobie czy chciwość młodego pokolenia.

Wypierany przez możliwości wolnego i otwartego rynku, z pokolenia na pokolenie, układ ten zanikał. Możliwości szybkiego wzbogacenia się oraz właściwe funkcjonowanie systemów emerytalnych oddalały perspektywę konieczności opieki nad osobami starszymi, gdyż zmniejszyła się potrzeba uzyskania od nich czegoś w zamian. Wspomniane okoliczności oraz powolny upadek efektywności systemów emerytalnych skłaniają do poszukiwania nowych rozwiązań. Uregulowanie dożywocia okazało się jednym ze sposobów na odmianę sytuacji osób starszych. W zamian za zwiększenie możliwości nabywczych poprzez uzyskanie okresowego, dożywotniego świadczenia, należało wyzbyć się własności nieruchomości. Można zatem uznać, iż zmienia się jedynie rodzaj świadczenia oraz podmiot, który uzyska majątek, natomiast istota instytucji pozostaje nienaruszona. Uzyskanie substytutu opieki, jakim jest określonej wysokości świadczenie pieniężne, można wieloaspektowo określić jako bardziej korzystne dla dożywotnika, gdyż jest ono bardziej wymierne niż nieokreślony obowiązek utrzymania.

Odciążenie młodego pokolenia przy jednoczesnym zaspakajaniu potrzeb osób starszych określano jako praktyczne i skuteczne. Jednakowoż, prócz oczywistych zalet, system ten posiada również wady. Ze społeczno-ekonomicznej perspektywy najpoważniejszą konsekwencją zawarcia tego typu umowy jest utworzenie się pewnej bariery pomiędzy dziećmi a rodzicami. Zaspokojenie potrzeb osób starszych na własną rękę poprzez wyzbycie się własności nieruchomości, skutkuje jednocześnie ubezprzedmiotowaniem potrzeby dzieci, gdyż przedmiot spadku staje się dla nich nieosiągalny. Młode pokolenie zmuszone do szybkiego wzbogacenia się zatracza więzi z rodzicami, poświęcając swój czas oraz środki na własne utrzymanie. Poprzez wyzbywanie się majątku rodzinnego, następuje niebezpieczny proceder upadku społecznego i degradacja ekonomiczna młodszych członków rodziny. Powinno się bowiem pamiętać, iż rodzina stanowi swojego rodzaju jedność – nie składa się z jednostek, lecz sama nią jest. Rodzina jest źródłem bardziej wartościowych pożytków, aniżeli doraźne zyski związane z rentą. Co więcej, żadna wysokość świadczenia nie skompensuje więzi afektywnej, łączącej członków rodziny.

Należy również wspomnieć, iż społeczeństwo polskie należy do określonej kultury społeczno-gospodarczej. Przekonanie o konieczności posiadania nieruchomości, w postaci własnego gruntu, domu czy mieszkania, jest wciąż niezwykle silne. Ponadto, od kilkudziesięciu lat obserwowana jest swoista tezauryzacja gospodarstw domowych, której przedmiotem są domy i lokale mieszkalne. Często jedynym trwałym

dobrem materialnym, posiadanym przez osoby starsze jest zamieszkiwana przez nich nieruchomość. Dokonując rozlicznych wyrzeczeń oraz przeznaczając na daną nieruchomość wszelkie gromadzone oszczędności, osoba starsza upatruje w niej gwarancji swojego bezpieczeństwa, pewnej stałości, jak również pewnej części siebie, która po jej śmierci przypadnie osobom jej najbliższym. Zastosowanie konstrukcji wypłaty świadczenia pieniężnego w zamian za utratę nieruchomości zdaje się błędem z ogólnie ujętej perspektywy społecznej. Co więcej, w nieruchomości rodziców inwestują również dzieci, dążąc do zapewnienia rodzinie lepszego bytu, zatem wyzbycie się nieruchomości skutkuje jeszcze większym ubożeniem młodego pokolenia. Mieszkanie przestaje być swoistym gwarantem, stając się formą usługi. Wspomniane wyrzeczenia i zainwestowane środki nie pozostają w rodzinie, lecz są „zabierane” przez instytucje finansowe, które zyskują na śmierci tych obywateli, o których powinny dbać nie tylko dzieci, lecz również państwo.

Dzisiejsze realia funkcjonowania rynku zdają się odbiegać od przedstawionych powyżej. W obliczu coraz bardziej widocznego rozwarstwiania się społeczeństwa, znaczna jego część ubożeje. Znowu pojawia się potrzeba budowania struktury finansowej na fundamencie majątku uzyskanego od rodziców. Niemożność wzbogacenia się zamyka drogę do samodzielności. Dla tej grupy osób nie sposób jest bowiem utrzymać rodziny na godziwym poziomie bytności przy jednoczesnym spłaceniu kredytu w ramach nowo kupionego mieszkania. Przy takiej sytuacji społeczno-gospodarczej model oddania własności nieruchomości instytucji finansowej w zamian za świadczenie pieniężne zdaje się skrajnie niekorzystny. Mając na uwadze powyższe, widoczny jest powrót do pierwotnego mechanizmu dożywocia w rodzinach ubogich. Istotnym jest jednak fakt, iż OKH lub renta dożywotnia zyskują na znaczeniu w bogatszych grupach społecznych, w których młode pokolenie posiada możliwości samodzielnego wzbogacania się po osiągnięciu pełni wieku produkcyjnego. W takim przypadku realna wartość posiadanej nieruchomości jest dla rodziny mniejsza, gdyż jest ona w stanie nabyć kolejną, co pozwala na zawieranie umów o dożywotnie świadczenie bez obawy utraty jednego lokalu mieszkalnego lub domu. Warto wspomnieć również o osobach samotnych lub bezdzietnych, które bez względu na swoją zamożność poszukują we wspomnianych umowach sposobu na zwiększenie swoich płynnych środków finansowych.

W związku z powyższym, nierzetelnym byłoby uznanie umów o dożywocie, tudzież umów w przedmiocie odwróconej hipoteki za jednoznacznie złe i społecznie szkodliwe. Umowy takie, zawierane podług indywidualnych potrzeb mogą okazać się w polskich realiach rozwiązaniem efektywnym i sprawdzającym się. Należy mieć jednak na uwadze, iż mechanizmy rynkowe nie mogą zastąpić działalności opiekuńczo-społecznej państwa.

