



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH



# Sytuacja osób starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje

**RAPORT KOMISJI EKSPERTÓW DS. OSÓB STARSZYCH**

# Sytuacja osób starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje

---

**RAPORT KOMISJI EKSPERTÓW DS. OSÓB STARSZYCH  
NA PODSUMOWANIE VII KADENCJI RPO**



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Sytuacja Osób Starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje

Praca zbiorowa Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych

Redakcja merytoryczna: prof. Barbara Szatur-Jaworska, prof. Barbara Rysz-Kowalczyk,  
Barbara Imiołczyk

Redakcja językowa:  
Ewa Rydlewska

Redakcja techniczna:  
Ewa Tułodziecka-Czapska

Wydawca:  
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich  
Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa  
[www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl)

Infolinia obywatelska: 800 676 676

ISBN 978-83-65029-49-2

Oddano do składu w lipcu 2020 r.  
Podpisano do druku w sierpniu 2020 r.

Nakład: 600 egz.

Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons: Uznanie autorstwa  
Na tych samych warunkach (CC BY-SA)

Publikacja wydana także w wersji elektronicznej ([www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl))

Projekt, opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:  
Pracownia C&C sp. z o.o.  
[www.ccp.com.pl](http://www.ccp.com.pl)

<b>Wprowadzenie</b> .....	<b>5</b>
Cel opracowania .....	5
Założenia aksjologiczne .....	5
Kontekst sytuacyjny powstawania opracowania.....	7
<b>Wyzwania i rekomendacje</b> .....	<b>8</b>
Międzynarodowe standardy ochrony praw osób starszych.....	8
Zabezpieczenie społeczne.....	10
Praca zawodowa.....	12
Nadużycia i przemoc.....	15
Zdrowie i opieka zdrowotna .....	18
Przestrzeń publiczna .....	33
Aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna .....	36
Komunikacja społeczna.....	38
Przestrzeń wirtualna .....	40
<b>Aneks</b> .....	<b>42</b>
<i>Barbara Mikołajczyk</i> – Wykaz przepisów i traktatów, którymi Polska się nie związała.....	43
<i>Irena Wóycicka</i> – Zabezpieczenie społeczne osób starszych .....	47
<i>Barbara Bień, Jarosław Derejczyk</i> – Zdrowie i opieka zdrowotna osób starszych .....	55
<i>Rafał Bakalarczyk, Kinga Dękiejowska, Barbara Imiołczyk, Beata Tokarz-Kamińska,</i> <i>Jolanta Piotrowska, Dorota Siwiec, Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska</i> – Sytuacja osób starszych z perspektywy potrzeb opiekuńczych .....	62
<i>Ewa Kamińska, Ewa Kulisz, Tomasz Schimanek, Małgorzata Stanowska, Zofia Szarota</i> – Aktywność osób starszych .....	73
<b>Skład Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych</b> .....	<b>93</b>



## Cel opracowania

Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich na zakończenie kadencji RPO podjęła próbę podsumowania pracy w ostatnich pięciu latach. Opracowała listę najważniejszych wyzwań dotyczących sytuacji osób starszych w Polsce. Zaproponowała również rekomendacje.

Raport został przygotowany z myślą o wszystkich instytucjach, organizacjach i osobach, które mają wpływ na jakość życia osób starszych w Polsce. Liczymy, że ze szczególnym zainteresowaniem przeczytają go przedstawiciele władz publicznych – centralnych i lokalnych – odpowiedzialni za stan spraw w naszym kraju, realizację konstytucyjnych praw i wolności. Mamy nadzieję, że wykorzystają go też kolejny Rzecznik Praw Obywatelskich.

## Założenia aksjologiczne

**Przedstawione tu oceny społecznej rzeczywistości i rekomendacje wynikają z przyjętych przez nas wartości i zasad.**

Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich odwołuje się też w swoich opiniach i propozycjach do aktów prawnych – międzynarodowych i krajowych – oraz rekomendacji prawnych i dokumentów o charakterze programowym zawierających propozycje konkretnych rozwiązań, a także wyznaczających aksjologiczne ramy ocen i projektów.

Ramy te określa, na przykład, przyjęty w lutym 2014 r. dokument Rady Europy pt. „Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych”.

Punktem wyjścia tego dokumentu jest między innymi teza, że „osoby starsze powinny mieć możliwość pełnego i efektywnego uczestnictwa i bycia częścią społeczeństwa” i że „powinny mieć zapewnione prawo do życia w sposób godny, bezpieczny, wolny od dyskryminacji, izolacji, zaniedbania i na tyle niezależny jak to tylko możliwe”. Przyjęto w nim ponadto założenie, że „ochrona godności osób starszych powinna zostać zagwarantowana we wszelkich okolicznościach, także w przypadku zaburzeń umysłowych, niepełnosprawności, choroby i stanów terminalnych”.

W rekomendacji wskazuje się między innymi, że osoby starsze muszą korzystać z pełni praw człowieka, że muszą mieć pełny dostęp do informacji dotyczących tych praw i powinny być konsultowane, za pośrednictwem reprezentatywnych organizacji, w przypadku decyzji dotyczących ich praw. Dokument ten zaleca rządowi kierowanie się takimi zasadami, jak:

- niedyskryminacja,
- autonomia i uczestnictwo osób starszych,
- ochrona przed przemocą i nadużyciami,

- zapewnienie zabezpieczenia społecznego i dostępu do zatrudnienia,
- zapewnienie opieki w przypadku problemów zdrowotnych,
- zapewnienie odpowiednich procedur wymiaru sprawiedliwości wobec osób starszych.

Na podstawie analizy dokumentów wypracowanych przez różne instytucje oraz opracowań eksperckich można sporządzić katalog zasad, których należy przestrzegać, prowadząc polityki publiczne (w tym politykę społeczną) w państwach starzejących się demograficznie. Można je podzielić na trzy kategorie:

1. zasady dotyczące traktowania jednostek,
2. zasady dotyczące relacji między zbiorowościami społecznymi (w tym między pokoleniami),
3. zasady określające funkcjonowanie podmiotów polityki.

### **Ad 1. Najważniejsze zasady dotyczące traktowania jednostek (w tym zwłaszcza ludzi starych):**

- zapewnienie jednostkom niezależności i prawa do decydowania o własnym życiu;
- zaspokajanie przez polityki publiczne potrzeb jednostek z uwzględnieniem specyfiki fazy życia, w jakiej się znajdują, oraz wyzwań, jakie są specyficzne dla kolejnych faz życia;
- zapewnianie bezpieczeństwa socjalnego (rozumianego jako wolność od różnorodnych ryzyk socjalnych, nie tylko od ubóstwa i choroby);
- aktywizacja osób (głównie starszych), które odeszły z rynku pracy, oraz przygotowanie do aktywności poza rynkiem pracy osób pracujących zawodowo;
- zachowanie równowagi (analizowanej z punktu widzenia całego cyklu życia) między prawami i obowiązkami jednostek.

### **Ad 2. Zasady dotyczące relacji między zbiorowościami społecznymi (w tym między pokoleniami) to przede wszystkim:**

- solidarność pokoleń na różnych poziomach życia społecznego;
- sprawiedliwość międzypokoleniowa przejawiająca się zarówno w sprawiedliwym (równym) udziale wszystkich pokoleń w podziale korzyści z rozwoju gospodarczego, jak i w równym udziale w ponoszeniu obciążeń (np. wynikających z kryzysu gospodarczego lub z rozwoju socjalnej funkcji państwa);
- podmiotowe traktowanie starszego pokolenia i umożliwienie mu demokratycznej partycypacji w decyzjach politycznych.

### **Ad 3. Do zasad określających funkcjonowanie podmiotów polityki w starzejącym się społeczeństwie należą:**

- uwzględnianie w politykach publicznych wewnętrznego zróżnicowania populacji seniorów (np. różnice ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan zdrowia itd.);
- wielosektorowość polityk publicznych, polegająca na zaangażowaniu sektora publicznego, rynkowego, obywatelskiego i nieformalnego;

- włączanie problematyki ludzi starych i starości do wszystkich programów działania, uwzględnianie w nich zmian struktury demograficznej i potrzeb ludzi starych (*mainstreaming ageing*);
- decentralizacja polityk publicznych polegająca na powierzaniu zadań władzom lokalnym;
- uwzględnianie w politykach działań antydyskryminacyjnych;
- subsydiarność przejawiająca się we wspieraniu podstawowych wspólnot (głównie rodziny), w których żyją ludzie starzy.

## Kontekst sytuacyjny powstawania opracowania

Prace nad przygotowaniem raportu Komisja podjęła jesienią 2019 r. Przedyskutowaliśmy i przyjęliśmy strukturę dokumentu oraz powołaliśmy zespoły robocze, które zaczęły analizować poszczególne zagadnienia. Początkowo zakładaliśmy, że powstanie jednolity tekst, z diagnozą, przedstawieniem wyzwań i rekomendacji oraz interwencji RPO. Wprowadzony wiosną 2020 r. stan epidemii kazał te zamierzenia zweryfikować. Konieczność skupienia się na bieżących problemach, przed którymi stanęliśmy z powodu epidemii koronawirusa, sprawiła, że formuła podsumowania została ograniczona wyłącznie do prezentacji wyzwań i rekomendacji całej Komisji.

Nie chcieliśmy jednak zmarnować dorobku tych grup roboczych, które w ciągu kilku miesięcy przygotowały częściowe opracowania, niemieszczące się już w nowej strukturze dokumentu. Postanowiliśmy zatem dołączyć je do raportu w formie autorskich aneksów.

Czytelnicy otrzymują zatem tekst, którego zawartość stanowią uzgodnione przez całą Komisję wyzwania i rekomendacje, oraz aneksy, które są opracowaniami autorskimi dotyczącymi wyodrębnionych obszarów.

Opracowanie nie uwzględnia wszystkich obszarów mających wpływ na jakość życia osób starszych. W bardzo wyraźny sposób odwołuje się do tych spraw i problemów, którymi Komisja zajmowała się w czasie kadencji i którym poświęciła szczególnie dużo uwagi.

Stan epidemii uwidocznił luki i zaniedbania, co staraliśmy się pokazać w raporcie.



## Międzynarodowe standardy ochrony praw osób starszych

### 1. Wyzwanie

**Ochrona praw obywatelskich osób starszych zgodna z międzynarodowymi standardami.** Pomimo podpisania Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej (ZEKS) w 2005 r., Polska jej dotąd nie ratyfikowała, a to oznacza niezwiązanie się szeregiem przepisów dotyczących pośrednio (art. 27) i bezpośrednio (art. 23) sytuacji osób starszych. Polska nie jest związana postanowieniami i traktatami, które mają na celu wyrównanie szans opiekunów osób starszych w stosunkach pracy, tj. obok art. 27 ZEKS, także Konwencją MOP nr 156 dotyczącą równości szans i traktowania pracowników obu płci: pracowników mających obowiązki rodzinne. Brak zgody na związanie się zakazem dyskryminacji wynikającym z Protokołu nr 12 do Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (zwanej Europejską konwencją praw człowieka – EKPCz) oraz mechanizmami kontrolnymi międzynarodowej ochrony praw człowieka polegającej na składaniu skarg indywidualnych w związku z naruszeniem praw społecznych oraz praw osób z niepełnosprawnościami obniża standard ochrony osób starszych. Ponadto, na zmniejszenie roli społeczeństwa obywatelskiego wpływa niezwiązanie się art. 14 ust. 2 Europejskiej Karty Społecznej z 1961 r. oraz nieuznanie prawa do wnoszenia skarg zbiorowych do Europejskiego Komitetu Praw Społecznych.

### Rekomendacje

1. Ratyfikacja Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej (ZEKS), podpisanej w 2005 r. Karta zawiera zobowiązania o kluczowym znaczeniu dla korzystania z praw człowieka przez osoby starsze. Mają one na celu zapobieganie wykluczeniu i szeroko pojętej marginalizacji społecznej. Fundamentalne znaczenie mają zobowiązania ujęte w art. 23 ZEKS, mówiącym *expressis verbis* o prawie osób w podeszłym wieku do ochrony socjalnej. Natomiast art. 26 ZEKS ma potencjał, by stać się instrumentem zwalczania ageizmu wobec starszych pracowników. Zważywszy na to, że ageizm idzie w parze z dyskryminacją, należy także rekomendować rozszerzenie zakazu dyskryminacji na podstawie Protokołu nr 12 do EKPCz.
2. Przyjęcie protokołów do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych oraz Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, które pozwalają na wnoszenie skarg indywidualnych, co pozytywnie wpływa na standard ochrony we wszystkich aspektach życia obywateli.
3. Ratyfikacja traktatów i przepisów nieprzyjętych przez Rzeczpospolitą Polską, takich jak:

#### Traktaty powszechne:

- A. Protokół fakultatywny do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, Nowy Jork, 13 grudnia 2006 r. (*Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*,

New York, 13 December 2006, *United Nations Treaty Series*, vol. 2518, p. 283. Doc. A/61/611. – tekst angielski: [https://treaties.un.org/doc/source/docs/A\\_Res\\_61\\_106-E.pdf](https://treaties.un.org/doc/source/docs/A_Res_61_106-E.pdf))

- B. Protokół Fakultatywny do Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 10 grudnia 2008 r. na mocy rezolucji A/RES/63/117. (*Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted on 10 December 2008 during the sixty-third session of the UN General Assembly by resolution A/RES/63/117, New York, 10 December 2008, C.N.869.2009. Doc. A/63/435.* – tekst angielski: <https://treaties.un.org/doc/Publication/CN/2009/CN.869.2009-Eng.pdf>)

### **Traktaty przyjęte na forum Rady Europy:**

- A. Zrewidowana Europejska karta społeczna otwarta do podpisu w Strasburgu w dniu 3 maja 1996 r. (Podpisana przez Polskę 25 października 2005 r., nieratyfikowana) (*Revised European Social Charter of 3 May 1996 – European Treaty Series No. 163.* – tekst angielski: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/163>; tekst polski: <https://rm.coe.int/168047e175>, <https://traktaty.msz.gov.pl/umowa-2>)
- B. Art. 14 ust. 2 Europejskiej karty społecznej otwartej do podpisu w Turynie w dniu 18 października 1961 r.; Dz.U. 1999 nr 8 poz. 67, Dz.U. 2011 nr 168 poz. 1007.  
Wykaz przepisów EKS, którymi Rzeczpospolita Polska jest związana, dostępny na: <https://traktaty.msz.gov.pl/umowa-2>
- C. Protokół dodatkowy do Europejskiej Karty Społecznej przewidujący system skarg zbiorowych, otwarty do podpisu w Strasburgu w dniu 9 listopada 1995 r. (*Additional Protocol to the European Social Charter Providing for a System of Collective Complaints of 9 November 1995, Strasbourg, European Treaty Series No. 158.* – tekst polski: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680630938>)
- D. Protokół nr 12 do Europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, otwarty do podpisu w Rzymie w dniu 4 listopada 2000 r. (*Protocol No. 12 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms of 4 November 2000, Rome, European Treaty Series No. 177.* – tekst angielski: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680080622>; tekst polski: [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_POL.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POL.pdf)).

## **2. Wyzwanie**

**W międzynarodowym systemie praw człowieka brakuje osobnego traktatu poświęconego osobom starszym** (osobne konwencje zostały opracowane i przyjęte np. dla osób z niepełnosprawnością i dla dzieci, ratyfikowane także przez Polskę). Równocześnie zidentyfikowano liczne luki w uregulowaniu praw osób starszych (np. prawa do decydowania o własnym życiu w kontekście pozostania we własnym domu lub przeprowadzki do placówki opiekuńczej). Polska dołączyła do debaty, która toczy się na forum ONZ od 2010 r., dopiero w 2018 r. – i to jedynie poprzez udziela-

nie odpowiedzi na pytania przewodniczącego Grupy Roboczej ONZ ds. Starzenia się. Jak dotąd nie poparła jeszcze idei opracowania i przyjęcia nowej konwencji w tej sprawie.

### Rekomendacje

Zaangażowanie w prace na rzecz opracowania Konwencji o prawach osób starszych, poparcie dla jej opracowania i przyjęcia oraz aktywne działanie na rzecz pozyskania poparcia wśród innych państw członkowskich ONZ. Dalsze aktywne analizowanie kwestii dyskutowanych na forum ONZ i przygotowanie zmian legislacyjnych w polskim ustawodawstwie pod kątem usuwania identyfikowanych luk w uregulowaniu praw osób starszych.

## Zabezpieczenie społeczne

### 1. Wyzwanie

**Niski poziom świadczeń z pomocy społecznej.** Osoby zwracające się do Rzecznika Praw Obywatelskich wskazują na niski poziom świadczeń z pomocy społecznej. Jest to szczególnie dotkliwe dla osób z niepełnosprawnościami i w starszym wieku, bowiem oprócz środków na pokrycie kosztów codziennego utrzymania, osoby te potrzebują środków na zakup regularnie przyjmowanych leków.

### Rekomendacje

- Wysokość świadczeń powinna wzrastać, a ponadto świadczenia te powinny być bardziej dostosowane do poszczególnych grup odbiorców.
- Pracownicy socjalni powinni mieć odpowiednią wiedzę o seniorach mieszkających na ich obszarze działania, a więc powinni wiedzieć, ilu ich jest na tym terenie, jaka jest ich sytuacja rodzinna i bytowa, czy potrzebują wsparcia i w jakiej formie. Informacje te powinny być aktualizowane, np. raz na pół roku.

### 2. Wyzwanie

**Niedostateczne informowanie na temat zasad i regulacji dotyczących możliwości i wysokości świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego.** Zasady dotyczące wysokości przyszłych emerytur, a także innych świadczeń nie są powszechnie znane. Wiedza o zasadach, terminach oraz regulacjach związanych z momentem przejścia na emeryturę może mieć znaczenie zarówno przy podejmowaniu decyzji o emeryturze, jak i przy ustalaniu wysokości świadczeń.

### Rekomendacje

- Aby odpowiednio przygotowywać przyszłych emerytów do okresu pobierania świadczeń, należy wcześniej prowadzić edukację, która pozwoli na podejmowanie świadomych decyzji o przejściu na emeryturę na określonych warunkach/zasadach. Istotne jest, aby były znane wszystkie

dotatkowe formy wsparcia (także te w formie zasiłków, dodatków), które są oferowane i mogą być dostępne, i z których można korzystać (na zasadach przedstawionych zainteresowanym).

### 3. Wyzwanie

**Niedostateczne sposoby identyfikowania osób szczególnie zagrożonych ubóstwem ze względu na niewystarczające dochody z systemu ubezpieczenia społecznego.** Osoby mieszkające samotnie, na wsi, mające wykształcenie podstawowe (w tym w większości kobiety) są szczególnie narażone na ubóstwo, wykluczenie. System wsparcia takich osób nie funkcjonuje dobrze ze względu na specyfikę udzielania pomocy w środowisku lokalnym (inna jest sytuacja w dużych miastach, inna w małych społecznościach lokalnych, na terenach wiejskich).

#### Rekomendacje

- Należy wzmocnić rolę systemu pomocy społecznej przy jednoczesnej współpracy lokalnych organizacji, grup nieformalnych, wolontariatu, sieci samopomocowych. Kluczowe jest identyfikowanie osób będących lub potencjalnie będących w najtrudniejszej sytuacji materialnej, bez możliwości otrzymywania wsparcia w jakiegokolwiek formie (w tym także wsparcia rodziny). Następnie należy opracować/proponować takie zindywidualizowane metody pomocy, które pozwolą zapewnić tym osobom godny poziom życia.

### 4. Wyzwanie

**Zagrożenie ubóstwem relatywnym osób starszych, zwłaszcza kobiet.** W ostatnich latach maleje skuteczność systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych w ochronie przed ubóstwem. Dotyczy to w szczególności kobiet w zaawansowanym wieku (75 lat i więcej), które są niemal dwukrotnie częściej narażone na ubóstwo niż mężczyźni. Brak odpowiednich mechanizmów w systemie zabezpieczenia społecznego będzie to zagrożenie powiększać w przyszłości.

#### Rekomendacje

- Należy podnieść wysokość najniższej emerytury, uwzględniając koszty utrzymania gospodarstw domowych osób starszych, oraz zapobiegać spadkowi wysokości świadczeń w relacji do wynagrodzeń w gospodarce poprzez odpowiedni system ich waloryzacji.
- Należy wprowadzić mechanizmy gwarantujące ochronę osób starszych przed ubóstwem (np. poprzez system ulg, w tym podatkowych), a także monitorować poziom dochodów osób w wieku emerytalnym.

### 5. Wyzwanie

**Zmniejszenie nierówności w systemie emerytalnym ze względu na płeć.** Obecnie przeciętna emerytura kobiet wynosi 66% średniej emerytury mężczyzn. Różnica ta wynika z odmiennej sytu-

acji kobiet i mężczyzn na rynku pracy i z regulacji w obrębie systemu emerytalnego. W przyszłości, wraz z upowszechnieniem nowego systemu emerytalnego, różnice w wysokości emerytur w zależności od płci będą się zwiększać.

### Rekomendacje

- Należy stopniowo zrównywać wiek emerytalny kobiet i mężczyzn.
- Należy zweryfikować przepisy dotyczące uwzględniania w systemie emerytalnym niektórych okresów sprawowania opieki. Dotyczy to w szczególności okresów opieki nad dorosłymi osobami wymagającymi opieki, okresów pobierania zasiłku opiekuńczego oraz okresów opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3 przed 1999 r.
- Należy poprawiać sytuację kobiet na rynku pracy poprzez usuwanie barier aktywności zawodowej kobiet (w tym zwłaszcza poprzez rozwój instytucji edukacyjno-opiekuńczych dla dzieci oraz usług opiekuńczych dla osób dorosłych wymagających opieki, elastyczną organizację czasu pracy oraz promocję partnerskiego modelu rodziny) i poprzez zmniejszanie różnic płacowych.

## 6. Wyzwanie

**Poprawa możliwości monitorowania systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych.**

### Rekomendacje

- Należy doprowadzić do kompletności i ujednolicenia statystyk administracyjnych dotyczących systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem statystyk w podziale na płeć.

## Praca zawodowa

### 1. Wyzwanie

**Niski poziom aktywności osób starszych na rynku pracy w Polsce.** Praca dla osób starszych ma znaczenie ekonomiczne. Jest podstawowym źródłem utrzymania dla tych seniorów, którzy nie otrzymują świadczeń emerytalno-rentowych, i uzupełniającym dla tych, którzy pobierają emerytury bądź renty. Praca seniorów przynosi pożytek pracodawcom i młodszym pracownikom, którzy mogą korzystać z kwalifikacji, doświadczenia zawodowego i wiedzy pragmatycznej osób starszych, a także społeczeństwu, gdyż przyczynia się do pomnażania dochodu narodowego. Praca to także źródło korzyści niematerialnych. Buduje prestiż seniorów, określa ich miejsce i rolę w społeczności czy w rodzinie. Bywa głównym bodźcem aktywności życiowej, pozwala zachować seniorom poczucie społecznej użyteczności, wzmacnia naturalne więzi międzypokoleniowe. Obowiązki związane z pracą nadają sens życiu wielu osób starszych, motywują do wychodzenia z domu, do dbania o wygląd, kondycję fizyczną i psychiczną. Skala zatrudnienia polskich seniorów jest nieadekwatna do możliwości, bo według danych pochodzących z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności

(BAEL) GUS, podstawową determinantą wychodzenia z rynku pracy jest w Polsce fakt uzyskania uprawnień emerytalnych (86%), a niezdolność do pracy z powodu choroby czy niepełnosprawności dotyczy tylko 8% osób w wieku 60+. W 2018 r. – według danych Eurostatu – w Polsce było zatrudnionych 12,6% osób po 60. roku życia, podczas gdy średnia unijna wynosiła 15,5%, a na przykład w sąsiednich Czechach 17,2%, zaś w Norwegii 33,7%. Rozmiary niewykorzystanego potencjału ujawnia zwłaszcza wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 65–69 lat. Według danych OECD, w 2018 r. wynosił on w Polsce 10,6%, a dla porównania: w Wielkiej Brytanii 21,7%, w Kanadzie 26,5%, w USA 33%, w Japonii 44,7%. Bezrobotni stanowili niecałe 5% ogólnej populacji osób starszych, co wynika z przepisu prawa, zgodnie z którym bezrobotnym jest osoba w wieku produkcyjnym. Niekorzystna jest także utrzymująca się od lat ogromna dysproporcja pomiędzy zatrudnieniem senierek i seniorów. W 2018 r. pracowało w Polsce 18,4% mężczyzn i zaledwie 7,7% kobiet w wieku powyżej 60 lat.

## Rekomendacje

- Państwo powinno uruchomić takie mechanizmy w sferze prawnej, finansowej i instytucjonalnej, które zachęcałyby seniorów do podejmowania pracy, a pracodawców do ich zatrudniania. Chodzi o zachęty w systemie emerytalnym, zachęty podatkowe dla pracodawców i pracowników, wsparcie finansowe tworzenia i utrzymywania miejsc pracy dla seniorów, a także wsparcie instytucjonalne aktywizacji zawodowej osób w wieku 60+. Dotyczy to także zachęt do wprowadzania w przypadku seniorów elastycznych form i czasu pracy, umożliwiających godzenie życia prywatnego z zawodowym. Państwo powinno zachęcać pracodawców do stosowania zarządzania wiekiem, na przykład poprzez zwolnienia podatkowe czy też ulgi w składkach na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.
- Niezbędne jest również, aby przynajmniej część działań służących aktywizacji osób biernych zawodowo i wsparciu ich zatrudnienia była adresowana do seniorów, także w wieku poprodukcyjnym. Dotyczy to zwłaszcza działań finansowanych ze środków europejskich przeznaczonych na wsparcie rynku pracy i ekonomii społecznej.
- Państwo powinno także wspierać działania samorządów terytorialnych oraz organizacji pozarządowych i organizacji pracodawców służące aktywizacji i zatrudnianiu osób w wieku 60+.
- Niezbędne jest również wspieranie rozwoju oferty edukacyjnej dla osób starszych uwzględniającej umiejętności przydatne na rynku pracy (nowe technologie, języki obce, obsługa klienta) oraz zachęcanie seniorów, np. poprzez dopłaty, do korzystania z tej oferty.
- Potrzebne byłoby także tworzenie programów przygotowania do emerytury, obejmujących doradztwo psychologiczne, zdrowotne i kondycyjne, finansowe i zawodowe umożliwiające dojrzałym i starszym pracownikom optymalne planowanie wyjścia z rynku pracy i łączenia emerytury z aktywnością zawodową.
- Szczególną uwagę w każdym z tych obszarów działań należy zwrócić na zatrudnianie senierek, które są w o wiele gorszej sytuacji na rynku pracy niż mężczyźni po 60. roku życia.
- Należy wspierać aktywność/pracę zarobkową osób pobierających emeryturę. Konieczne jest zarówno uświadamianie pracodawcom korzyści z takiego zatrudnienia, jak i działanie na rzecz zmiany nastawienia osób starszych do kontynuowania aktywności zarobkowej, mimo bycia na emeryturze.

## 2. Wyzwanie

**Trudna sytuacja na rynku pracy starszych pracowników o niskich kwalifikacjach.** Niskie kwalifikacje są przeszkodą przede wszystkim w znalezieniu nowej pracy po zwolnieniu przez pracodawcę, a także w razie konieczności zmiany pracy z powodów leżących po stronie pracownika. W Polsce osoby po 50. roku życia sporadycznie i w bardzo niewielkiej skali podejmują formalną aktywność edukacyjną służącą doskonaleniu kwalifikacji zawodowych lub nabywaniu nowych. Wskaźnik uczestnictwa Polaków w kształceniu ustawicznym jest niższy od średniej europejskiej.

### Rekomendacje

- Popularyzowanie idei kształcenia przez całe życie. Tworzenie systemu zachęt kierowanych do pracowników, pracodawców i instytucji edukacyjnych. W przypadku starszych pracowników o niskich kwalifikacjach – dostosowywanie do ich specyfiki zarówno rodzaju zachęt, jak i warunków organizacyjnych procesu kształcenia.
- Ułatwianie i wspieranie mobilności starszych pracowników – jako jednej z dróg dopasowania kompetencji pracowników do potrzeb pracodawców.
- Popularyzacja i implementacja zasad zarządzania wiekiem w przedsiębiorstwie, stwarzającego szanse na lepsze wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego seniorów.

## 3. Wyzwanie

**Dyskryminacja osób starszych na rynku pracy.** Istnienie mechanizmów wykluczających uwarunkowanych stereotypami na temat starości i prognozy starości (utożsamianego z osiągnięciem określonego wieku kalendarzowego), a także brak świadomości prawnej w zakresie równego traktowania, co potwierdzają dane z 2018 r.: 49% Polaków nie dostrzegało dyskryminacji w zwolnieniu pracownika jedynie ze względu na osiągnięcie przez niego wieku emerytalnego, a tylko 27% wiedziało, że takie zachowanie jest zakazane przez prawo (badanie Kantar Public dla RPO).

### Rekomendacje

- Istnieje potrzeba podejmowania przez różne podmioty działań, które zmieniłyby nastawienie społeczne do pracy seniorów i zwalczały stereotypy dotyczące pracowników w wieku 60+. Działania te powinny być adresowane do ogółu społeczeństwa, w tym także do samych seniorów, a w szczególności do pracodawców i pracowników. Aby mogły one odnieść pożądany skutek, powinny mieć charakter powszechny i długofalowy; jak pokazały dotychczasowe doświadczenia, punktowe i krótkotrwałe akcje są nieskuteczne.
- W działaniach edukacyjnych należy także uświadamiać, kim jest senior, jakie są jego potrzeby i możliwości, jakie korzyści praca osób starszych przynosi im samym, pracodawcom i całemu społeczeństwu.
- Niezbędne wydaje się szerokie informowanie społeczeństwa, czym jest dyskryminacja ze względu na wiek (nie tylko na rynku pracy), jakie są jej przejawy i jakie prawa mają dyskryminowani pracownicy, włącznie z prawem uzyskiwania odszkodowań.

- Trzeba podejmować zdecydowane działania zwalczające stereotypy dotyczące aktywności zawodowej osób starszych. Należy organizować kampanie społeczne ukazujące wartość i znaczenie doświadczenia pracownika – seniora.

## 4. Wyzwanie

**Trudności w godzeniu życia prywatnego z zawodowym czy w jednoczesnym pełnieniu ról rodzicielskich i kontynuowaniu pracy zawodowej przez opiekunów osób starszych, przede wszystkim kobiety w wieku 50+.** Coraz częściej osoby aktywne zawodowo muszą pełnić rolę opiekunki/opiekuna swoich rodziców. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa, problem braku możliwości elastycznego zatrudnienia tych osób będzie narastał i zmuszał do dokonywania wyboru pomiędzy pracą zawodową a opieką. Stworzenie możliwości łączenia opieki z pracą zawodową będzie korzystne zarówno dla pracodawców, jak i pracowników. W aktualnej sytuacji demograficznej ograniczanie się tylko do dobrych praktyk w tym zakresie wydaje się niewystarczające.

### Rekomendacje

- Wprowadzenie zmian systemowych dotyczących elastycznego zatrudnienia, pracy zdalnej.
- Wpisanie do kodeksu pracy prawa do płatnego urlopu z tytułu sprawowania opieki długoterminowej nad osobą starszą z niepełnosprawnością, tworzenie bodźców zachęcających pracodawców do elastycznej organizacji czasu pracy dla opiekunów oraz pracy w trybie zdalnym (tzw. telepracy).
- Konieczność zarówno zmian legislacyjnych, jak i oddziaływania na postawy pracodawców i pracowników.

## Nadużycia i przemoc

### 1. Wyzwanie

**Szczególne narażenie starszych konsumentów na nieetyczne praktyki polegające na zaniechaniu udzielania rzetelnej informacji, wprowadzaniu w błąd lub niedopuszczalnych naciskach w sferze handlu, usług, telekomunikacji, bankowości i ubezpieczeń.**

### Rekomendacje

- Wprowadzanie rozwiązań legislacyjnych zwiększających ochronę prawną seniorów podejmujących decyzje na rynku finansowym, tj. zwiększanie kontroli i sankcji za stosowanie nieprzejrzystych zasad w ofertach usług finansowych i ubezpieczeniowych.
- Upowszechnianie wiedzy o różnicach pomiędzy odwróconym kredytem hipotecznym a rentą dożywotnią i wiedzy o potencjalnych zagrożeniach dla osób starszych podpisujących tego rodzaju umowy. Pilne uregulowanie procedur zawierania komercyjnych rent dożywotnich.
- Zwiększenie ochrony prawnej przed niechcianym telemarketingiem i nieuczciwymi praktykami marketingowymi w handlu i usługach, m.in. przed podawaniem niepełnej informacji o produk-



cie, warunkach jego zwrotu lub warunkach odstąpienia od umowy na wykonanie usługi, a także przed dodawaniem do umów nieuprawnionych klauzul, stosowaniem w dokumentach niezrozumiałego języka i zapisywaniem części istotnych informacji drobnym drukiem.

- Organizowanie specjalnych szkoleń dla sprzedawców, pośredników handlowych i finansowych na temat specyfiki obsługi starszych klientów.