## Wnioski

Należy zauważyć, iż nowo wprowadzona instytucja odwróconego kredytu hipotecznego jest w istocie niezwykle potrzebnym na rynku mechanizmem uwalniania kapitału stałego, zakumulowanego w nieruchomościach. OKH jest bezpieczną alternatywą dla stosowanej obecnie umowy o dożywocie, gdyż zasady jej działania dookreślone są ustawą. Ponadto, zawarcie umowy hipoteki odwróconej możliwe jest wyłącznie z bankiem oraz instytucjami finansowymi określonymi enumeratywnie, nad którymi pełniony jest nadzór państwowy. Innym aspektem jest określenie elementów podmiotowo istotnych względem samej umowy oraz trybu jej zawierania. Pomimo pewnych braków w precyzji ich określania, ustawa o odwróconym kredycie hipotecznym wyczerpująco określa główny zręb najważniejszych postanowień, stawiając beneficjenta OKH w znacznie bardziej uprzywilejowanej pozycji niż świadczeniobiorcy umowy dożywocia. Tendencja ta jest niewątpliwie właściwa, gdyż dąży do zmaksymalizowania realnej ochrony uzyskiwanej przez konsumenta, jakim jest klient instytucji finansowej. Odpowiednie wydaje się rozszerzenie zakresu podmiotowego beneficjów na osoby fizyczne posiadające inne prawo do lokalu niż wyłącznie prawo własności lub prawo użytkowania wieczystego, zwiększa to bowiem dostępność instytucji OKH dla potrzebujących nieposiadających pełni prawa własności nieruchomości. Innym pozytywnym rozwiązaniem jest możliwość ustanowienia zabezpieczenia kredytu na nieruchomościach gruntowych. Jest to niezwykle istotna zmiana, gdyż umożliwia monetyzację zgromadzonego kapitału, ulokowanego nie tylko w mieszkaniach lub domach. Przyjęcie takiego rozwiązania czyni dostępnym ten rodzaj kredytu hipotecznego dla osób posiadających na własność wyłącznie grunty. Innym elementem ocenianym pozytywnie jest zabezpieczenie osób fizycznych partycypujących w rzeczonych działaniach rynkowych pod względem pewności ich sytuacji w obliczu przekroczenia przez sumę uzyskanych świadczeń wartości nieruchomości. W przypadku OKH odpowiedzialność spadkobierców, względnie samego kredytobiorcy, ograniczona jest do wartości wyłącznie zabezpieczonej hipotecznie nieruchomości, natomiast w przypadku umowy dożywocia renta z założenia wypłacana jest do śmierci beneficjenta. W obu przypadkach nie istnieje zatem ryzyko niezawinionej utraty prawa do świadczenia.

Prócz bezspornych zalet wprowadzenia instytucji OKH do polskiego systemu prawnego w obecnych kształcie, istnieje szereg zagrożeń i niepożądanych skutków.

Elementem odróżniającym odwrócony kredyt hipoteczny od innych instytucji prawnych o zbliżonym celu jest możliwość utrzymania własności nieruchomości lub określonego prawa do niej.

Podstawowym problemem skorelowanym ze wzrostem użytkowników omawianych mechanizmów rynkowych jest możliwość dążenia władz państwowych do zmiany systemu emerytalnego na niekorzyść osób starszych, które w razie posiadania na własność nieruchomości byłyby zmuszone do partycypacji w OKH. Jest to problem jedynie akademicki, niemniej jednak należy nadmienić, iż wprowadzenie świadczeń dożywotnich w modelach kredytowych oraz sprzedażowych powinno odbyć się niejako obok świadczącej roli państwa, nie zmiierzając do jej zastąpienia.

Innym aspektem negatywnym jest niedostateczna ochrona konsumenta oraz jego interesu. W okresie praktycznego stosowania OKH, państwo działające przez swoje organy powinno dążyć do zapewnienia nadzwyczajnej ochrony beneficjentowi, który podług założeń ma być osobą starszą, poszukującą w mechanizmach rynkowych sposobu na wykorzystanie posiadanego majątku nieruchomego. Na uwagę zasługuje tutaj problem naliczania

wysokości renty dożywotniej przy umowach o dożywocie świadczenie pieniężne. Jak zostało to wzmiankowane w części opracowania poświęconej rencie dożywotniej, wysokość świadczenia zależy od kilku zmiennych: wartości nieruchomości, wieku oraz płci konsumenta, a także oczekiwanej dalszej długości trwania życia.

Proceder uzyskiwania lokali mieszkaniowych i domów po znacznie zaniżonych kosztach oraz ich następcza sprzedaż po cenach rynkowych generuje zyski znacznych rozmiarów. Nie dziwi zatem fakt wzrostu popularności na giełdach funduszy hipotecznych, zajmujących się umowami dożywocia. Możliwa do zaobserwowania jest pewna prawidłowość – zyski instytucji są wprost proporcjonalne do wzrostu zainteresowania umowami dożywocia, z kolei wzrost ten następuje równoległe do obniżania się zdolności konsumpcyjnych społeczeństwa. Stosowne jest więc stwierdzenie, iż jest to mechanizm czerpiący korzyści z pogarszającego się stanu ekonomicznego społeczeństwa, czyli po prostu biedy. Sytuacja taka nie jest społecznie właściwa, nie buduje zaufania do instytucji finansowych czy państwa, dlatego też powinna zostać ona zmieniona. Środkiem zaradczym może okazać się wprowadzenie sprawnie działającej hipoteki odwróconej, która nie pozbawia praw własności. Co więcej, istniejącą różnicę między wartością kredytu a wyceną wartości nieruchomości bank zobowiązany jest zwrócić kredytobiorcy albo jego spadkobiercom. Jest to znacznie lepsza metoda realizacji świadczeń dożywotnich, która nadto jest zgodna z przyjętymi społecznie standardami.

Pomimo formalnych możliwości oraz gwarantowanej prawnie wolności wypowiedzenia umowy dożywocia czy hipoteki odwróconej, wykonanie tego kroku w rzeczywistości może być niemożliwe. Wymagania odnoszące się do świadczeniobiorcy przy wypowiedzeniu umowy czynią ją faktycznie nierozwiązywalną. Osoba niezamożna nie jest w stanie w określonym terminie trzydziestu dni zwrócić całości otrzymanych sum wraz z odsetkami. Sytuację tę pogarsza konieczność uzyskania zgody banku na sprzedaż nieruchomości w celu uzyskania niezbędnych środków finansowych do spłaty całości zadłużenia. Skrajnie złą perspektywę na skuteczne wypowiedzenie umowy mają dożywotnicy, gdyż prócz wykupu lokalu mieszkaniowego lub domu, są oni często zobowiązani do zwrotu już pozyskanych świadczeń, przy czym wykup nieruchomości jest zwykle fakultatywny (wypowiedzenie umowy przy jednoczesnym niewykupieniu nieruchomości wiąże się z wygaśnięciem służebności mieszkaniowej, a tym samym eksmisją). Mając na uwadze przedstawione fakty, należy uznać, iż obecny stan prawny wymaga modyfikacji.