## 2. Wyzwanie

**Nieznajomość praw, które mają osoby starsze jako konsumenci, i nieumiejętność ich egzekwowania.** Jedną z przyczyn tej sytuacji jest dyskryminacja pośrednia. W sferze handlu i usług polega ona na tym, że nie są uwzględniane ograniczenia swoiste dla starszych osób. W efekcie starsi konsumenci mają np. gorszy dostęp do informacji (ze względu na używaną terminologię, rozmiar czcionki, nieczytelną szatę graficzną regulaminów, umów, instrukcji, nieprzyjazne aplikacje i strony internetowe instytucji, nieumiejętność korzystania z Internetu lub brak do niego dostępu – skutkująca tzw. wykluczeniem cyfrowym). Na niekorzyść osób starszych często działa też zaufanie do instytucji, będące przejawem tradycji kulturowej, w której wzrastali.

### Rekomendacje

- Upowszechnianie w ramach kampanii społecznych wiedzy o potencjalnych nadużyciach, prawach konsumenckich, sposobach ich skutecznego egzekwowania i formalnych strukturach brońiących praw konsumentów.
- Efektywne upowszechnianie wiedzy o uprawnieniach obywateli wynikających z ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnym poradnictwie obywatelskim i edukacji prawnej, także na poziomie samorządów.

## 3. Wyzwanie

**Oszustwa i kradzieże wykorzystujące specyficzne słabości osób starszych. Powodują straty materialne i cierpienie ofiar, są bowiem odbierane jako przemoc.** Należą do nich np. oszustwa zwane popularnie: „na wnuczka”, „na policjanta”, „na litość”, „na uczynnego”, oraz oszustwa polegające na podszywaniu się pod pracowników prawdziwych firm: pracownika ZUS, urzędu skarbowego, ośrodka pomocy społecznej, firm energetycznych i telekomunikacyjnych, a w czasie pandemii COVID-19 – pracownika Sanepidu. Nieznana jest skala niezgłoszonych przypadków wspomnianych oszustw oraz ich finansowych i psychologicznych skutków, m.in. ze względu na odczuwany przez ofiary wstyd, obwinianie się, lęk przed odwetem lub przekonanie (często zasadne) o nieskuteczności ścigania sprawców.

### Rekomendacje

- Zachęcanie samorządów do uwzględniania w lokalnych strategiach senioralnych projektów współpracy lokalnych instytucji (samorządu, policji, straży miejskich, inspekcji handlowych i farmaceutycznych oraz mediów) w celu rozpoznawania tego rodzaju nadużyć, szybkiego upowszechniania informacji o mechanizmach ich dokonywania oraz podejmowania działań prewencyjnych.

- Zachęcanie lokalnych organizacji III sektora do włączania tej problematyki do swoich działań przez organizowanie działalności informacyjno-edukacyjnej oraz tworzenie dostępnych i zróżnicowanych form wsparcia psychologicznego i prawnego dla ofiar, np. na bazie wolontariatu.

## 4. Wyzwanie

**Przemoc wobec osób starszych i ich zaniedbanie zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w placówkach opiekuńczych**, brak usystematyzowanych danych oraz brak efektywnych mechanizmów zgłaszania nadużyć, zwłaszcza w odniesieniu do starszych osób potrzebujących wsparcia w czynnościach życia codziennego.

### Rekomendacje

- Wprowadzenie kategorii wieku i opisanie potrzeb wsparcia w formularzu niebieskiej karty oraz adekwatnego do tych potrzeb wsparcia dla ofiar przemocy, w tym wsparcia psychologicznego.
- Wprowadzenie monitorowania przeciwdziałania przemocy wobec osób starszych poprzez uwzględnienie tej kwestii w ustawie o osobach starszych z dnia 11 września 2015 r.
- Wprowadzenie w statystykach sądowych podziału ze względu na wiek osoby poszkodowanej w sprawach o zaniedbanie i stosowanie przemocy z art. 207, 209, 210 k.k.
- Wprowadzenie efektywnych mechanizmów zgłaszania nadużyć i przemocy zarówno dla osób mieszkających we własnych domach, jak i dla osób przebywających w placówkach opiekuńczych.
- Poszerzenie działań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie na osoby samotne, które mogą doświadczać przemocy ze strony innych osób.
- W ramach działań prewencyjnych włączenie symptomów zagrożenia przemocą i zaniedbaniem do stałego monitoringu sytuacji osób starszych na poziomie lokalnym i przygotowanie procedur interwencji umożliwiających osobom starszym wybór spośród różnych form wsparcia.

## 5. Wyzwanie

**Przemoc w przestrzeni publicznej, mowa nienawiści i przestępstwa motywowane uprzedzeniami**. W badaniu przeprowadzonym przez Rzecznika Praw Obywatelskich w 2016 r. osoby starsze skarżyły się głównie na znieważenia, a także pobicia i naruszenia nietykalności osobistej.

### Rekomendacje

- Włączenie do Polskiego Badania Przystępczości prowadzonego przez Policję ciemnej liczby przestępstw motywowanych uprzedzeniami, w tym uprzedzeniami ze względu na wiek i niepełnosprawność.
- Nowelizacja kodeksu karnego w celu objęcia ściganiem z urzędu przestępstw motywowanych uprzedzeniami, tj. przestępstw naruszenia nietykalności cielesnej, znieważenia, w tym publicznego, poszczególnej osoby, stosowania przemocy lub groźby bezprawnej z powodu wieku lub niepełnosprawności.

# Zdrowie i opieka zdrowotna

## 1. Wyzwanie

**Brak kompleksowej opieki nad zdrowiem seniorów.** Systemy ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie uwzględniają całościowo złożoności potrzeb medycznych i opiekuńczych osób starszych. Nie gwarantują wymaganej dostępności świadczeń, ich ciągłości i kompleksowości, tj.: koordynacji opieki specjalistycznej przez lekarza rodzinnego i nadzoru nad przyjmowanymi lekami, opieki pielęgniarstwa nad chorymi przewlekle w domu, pobierania badań laboratoryjnych w domu, dostępu do usług rehabilitacyjnych, usług opiekuńczych, wsparcia asystenta seniora, zapewnienia transportu. W rezultacie, osoby starsze w naszym kraju znacznie częściej niż w krajach europejskich deklarują zły stan zdrowia.

### Rekomendacje

- Stworzenie uniwersalnego modelu podstawowej opieki medycznej dostosowanego do potrzeb wynikających z deficytów funkcjonalnych, środowiskowych i socjalnych osób starszych, na co wskazuje Najwyższa Izba Kontroli już od 2014 r.
- Konieczna współpraca pomiędzy podmiotami wykonującymi działalność leczniczą a ośrodkami pomocy społecznej oraz między pielęgniarkami środowiskowymi a pracownikami socjalnymi.
- Wprowadzenie do kompleksowego planowania i świadczenia opieki stanowiska menedżera opieki (sprawdzonego w innych krajach), zatrudnianego przez gminę, jako łącznika pomiędzy osobą starszą i jej rodziną a dostępnymi lokalnie usługami opiekuńczymi i zdrowotnymi.

## 2. Wyzwanie

**Brak aktualizowanej diagnozy rzeczywistych potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych niepełnosprawnych stanowi barierę w tworzeniu odpowiedniego systemu leczenia i wsparcia opiekuńczego.** Resort zdrowia i nadzorowane przez niego agendy (Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji) nie wykorzystują właściwie danych i zgromadzonych informacji zdrowotnych lub też nie mają pełnych danych, aby odpowiednio planować zdrowotną politykę senioralną na poziomie krajowym. Raporty Najwyższej Izby Kontroli wielokrotnie wskazywały na konieczność gromadzenia również przez samorządy lokalne pełnej informacji o liczbie osób starszych i ich potrzebach zdrowotnych i opiekuńczych, aby odpowiednio dostosowywać lokalne formy wsparcia. Według danych GUS, w 2018 r. z usług opiekuńczych skorzystało 91,9 tys. osób w wieku senioralnym, przeciętnie 10 osób na 100 osób w wieku senioralnym. Tymczasem z badań CBOS (wrzesień 2019) wynika, że 22% ankietowanych osób powyżej 75. roku życia miało trudności w wykonywaniu codziennych czynności, wśród osób w wieku 65-74 lat było ich 13%, a wśród osób w wieku 55-64 lat 9%. Aż 40% osób starszych chciałoby otrzymać pomoc w radzeniu sobie w chorobie. A więc, tylko niewielka część osób starszych, wymagających faktycznie pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, korzysta ze wsparcia opiekuńczego – mimo że mają ustawowo zapewnioną możliwość

ubiegania się o usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Ponadto dane NIK wskazywały na to, że osoby starsze niejednokrotnie rezygnują z usług opiekuńczych ze względu na ich koszt.

### Rekomendacje

- Przygotowanie w każdej gminie planów rozwoju usług zdrowotnych i opiekuńczych dla osób starszych na podstawie realnej diagnozy sytuacji i potrzeb, co wymaga podejmowania przez samorządy działań mających na celu uzyskiwanie i gromadzenie rzetelnych informacji o populacji osób starszych oraz ich potrzebach zdrowotnych i opiekuńczych.
- Powszechne prowadzenie badań przesiewowych wśród osób starszych, w tym testów stosowanych w innych krajach, do postawienia wstępnej i jak najwcześniejszej diagnozy otępienia, które jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności w wieku 65+.
- Monitorowanie przyczyn zgonów uwzględniających otępienie. Wśród zgonów stwierdzonych w 2018 r. u osób powyżej 85. roku życia, odnotowano aż 24% zgonów z przyczyn zakwalifikowanych jako „pozostałe”. Brak w wykazie diagnoz pozycji „otępienie” zafałszowuje rzeczywistość, bo przecież na otępienie choruje w Polsce ponad 500 tys. osób.
- Wprowadzenie obowiązkowego „bilansu seniora”, szczególnie dla osób w wieku 75+, po to, by identyfikować potrzeby zdrowotne i opiekuńcze, a następnie odpowiednio na nie reagować.
- Nowelizacja ustawy o osobach starszych zobowiązująca rząd do corocznego sprawozdawania danych o stanie zdrowia osób starszych i opiece zdrowotnej nad nimi – według tej samej metodologii, na podstawie tych samych mierników zdrowia populacji. Dotąd publikowane corocznie dokumenty są nieporównywalne (rok do roku) i nie mogą zawierać odniesień do założonych celów ani zdefiniowanych wskaźników.

## 3. Wyzwanie

**Nierówny dostęp do opieki zdrowotnej i wsparcia opiekuńczego, zwłaszcza na terenach wiejskich.** Zróżnicowana regionalnie i znacznie ograniczona jest dostępność opieki na terenach wiejskich, szczególnie wśród seniorów pozbawionych możliwości transportu publicznego i prywatnego. W 2018 r. osobom powyżej 65. roku życia udzielono 80,8 mln porad w miastach, a 14,7 mln na wsi. W wielu gminach osoby starsze nadal nie mają dostępu do dziennych domów opieki lub wsparcia opiekuńczego w miejscu zamieszkania.

### Rekomendacje

- Uruchomienie systemu motywującego pracowników medycznych i socjalnych do podejmowania pracy w regionach wiejskich.
- Rozwijanie transportu publicznego na terenach wiejskich lub dofinansowywanie ze środków publicznych alternatywnych form transportu dla niemobilnych osób starszych wymagających specjalistycznego wsparcia medycznego i opiekuńczego.
- Wspieranie tworzenia i działalności mobilnych zespołów świadczących zintegrowane usługi zdrowotne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze, uzupełnionych o sieci wsparcia sąsiedzkiego

i rodzinnego. Praktyka prowadzona na terenach pogranicznych Podlasia wskazuje na możliwość efektywnego zapewnienia w ten sposób opieki zdrowotnej i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu osób starszych na terenach wiejskich w znacznej odległości od siebie i od centrów usług.

- Usuwanie barier biurokratycznych w dostępie do służby zdrowia. Na ogół osoby starsze nie dają sobie rady z formularzami drukowanymi drobną czcionką i zawierającymi niezrozumiałe terminy. Należy dostosować formularze do możliwości osób starszych oraz przeszkolić personel.

## 4. Wyzwanie

**Brak dostępu do opieki geriatrycznej i niedocenianie jej znaczenia.** Istota geriatryi polega na umiejętności postrzegania u seniora odchyień od normy zdrowotnej (objawów chorobowych) niezależnych od starzenia się. Geriatria interpretuje złożone zaburzenia funkcjonalne, antropometryczne, metaboliczne i zapalne układające się w tzw. zespoły geriatryczne. Obraz kliniczny chorób ulega z wiekiem osłabieniu i zacieraniu się, jak zużyta i wytarta tablica szkolna (skutki starzenia się). Gromadzone w czasie całego życia skutki uszkodzeń, przebytych chorób utrudniają wczesne rozpoznawanie nowych problemów, co prowadzi do odwleczonego rozpoznawania nowej patologii i jej leczenia. Obecnie, resort zdrowia odstępuje od wzmacniania geriatryi w systemie ochrony zdrowia. Po etapie tworzenia nowych oddziałów i poradni geriatrycznych, do czego duży impuls dała akcja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, nastąpił regres, ranga geriatryi spada, a pozornym powodem jest niedobór geriatrów. W rzeczywistości zaś, wyszkoleni geriatrycy nie znajdują zatrudnienia zgodnego ze specjalizacją (brak oferty ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia) i przeprofilowują się na inne węższe dyscypliny. Dostęp seniorów do geriatryi jest w Polsce marginalny i zróżnicowany terytorialnie. W 2018 r. udzielono 73,7 tys. porad geriatrycznych na 116,3 mln porad specjalistycznych – co stanowiło jedynie 0,06% ogółu porad w grupie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

### Rekomendacje

- Stopniowe, ale konsekwentne wprowadzenie geriatryi do systemu ochrony zdrowia zarówno w modelu konsultacyjnym, poradnianym, jak i szpitalnym – na poziomie placówek powiatowych i klinicznych, gdzie powinny być udzielane świadczenia zdrowotne w stanach nagłych i ostrych, a także świadczenia przedłużone i rehabilitacyjne.
- Przekazywanie geriatrom opieki medycznej nad najstarszymi i najbardziej zaniedbanymi pod względem zdrowotnym seniorami da szansę na poprawę jakości ich życia poprzez lepszą dostępność kompleksowej opieki geriatrycznej i rehabilitacji oraz wielomiliardowe oszczędności dla budżetu państwa. W dziedzinie geriatryi należy zmierzać w kierunku odwrotnym niż obecnie przyjęty w sieci szpitali. W szczególności należy wykorzystać geriatrów w systemie zdrowia:
- odblokowując kontraktowanie usług geriatrycznych dla poradni i oddziałów geriatrycznych,
- przekształcając część oddziałów internistycznych w internistyczno-geriatryczne lub geriatryczne,

- poszerzając profile świadczeń zdrowotnych o telekonsylia geriatryczne, jednolitym diagnostykę szpitalną z całościową oceną geriatryczną, wprowadzenie produktu kontraktowego w postaci rehabilitacji geriatrycznej, wprowadzenie konsultacji geriatrycznych w placówkach szpitalnych, opieki dziennej, opiekuńczych i w środowisku zamieszkania opartych na konsultacyjnych zespołach geriatrycznych.
- Dostosowanie finansowania procedur geriatrycznych do stanu funkcjonalnego oraz wielochorobowości starszych pacjentów.

## 5. Wyzwanie

**Brak koordynacji działań między sektorem zdrowotnym i społecznym oraz między różnymi świadczeniodawcami usług dla seniorów w ramach tego samego sektora.** Rozziew między polityką zdrowotną a społeczną pogłębia się, pomimo ustawowego zobowiązania ministerstw do współpracy. Ministerstwo Zdrowia nie podejmuje zadań zapisanych w dokumencie „Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ”. Raport semestralny Komisji Europejskiej dla Polski podkreśla brak postępów we wdrażaniu skutecznej koordynacji usług zdrowotnych z socjalnymi. Zapisane zadania Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji o kreowaniu polityki senioralnej są wykonywane cząstkowo.

### Rekomendacje

- Współdziałanie obu ministerstw wobec procesu starzenia się społeczeństwa wymaga wyraźnej delegacji ustawowej z opisem procedur tej współpracy, zasad ich nadzoru, koordynacji i kontroli. Obecnie odpowiedzialność za realizację celów przez ministerstwa jest rozmyta.
- Istnieje potrzeba utworzenia w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Zdrowia Seniorów, koncentrującego się na zdrowotnych potrzebach osób starszych w powiązaniu z opieką długoterminową w środowisku i instytucjach, ściśle współpracującego z istniejącym już Departamentem Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Jedynie dwustronna współpraca i współdziałanie między bliźniaczymi departamentami senioralnymi w tych dwóch ministerstwach daje szansę na integrację i koordynację działań w sprawach seniorów, przejrzystość wydatkowania funduszy oraz oszczędności dla płatnika.

## 6. Wyzwanie

**Deficyty kadrowe w sektorach ochrony zdrowia i pomocy społecznej.** Braki kadrowe uwidoczniły się szczególnie wyraźnie w czasie pandemii. W Polsce mamy wskaźnik zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodów medycznych, który jest jednym z najniższych w Unii Europejskiej, a ponadto niekorzystną strukturę wiekową lekarzy i pielęgniarek oraz emigrację zawodową. Próby rozwiązania tych problemów mają często charakter doraźny, służą szybkiemu załagodzeniu istniejącej sytuacji, prowadzą do napięć. Na 10 tys. mieszkańców przypada średnio 23 specjalistów z branży medycznej, co jest najgorszym wynikiem w całej Unii. Największe problemy

kadrowe odczuwają szpitale i placówki w małych powiatach, zlokalizowanych w pobliżu dużych ośrodków miejskich. Na 1000 mieszkańców przypada 5,2 pielęgniarek, podczas gdy średnia unijna wynosi 9,4. Z powodu niskich zarobków w publicznej ochronie zdrowia, lekarze i pielęgniarki pracują w kilku placówkach jednocześnie. Średnia wieku jest coraz wyższa. Na 100 osób powyżej 65. roku życia przypada 1 pracownik opieki długoterminowej, a w krajach grupy OECD 28 – średnio 5 pracowników.

### Rekomendacje

- Znaczne zwiększenie liczby pracowników w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, w tym w zawodach pomocniczych odciążających personel biały. Szkolenia mogłyby być przeznaczone dla pracowników, których dotychczasowe branże zatrudnienia są deficytowe lub ulegają likwidacji. Należy też przewidzieć zachęty do przemieszczania się pracowników w obrębie kraju.
- Uregulowanie kwestii minimalnych norm zatrudnienia, poprawienie warunków zatrudnienia, z zapewnieniem wyższych zarobków i stabilnego zatrudnienia.
- Upowszechnianie szkoleń z zakresu geriatry i motywowanie do udziału lekarzy innych specjalności, pielęgniarek, fizjoterapeutów oraz pracowników socjalnych.

## 7. Wyzwanie

**Niedofinansowanie ochrony zdrowia i opieki nad osobami starszymi.** System ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie gwarantuje wszystkim seniorom dostępu do świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych w odpowiednim wymiarze i jakości z powodu zbyt niskich nakładów państwa na zdrowie i opiekę (w przeliczeniu na 1 osobę wydatki były jednymi z najniższych w Europie). 4,2% ludności odczuwa niezaspokojenie potrzeb w zakresie badań medycznych – ze względu na koszty, odległość lub czas oczekiwania, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla Unii Europejskiej wynosił 2%. Zbyt niskie są także wydatki publiczne na opiekę długoterminową (w 2016 r. 0,5% PKB w Polsce, a w krajach Unii średnio 1,6% PKB).

### Rekomendacje

- Zwiększenie finansowania obu sektorów do poziomu średniej unijnej oraz dystrybucja środków z zachowaniem równych praw. Stworzenie finansowego zabezpieczenia planowanych działań poprzez systematyczne zwiększanie nakładów w budżecie państwa i samorządów na budowę stabilnego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej.
- Skorygowanie różnic w poziomie finansowania między oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Uwzględnianie w planowanych działaniach możliwości wykorzystania funduszy pomocowych/programów zewnętrznych oraz włączanie w nie przedsiębiorstw i organizacji pozarządowych poprzez budowę systemu zachęt i wsparcia.
- Rozważenie wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego (takie rozwiązanie przyjęto m.in. w Niemczech), postulowanego przez ekspertów, umożliwiającego zwiększanie,

uporządkowanie i konsolidowanie nakładów na opiekę długoterminową, bez lawinowego wzrostu wydatków bezpośrednio z budżetu na ten cel.

## 8. Wyzwanie

**Koszty leczenia szpitalnego osób starszych w Polsce należą do najwyższych w Europie.** Wynika to ze sposobu finansowania świadczeń przez NFZ (za jedną chorobę), co przy wielu chorobach sprzyja ponawianiu pobytów w szpitalach, oraz ze zbyt małej liczby łóżek geriatrycznych i rehabilitacyjnych. Odwleczenie rehabilitacji wpływa na niweczenie efektów medycyny interwencyjnej. Leczenie na oddziale geriatrycznym jest tańsze i bardziej efektywne niż na oddziale internistycznym, podnosi standard życia oraz ogranicza powtórne hospitalizacje, a płatnikowi daje oszczędności. Poważnym błędem jest ograniczenie kontraktowania geriatrycznych świadczeń ambulatoryjnych, co wiąże się z niewykorzystaniem potencjału lekarzy specjalistów geriatry.

### Rekomendacje

- Należy dążyć do poszerzania bazy i wykorzystania kadry geriatrycznej, zarówno w dużych, jak i mniejszych aglomeracjach.

## 9. Wyzwanie

**Niewystarczający dostęp do usług opiekuńczych i specjalistycznych, mimo realizowanego od 2018 r. programu „Opieka 75+”, a od 2019 r. rządowego programu „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.** Zasięg tych programów w skali kraju jest nadal niewielki. Wysokie ceny usług opiekuńczych i w związku z tym zmniejszanie godzin opieki, brak możliwości korzystania z opieki w weekendy lub wieczorem powodują rezygnację z usług lub otrzymywanie wsparcia w niedostatecznym wymiarze.

### Rekomendacje

- Trzeba zwiększyć dostęp do usług opiekuńczych i specjalistycznych, między innymi przez rozszerzenie zakresu programów „Opieka 75+” i „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”. Należy rozważyć nowy model przekazywania gminom środków na realizację usług opiekuńczych, tak by były one realizowane przez wszystkie gminy zgodnie z ustawowym obowiązkiem.

## 10. Wyzwanie

Brak kompleksowego systemu opieki nad osobami dotkniętymi otępieniem. W Polsce ponad 500 tysięcy osób starszych żyje z objawami otępienia, w większości bez rozpoznanej przyczyny choroby i bez leczenia. Opieka spada głównie na najbliższą rodzinę. Tylko nieliczni mogą skorzystać z form opieki oferowanych przez ośrodki pomocy społecznej, np. z usług opiekuńczych lub zajęć w domu dziennego pobytu, jeśli taka placówka istnieje w pobliżu miejsca zamieszkania.



## Rekomendacje

- Oszacowanie liczby chorych za pomocą badań przesiewowych, rozpoznanie potrzeb, stworzenie w każdej gminie dostępu zarówno do wczesnej diagnozy i leczenia, jak i do różnorodnych form opieki, np. domów dziennego pobytu i specjalistycznych usług opiekuńczych w domu chorego.
- Współpraca z organizacjami pozarządowymi, doświadczonymi w opiece nad osobami z otępieniem, przy tworzeniu systemu kompleksowego wsparcia.
- Niezbędne jest przyjęcie i wdrożenie Polskiego Planu Alzheimerowskiego, co postuluje WHO i inne organizacje międzynarodowe, z wykorzystaniem wzorów obowiązujących w innych krajach.

## 11. Wyzwanie

**Brak zarówno standardów jakości, bezpieczeństwa i monitoringu usług opiekuńczych świadczonych w domu osoby starszej potrzebującej wsparcia, jak i kryteriów kwalifikacji opiekunów.**

### Rekomendacje

- Opracowanie, z udziałem osób starszych, ich opiekunów i osób świadczących usługi, a następnie wdrożenie i stosowanie ogólnopolskich standardów usług opiekuńczych i narzędzi monitoringu jakości i bezpieczeństwa usług świadczonych w warunkach domowych. Obok ogólnego standardu należy wypracować też standard zaspokajania potrzeb opiekuńczych w warunkach zagrożenia epidemiologicznego czy klęski żywiołowej.

## 12. Wyzwanie

**Ograniczony dostęp do usług pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej** (w ramach NFZ). Przyczyną są zarówno rygorystyczne kryteria (tj. nie więcej niż 40 punktów w skali Barthel), jak i inne warunki związane ze zdrowiem psychicznym osób wymagających pielęgnacji. Korzystanie z tych usług jest też ograniczone z powodu niewystarczającego doinformowania o istnieniu tej pomocy i mylenia jej z usługą pielęgniarstwa środowiskowego.

### Rekomendacje

- Zrewidowanie kryteriów dostępu do usług pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, tak aby umożliwić korzystanie z tych usług osobom starszym niesamodzielnym oraz upowszechnić informacje o takich usługach.

## 13. Wyzwanie

**Ograniczenia w dostępie do opieki hospicyjnej i paliatywnej.** Zbyt wąski wykaz schorzeń uprawniających do opieki hospicyjnej i paliatywnej uniemożliwia dostęp do tego rodzaju opieki

m.in. osobom z otępieniem, z przewlekłą niewydolnością serca i nerek. Struktura opieki hospicyjnej jest nieadekwatna do potrzeb pacjentów i ich rodzin zarówno ze względu na zasięg terytorialny – dostępna jest głównie w większych miastach, jak i ze względu na wymiar godzinowy udzielanej pomocy. Mówi o tym raport NIK z 2019 r. pt. Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wzrasta liczba osób umierających z powodu chorób nienowotworowych niekwalifikujących się do opieki paliatywno-hospicyjnej.

### Rekomendacje

- Opracowanie strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej z prawem dostępności dla chorych nienowotworowych.
- Poszerzenie wykazu chorób umożliwiających korzystanie z opieki paliatywno-hospicyjnej oraz wdrożenie modelu hospicjum na terenach wiejskich funkcjonującego na Podlasiu.
- Zwiększenie finansowania domowej opieki hospicyjnej oraz poprawa jakości usług, zwiększenie stawki za tzw. osobodzień, dofinansowanie dojazdów do pacjenta, rozszerzenie zadań opieki paliatywnej.

## 14. Wyzwanie

**Większe zagrożenie epidemiologiczne wśród pacjentów i pensjonariuszy placówek skupiających w jednym miejscu osoby starsze dotknięte wielochorobowością.** Doświadczenie nadmierności i masowych zgonów w miejscach opieki i leczenia osób starszych, z dużymi deficytami funkcjonalnymi, na przykładzie pandemii wirusa SARS-CoV-2, dowodzi powszechnie niewystarczającego przygotowania aktualnie obowiązujących rozwiązań do ochrony osób starszych i personelu wobec konsekwencji infekcji szerzącej się aktywnie w oddziale/placówce. Pobyty w zakładach i placówkach opieki długoterminowej, domach pomocy społecznej, oddziałach szpitalnych dla dorosłych, oddziałach geriatrycznych, psychogeriatrycznych, psychiatrycznych, sanatoriach (w związku z narażeniem osób tam przebywających na kontakt z patogenem alarmowym o wysokiej zakaźności) wiążą się z ryzykiem bardzo szybkiego rozprzestrzenienia się infekcji w takim miejscu i w konsekwencji wysokiej zachorowalności i umieralności wśród podopiecznych, pacjentów i personelu. Wymagają natychmiastowego wdrożenia złożonych systemów ochrony, izolacji i uruchomienia procedur sanitarno-higienicznych dostosowanych do charakteru ośrodka/ placówki.

### Rekomendacje

- Pilna weryfikacja aktualnych standardów dotyczących jakości, organizacji i funkcjonowania ośrodków opiekuńczo-leczniczych oraz domów pomocy społecznej na wypadek ogłoszenia stanu kryzysu epidemicznego bądź stwierdzenia w rutynowych kontrolach obecności patogenu alarmowego u pracownika/pacjenta/podopiecznego. Wdrażanie nowych standardów wraz z zabezpieczeniem w materiały i sprzęty niezbędne do ich zachowania oraz edukowanie personelu w tym zakresie.

- Standardy te powinny obejmować m.in. wprowadzenie służ wejściowych, analogicznych do tych, które istnieją w szpitalach, umożliwiających regularną wymianę personelu. Powinny również uwzględniać odczuwaną przez pensjonariuszy potrzebę bezpośrednich kontaktów z bliskimi, zwłaszcza przy przedłużającej się izolacji, oraz potrzebę opieki paliatywnej, zapobiegającej także umieraniu w poczuciu osamotnienia.

## 15. Wyzwanie

**Niedostateczne wykorzystanie przez samorządy wszystkich dostępnych im narzędzi do kształtowania samorządowych polityk senioralnych jest przeszkodą we wdrażaniu idei deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi.** Zgodnie z tą ideą, osoby starsze wymagające wsparcia powinny jak najdłużej pozostawać w swoim środowisku i we własnym domu. Decyzja o pobycie w domu pomocy społecznej czy zakładzie psychiatrycznym powinna być ostatecznością.

### Rekomendacje

- Przyspieszenie rządowych prac nad deinstytucjonalizacją opieki nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia, ścisła współpraca między Ministerstwem Zdrowia i MRPiPS w tym zakresie, przyjęcie i wdrożenie ogólnokrajowej strategii deinstytucjonalizacji.
- Dokonanie przez samorządy przeglądu dostępnych już, lokalnych zasobów (finansowych, organizacyjnych, kadrowych), ich wykorzystania i przydatności w projektowaniu działań.
- Rozwijanie szerokiego zakresu pomocy usługowej przez środowiskową sieć wsparcia usługowego, w tym usług transportowych, organizację rodzinnych domów pomocy i innych, które pozwolą zaspokoić w podstawowym zakresie potrzeby osoby starszej i jej opiekuna w społeczności lokalnej.
- Rozwijanie programów mieszkalnictwa wspomaganego, programów cohousingu, z uwzględnieniem potencjału sieci międzypokoleniowych w zapewnianiu codziennego wsparcia najstarszym mieszkańcom.
- Wspieranie przez gminy procesu technicznej adaptacji mieszkań do ograniczeń zdrowotnych starszych mieszkańców oraz tworzenie przez gminy procedur umożliwiających starszym mieszkańcom bezpieczną (tj. bez ryzyka, że padną ofiarą oszustów) zamianę mieszkania.
- Ograniczenie działalności domów pomocy społecznej – molochów przyjmujących po 200–300 pensjonariuszy – na rzecz wspomnianych wcześniej mniejszych, a jednocześnie tańszych form wsparcia z opieką w miejscu zamieszkania osób starszych.
- Zapewnienie starszym osobom możliwości wyboru miejsca i zakresu usług dostosowanych do ich potrzeb. Usługi powinny być dostępne także pod względem finansowym. Osoba starsza jako odbiorca usług powinna być także regularnie pytana o poziom satysfakcji z ich realizacji.

## 16. Wyzwanie

**Niedostrzeżenie problemów oraz potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych mieszkających w jednoosobowych gospodarstwach.** Słabnąca kondycja psychiczna, a szczególnie

depresja i poczucie osamotnienia, to problemy, z którymi mierzy się bardzo wiele osób starszych, zwłaszcza tych tworzących jednoosobowe gospodarstwa domowe, pozbawionych codziennego wsparcia ze strony osób bliskich. Ryzyko osamotnienia wzrasta wraz z potrzebą uzyskania wsparcia w codziennym życiu. Problem ten dotyczy w szczególności obszarów wiejskich, gdzie duża grupa samotnych seniorów nie wykazuje aktywności społecznej i chęci integracji z lokalnym środowiskiem, ze względu na utrudniony dostęp do różnego rodzaju działań na rzecz osób starszych.

### Rekomendacje

- Uwzględnienie w cyklicznej ocenie stanu zdrowia, poziomu sprawności, potrzeb opiekuńczych i samotności osób starszych oraz zapewnienie im dostępu do rzetelnej, aktualizowanej informacji o formach wsparcia w poradniach zdrowia i ośrodkach pomocy społecznej.
- Doskonalenie sposobów świadczenia usług przez ośrodki pomocy społecznej, tak aby lepiej odpowiadały na problem samotności seniorów, wspierały ich aktywność kulturalną i podtrzymywanie kontaktów. Wspieranie także organizacji pozarządowych i ruchów sąsiedzkich, które umożliwiają samotnym osobom starszym nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów z innymi osobami z sąsiedztwa. Konieczne jest dotarcie z ofertą wsparcia do samotnych osób starszych na obszarach wiejskich.

## 17. Wyzwanie

**Niedostatki profilaktyki zdrowotnej i inwestowania w sieci wsparcia.** Osamotnienie osób starszych w późnej starości jest bardzo często konsekwencją wykształconego wcześniej biernego stylu życia, obniżającego ogólną sprawność i ograniczającego codzienne kontakty do wąskiego grona rodzinnego. Tymczasem, jak pokazują wyniki wieloletnich badań, ludzie, którzy żyją w stałym bliskim kontakcie nie tylko z rodziną, lecz także ze społecznością lokalną, są szczęśliwsi i zdrowsi. Kontakt ze wspólnotą realnie wpływa na ich zdrowie fizyczne, psychiczne, a także na długość życia.