Kwestia upadłości podmiotu świadczącego oraz skutków upadłości dla beneficjenta jest wciąż otwarta. Ustawa o odwróconym kredycie hipotecznym traktuje te działania instytucji nazbyt pobieżnie, uznając ogłoszenie upadłości za tożsame z rozwiązaniem umowy w zakresie niewykonanej części, przy czym kredytobiorca zobowiązany jest do spłaty środków już otrzymanych (wraz z odsetkami). Zatem nie dość, że kredytobiorca nie otrzymuje już okresowych wypłat, do których zobowiązał się bank, to na domiar złego obowiązany jest zwrócić całość uzyskanych sum wraz z naliczonymi od nich odsetkami. Odmienne, choć równie niekorzystnie, uregulowana jest sytuacja dożywotnika. W obliczu upadłości instytucji finansowej, o ile umowa dożywocia nie stanowi inaczej, nie przysługują mu żadne prawa prócz gwarantowanej dożywotniej służebności mieszkaniowej. Chcąc uzyskać przysługujące mu należności z tytułu umowy, jedyne co może zrobić, to wystąpić na drogę sądową z roszczeniem cywilnoprawnym o odszkodowanie. Jednak szanse uzyskania odpowiednio wysokiej kwoty są nikłe. Problem upadłości podmiotu świadczącego wymaga precyzyjnego uregulowania, zabezpieczającego przede wszystkim interes beneficjenta – dożywotnika oraz kredytobiorcy.

Konkludując, w obliczu obecnej sytuacji społeczno-gospodarczej, niezbędne jest wprowadzenie mechani-

zmów tak prawnych, jak i rynkowych, za sprawą których możliwe będzie polepszenie sytuacji osób fizycznych, posiadających majątek ulokowany w dobrach nieruchomości. Omówione dwa modele upłynienia kapitału nieruchomości są właściwą odpowiedzią na widoczne potrzeby społeczne, jeżeli uwzględnione zostaną wspomniane powyżej postulaty. A zatem, o ile błędy i luki legislacyjne zostaną naprawione oraz uzupełnione, a rzezzone instytucje będą funkcjonowały jedynie obok świadczącego aparatu państwowego, należy uznać, iż przyjęte rozwiązania są właściwe, skuteczne, a także nieszkodliwe społecznie.

### Zbalansowanie uprawnień i obowiązków kredytobiorców oraz kredytodawców przy odwróconym kredycie hipotecznym pozwala na pogodzenie ich sprzecznych interesów, stanowiąc przy tym najbezpieczniejszy oraz najpewniejszy odpowiednik renty dożywotniej na polskim rynku usług finansowych.

#### Wybrane publikacje autora

Upadłość Deweloperska. Komentarz do wybranych przepisów ustawy o ochronie praw nabywcy lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego, (praca zbiorowa: Rafał Adamus, Bartosz Groele, Aleksandra Machowska, Zbigniew Miczek, Paweł Kuglarz, Janusz Płoch), Instytut Allerhanda 2012

Ustawa o księgach wieczystych i hipotece. Komentarz, (praca zbiorowa: Izabela. Heropolitańska, Katarzyna. Hrycków-Mycka, Agnieszka. Tułodziecka, Paweł. Kuglarz), C.H. Beck, 2012.

Prawo nieruchomości w Polsce (Immobilienrecht in Polen) / Handbuch Immobilienbewertung in internationalen Märkten, Bundesanzeiger Verlagsges, 2012.

Sekundärinsolvenzverfahren und Begriff der Niederlassung / Wtórne postępowanie upadłościowe oraz pojęcie oddziału, w: Zeitschrift Insolvenzrecht und Kreditschutz 4/2014, s. 129–132.

Satisfaction of the Claims of Creditors in Bankruptcy Proceedings / Zaspokojenie roszczeń wierzycieli w postępowaniu upadłościowym, w: International Insolvency Law Review 4/2013, s. 389–398.

Neueste Entwicklung im polnischen Recht der Kreditsicherheiten in der Praxis (z Jackiem Lehmanem), w: Deutschland und Polen in der europäischen Rechtsgemeinschaft. (Hg. Christian von Bar, Arkadiusz Wudarski), 2012.

Nieruchomości jako przedmiot obrotu i zabezpieczenia w Polsce. Praktyczne aspekty stosowania prawa przy finansowaniu hipotecznym, praca zbiorowa pod red. Agnieszki

Drewicz-Tułodzieckiej, Fundacja na Rzecz Kredytu Hipotecznego, Warszawa 2008.

Upadłość konsumencka w Polsce (Verbraucherinsolvenz in Polen), in: Zeitschrift für Insolvenzrecht und Kreditschutz, Paweł Kuglarz, Ulla Reisch, no 5, 158 (2009/231).

Część firm naciąga prawo, aby nie stosować ustawy deweloperskiej, w: Rzeczpospolita, 26.05.2014.

Jakie grzechy mają deweloperzy? w: Rzeczpospolita, 10.03.2014.

Pieniądze kupujących nie są bezpieczne, w: Rzeczpospolita, 11.02.2013.

Iluzoryczna ochrona przed upadłością, w: Rzeczpospolita, 04.02.2013.

# Miasto w kontekście starzenia się społeczeństwa w ujęciu retrospektywnym i prospektywnym

## Wyzwania rozwojowe w starzejącym się społeczeństwie

AGNIESZKA LABUS\*

*Wizję można zdefiniować jako wspólne wyobrażenie pożądanego, szczegółowo opisanego przyszłości. Nie istnieje żadna uniwersalna wizja europejskiego modelu miasta. W rzeczywistości może istnieć tyle wizji, ilu jest Europejczyków.*

Miasta przyszłości, 2011



### Wstęp

Starzenie się społeczeństwa jest jednym z ważniejszych wyzwań, z jakim powinny zmierzyć się miasta w XXI wieku. W kontekście tego wyzwania istotne jest zdefiniowanie kierunków dla polityki miejskiej. Aby było to możliwe, potrzebne jest wielowymiarowe spojrzenie na potrzeby osób starszych w mieście w odniesieniu do retrospekcji i prospekcji, rozumianych jako

przestrzeń dawniej i dziś. Celem niniejszego artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy potrzeby osób starszych w mieście były i są uwzględniane w działaniach przestrzennych? W tym celu autorka artykułu odwołuje się do roli i miejsca osób starszych w miastach na przestrzeni wieków.

### I. Miasto w kontekście starzenia się społeczeństwa w ujęciu retrospektywnym

Starsi ludzie jako „widoczna” grupa społeczna pojawili się na przełomie XV i XVI wieku wraz z podniesieniem poziomu higieny, rozwojem medycyny i opanowaniem klęsk głodu, co spowodowało wzrost procentowy udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności Europy. Efektem tego było powstawanie w miastach przytułków i domów opieki. Za pierwszy

\* Dr Agnieszka Labus – adiunkt naukowej w Katedrze Urbanistyki i Planowania Przestrzennego na Wydziale Architektury Politechniki Śląskiej w Gliwicach. Doktor nauk technicznych (2013 r.) w dyscyplinie architektura i urbanistyka, specjalność odnowa miast w kontekście zmian demograficznych, w tym starzenia się społeczeństwa. Uczestniczka projektów badawczych związanych głównie z problematyką starzenia się społeczeństwa. Ekspert ds. zagadnień

przestrzennych w zespole zadaniowym opracowującym pierwszy w Polsce dokument strategiczny na poziomie regionalnym w kontekście starzenia się społeczeństwa dla regionu małopolskiego. Za swoje badania i projekty została nagrodzona licznymi nagrodami i stypendiami nadanymi przez: MNiSzW, Ambasadę Francji, Fundację dla Polski, Design Silesia. W 2014 r. została laureatką Nagrody Naukowej „Polityki” w kategorii Nauki Humanistyczne.



Rys. 1. Zabudowa najstarszego zespołu mieszkaniowego o charakterze socjalnym dla osób starszych, Die Fuggerei, Augsburg. Fot. Agnieszka Labus

na świecie zespół mieszkaniowy dla ludzi potrzebujących pomocy i ubogich uważa się założenie urbanistyczne *Die Fuggerei* w Augsburgu (Niemcy). Zostało ono ufundowane przez Jakoba Fuggera w 1521 roku<sup>1</sup>. Zespół ten tworzy zamknięty i zwarty układ urbanistyczny w centrum Augsburga. W XVI wieku mogli zamieszkiwać go ludzie, którzy spełniali określone warunki, tj. urodzili się w Augsburgu, byli katolikami i znajdowali się w trudnej sytuacji materialnej. Obecnie założenie pełni funkcję mieszkalno-muzealną i stanowi miejsce pobytu głównie dla osób starszych. Zespół mieszkaniowy składa się z 52 domów mieszkalnych wybudowanych w stylu niemieckiego renesansu. Znajdują się tam: domy mieszkalne, muzeum, kościół, administracja. Całe założenie otoczone jest murami z wejściem przez bramę zamykaną na noc. *Die Fuggerei* ma charakter miasta w mieście, a dla osób starszych stanowi dogodne miejsce do mieszkania<sup>2</sup> (bliskość kościoła, szpitala, centrum miasta, przestrzeni publicznych itp.).

Za pierwszy dom opieki uważa się Pałac Inwalidów<sup>3</sup> powstały w XVII wieku za czasów Ludwika XIV w Paryżu. W XVIII wieku wydarzenia historyczne, tj. Rewolucja Francuska gloryfikowały ludzi starszych, chociaż w życiu politycznym uczestniczyli przede wszystkim ludzie młodzi. Na początku XVIII wieku Europę zamieszkiwało od 5% do 7% ludzi starszych, a pod koniec stulecia ich liczba była szacowana na 7%

1 Architektem tego założenia był T. Krebs. Zabudowa ta została po 1945 roku rozbudowana.

2 Domy w założeniu *Die Fuggerei* są dwupiętrowe. Na każdym piętrze mieszka jedna rodzina. Mieszkania mają osobne wejścia, składają się z trzech pokoi, kuchni i małego ogrodu lub poddasza. Całe mieszkanie posiada powierzchnię około 60 m<sup>2</sup>. Każdy przyjęty do *Fuggerei* mieszkaniec ma zapewnione mieszkanie do końca życia, ale bez prawa dziedziczenia.

3 Pałac Inwalidów był placówką modelową, zapewniał weteranom dobre warunki (ciepło, łóżko, ławę, skrzynię, jedzenie do syta, możliwość pracy w ogrodzie). W innych ośrodkach tego nie było, w łóżku spały po trzy osoby.



Rys. 2. Zdjęcie wnętrza kwartału, *Die Fuggerei*, Augsburg. Fot. Agnieszka Labus

do 10% (Bois 1996, s.17 i 127–128). Proces starzenia się społeczeństwa zaznaczył się szczególnie w drugiej połowie XIX w., w rozwiniętych krajach Europy Zachodniej, obejmując z czasem prawie cały kontynent oraz niektóre kraje pozaeuropejskie<sup>4</sup>. Pod koniec XIX wieku w Europie mieszkało 30 milionów ludzi starych. Wobec nowych wyzwań, a także przemian tradycyjnej rodziny wielopokoleniowej, która dotychczas sprawowała opiekę nad osobami starszymi, Europa stanęła przed wyzwaniem dotyczącym usprawnienia pomocy społecznej oraz wprowadzenia ubezpieczeń i emerytur, ponieważ dotychczas funkcjonujący system przytułków nie był wystarczająco wydolny (Bois 1996, s.292–301).

W pierwszej połowie XX wieku nastąpił rozwój urbanistyki i planowania przestrzennego w odpowiedzi na problemy środowiskowe i mieszkaniowe, a także na nieustanne konflikty i wstrząsy społeczne związane z koncentracją przestrzenną działalności gospodarczej i ludności w miastach przemysłowych (Kamiński 2002). Na te problemy próbowali odpowiedzieć wizjonerzy tacy jak: Ebenezer Howard, Frank Lloyd Wright, Le Corbusier. Społeczeństwo było postrzegane w sposób jednorodny (każdy człowiek miał te same potrzeby), bez klasyfikacji pod względem podziałów na: młodych, starych, bogatych, biednych itp. Czasy Chicagowskiej Szkoły Ekologii Społecznej (CIAM) oraz wypracowany przez CIAM (1928) model miasta funkcjonalnego, eliminowały zagadnienia społeczne i ekonomiczne z podejścia do planowania przestrzennego. Dopiero pod koniec lat 60. XX w. zaczęto przywiązywać większą wagę do kwestii społecznych i jakości środowiska miejskiego. Zwrócono uwagę na potrzeby

4 Zjawisko starzenia się społeczeństwa jest wynikiem przejścia demograficznego ze społeczeństw o wysokiej stopie urodzeń i zgonów do populacji charakteryzującej się niską rodnością i umiarkowaną. Prezentowany problem pojawił się także w krajach rozwijających się, gdzie mimo stosunkowo niewielkiego udziału procentowego ludzi starszych, ich liczba wzrastała w sposób znaczący – postęp cywilizacyjny i wydłużanie się przeciętnej długości trwania życia (Długosz, Kurek 2005).