### Rekomendacje

- Promowanie postaw prozdrowotnych przez wspieranie aktywnego stylu życia (m.in. rehabilitacji ruchowej), warunkującego uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej i budowanie z nią różnego rodzaju relacji (udział w imprezach kulturalnych, dostęp do informacji, możliwość uczenia się, kontakty międzypokoleniowe).
- Prowadzenie działań przygotowujących osoby starsze i całe rodziny do uruchomienia społecznych sieci wsparcia dużo wcześniej, nim zaistnieje potrzeba korzystania z usług opiekuńczych.
- Rozwijanie sąsiedzkiej czy też wolontariackiej sieci wsparcia osób starszych sprzyja jak najdłuższemu pozostawaniu w miejscu zamieszkania – zgodnie z ideą starzenia się w miejscu zamieszkania – oraz przeciwdziała poczuciu społecznej izolacji, zapewnia dostęp do informacji, daje impuls do podejmowania różnych aktywności. Sąsiedzi (w sieci wsparcia) mogą też pełnić rolę rzecznika osoby zależnej, łącznika z instytucjami pomocy.

## 18. Wyzwanie

**Lekceważenie podmiotowości osób wymagających wsparcia w procesie projektowania usług zdrowotnych i opiekuńczych.** Doświadczenie wskazuje, że tam, gdzie osoby starsze realizują swoje prawa przez zapewniony im udział w procesie decyzyjnym (konsultowaniu), wpływa to korzystnie na jakość, zakres i efektywność ekonomiczną dostępnych form wsparcia, m.in. dzięki lepszemu rozpoznaniu potrzeb i zasobów starszych mieszkańców.

### Rekomendacje

- Włączanie osób starszych i ich opiekunów, jako użytkowników usług i ekspertów najlepiej znających występujące potrzeby, w proces projektowania i wdrażania lokalnych usług, z uwzględnieniem ich praw, np. prawa do godności, intymności, możliwości decydowania i wyboru (zawartych w Europejskiej Karcie Praw i Obowiązków Osób Starszych Wymagających Długoterminowej Opieki i Pomocy, która powstała w ramach Europejskiej Strategii do Walki z Przemocą wobec Osób Starszych – EUSTACEA).
- Przyjmowanie perspektywy holistycznej, pozwalającej dostrzec całą osobę, również jej mocne strony i zasoby, a nie tylko potrzeby i problemy.
- Dbanie o możliwość wnoszenia przez osoby starsze wkładu w życie lokalnej społeczności (np. poprzez spisywanie wspomnień, kontakt z młodzieżą i dziećmi).
- Uwrażliwienie na kwestie językowe (wypracowanie języka przydatnego do komunikowania się w ramach udzielanego wsparcia, odmiennego od biurokratycznego i mało podmiotowego języka pomocy społecznej).
- Dopasowanie metod konsultacji do potrzeb i możliwości osób starszych i ich opiekunów.
- Korzystanie z potencjału rad seniorów i organizacji pozarządowych, mających dobre rozpoznanie potrzeb, a także możliwość dotarcia różnymi kanałami do osób starszych.

## 19. Wyzwanie

**Naruszanie praw osób starszych przez nierówne traktowanie w dostępie do różnych usług i świadczeń pieniężnych.** Zagraża to bezpieczeństwu zdrowotnemu osób starszych i jakości uzyskiwanej opieki.

### Rekomendacje

- Należy zrewidować wszystkie przepisy prawne, które obecnie dyskryminują osoby starsze w dostępie do usług opiekuńczych i wsparcia.
- Konieczne jest informowanie osób starszych o ich prawach i możliwych sposobach reagowania na przypadki dyskryminacji, przygotowywanie informatorów, tworzenie punktów konsultacji prawnych i prowadzenie kampanii o przeciwdziałaniu dyskryminacji.

## 20. Wyzwanie

**Naruszanie praw mieszkańców domów pomocy społecznej, opisane m.in. w raportach Biura RPO z wizytacji przeprowadzonych w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.**

### Rekomendacje

- Podnoszenie świadomości prawnej.
- Kontrola legalności pobytu osób kierowanych do instytucji.
- Realizowanie prawa pensjonariuszy do kontaktu ze światem zewnętrznym.
- Zniesienie obowiązku ubezwłasnowolnienia osób, które nie są w stanie samodzielnie i świadomie podjąć decyzji o pobycie w domu pomocy społecznej.
- Zapewnienie opieki psychologicznej lub psychiatrycznej i opieki medycznej na miejscu.
- Szczegółowe dokumentowanie stosowania przymusu bezpośredniego.
- Prowadzenie cyklicznych obowiązkowych szkoleń dla pracowników domów pomocy społecznej w zakresie praw osób starszych, zależnych, z niepełnosprawnościami.

## 21. Wyzwanie

**Łamanie praw osób starszych w prywatnych placówkach opieki długoterminowej.** Pensjonariusze w nierejestrowanych, nielegalnych i pozbawionych nadzoru państwowego placówkach całodobowej opieki są szczególnie narażeni zarówno na nadużycia, przemoc i złe traktowanie, jak i na niską jakość opieki.

### Rekomendacje

- Zwiększenie publicznego nadzoru nad prywatnymi placówkami opieki, w szczególności przeciwdziałanie nierejestrowaniu placówek.
- Wdrożenie systematycznego przeglądu umów zawieranych między placówką a mieszkańcami lub ich rodzinami pod kątem zgodności z istniejącym prawem, w szczególności we wrażliwych aspektach praw podopiecznych.
- Stworzenie informatorów i platform komunikowania o prawach osób wymagających opieki w placówkach opieki całodobowej, zarówno prywatnych, jak i publicznych.

## 22. Wyzwanie

**System orzekania o niepełnosprawności nieadekwatny do potrzeb seniorów.** Obecnie orzecznictwo jest podzielone na różne segmenty i obsługiwane przez różne instytucje, z osobnym orzecznictwem dla celów rentowych i osobnym dla celów pozarentowych, co powoduje słabą dostępność i nieadekwatność procedur orzecznictwa do potrzeb i możliwości wielu osób starszych. Stąd, część seniorów dotkniętych niepełnosprawnością biologiczną lub funkcjonalną nie posiada prawnego orzeczenia o niepełnosprawności, co pozbawia ich uprawnień do wsparcia. Problem dotyczy także seniorów najstarszych, wymagających opieki, którym trudno jest przejść przez skomplikowane procedury warunkujące uzyskanie orzeczenia.

## Rekomendacje

- Wdrożenie systemu orzekania o niepełnosprawności opartego na jasnych kryteriach biologicznych i funkcjonalnych, który ujednotoczy procedury uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności wszystkim osobom starszym mającym faktycznie ograniczoną sprawność.

## 23. Wyzwanie

**Niski prestiż zawodu opiekuna/opiekunki osoby starszej.** Bardzo niskie płace, zatrudnianie personelu bez odpowiedniego przygotowania lub niskie wymagania kwalifikacyjne stawiane opiekunom, a jednocześnie przeciążenie pracą i wysoki poziom stresu prowadzą do poważnych braków kadrowych, do świadczenia usług niskiej jakości i do rozwijania się czarnego rynku usług. Opiekunowie formalni zatrudniają się w kilku placówkach z powodu niskiej płacy lub zatrudnienia na umowy zlecenia.

## Rekomendacje

- Zagwarantowanie stabilizacji, ciągłości zatrudnienia przez podniesienie płac w zawodach opiekuńczych przy jednoczesnym podnoszeniu kwalifikacji w ramach obowiązkowych szkoleń.
- Zapewnienie osobom świadczącym opiekę w warunkach domowych czy instytucjonalnych szerokiego dostępu do szkoleń podnoszących kwalifikacje i do wsparcia psychologicznego.
- Wprowadzenie zmian w ustawie o pomocy społecznej gwarantujących, że opiekunem osoby starszej będzie osoba z odpowiednimi kwalifikacjami.

## 24. Wyzwanie

**Niedostateczny zakres i formy wsparcia (finansowego, organizacyjnego i psychologicznego) dla opiekunek/opiekunów rodzinnych/niefORMALNYCH.** Szacuje się, że opiekę nad osobami starszymi sprawują w większości (90%) rodziny lub inni opiekunowie/opiekunki niefORMALNI, którzy potrzebują wsparcia, w postaci wiedzy i umiejętności, aby kontynuować opiekę w domu. Dostęp do pomocy dla tej grupy jest ograniczony, a niektórzy opiekunowie są dyskryminowani. Po wszechnie akceptowany obowiązek opiekowania się osobą starszą przez rodzinę zamyka rodzinę na szukanie zewnętrznego wsparcia i prowadzi do szybkiego wypalenia osoby sprawującej opiekę. Są to najczęściej kobiety w wieku 45–64 lat, z tzw. pokolenia kanapkowego (sandwich generation), równolegle opiekujące się dorastającymi dziećmi i swoimi starszymi rodzicami, często też wnukami, co prowadzi do rywalizacji między członkami rodzin o skorzystanie w jak największym stopniu z czasu, którym one dysponują, a tym samym – do istotnego ich przeciążenia.

## Rekomendacje

- Skorygowanie systemu zabezpieczenia opiekunów osób potrzebujących wsparcia. Zwiększenie pomocy dla tej grupy w ośrodkach pomocy społecznej i w organizacjach pozarządowych. Wprowadzenie wsparcia na poziomie umożliwiającym opiekunom rodzinnym utrzymanie wła-

snego, wcześniejszego zatrudnienia. Zachęcanie opiekunów rodzinnych do pozostania na rynku pracy.

- Monitorowanie potrzeb opiekunek/opiekunów i tworzenie punktów informacji, konsultacji medycznej, prawnej, wsparcia psychologicznego przy ośrodkach pomocy społecznej i organizacjach pozarządowych.
- Przy projektowaniu usług wsparcia uwzględnianie szczególnych potrzeb starszych mężczyzn opiekujących się żonami.
- Edukacja nastawiona na zmianę postaw w kwestii korzystania przez rodzinę z różnorodnych form środowiskowego wsparcia (łączenie rodzinnej opieki nad seniorem z korzystaniem z usług publicznych, prywatnych, sąsiedzkiej pomocy, wolontariatu etc.). Rolą opiekuna rodzinnego może być przede wszystkim organizacja i koordynacja kompleksowej opieki (zatrudnienie opiekunki/opiekuna z zewnątrz, nadzorowanie procesu opieki, rozpoznanie dostępnych usług, kontakt z lekarzami, angażowanie innych członków rodziny, podtrzymanie kontaktów społecznych i aktywności starszej osoby).
- Podejmowanie działań edukacyjnych na rzecz zmiany postaw wobec ról opiekuńczych; kampanie promujące zaangażowanie mężczyzn – mężów, synów, wnuków – w opiekę; pokazywanie, jak opieka buduje współpracę i wzajemne wsparcie w ramach szerszej rodziny.

## 25. Wyzwanie

**Nieuzasadniona nierówność zasad przyjmowania osób starszych do zakładów leczniczo-opiekuńczych i domów pomocy społecznej oraz odpłatności ponoszonych przez członków rodzin za pobyt tychże osób w zakładach leczniczo-opiekuńczych i domach pomocy społecznej.** Na członkach rodziny osoby przebywającej w domu pomocy społecznej ciąży obowiązek alimentacyjny (ponoszenie opłat, współpłacenie), natomiast w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) nie spoczywa na nich ten obowiązek. W rezultacie zarówno rodzina, jak i sama gmina są zainteresowane umieszczeniem starszej osoby z niepełnosprawnością w ZOL – właśnie ze względu na brak obowiązku wnoszenia opłat czy współpłacenia.

### Rekomendacje

- Ujednolicenie zasad przyjmowania do domów pomocy społecznej i zakładów opiekuńczo-leczniczych, a także ujednolicenie zasad odpłatności.

## 26. Wyzwanie

**Niewykonanie wyroku Trybunału Konstytucjonalnego z 21 października 2014 r.** (sygn. akt K 38/13), który za niekonstytucyjne uznał uzależnienie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością od tego, czy niepełnosprawność powstała w dzieciństwie czy w dorosłości. Utrwała to dyskryminację w dostępie do świadczenia pielęgnacyjnego. Opiekunowie osób, które zaczęły się zmagać ze znaczną niepełnosprawnością w dorosłym życiu, nie mają



prawa do świadczenia pielęgnacyjnego, a jedynie do niskiego (620 zł) i zależnego od kryterium dochodowego specjalnego zasiłku opiekuńczego. Osoby przekraczające ten próg nie otrzymują nawet tego zasiłku. W tej sprawie wielokrotnie interweniował Rzecznik Praw Obywatelskich.

### Rekomendacje

- Jak najszybsze wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r. i zniesienie kryterium wieku, w jakim powstała niepełnosprawność podopiecznego, jako przesłanki różnicującej prawo do świadczenia pielęgnacyjnego. Zarówno opiekunowie dorosłych, jak i opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością powinni mieć prawo do tego świadczenia pielęgnacyjnego niezależnie od kryterium dochodowego.

## 27. Wyzwanie

**Dyskryminacja opiekunów pobierających świadczenia emerytalno-rentowe.** Pobieranie świadczeń emerytalno-rentowych wyklucza obecnie możliwość starania się o wsparcie pieniężne z tytułu sprawowanej opieki. Również w tej sprawie wielokrotnie interweniował Rzecznik Praw Obywatelskich.

### Rekomendacje

- Wyrównanie wysokości emerytury lub renty pobieranej przez opiekunów do wysokości świadczenia pielęgnacyjnego.

## 28. Wyzwanie

**Dyskryminacja opiekunów, na których nie ciąży obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego.** Jedynie opiekunowie, na których ciąży obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego, a więc wyłącznie osoby z najbliższej rodziny, mogą liczyć na finansowe wsparcie z tytułu sprawowanej opieki. Wyklucza to ze wsparcia opiekunów pochodzących z dalszej rodziny, kręgu przyjaciół, sąsiadów etc.

### Rekomendacje

- Zniesienie podlegania obowiązkowi alimentacyjnemu wobec podopiecznego jako warunku uzyskania świadczeń z tytułu sprawowanej opieki. Należy wprowadzić takie regulacje, które będą zabezpieczały i wspierały opiekunów niezależnie od tego, czy zajmują się osobą z najbliższej rodziny czy spoza niej.

## 29. Wyzwanie

**Brak prawa dla części opiekunów do zabezpieczenia emerytalno-rentowego i zdrowotnego.** Opiekunowie wykluczeni z prawa do świadczeń finansowych z tytułu opieki mogą być nieobjęci

ubezpieczeniem zdrowotnym, jeżeli nie mają ubezpieczenia z innego tytułu. Podobnie jest z ubezpieczeniem emerytalno-rentowym.

### Rekomendacje

- Odprowadzanie składek emerytalno-rentowych oraz prawo do publicznej opieki zdrowotnej dla ogółu opiekunów przez cały okres sprawowania opieki.
- Wprowadzenie prawa do zabezpieczenia i wsparcia z tytułu bezrobocia dla wszystkich byłych opiekunów, po ustaniu sprawowanej opieki, nie zaś – jak to jest obecnie – tylko dla części opiekunów.

## 30. Wyzwanie

**Brak prawa do aktywności zawodowej dla opiekunów pobierających świadczenia pielęgnacyjne i specjalne zasiłki opiekuńcze.** Osoby pobierające świadczenia finansowe z tytułu sprawowanej opieki nie mogą podejmować jakiegokolwiek aktywności zarobkowej, łącznie z zatrudnieniem na podstawie umów cywilnoprawnych (np. o dzieło).

### Rekomendacje

- Umożliwienie na określonych zasadach dorabiania do świadczeń z tytułu opieki (świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy). Należy odejść od radykalnego zakazu podejmowania jakiegokolwiek aktywności zarobkowej przez osoby pobierające te świadczenia.

## Przestrzeń publiczna

### 1. Wyzwanie

**Przestrzenie publiczne niedostosowane do potrzeb seniorów.** Odpowiednio ukształtowane i zorganizowane przestrzenie publiczne wpływają w istotny sposób na jakość życia, zapewnienie godności, zdrowia i dobrego samopoczucia wszystkich ludzi, ale szczególnie osób starzejących się. Dlatego ważne jest wprowadzanie rozwiązań, które będą czynić przestrzenie publiczne miejscami przyjaznymi osobom starszym. Towarzyszące starzeniu się zmiany fizyczne i psychospołeczne zaczynają w coraz większym stopniu ograniczać mobilność i niezależność osób starszych. Istniejący szereg zaleceń dotyczących kształtowania przestrzeni publicznych wyznacza jako podstawowy cel umożliwienie osobom starszym prowadzenia niezależnej egzystencji, w znanym środowisku (zgodnie z ideą starzenia się w miejscu zamieszkania) – tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne.

### Rekomendacje

- Przyjazne dla osób starszych przestrzenie publiczne powinny być dostępne, inkluzywne, stwarzające warunki bezpieczeństwa i umożliwiające, mimo istniejących ograniczeń zdrowotnych

i psychospołecznych, swobodny wybór sposobu życia oraz dalsze pozostawanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania.

- Osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z przestrzeni publicznych na równych prawach z innymi. Dostosowanie przestrzeni publicznej do zróżnicowanych potrzeb osób starszych powinno być oparte na zasadach projektowania uniwersalnego oraz eliminowania rozwiązań dyskryminujących osoby starsze i stygmatyzujących je z powodu ich indywidualnych cech.
- Należy zadbać, by wszystkie przedsięwzięcia związane z proponowaniem, projektowaniem i wprowadzaniem zmian w przestrzeniach publicznych opierały się na uznaniu podmiotowości osób starszych.
- Istniejące w przestrzeniach publicznych newralgiczne bariery i utrudnienia (np. brak ławek umożliwiających krótki odpoczynek, podjazdów, toalet, wysokie krawężniki itp.) mają charakter lokalny, stąd też w ich zidentyfikowaniu i niwelowaniu ważną rolę powinien odgrywać audyt dostępności konkretnych przestrzeni wykonany przez doświadczonych ekspertów w dziedzinie dostępności przestrzeni publicznej, obejmujący też konsultacje z mieszkańcami, w tym osobami starszymi.
- Projektowanie przestrzeni publicznej przyjaznej osobom starszym, przestrzegające zasady jej dostępności, powinno prowadzić do podniesienia funkcjonalności przestrzeni pod względem zaspokajania różnorodnych potrzeb – nie tylko fizycznych, lecz także psychologicznych i emocjonalnych. Wymaga to zarówno interdyscyplinarnego podejścia, jak i uwzględniania opinii osób starszych na każdym etapie rozwiązywania problemów, zgodnie z partycypacyjnym modelem działania.
- Przestrzenie publiczne, obiekty użyteczności publicznej i systemy transportu publicznego, systemy i środki informacji w przestrzeni publicznej muszą być kompatybilne.
- Odpowiednie zaprojektowanie i zabudowanie przestrzeni publicznych powinno stwarzać warunki do zwiększenia aktywności społecznej i kulturalnej osób starszych poprzez umożliwienie korzystania z instytucji zlokalizowanych w przestrzeni dzielnicy lub miasta, uczestniczenia w organizowanych imprezach czy też innych formach spędzania czasu wolnego.
- Dbłość o podtrzymywanie relacji międzygeneracyjnych – w celu przeciwdziałania „mijaniu się” pokoleń – nakazuje organizować i promować w przestrzeniach publicznych miejsca sprzyjające międzypokoleniowym kontaktom społecznym.

## 2. Wyzwanie

**Zagrożenie bezpieczeństwa publicznego osób starszych.** Ważną kwestią w kształtowaniu przestrzeni publicznych przyjaznych seniorom jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Problem narażenia osób starszych na zachowania agresywne jest bardzo poważny. Doświadczanie przemocy przez osoby starsze wpływa negatywnie na ich chęć do życia, stan zdrowia, ogranicza niezależność, aktywność i integrację społeczną, co w dużym stopniu obniża jakość życia. W zapewnianiu poczucia bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej ważną rolę odgrywa, oprócz sprawnie działających wszystkich organów państwa właściwych w zakresie ochrony bezpieczeństwa publicznego, także jej ukształtowanie i wygląd, m.in. widoczność, komunikacja i czytelność danej przestrzeni.

## Rekomendacje

- Zachwianie poczucia bezpieczeństwa wynikające z faktu, że osoby starsze są bardziej narażone na wiktymizację, przyczynia się do ich postępującej automarginalizacji. Przy projektowaniu przestrzeni publicznych przyjaznych osobom starszym istotne jest zatem takie ich ukształtowanie, by zapewniały one osobom starszym bezpieczeństwo (dobre oświetlenie i widoczność, utrudniona możliwość ucieczki sprawcy napaści itp.) Wytucznych w tym zakresie dostarcza koncepcja „zapobiegania przestępczości poprzez projektowanie środowiska” (*crime prevention through environmental design* – CPTED).
- Troska o bezpieczeństwo osób starszych powinna się także przejawiać w kształtowaniu przestrzeni publicznych pozbawionych barier architektonicznych, we wprowadzaniu bezpiecznych rozwiązań w ruchu pieszym i drogowym (równe nawierzchnie chodników, sygnalizacja świetlna z dostosowanymi czasowo zmianami świateł, azyle dla pieszych na długich przejściach przez jezdnie itp.), tak by osoby starsze mogły się bezpiecznie i bez ograniczeń poruszać po swoim terenie, a także miały swobodny dostęp do terenów zewnętrznych.
- Należy dążyć do tego, by wszystkie obiekty użyteczności publicznej posiadały specjalistyczne wyposażenie do ewakuacji osób z niepełnosprawnościami w sytuacji zagrożenia, a także sygnalizację alarmową umożliwiającą informowanie o niebezpieczeństwie osób mających różne ograniczenia (słuchu, wzroku, poruszania się).
- Warunkiem skutecznych działań w dziedzinie planowania i tworzenia przestrzeni publicznej oraz zarządzania nią jest szeroko rozumiana edukacja, adresowana do wszystkich decydentów i wykonawców, uświadamiająca wielką różnorodność zbiorowości osób starszych i wynikającą stąd konieczność elastycznego reagowania na zróżnicowane potrzeby i preferencje związane ze starzeniem się.
- Należy zachęcać osoby starsze do aktywnego włączania się w proces przygotowania programów rewitalizacji i wniesienia w ten sposób swojego wkładu do planów poprawy jakości przestrzeni publicznej.
- Istnieje potrzeba zwiększenia zainteresowania osób starszych i organizacji działających na ich rzecz możliwościami wykorzystania budżetu obywatelskiego do realizowania inicjatyw poprawiających jakość przestrzeni publicznych.

## 3. Wyzwanie

**Wykluczenie transportowe osób starszych.** W starszym wieku pojawiają się ograniczenia w funkcjonowaniu zmysłów i występują różne rodzaje niepełnosprawności, które wykluczają możliwość kierowania pojazdami mechanicznymi. Czynniki te, w powiązaniu z dominującą rolą prywatnego transportu samochodowego i ograniczaniem transportu publicznego, wywołują fundamentalne trudności seniorów w przemieszczaniu się w przestrzeni publicznej.

## Rekomendacje

- Zapewnianie dostępności transportu publicznego dla osób starszych wymaga eliminacji barier w dostępie do tegoż transportu poprzez modernizację taboru pod kątem rozwiązań ułatwia-

jących wsiadanie do pojazdu i wysiadanie z niego, modernizację infrastruktury przystankowej (wyposażenie przystanków w czytelne rozkłady jazdy, oświetlenie przystanków, wyposażenie w ławki, intuicyjne automaty biletowe itp.).

- Jednym z powodów wykluczenia transportowego jest „osłupkowanie” miast, zwłaszcza Warszawy. Nie należy dopuszczać do instalowania słupków przed przychodniami i placówkami rehabilitacyjnymi, do których pacjenci są dowożeni samochodami przez ich rodziny.
- Stworzenie przyjaznego i bezpiecznego transportu publicznego wymaga zastosowania multimodalnego systemu komunikacji, cenowo przystępnego dla osób starszych, zapewniającego łatwe dotarcie do istotnych dla nich punktów docelowych (dom, szpital, przychodnia, instytucje kulturalne, obszary wypoczynku i rekreacji itp.).
- Wykluczenie transportowe łączy się z utrudnionym dostępem do opieki medycznej. Na obszarach wiejskich należy stworzyć zachęty i bodźce materialne do odbywania wizyt domowych u osób starszych.

## Aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna

### 1. Wyzwanie

**Niski poziom aktywności społecznej, edukacyjnej i kulturalnej całej zbiorowości osób starszych.** Działania na rzecz aktywności edukacyjnej osób starszych są ujęte przez Polskę w raporcie z 2018 r. z realizacji Celów Zrównoważonego Rozwoju w obszarze pomocy społecznej. Tymczasem w ramach celu 4: „Zapewnić wszystkim wysokiej jakości edukację oraz promować uczenie się przez całe życie” brakuje jakiegokolwiek odniesienia do edukacji w starszym wieku. „Wszystkim” oznacza w tym wypadku „wszystkim bez osób starszych”. Ten fakt oraz dane GUS przedstawiane w informacji MRPiPS o sytuacji osób starszych w 2018 r., które mówią, że jedynie około 5% osób starszych uczestniczy w jakiegokolwiek formie edukacji, obrazują strukturalne pominięcie seniorów w polityce edukacyjnej państwa.

### Rekomendacje

- Tworzenie instytucji, wspieranie organizacji i programów permanentnie propagujących i wspierających aktywność osób w wieku emerytalnym na wszystkich płaszczyznach, przy jednoczesnym ograniczaniu w tej dziedzinie działań okazjonalnych i jednorazowych.
- Większa otwartość na aktywność zgodną z indywidualnymi potrzebami osoby starszej, tj. takie działania, które dają możliwość elastycznego wyboru formy uczestnictwa.
- Intensyfikacja działań, zwiększenie nakładów na wsparcie aktywności osób z ograniczoną sprawnością funkcjonalną.
- Wprowadzenie do samorządowych strategii rozwiązywania problemów społecznych obowiązku włączania do procesów konsultacji przedstawicieli różnych grup wiekowych, a szczególnie osób starszych.

- Promowanie wzorów organizowania lokalnych usług społecznych (kulturalnych, edukacyjnych i rekreacyjnych) w taki sposób, by czynić je dostępnymi dla osób w każdym wieku. Jest oczywiste, że takie przeciwdziałanie segmentacji pokoleniowej powinno się odbywać z respektowaniem odczuwanej przez grupy rówieśnicze potrzeby spędzania czasu wolnego tylko we własnym gronie.
- Powołanie zespołu w Ministerstwie Edukacji Narodowej współpracującego z Departamentem Polityki Senioralnej w MRPiPS, który byłby odpowiedzialny za wdrażanie polityki edukacyjnej adekwatnej do potrzeb osób starszych, podejmującej m.in. tematy poruszone w niniejszym dokumencie.
- Włączenie problematyki osób starszych do wykładów akademickich na kierunkach niezwiązanych wprost z polityką senioralną, np. na kierunkach zarządzanie i prawo. Należy preferować podejście zintegrowane, w którym politykę senioralną uwzględnia się obok, np. prawa gospodarczego lub zarządzania, co oznacza, że jest ona równie ważna, jak inne zagadnienia przedmiotu. Nie stoi to na przeszkodzie oferowaniu wykładów specjalistycznych.

## 2. Wyzwanie

**Niski poziom aktywności społecznej, edukacyjnej i kulturalnej osób starszych mieszkających w stacjonarnych instytucjach opiekuńczych.**

### Rekomendacje

- Poprawa jakości życia mieszkańców domów pomocy społecznej poprzez umożliwienie im swobodnego udziału w różnorodnych formach aktywności poza miejscem ich zamieszkania. A w sytuacjach, kiedy nie jest to możliwe, otwarcie DPS-ów na organizację tego typu działań na ich terenie.
- Poza zapewnieniem opieki geriatrycznej i zdrowotnej, zasadne jest wspieranie mieszkańców DPS-ów poprzez stymulowanie ich rozwoju osobistego na tym etapie życia.

## 3. Wyzwanie

**Brak dostatecznego uwzględnienia wiedzy z zakresu gerontologii w kształceniu profesjonalnych kadr pracujących w systemie wsparcia osób starszych.**

### Rekomendacje

- Poważne i odpowiedzialne potraktowanie postulatu formalnego i pozaformalnego kształcenia gerontologicznego w szkołach policealnych i na wyższych uczelniach, na studiach podyplomowych, w nurcie doskonalenia zawodowego na kierunkach przygotowujących tzw. kadry bezpośredniego kontaktu, czyli osoby pracujące z seniorami. Dotyczy to sektora zdrowia, edukacji, kultury, pomocy społecznej, fizjoterapii i rehabilitacji, usług socjalnych, opieki i asysty, a także przygotowania do pracy duszpasterskiej duchownych różnych wyznań i in. Potrzebne jest zwiększenie liczby godzin zajęć z geriatryi na kierunkach medycznych.

## 4. Wyzwanie

**Niedostateczne warunki do rozwoju wolontariatu osób starszych** jako sposobu na utrzymanie aktywności, przekazywanie doświadczeń, rozwój i wykorzystanie kompetencji czy łączenie pokoleń.

### Rekomendacje

- Promowanie i wspieranie warunków do rozwoju wolontariatu kompetencji (tj. wolontariatu opartego na idei dzielenia się posiadaną wiedzą, doświadczeniem oraz umiejętnościami) wśród osób starszych.
- Rozwijanie i wspieranie wolontariatu/działań seniorów na rzecz seniorów, w tym szczególnie w obszarze usług opiekuńczych, przeciwdziałania osamotnieniu, potrzebnych w sytuacjach, kiedy nie można opuszczać mieszkań.
- Wspieranie działań rozwijających wolontariat instytucjonalny i pozainstytucjonalny osób starszych, w szczególności w małych miastach i na wsiach.
- Opracowanie, wdrożenie i rozwijanie efektywnych programów edukacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych mogących pełnić rolę lokalnych liderów wolontariuszy, w szczególności w zakresie nowych technologii, komunikacji, zarządzania zespołem, motywowania. Przygotowanie profesjonalnej kadry szkolącej osoby starsze. Zapewnienie finansowania szkoleń dla seniorów.
- Wielopłaszczyznowe wspieranie organizacji pozarządowych aktywizujących społecznie, efektywnie rozwijających wolontariat osób starszych.
- Zwiększenie dofinansowania – na wszystkich szczeblach, w ramach otwartych konkursów ofert na wykonywanie zadań przez organizacje pozarządowe – projektów mających na celu poszerzenie spektrum działań wolontariackich oraz zwiększenie liczby wolontariuszy w wieku 60+.
- Tworzenie platform wzajemnej komunikacji w obszarze wolontariatu, działań seniorów na rzecz innych z wykorzystaniem nowych technologii.
- Poprawianie wizerunku wolontariuszy-seniorów jako osób godnych zaufania, słownych, kompetentnych, lojalnych, oddających się sprawie całym sercem, mających sporo czasu wolnego. A wśród samych seniorów: propagowanie wolontariatu jako działalności przedłużającej życie i poprawiającej jego jakość, podejmowanej z potrzeby bycia przydatnym czy spłacania „długów”, pomagającej radzić sobie z samotnością i z poczuciem odrzucenia.

## Komunikacja społeczna

### 1. Wyzwanie

**Społeczne stereotypy starości i osób starszych.** Dominujące we współczesnej kulturze negatywne oraz ambiwalentne (zawierające zarówno pozytywne, jak i negatywne cechy) stereotypy osób starszych prowadzą do postrzegania tej zbiorowości głównie w kategoriach deficytów. Kształtowany tak wizerunek jest ważnym źródłem dyskryminacji osób starszych, zaburza komunikację i relacje międzyludzkie.

## Rekomendacje

- Propagowanie w społeczeństwie wiedzy o heterogeniczności grupy osób starszych, zmianach zachodzących w kohortach współczesnych osób starszych, różniących się swoimi potrzebami i cechami od poprzednich grup pokoleniowych.
- Rozwijanie programów edukacyjnych na temat starości w szkołach i przedszkolach. Prowadzenie w mediach kampanii edukacyjnych głoszących hasło poszanowania godności osób starszych.
- Rozwijanie programów wolontariatu międzypokoleniowego – sprzyjającego wzajemnemu poznawaniu i zrozumieniu, ułatwiającego odrzucenie nieprawdziwych stereotypów, krzywdzących każde z pokoleń (nie tylko tych najstarszych).
- Reagowanie na występowanie w przestrzeni publicznej (również wirtualnej) przypadków mowy pogardy wobec starszych, m.in. obraźliwych komentarzy, obelg czy złośliwych żartów – motywowanych negatywnymi stereotypami. Prowadzenie kampanii społecznych dla różnych środowisk o szkodliwości mowy pogardy i nienawiści.

## 2. Wyzwanie

**Protekcjonalna postawa w komunikacji, sygnalizująca, że osoba starsza jest postrzegana jako mniej sprawny i kompetentny uczestnik relacji.** Podobnie jak nieuzasadniona pomoc lub podejmowanie decyzji za osobę starszą, jest przejawem tzw. łagodnego ageizmu. Szczególnie często występuje w środowisku instytucjonalnej pomocy świadczonej osobom starszym, w takich miejscach, jak szpitale, domy pomocy społecznej i inne placówki opiekuńcze. Protekcjonalny ton czy styl w komunikacji z osobami starszymi, zarówno bliskimi, jak i nieznanymi, często przyjmuje formę określaną jako *elderspeak*. Składają się na nią uproszczone słownictwo i gramatyka, częstsze – w porównaniu z mową typową dla relacji dorosły–dorosły – stosowanie pytań i powtórzeń oraz nieuzasadniona poufałość wobec mało znanych lub nieznanymi osób starszych. Intonacją przypomina mowę kierowaną do małych dzieci. Badania wskazują, że osoby używające takiego języka wobec osób starszych z reguły kierują się dobrymi intencjami, jednak nie zdają sobie sprawy, że ten sposób komunikacji odzwierciedla stereotypy, jest negatywnie odbierany przez same osoby starsze i ma negatywny wpływ na ich poznawcze (intelektualne), psychiczne i społeczne funkcjonowanie.