Rys. 3. Wejście do budynku mieszkalnego dla osób starszych, Die Fuggerei, Augsburg. Fot. Agnieszka Labus

osób starszych jako jednej z najbardziej potrzebujących grup społecznych, ze względu na ograniczoną mobilność związaną z wiekiem i częstą niepełnosprawnością. Pod koniec lat 70. XX w. dostrzeżono potrzebę stworzenia specjalnych ośrodków dla osób starszych, będących na różnym etapie życia (*młodzi-starszy, starzy-starzy, nestorzy*), a także nowe formy usług, tj. budowa uniwersytetów III wieku<sup>5</sup>. XX wiek to także czas, w którym rozwinął się model miasta zdominowanego przez samochód, eliminując tym samym udział słabszych grup społecznych, w tym osób starszych z wielu dziedzin życia miejskiego i społecznego. W wielu regionach i dzielnicach miast nie zapewniono alternatywnych środków transportu, co wiązało się z pozostawianiem osób starszych w domach bez możliwości realizacji swoich planów życiowych. Niestety tak jest do dzisiaj w wielu obszarach, szczególnie wiejskich i na przedmieściach dużych miast, które nie zapewniają łączności z większymi ośrodkami miejskimi wyposażonymi w usługi wyższego rzędu. Ponadto, niekorzystne procesy w miastach, tj. suburbanizacja, kurczenie się, segregacja przestrzenna i polaryzacja powodują niekorzystne zjawiska przestrzenne, np. tworzenie się osiedli grodzonych (*gate communities*). Wiele niekorzystnych zjawisk, które miały miejsce w XX wieku i występują także w XXI wieku, spowodowało powstawanie wielu ruchów, organizacji i instytucji walczących o prawa i uwzględnianie potrzeb słabszych grup społecznych, w tym

5 Pierwszy UTW powstał w 1973 roku we Francji. Jego inicjatorem był Pierre Vellas'a, który uważał rozwój naukowy za ważną aktywność w życiu ludzi starszych. Dwadzieścia lat później powstało we Francji ponad 40 tego typu placówek (Zan L., 1993, *Die akademische Seniorenbildung. Eine historische Bilanz in methodisch-didaktischer Abricht*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, s. 350).

osób starszych<sup>6</sup>. Osoby starsze zaczęły być postrzegane jako ważni konsumenci, których potrzeby i upodobanie zaczęły być uwzględniane.

## 2. Miasto w kontekście starzenia się społeczeństwa w ujęciu perspektywnym

Miasta europejskie w XXI wieku poprzez globalizację, rozwój technologii, postępy w medycynie, rozwój społeczeństwa informacyjnego itd. wchodzą w nowe stadium rozwoju. Jak wskazują dokumenty unijne (Karta Lipska, Agenda Terytorialna, Deklaracja z Toledo), starzenie się ludności może stać się dodatkowym bodźcem do osiągnięcia nowych możliwości przez miasta i ich odnowy. Problematyka osób starszych zaczyna odgrywać ważną rolę w polityce wielu państw i miast europejskich, dostrzega się jej doniosłość i wpływ na wiele dziedzin życia ludzkiego. Efektem wielu dyskusji są powstające dokumenty strategiczne dotyczące starzenia się populacji, wskazujące na nowe kierunki działania wobec osób starszych. Niektóre miasta i regiony europejskie,

Ważne jest, aby wyznaczając nowe kierunki rozwoju miast w kontekście starzejącego się społeczeństwa, myśleć o wszystkich grupach społecznych oraz tworzyć zintegrowane podejście do odnowy miejskiej.

obsługując wzrastający odsetek seniorów, ukierunkowują swoją politykę na realizację programów i projektów przyjaznych osobom starszym<sup>7</sup>. Niektóre miasta europejskie prowadzą działania w skali lokalnej i regionalnej, dotyczące dostosowania mieszkań, transportu, usług, opieki medycznej, socjalnej itp. do potrzeb najstarszej grupy mieszkańców<sup>8</sup>.

Realizowane są także projekty badawcze i pilotażowe stawiające diagnozę obecnej sytuacji osób starszych, ale także wyznaczające nowe kierunki i obszary dalszych badań.

Jak podaje raport OECD (2003), większość osób w podszym wieku żyje w starych i niedostosowanych do ich potrzeb mieszkaniach. Wiele starszych kobiet żyje samotnie. To czyni codzienne życie trudnym, chociaż warto zaznaczyć, że starsi ludzie niechętnie zmieniają swoje miejsce zamieszkania,

6 Organizacje międzynarodowe takie jak AIUTA, EURAG itp.

7 Jednym z przykładów regionów polskich jest województwo małopolskie, które jest prekursorem pierwszego w Polsce dokumentu strategicznego w kontekście starzenia się społeczeństwa pt. „Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne” zrealizowanego pod kierunkiem prof. dr hab. Stanisławy Golinowskiej w ramach projektu „PEOPLE – innowacje dla zmian społecznych” finansowanego z funduszy strukturalnych UE.

8 Więcej: Labus A., 2013, *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*, praca doktorska Wydział Architektury, Politechnika Śląska (pod kierunkiem prof. dr hab. inż. arch. Zbigniewa J. Kamińskiego)

chcą żyć w środowisku, które znają, gdzie występują sieci społeczne. Ważny jest także aspekt opłacalności prowadzonych działań rewitalizacyjnych, ponieważ dużo bardziej opłacalne jest wybudowanie nowych domów niż adaptowanie starych pod nowe potrzeby. Ważne jest, aby wyznaczając nowe kierunki rozwoju miast w kontekście starzejącego się społeczeństwa myśleć o wszystkich grupach społecznych oraz tworzyć zintegrowane podejście do odnowy miejskiej, jak pisze Giddens (2009, s. 175): *Potrzeby ludzi starszych powinny być zintegrowane z planowaniem urbanistycznym i tym dotyczącym wspólnoty, łącznie z możliwościami zatrudnienia, dostępu do usług społecznych, zakwaterowania i transportu.* Sprawozdanie węgierskiej prezydencji Unii Europejskiej z 2011 roku, pt. *Impact of the European demographic trends on regional and urban development* podaje, że tempo zmian jest na tyle szybkie w miastach, iż zaprojektowane budynki mieszkalne powinny odpowiadać na potrzeby wszystkich grup wiekowych i społecznych, ale ze szczególnym zwróceniem uwagi na potrzeby najsłabszych grup społecznych, m.in. osób starszych, niepełnosprawnych, kobiet, dzieci. Pojawiło się także nowe zapotrzebowanie na mniejsze mieszkania z dostępem do usług, z wyeliminowaniem barier architektonicznych, które spełniają potrzeby nie tylko osób starszych, ale także osób młodych czy samotnych<sup>9</sup>. Duże wyzwanie dla miast w XXI wieku będą stanowili schorowani ludzie starsi, ponieważ koszty opieki nad nimi są bardzo wysokie. W tradycyjnych społecznościach zakładano, że młodzi w rodzinie przejmą na siebie obowiązek opieki nad schorowanymi rodzicami czy dziadkami. Te założenia we współczesnych czasach stoją w konflikcie z faktem, iż obowiązki wynikające z pracy, posiadania rodziny przez młode osoby nie pozostawiają zbyt dużo czasu na sprawowanie opieki nad starszymi osobami (Giddens 2009). W *Międzynarodowym Planie Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw*, przyjętym w Madrycie w 2002 roku, określono główne kierunki w odpowiedzi na wyzwania opieki społecznej tj.:<sup>10</sup>

- zwiększenie jakości opieki i dostępu do długoterminowej opieki środowiskowej dla osób starszych mieszkających samotnie w celu umożliwienia im samodzielnego życia jako alternatywy dla hospitalizacji i domów opieki oraz zapewnienie świadczenia pomocy dla osób starszych,
- opracowanie społecznych systemów wsparcia, zarówno formalnych, jak i nieformalnych, mających na celu zwiększanie zdolności rodzin do opieki nad osobami starszy-

<sup>9</sup> Niestety ten nowy popyt nie jest łatwy do spełnienia zarówno w Europie Zachodniej, jak i w Europie Wschodniej. Ważny jest czynnik ekonomiczny, ponieważ większość mieszkań w miastach należy do właścicieli prywatnych. Mieszkania te stanowią rezerwy finansowe dla ich właścicieli (np. jako dodatek do emerytur), podczas gdy oni sami przenoszą się do mniejszych mieszkań.

<sup>10</sup> Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: *Mieszkalnictwo a polityka regionalna*, Dz.Urz. UE 2007/C 161/03.

mi (gdy nieformalne wsparcie jest niedostępne, zostało utracone lub nie jest pożądane)<sup>11</sup>,

- zapewnienie (w szczególności) długoterminowego wsparcia i usług dla coraz większej liczby niedołączonych osób starszych oraz stworzenie warunków, które promują jakość życia oraz umożliwiają osobom starszym pracę i samodzielne życie w swoich społecznościach tak długo jak to możliwe i pożądane.

W związku ze starzeniem się populacji wzrasta także popyt na usługi transportowe w miastach. Przykładowo, w Niemczech korzystanie z samochodów przez osoby starsze znacznie wzrosło między 2002 a 2008 rokiem, podczas gdy korzystanie z transportu publicznego wzrosło przede wszystkim wśród młodzieży w wieku 18–24 lat (AENEAS 2010, s. 5)<sup>12</sup>. Wytłumaczeniem tych różnic jest to, że osoby starsze mniej znają alternatywne środki transportu lub korzystanie z nich jest dla nich utrudnione (np. kasowanie biletu lub wejście do pojazdu komunikacji publicznej itp.).

W planowaniu i projektowaniu dla osób starszych ważne staje się także wykorzystanie technologii komunikacyjnych i informacyjnych (ICT)<sup>13</sup>. Nowoczesne rozwiązania w tym obszarze umożliwiają komfortowe, niezależne i bezpieczne funkcjonowanie osoby starszej we własnym mieszkaniu,

<sup>11</sup> Na przykład wsparcie finansowe dla rodzin w Hiszpanii w celu opieki nad osobami starszymi w domu, bez konieczności przeniesienia ich do domów opieki.

<sup>12</sup> Fiedler M., Schuster A., Link J., 2010, *AENEAS programme. Study Tour Catalogue*.

<sup>13</sup> Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, 2007, *Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa i2010. Plan działania w sprawie technologii teleinformatycznych i starzenia się społeczeństwa*, KOM 2007, nr 332 wersja ostateczna z dnia 14 czerwca 2007 r., w którym podkreślono, iż: *ICT (Information and Communications Technologies) mogą pomóc osobom starszym poprawić jakość życia, zachować lepsze zdrowie oraz dłużej żyć samodzielnie. Pojawiają się innowacyjne rozwiązania pomagające w przeciwdziałaniu problemom związanym z pamięcią, wzrokiem, słuchem i mobilnością, które nasilają się z wiekiem. ICT pozwalają również starszym ludziom pozostać aktywnymi w pracy lub w ich społeczności.* Informacje na temat nowoczesnych technologii ICT i zastosowania ich w starzejącym się społeczeństwie można znaleźć w projekcie badawczo-rozwojowym *Ambient Assisted Living*, AAL *Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym*, dostępny [w:] [www.aal-europe.eu](http://www.aal-europe.eu), mowa tam o *inteligentnych przestrzeniach mieszkalnych* – wykrywających i łagodzących problemy występujące u osób w podeszłym wieku, takie jak utrata pamięci, błędzenie, problemy zdrowotne, *inteligentnych produktach* – takich jak podłogi wyposażone w czujniki i specjalne obuwie, wykrywające upadki lub zapobiegające im, wisiorki służące do uruchamiania alarmów w celu przywołania pomocy, czy urządzenia przypominające o konieczności zażycia tabletki, a także cyfrowe usługi informacyjne – obejmujące m.in. monitorowanie stanu zdrowia (e-zdrowie) i zdalną opiekę (teleopieka).



a także mogą stanowić dużą pomoc dla opiekunów osób starszych (Zralek 2012). Rozwiązania techniczne mogą przyczynić się do rozwiązania wielu problemów, takich jak: komunikacja, dostęp do wielu usług bez wychodzenia z domu, inteligentne budynki itp. Badania pokazują, że starsi ludzie, jeśli tylko znajdą się w sytuacji, w której występuje motywacja, równie szybko jak ludzie młodzi przyswajają nowinki technologiczne (Giddens 2009).