## Rekomendacje

- Niezbędne są działania na rzecz zmiany społecznej świadomości w kwestii komunikacji z osobami starszymi, zwłaszcza działania kierowane do osób często kontaktujących się z ludźmi starszymi ze względu na wykonywany zawód lub pełnione funkcje opiekuńcze. Możliwe formy działania to warsztaty edukacyjne i szkoleniowe dla osób pracujących w instytucjach opiekuńczych.
- Organizowanie kampanii społecznych na rzecz promowania neutralnego języka (używanego w relacji dorosły–dorosły) w kontaktach z osobami starszymi oraz eliminowania w przestrzeni publicznej (również w języku urzędowym) dyskryminujących pojęć, np. „osoba niesamodzielna”, i zastępowania ich określeniami neutralnymi, np. „osoba wymagająca wsparcia”.



- Organizowanie warsztatów dla osób starszych służących rozwijaniu kompetencji w zakresie radzenia sobie z niechcianymi formami komunikacji.

### 3. Wyzwanie

**Lekceważenie lub pomijanie swoistych cech starszego pokolenia w projektowanych przez instytucje procedurach i stosowanych środkach dostarczania informacji obywatelom.** Sytuacja ta jest uznawana za przejaw dyskryminacji pośredniej, polegającej na tym, że neutralne z pozoru rozwiązanie stawia osoby w starszym wieku w gorszej sytuacji niż osoby młodsze.

#### Rekomendacje

- Promowanie wzorów tzw. efektywnego informowania, zawierającego celowe działania o charakterze afiliatywnym, tj. służącym wyrównywaniu tych nierówności w dostępie do informacji, u których podłoża leżą ograniczenia związane z wiekiem i poziomem sprawności odbiorców informacji.

## Przestrzeń wirtualna

### 1. Wyzwanie

**Wykluczenie cyfrowe osób starszych.** W związku z rozwojem technologii informacyjnych coraz ważniejszym elementem społecznej przestrzeni jest rozwinięta i coraz bardziej złożona sieć międzyludzkiej komunikacji, nazywana niekiedy przestrzenią wirtualną. W przypadku większości osób nowoczesne środki komunikacji służą rozszerzeniu ich społecznej przestrzeni, pomimo że nie opuszczają one swojego geograficznie określonego terytorium. Jest jednak wiele starszych osób, które nie rozszerzają swojej społecznej przestrzeni dzięki nowym technologiom, a nawet doświadczają wykluczenia z przestrzeni społecznej kształtowanej za pomocą tych technologii. Z badań GUS wynika, że w 2019 r. w populacji w wieku 65–74 lat zaledwie 30,6% osób korzystało regularnie z komputera, a 33,3% regularnie korzystało z Internetu. Przyczyny tej sytuacji są wielorakie. Mają związek zarówno z cechami osób starszych (np. niższym ogólnym poziomem wykształcenia, niższymi kompetencjami informatycznymi, ograniczeniami sensorycznymi, mniejszą sprawnością manualną, mniejszą skłonnością do wchodzenia w wirtualne relacje z innymi ludźmi), jak i z konstrukcją urządzeń, programów obsługi oraz techniczną dostępnością Internetu.

#### Rekomendacje

- Kontynuacja nieodpłatnych programów edukacyjnych służących podniesieniu kompetencji cyfrowych osób starszych.
- Przygotowanie personelu pracującego z klientami korzystającymi z urządzeń komunikacji elektronicznej (np. pracowników sklepów z telefonami komórkowymi, konsultantów klienta) w zakresie znajomości potrzeb i ograniczeń klientów w starszym wieku.

- Upowszechnianie wiedzy o Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie wymogów dostępności produktów i usług (European Accessibility Act – Europejski Akt Dostępności). Dyrektywa dotyczy m.in. sprzętu komputerowego (w tym terminali płatniczych i czytników książek), usług audiowizualnych, serwisów lotniczych, kolejowych i autobusowych, usług bankowości detalicznej, książek elektronicznych i usług handlu elektronicznego. Wskazuje, jak mają być przygotowywane instrukcje obsługi i jak projektować interfejs użytkownika, wylicza, jakie parametry trzeba spełnić, by z urządzeń i usług mogły korzystać osoby z niepełnosprawnościami.

## 2. Wyzwanie

### **Niedostosowanie urządzeń i form komunikacji elektronicznej do potrzeb osób starszych.**

W przestrzeni publicznej coraz częściej pojawiają się zautomatyzowane usługi świadczone przez urzędnika, których obsługa wymaga dobrej koordynacji wzrokowo-ruchowej, zrozumienia instrukcji obsługi, a niekiedy także szybkiej reakcji. Przykłady takich urządzeń to: samoobsługowe kasy w sklepach, automaty sprzedające bilety komunikacji miejskiej, automaty na lotniskach służące do rejestracji pasażerów i wydawania kart pokładowych oraz do nadawania bagażu itd. Nawet jeśli osoby starsze mają podstawowe kompetencje cyfrowe, ujawniają się ograniczenia, które sprawiają, że osoby te tylko fragmentarycznie uczestniczą w przestrzeni wirtualnej. Konieczne jest uczynienie jej bardziej przyjazną dla seniorów.

### **Rekomendacje**

- Wprowadzenie obowiązku tłumaczenia na język polski opisów funkcjonowania różnorodnych aplikacji internetowych. Obecnie są one dostępne tylko w języku angielskim, który zna stosunkowo niewielka część starszego pokolenia.
- Wprowadzenie obowiązku testowania przez konsumentów w starszym wieku zrozumiałości opisów procedur pozwalających na korzystanie z komunikacji w Internecie. Są one formułowane w języku polskim w nieprzystępny sposób, z zastosowaniem żargonu informatycznego, niezrozumiałego dla osób starszych, nawet tych, które charakteryzują się wysokim poziomem ogólnych kompetencji językowych.
- Przeprowadzenie w latach 2023–2024, z udziałem osób starszych, ewaluacji funkcjonowania ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych oraz ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

## Wykaz opracowań tematycznych zamieszczonych w aneksie

- Barbara Mikołajczyk, *Wykaz przepisów i traktatów, którymi Polska się nie związała.*
- Irena Wóycicka, *Zabezpieczenie społeczne osób starszych.*
- Barbara Bień, Jarosław Derejczyk, *Zdrowie i opieka zdrowotna osób starszych.*
- Rafał Bakalarczyk, Kinga Dękiejowska, Barbara Imiołczyk, Beata Tokarz-Kamińska, Jolanta Piotrowska, Dorota Siwiec, Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska, *Sytuacja osób starszych z perspektywy potrzeb opiekuńczych.*
- Ewa Kamińska, Ewa Kulisz, Tomasz Schimanek, Małgorzata Stanowska, Zofia Szarota, *Aktywność osób starszych.*

## Wykaz przepisów i traktatów, którymi Polska się nie związała

	EKS (+Protokół o skardze zbiorowej)	ZEKS	Protokół dodatkowy do MPPPGSK o skardze do Komitetu PGSK	Protokół nr 12 do EKPCz (Zakaz dyskryminacji w zakresie praw niezawartych w EKPCz)	Protokół dodatkowy do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (z niepełno-) sprawności (mi ang.) dot. skargi indywidualnej do Komitetu PON	Konwencja Nr 156 MOP dotycząca równości szans i traktowania pracowników obu płci: pracowników mających obowiązki rodzinne
<b>1. Zdrowie</b>	brak mechanizmu kontrolnego (petycje zbiorowe)		brak mechanizmu kontrolnego		brak mechanizmu kontrolnego	
<b>2. Aktywność fizyczna i rehabilitacja ruchowa</b>	brak mechanizmu kontrolnego (petycje zbiorowe)		brak mechanizmu kontrolnego		brak mechanizmu kontrolnego	
<b>3. Organizacja opieki</b>	Artykuł 14 - Prawo do korzystania ze służb opieki społecznej [...] 2. zachęcać do uczestnictwa jednostek i organizacji dobroczynnych lub innych w ustanowieniu i utrzymywaniu takich służb. brak mechanizmu kontrolnego (petycje zbiorowe)	Artykuł 27 - Prawo pracowników mających obowiązki rodzinne do równości szans i do równego traktowania ( <b>ochrona opiekunów</b> )	brak mechanizmu kontrolnego		brak mechanizmu kontrolnego	Art. 1 ust. 2. Postanowienia niniejszej Konwencji będą miały również zastosowanie do pracowników obu płci mających obowiązki w stosunku do innych członków ich najbliższej rodziny, którzy bezspornie potrzebują ich opieki lub wsparcia, jeśli obowiązki takie ograniczają ich możliwości przygotowania się do działalności gospodarczej, rozpoczęcia jej, uczestniczenia w niej lub rozwijania jej.

	EKS (+Protokół o skardze zbiorowej)	ZEKS	Protokół dodatkowy do MPPPGSK o skardze do Komitetu PGSK	Protokół nr 12 do EKPCz (Zakaz dyskryminacji w zakresie praw niezawartych w EKPCz)	Protokół dodatkowy do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (z niepełności ang.) dot. skargi indywidualnej do Komitetu PON	Konwencja Nr 156 MOP dotycząca równości szans i traktowania pracowników obu płci; pracowników mających obowiązki rodzinne
<b>4. Praca zawodowa</b>	brak mechanizmu kontrolnego (petycje zbiorowe)	Artykuł 26 - Prawo do poszanowania godności w pracy 2. popierać uczulanie, informowanie i zapobieganie w kwestii czynów karalnych lub <b>wyrażnie nieprzyjaznych i obraźliwych, skierowanych przeciw poszczególным pracownikom w miejscu pracy lub w związku z pracą</b> oraz zobowiązują się podejmować wszelkie odpowiednie środki w celu ochrony pracowników przed takimi zachowaniami.	brak mechanizmu kontrolnego	brak mechanizmu kontrolnego	brak mechanizmu kontrolnego	
<b>5. Zabezpieczenie społeczne</b>	Artykuł 13 Prawo do pomocy społecznej i medycznej W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do pomocy społecznej Umawiające się Strony zobowiązują się: 1. zapewnić, by każdej osobie, która nie posiada dostatecznych zasobów i która nie jest zdolna do zapewnienia ich sobie z innych źródeł, szczególnie	Artykuł 23 - Prawo osób w podszłym wieku do ochrony społecznej W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa osób w podszłym wieku do ochrony społecznej, Strony zobowiązują się podejmować lub popierać bądź bezpośrednio, bądź we współpracy z organizacjami publicznymi lub prywatnymi, stosowne środki dla, w szczególności: 12 - umożliwienia osobom w podszłym wieku pozostania pełnoprawnymi członkami społeczeństwa tak długo, jak to możliwe, poprzez: a. zapewnianie odpowiednich zasobów umożliwiających im godziwą egzystencję i aktywny udział w życiu publicznym, społecznym i kulturalnym; b. dostarczanie informacji o usługach i uławianiach dostępnych dla osób w podszłym wieku oraz o możliwościach korzystania z nich; - umożliwienia osobom w podszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku	brak mechanizmu kontrolnego	brak mechanizmu kontrolnego	brak mechanizmu kontrolnego	



	EKS (+Protokół o skardze zbiorowej)	ZEKs	Protokół dodatkowy do MPPPGSK o skardze do Komitetu PGSK	Protokół nr 12 do EKPCz (Zakaz dyskryminacji w zakresie praw niezawartych w EKPCz)	Protokół dodatkowy do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (z niepełności ang.) dot. skargi indywidualnej do Komitetu PON	Konwencja Nr 156 MOP dotycząca równości szans i traktowania pracowników obu płci: pracowników mających obowiązki rodzinne
8. Komunikacja społeczna		J.W Artykuł 30 - Prawo do ochrony przed ubóstwem i marginalizacją społeczną	brak mechanizmu kontrolnego		brak mechanizmu kontrolnego	
9. Przestrzeń wirtualna		Artykuł 30 - Prawo do ochrony przed ubóstwem i marginalizacją społeczną (społeczeństwo informacyjne – wykluczenie cyfrowe)	brak mechanizmu kontrolnego		brak mechanizmu kontrolnego	
10. Zagrożenia i nadużycia	brak mechanizmu kontrolnego	Artykuł E – Niedyskryminacja Korzystanie z praw ustanowionych w niniejszej Karcie musi być zapewnione bez jakiegokolwiek rozróżnienia z powodu, w szczególności, rasy, koloru skóry, płci, języka, wyznania, przekonań politycznych lub przekonań innego rodzaju, pochodzenia narodowego lub pochodzenia społecznego, stanu zdrowia, przynależności do mniejszości narodowej, urodzenia lub jakiegokolwiek innego czynnika	brak mechanizmu kontrolnego	Art. 1 Ogólny zakaz dyskryminacji 1. Korzystanie z każdego prawa przewidzianego w prawie powinno być zapewnione bez dyskryminacji wynikającej z takich powodów, jak płeć, rasa, kolor skóry, język, religia, przekonania polityczne lub inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie lub z jakichkolwiek innych przyczyn. 2. Nikt nie może być dyskryminowany przez jakiegokolwiek władze publiczne z któregośkolwiek powodów wymienionych w ustępie 1.	brak mechanizmu kontrolnego	

## Zabezpieczenie społeczne osób starszych

Niniejsze opracowanie powstało na potrzeby raportu podsumowującego prace zespołu ekspertów ds. osób starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Z tego też powodu jest ono poświęcone głównie analizie tych aspektów zabezpieczenia społecznego osób starszych, które mają istotny związek z naruszaniem praw człowieka: dyskryminacją, nierównościami i ubóstwem.

System zabezpieczenia społecznego pełni istotną rolę w określeniu materialnych warunków życia osób starszych. W populacji osób dorosłych zmniejsza się wraz z wiekiem rola dochodów z pracy, a znacznie rośnie rola zarówno pieniężnych transferów społecznych, jak i usług społecznych, przede wszystkim usług zdrowotnych i opieki długoterminowej. Analiza narodowych rachunków transferów pokazuje, że w populacji osób dorosłych najwyższe dochody z pracy osiągają przeciętnie osoby w wieku około 40 lat, podczas gdy wysokość transferów publicznych rośnie systematycznie dla kohort w wieku 40 lat i więcej. Najwyższy udział w transferach do osób starszych, w wieku 60 lat i więcej, mają emerytury, wraz z wiekiem maleje natomiast rola innych niż emerytury świadczeń społecznych. Istotną i rosnącą rolę odgrywają też usługi związane ze zdrowiem i opieką. Warto także odnotować, że wraz z malejącą rolą dochodów z pracy, rośnie w budżetach osób starszych znaczenie transferów prywatnych oraz prywatnie finansowanych usług opieki zdrowotnej (por. Chłoń-Domińczak, 2013).

### 1. Emerytury i renty jako główne źródło utrzymania osób starszych

Świadczenia z ubezpieczenia społecznego, w tym zwłaszcza emerytury, mają decydujący wpływ na poziom dochodów osób starszych. Z badań budżetów gospodarstw domowych w 2018 r. wynika, że w gospodarstwach z osobami wyłącznie w wieku 60 lat i więcej, dochody ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego stanowią 83,2% dochodu rozporządzalnego (w tym emerytury i renty – 77,9%), dochody z pozostałych świadczeń społecznych – 0,7%, a dochody z pracy – 12%.

Zdecydowana większość starszych Polaków ma dostęp do świadczeń emerytalno-rentowych. Wśród osób w wieku 60 lat i więcej emerytury i renty otrzymuje 77% mężczyzn oraz 94% kobiet<sup>1</sup>. Najistotniejszym źródłem dochodów są emerytury, które pobiera 66% mężczyzn oraz 73% kobiet. Istotną rolę w dochodach kobiet starszych odgrywają również renty rodzinne, które pobiera 19% kobiet w wieku 60 lat i więcej. Dla mężczyzn w wieku przedemerytalnym (60–64 lata), ważną rolę odgrywają także dochody z pracy oraz renty z tytułu niezdolności do pracy, które po uzyskaniu uprawnień emerytalnych są przekształcane w emerytury<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w odsetku osób w wieku 60 lat i więcej pobierających świadczenia emerytalno-rentowe wynikają z niższego wieku emerytalnego kobiet: mają one prawo do emerytury w wieku 60 lat, podczas gdy mężczyźni w wieku 65 lat.