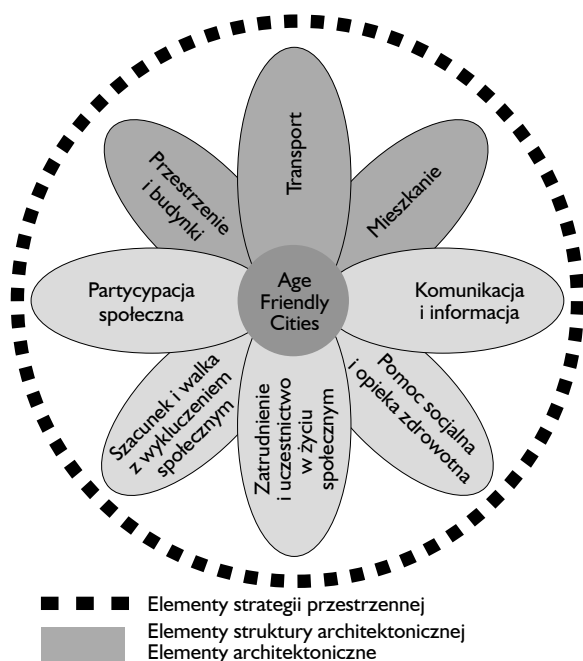
Trendy demograficzne spowodowały, że potrzeby mieszkańców w miastach uległy zmianie. W związku ze starzeniem się populacji wzrosło zapotrzebowanie na nowe formy i usługi w zakresie mieszkalnictwa, opieki społecznej i medycznej, ale także w zakresie transportu czy przestrzeni publicznych itp. Odpowiedzią na takie założenie stała się koncepcja *miast przyjaznych osobom w każdym wieku*, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 2007 r. w ramach globalnego programu *Age Friendly Cities*. Koncepcja ta powstała w odpowiedzi na wzrastający odsetek osób starszych w społeczeństwie i liczne problemy, jakie generują współczesne miasta. Do podstawowych zagadnień odnowy miejskiej w kontekście starzenia się populacji, wspomagających aktywne i zdrowe starzenie się, zaliczono (na podstawie *Global Age Friendly Cities: A guide*, 2007):

1. **transport publiczny** – przystosowany do dysfunkcji i ograniczeń ruchowych osób starszych, w celu podniesienia jakości życia,
2. **przestrzenie miejskie i budynki** – tak zaprojektowane środowisko naturalne i zabudowane, aby ludzie starsi mogli bezpiecznie i swobodnie poruszać się po nim, a także mieć swobodny dostęp do terenów otwartych,
3. **zabudowa mieszkaniowa** – elastyczne projektowanie mieszkań, dostępnych dla ludzi na każdym etapie życia, o różnej sprawności psychofizycznej, różnych zainteresowaniach i różnych możliwościach finansowych, stwarzające bezpieczeństwo i możliwość bycia niezależnym jak najdłużej (promowanie koncepcji *starzenia się w miejscu*),
4. **wsparcie społeczne i opieka medyczna** – dostępność do sieci usług społecznych i zdrowotnych,
5. **komunikacja i lepsze wykorzystanie technologii informacyjnych** – dostępne i przystosowane do ludzi starszych nowe źródła informacji i komunikacji stwarzające poczucie bezpieczeństwa i dające możliwość niezależności jak najdłużej,
6. **zatrudnienie i zaangażowanie społeczne (partycypacja społeczna)** – możliwość rozwoju i utrzymywania więzi sąsiedzkich w lokalnym środowisku, ponadto stwo-

wienie warunków udziału osób starszych w wolontariacie adresowanym zarówno do młodych, jak i starszych mieszkańców (elastyczne formy zatrudnienia, dzielnie się własnym doświadczeniem),

7. **szacunek i integracja społeczna** – rozumiana jako konieczność respektowania różnorodności osób starszych przez wszystkie podmioty oraz zachęcanie i umożliwienie ludziom starszym włączenia się w życie społeczne, walka z wykluczeniem społecznym,
8. **budowanie relacji międzypokoleniowej poprzez wspólne użytkowanie przestrzeni miejskiej** – tworzenie dostępnych przestrzeni publicznych umożliwiających integrację międzypokoleniową, w których każda grupa społeczna może znaleźć coś dla siebie.

Na poniższym rysunku przedstawiono zagadnienia dotyczące odnowy miejskiej według koncepcji *Age Friendly Cities*.



Rys. 4. Zagadnienia odnowy miejskiej dotyczące miast przyjaznych osobom w każdym wieku

Źródło: WHO, 2007, *Global Age Friendly Cities: A guide*

WHO podkreśla, że miasto przyjazne dla osób starszych jest miastem przyjaznym dla wszystkich mieszkańców niezależnie od wieku. Nadzorowane sąsiedztwo jest bezpieczne dla osób starszych, przynosi także korzyści dla dzieci, młodzieży i kobiet, ponadto budynki pozbawione barier architektonicznych zwiększają mobilność i niezależność osób starszych, jak i niepełnosprawnych, matek z wózkami dziecięcymi itp. (Asanowicz 2012). Działania, które są podejmowane w ramach koncepcji *Age Friendly Cities*, obejmują trzy skale przestrzenne, tj.: makro (elementy strategii

przestrzennej), mezo (elementy struktury urbanistycznej) i mikro (elementy formy architektonicznej), czyli od wizji strategicznej przemian obszaru miejskiego aż po działania estetyzujące i ułatwiające codzienne życie mieszkańców miast, w szczególności osobom starszym.

## Podsumowanie

Na przestrzeni wieków miejsce i rola osób starszych w mieście były postrzegane w różnorodny sposób, począwszy od zapewnienia im schronienia i przeżycia poprzez stworzenie instytucji im służących, a skończywszy na gwarantowanych świadczeniach socjalnych w postaci emerytur. Myślenie o osobach starszych w kontekście przestrzeni miejskiej uległo zmianie, pojawiły się nowe trendy, na które zaczęto odpowiadać, uwzględniając potrzeby, miejsce i rolę słabszych grup społecznych w miastach. Do lat 60. XX wieku postrzegano osoby starsze jako homogeniczną grupę społeczną o tych samych potrzebach i podobnym stylu życia. Przeważało myślenie o starości w ujęciu jednostkowym, nie uwzględniano czynnika wieku mieszkańców. Dopiero z biegiem czasu dostrzeżono, że starzenie się ma wymiar zbiorowy (starzejące się społeczeństwo) i może stanowić wyzwanie dla miast. W II połowie lat 80. XX wieku wprowadzono nowe pojęcia klasyfikacji osób starszych w podziale na: *młodych – starych*, *starych – starych*, *nestorów* i wskazano na związane z tym zapotrzebowanie na określone usługi. Pod koniec XX i w początkach XXI wieku podjęto próby dostosowania miast do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych w skali lokalnej (usuwanie barier architektonicznych, budowanie domów opieki i uniwersytetów III wieku), a także działania w różnych skalach przestrzennych, w zakresie mieszkalnictwa, transportu, opieki medycznej i socjalnej itp., czego przykładem może być globalna koncepcja odnowy miast europejskich w kontekście starzenia się populacji pod nazwą: *Age Friendly Cities*, której celem jest tworzenie miast przyjaznych osobom w każdym wieku. Koncepcja ta odnosi się do działań przestrzennych w miastach, obejmując nie tylko usuwanie barier architektonicznych czy ewentualne oddzielenie ruchu pieszego od kołowego, ale szersze zmiany w trzech skalach przestrzennych (makro, mezo i mikro). Starsze pokolenia mają specjalne potrzeby w odniesieniu do struktury, jak i funkcji środowiska miejskiego. Przykładowo osoby starsze dokonują codziennych zakupów pieszo, w związku z tym usługi powinny być zlokalizowane w odległości spaceru od ich miejsca zamieszkania (mezo – wymiar urbanistyczny), ale aby wyjść na zakupy, konieczne jest dostosowane, pozbawione barier architektonicznych mieszkanie, klatka schodowa itp. (mikro – wymiar architektoniczny). Znaczenie dostępności lokalnych udogodnień zwiększa się z wiekiem, a mając na uwadze, że w niedalekiej przyszłości będzie rosła liczba osób najstarszych (*nestorzy*), generując konieczność powstawania w miastach nowych form opieki

społecznej i medycznej, stąd istnieje potrzeba stworzenia systemu społecznych i zdrowotnych usług opiekuńczych w miastach, a także nowego typu form spędzania wolnego czasu (makro – wymiar strategiczny).

## Literatura

Agenda Terytorialna Unii Europejskiej 2020, 2011, *W kierunku sprzyjającej społecznemu włączeniu, inteligentnej i zrównoważonej Europy zróżnicowanych regionów*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Węgry dostępne w: [http://www.mrr.gov.pl/rozwoj\\_regionalny/Polityka\\_spojnosci/Polityka\\_spojnosci\\_po\\_2013/Debata/Documents/Agenda\\_Terytorialna\\_07092011.pdf](http://www.mrr.gov.pl/rozwoj_regionalny/Polityka_spojnosci/Polityka_spojnosci_po_2013/Debata/Documents/Agenda_Terytorialna_07092011.pdf).

Asanowicz K., 2012, *Miasto przyszłości – miasto starych ludzi*, [w:] *Czasopismo Techniczne – Architektura*, 1-A/1/2012, zeszyt 1, rok 109, Wyd. Politechniki Krakowskiej, Kraków, s. 25–34.

Bois J.P., 1996, *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur* (tłum. Katarzyna Marczevska), Wyd. Marabut, Warszawa.

Długosz Z., Kurek S., 2005, *Starzenie się ludności w Polsce na tle regionów Unii Europejskiej*, [w:] *Konspekt*, nr 4/2005 (24), Akademia Pedagogiczna w Krakowie, s. 96–98.

*Deklaracja z Toledo w sprawie rozwoju obszarów miejskich*, 2010, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego dostępne w: [http://www.mrr.gov.pl/rozwoj\\_regionalny/Polityka\\_regionalna/rozwoj\\_miast/rozwoj\\_miast\\_w\\_UE/Documents/Deklaracja\\_Toledo\\_PL\\_poprawione\\_final.pdf](http://www.mrr.gov.pl/rozwoj_regionalny/Polityka_regionalna/rozwoj_miast/rozwoj_miast_w_UE/Documents/Deklaracja_Toledo_PL_poprawione_final.pdf).

Fiedler M., Schuster A., Link J., 2010, *AENEAS programme. Study Tour Catalogue*.

Giddens A., 2009, *Europa w epoce globalnej*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.

Kamiński Z.J., 2002, *Pojęcie konfliktu w planowaniu przestrzennym*, *Architektura* s. 40, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice.

*Karta Lipska na rzecz zrównoważonego rozwoju miast europejskich*, 2007, Lipsk, dostępne w: [http://www.mrr.gov.pl/rozwoj\\_regionalny/poziom\\_miedzynarodowy/polityka\\_przestrzenna\\_ue/rozwoj\\_miast/Strony/LeipzigCharter\\_08.aspx](http://www.mrr.gov.pl/rozwoj_regionalny/poziom_miedzynarodowy/polityka_przestrzenna_ue/rozwoj_miast/Strony/LeipzigCharter_08.aspx).

Komisja Unii Europejskiej, *The impact of European demographic trends on regional and urban development*, 2011, Hungarian Presidency of the Council of the European Union, Budapeszt dostępne w: [http://www.mrr.gov.pl/rozwoj\\_regionalny/Polityka\\_regionalna/rozwoj\\_miast/rozwoj\\_miast\\_w\\_UE/Documents/Demography.pdf](http://www.mrr.gov.pl/rozwoj_regionalny/Polityka_regionalna/rozwoj_miast/rozwoj_miast_w_UE/Documents/Demography.pdf).

Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, 2007, *Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Inicjatywa i2010. Plan działania w sprawie technologii teleinformatycznych i starzenia się społeczeństwa*, KOM 2007, nr 332 wersja ostateczna z dnia 14 czerwca 2007 r.

Labus A., 2013, *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*, praca doktorska Wydział Architektury, Politechnika Śląska (pod kierunkiem prof. dr hab. inż. arch. Zbigniewa J. Kamińskiego).

Madrycki Plan Działania w kwestii starzenia się społeczeństw, 2002 dostępne w: <http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/madryckiplanziaaniaaw-kwestiistarzeniasispoczesstw/>.

OECD, 2003, *Ageing, housing and urban development*, OECD, Paris.

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: *Mieszkalnictwo a polityka regionalna*, Dz. Urz. UE 2007/C 161/03.

WHO, 2007, *Global Age Friendly Cities: A guide*, WHO Press, Geneva.

*Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*, 2010, (red.) S. Golinowska, Małopolskie Studia Regionalne, nr 2–3/19–20/2010, Departament Polityki Regionalnej, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków.

Zan L., 1993, *Die akademische Seniorenbildung. Eine historische Bilanz in methodisch-didaktischer Abricht*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, s. 350.

Zrałek M., 2012, *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych ludzi starszych. Dylematy i kierunki zmian*, [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, (red.) Hryniewicz J., Wyd. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, s. 103–123.

Wydawca:  
Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego  
Departament Polityki Regionalnej  
ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków  
Adres do korespondencji: ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków  
[www.malopolskie.pl](http://www.malopolskie.pl)

Egzemplarz bezpłatny  
ISSN: 2080-8151