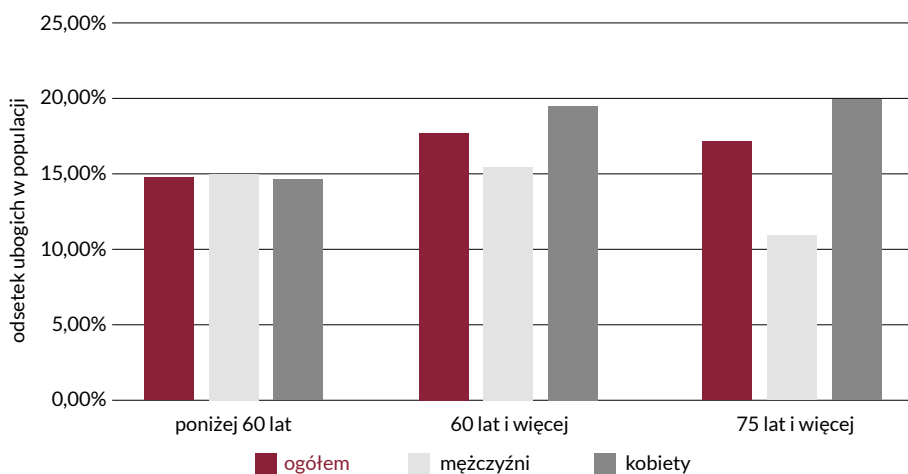
<sup>2</sup> Dane szacunkowe na podstawie danych ZUS, KRUS, GUS i MSWiA.



## 2. Ubóstwo osób starszych

Chociaż transfery socjalne w istotny sposób zmniejszają ubóstwo osób starszych<sup>3</sup>, to w ostatnich latach zauważalny jest trend wzrostu zagrożenia ubóstwem tej grupy. Ryzyko ubóstwa relatywnego osób starszych (w wieku 60 lat i więcej) wzrosło w 2018 r. w porównaniu z 2015 r. o 3,7 pkt proc.<sup>4</sup>

Skala zagrożenia ubóstwem zależy od płci. W wieku 60 lat i więcej niemal co piąta kobieta i co siódmy mężczyzna mają dochody poniżej linii ubóstwa relatywnego. W wieku 75 lat i więcej ryzyko ubóstwa wśród kobiet nieznacznie wzrasta, podczas gdy wśród mężczyzn wyraźnie spada (zob. wykres 1). Co piąta kobieta w wieku 75 lat i więcej i co dziesiąty mężczyzna w tym wieku są narażeni na ubóstwo. Ubóstwo osób starszych to przede wszystkim ubóstwo kobiet. W liczbie osób w wieku 60 lat i więcej narażonych na ryzyko ubóstwa, kobiety stanowią 64%, a w wieku 75 lat i więcej już 79%.



**Wykres 1.** Ryzyko ubóstwa wśród osób starszych (2018 r.)

Kryterium ubóstwa: 60% mediany dochodów ekwiwalentnych

**Dane:** Eurostat

Nierówności dochodowe pogłębiają się wraz z wiekiem. Dla osób w wieku 60 lat i więcej luka dochodowa pomiędzy mężczyznami i kobietami wynosi 3,3 pkt proc., a w wieku 75 lat i więcej już 7,9 pkt proc.

Różnice w skali ubóstwa osób starszych w zależności od płci są jeszcze znaczniejsze, gdy weźmiemy pod uwagę jedynie populację osób pobierających emerytury. Jak wynika z danych Euro-

<sup>3</sup> W wyniku transferów socjalnych ryzyko ubóstwa w populacji osób w wieku 65 lat i więcej spadło z 80,6% do 17,4% w 2018 r. przy linii ubóstwa równej 60% mediany dochodów ekwiwalentnych. Obliczenia na podstawie danych Eurostatu (2018 r.).

<sup>4</sup> Kryterium ubóstwa – 60% mediany dochodów ekwiwalentnych. Przy wykorzystaniu kryterium ubóstwa równego 40% mediany dochodów ekwiwalentnych ubóstwo wśród osób w wieku 60 lat i więcej wzrosło w tym czasie o 0,5% (z 45 do 45,5%). Dane Eurostatu.

statu, kobiety pobierające emerytury są prawie dwukrotnie częściej narażone na ubóstwo niż mężczyźni<sup>5</sup>.

Różnice w zagrożeniu ubóstwem są związane z wysokością świadczeń kobiet i mężczyzn. Według danych ZUS, przeciętna emerytura wypłacana kobietom w 2018 r. wynosiła 66% przeciętnej emerytury wypłacanej mężczyznom. Różnica ta wynika zarówno z odmiennej sytuacji kobiet i mężczyzn na rynku pracy, jak i z regulacji w obrębie systemu emerytalnego.

Oczekiwana długość okresów aktywności zawodowej Polek jest o 5,6 roku krótsza od długości aktywności zawodowej mężczyzn. Zarobki kobiet są niższe od zarobków mężczyzn przeciętnie o 8,9%<sup>6</sup>. Co więcej, przeciętny oczekiwany okres aktywności zawodowej kobiet w Polsce – jak również w Grecji, we Włoszech, w Chorwacji i na Malcie – należy do najkrótszych w Europie. Obok czynników kulturowych, na krótkie okresy aktywności zawodowej Polek przekładają się również czynniki strukturalne, takie jak złe warunki pracy czy ograniczony dostęp do usług opiekuńczych nad dziećmi i osobami dorosłymi wymagającymi opieki<sup>7</sup>.

Również niektóre regulacje systemu emerytalnego, które noszą znamiona dyskryminacji pośredniej, mają negatywny wpływ na wysokość świadczeń otrzymywanych przez kobiety.

Po pierwsze, przywrócenie w 2015 r. poprzedniego wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn) powoduje utrzymanie różnic w przeciętnej długości okresów aktywności zawodowej oraz przeciętnej długości dalszego trwania życia w momencie przejścia na emeryturę pomiędzy kobietami i mężczyznami. Oba te czynniki silnie oddziałują na wysokość świadczenia emerytalnego.

Różnica w wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn może być postrzegana jako czynnik dyskryminujący starsze kobiety na rynku pracy, ponieważ powoduje ona większe ryzyko utraty przez nie pracy. Niższy wiek emerytalny kobiet sprawia, że kobiety w wieku 60–64 lat są zdecydowanie bardziej narażone na ryzyko utraty pracy niż mężczyźni. Niższy wiek emerytalny kobiet przekłada się bowiem na niższy wiek ustania prawnej ochrony przed zwolnieniem z pracy w okresie przedemerytalnym. Ponadto, o ile orzecznictwo Sądu Najwyższego zakazuje zwalniania z pracy wyłącznie z tytułu uzyskania prawa do emerytury, to nie wyklucza sytuacji, że może być ono przesłanką zwolnienia z pracy, w sytuacji gdy w zakładzie pracy następuje redukcja zatrudnienia<sup>8</sup>.

Po drugie, ze względu na fakt, że kobiety znacznie częściej niż mężczyźni sprawują opiekę nad dziećmi lub innymi członkami rodziny, sposób kompensowania okresów opieki w systemie emerytalnym ma istotny wpływ na wysokość ich świadczeń. Choć okresy sprawowania opieki nad dziećmi lub osobami dorosłymi wymagającymi opieki są objęte składkami opłacanymi z FUS lub z budżetu państwa, to istnieją nadal luki wpływające niekorzystanie na wysokość emerytur otrzymywanych przez kobiety. Dotyczy to w szczególności okresów opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3, okresów pobierania zasiłku opiekuńczego oraz okresów opieki nad niepełnosprawnym członkiem rodziny, gdy niepełnosprawność powstała po 18. roku życia.

<sup>5</sup> Zagrożenie ubóstwem mężczyzn pobierających emerytury wynosiło w 2018 r. 12,9%, kobiet – 21,7%. Dane Eurostatu.

<sup>6</sup> Dane Eurostatu, 2018 r.

<sup>7</sup> Więcej na ten temat w badaniach SHARE (SHARE, 2018).

<sup>8</sup> Por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 3 grudnia 2003 r. (I PK 80/03).

Rozważenia wymaga wysokość składki emerytalnej refundowanej przez budżet państwa za okresy sprawowania opieki nad małymi dziećmi. Choć obecnie, począwszy od 2013 r. wszystkie okresy sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3 są objęte składką emerytalną finansowaną z budżetu państwa, jednak wymiar tej składki jest ograniczony do poziomu 60% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, co jest niekorzystane dla kobiet osiągających wyższe wynagrodzenie.

Podobnie, nie są w pełni kompensowane w systemie emerytalnym okresy opieki nad chorym dzieckiem. Wysokość składki (i zasiłku opiekuńczego) za okresy sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do lat 8 wynosi 80% wynagrodzenia. Należy przy tym podkreślić, że zasiłek ten jest pobierany znacznie częściej przez kobiety niż przez mężczyzn<sup>9</sup>.

Istotny wpływ na wysokość przyszłej emerytury ma też poziom składek opłacanych za okresy opieki nad niepełnosprawnymi członkami rodziny, które są pochodną wysokości świadczeń przyznawanych z tytułu tej opieki. Świadczenia te są przyznawane w przypadku rezygnacji lub niepodejmowania pracy z powodu opieki. W przypadku opieki nad osobami, których niepełnosprawność powstała po ukończeniu 18. roku życia, zasiłek ten jest przyznawany z uwzględnieniem kryterium dochodowego, a jego wysokość jest zdecydowanie niższa niż w przypadku świadczenia przyznawanego rodzicom lub opiekunom osoby, której niepełnosprawność powstała w dzieciństwie<sup>10</sup>, <sup>11</sup>. W efekcie część opiekunów/opiekunek jest pozbawiona uprawnień emerytalnych za okres sprawowania opieki bądź też wysokość tych uprawnień, będąca pochodną wysokości świadczenia, jest bardzo niska. Należy również nadmienić, że składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe za opiekunów osób niepełnosprawnych są wypłacane jedynie za okresy uzupełniające do minimalnych okresów uprawniających do najniższej emerytury (20 lat dla kobiet oraz 25 dla mężczyzn).

Po trzecie, istotny wpływ na wzrost relatywnego ubóstwa kobiet w zaawansowanym wieku mają również regulacje dotyczące waloryzacji świadczeń emerytalnych. Obowiązujące przepisy zakładają, że emerytury i renty są corocznie podnoszone co najmniej o wskaźnik równy wysokości rocznego wzrostu cen powiększony o 1/5 wzrostu realnych wynagrodzeń. Taki system waloryzacji świadczeń powoduje, że wraz z upływem czasu od momentu przyznania świadczenia po raz pierwszy, relacja emerytury do wynagrodzeń w gospodarce systematycznie spada. Ze względu na niższy wiek emerytalny oraz przeciętnie dłuższe trwanie życia, kobiety dłużej pobierają emerytury, a zatem w większym stopniu są dotknięte relatywnym spadkiem wysokości świadczeń. Przyznawany świadczeniobiorcom, którzy osiągnęli wiek 75 lat, dodatek pielęgnacyjny podnosi co prawda wysokość świadczeń, jednak nie kompensuje relatywnego ich spadku wynikłego z waloryzacji odzwierciedlającej tylko w niewielkim stopniu wzrost płac.

<sup>9</sup> Wg danych ZUS, w 2018 r. kobietom wypłacono 79,6% dni zasiłku opiekuńczego (ZUS, 2019).

<sup>10</sup> Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje, jeżeli łączny dochód rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny osoby wymagającej opieki w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty kryterium dochodowego wynoszącego 764 zł netto, a wysokość tego zasiłku wynosi obecnie 620 zł.

<sup>11</sup> Do tej pory nie został wykonany wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r. kwestionujący różnice w wysokości świadczeń opiekuńczych w zależności od wieku powstania niepełnosprawności. (Wyrok TK z dnia 21 października 2014 r. Sygn. akt K 38/13).

### 3. Najniższa emerytura

W polskim systemie emerytalnym świadczeniem, które ma na celu ochronę przed ubóstwem, jest emerytura najniższa. Jest to świadczenie wyrównawcze, podnoszące wysokość emerytur do ustalonego poziomu osobom, które mają odpowiedni staż ubezpieczeniowy (20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn). Skuteczność emerytury najniższej w ochronie osób starszych przed ubóstwem nie jest jednak wystarczająca, ze względu na regulacje dotyczące sposobu ustalania jej wysokości i sposobu waloryzacji oraz uprawnień do najniższej emerytury.

Wysokość emerytury minimalnej to kwota ustalona arbitralnie w 1999 r. jako niemająca odniesienia do kosztów utrzymania gospodarstw domowych osób starszych, takich jak minimum egzystencji czy minimum socjalne. Podlega ona corocznej waloryzacji według wskaźnika waloryzacji obowiązującego dla wszystkich emerytur i rent. Ponieważ, jak już pisaliśmy wcześniej, wskaźnik waloryzacji odzwierciedla tylko w niewielkim stopniu realny wzrost wynagrodzeń, wysokość emerytury minimalnej w relacji do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce systematycznie się obniża, wpływając na poszerzanie się strefy relatywnego ubóstwa. Mimo podwyżek najniższej emerytury wprowadzanych ad hoc przez kolejne rządy, jej relacja do przeciętnego wynagrodzenia spadła z 34% w 1999 r. do 22% w 2019 r. Utrzymanie obecnych regulacji dotyczących waloryzacji najniższych emerytur spowoduje, że ich rola w ograniczaniu ubóstwa osób starszych będzie w przyszłości znikoma (por. Chłoń-Domińczak, Strzelecki, 2013).

Odrębny problem dotyczy osób, które nie spełniają warunków wymaganych do otrzymania najniższej emerytury ze względu na niski staż ubezpieczeniowy. W 2019 r. blisko 9% osób pobierających emeryturę z nowego systemu emerytalnego nie posiadało takich uprawnień, przy czym kobiety stanowiły 84,2% tych osób. Od kilku lat odsetek nowo przyznanych emerytur z nowego systemu niższych od najniższej waha się pomiędzy 10% a 16%.

Wysoka reprezentacja kobiet wśród osób nieposiadających uprawnień do emerytury najniższej wynika głównie z krótszych okresów pracy kobiet oraz z niższego wieku emerytalnego. Jedną z kwestii jest też sposób, w jaki w kapitale początkowym przenoszącym uprawnienia emerytalne ze starego systemu do nowego, są uwzględniane okresy opieki nad dzieckiem. W kapitale początkowym uwzględnia się okresy opieki nad małymi dziećmi łącznie o długości nie większej niż 6 lat (po trzy lata na jedno dziecko). W efekcie kobiety, które wychowały więcej niż dwoje dzieci, są traktowane w systemie emerytalnym tak samo jak te, które wychowały dwoje dzieci. Problemu tego nie rozwiązują tzw. emerytury matczyne<sup>12</sup>, gdyż przesłanką do ich uzyskania jest wychowanie co najmniej czwórki dzieci.

W polskim systemie zabezpieczenia społecznego brak skutecznego narzędzia chroniącego osoby starsze przed ubóstwem, w przypadku gdy nie posiadają one świadczenia emerytalnego lub świadczenie to jest zbyt niskie. Chociaż osoby niezdolne do pracy ze względu na wiek mają uprawnienia do zasiłku stałego z pomocy społecznej z powodu niskich dochodów w ich gospodarstwie domowym, to zarówno kryteria przyznawania tego zasiłku, jak i jego wysokość powodują, że nie ma on właściwego znaczenia w ochronie osób starszych przed ubóstwem<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Zob. ustawa z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz.U. 2019 poz. 303).

<sup>13</sup> Zasiłek ten jest przyznawany osobie całkowicie niezdolnej do pracy, jeśli spełni ona kryterium dochodowe, wynoszące w 2019 r. 701 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 528 zł dla osoby żyjącej w rodzinie. Stanowi on:

– w przypadku osoby samotnie gospodarującej – różnicę między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby,

– w przypadku osoby w rodzinie – różnicę między kryterium dochodowym na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie.

## 4. Wyzwania na przyszłość

Utrzymanie obecnych regulacji systemu emerytalnego doprowadzi do znacznej redukcji wysokości emerytur w relacji do wynagrodzeń oraz znacznego poszerzenia się zasięgu ubóstwa wśród osób starszych, w szczególności wśród kobiet. Chociaż przeciętna wysokość stopy zastąpienia netto<sup>14</sup> jest obecnie relatywnie wysoka i wynosiła w 2018 r. 54%, to w przyszłości będzie ona ulegała sukcesywnemu obniżaniu.

Obecnie większość emerytur jest wypłacana ze starego, bardziej szczodrego systemu. Ponadto, zdecydowana większość emerytur przyznawanych z nowego systemu jest ustalana na podstawie tzw. kapitału początkowego, który odzwierciedla uprawnienia emerytalne nabyte w starym systemie. Wraz z upływem czasu, rola starego systemu emerytalnego oraz kapitału początkowego będzie maleć. Jak wynika ze statystyki ZUS, już obecnie emerytury wypłacane z nowego systemu są niższe od tych wypłacanych ze starego systemu emerytalnego i tendencja ta będzie się pogłębiać w przyszłości. Zgodnie z symulacjami Komisji Europejskiej, stopa zastąpienia zmniejszy się za 50 lat o ponad 40 pkt proc. i będzie się kształtować zdecydowanie poniżej standardów Konwencji Nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy. Stopy zastąpienia będą się obniżać w większości państw UE, ale nie w takiej skali i nie do tak niskiego poziomu (European Commission, 2018).

Wysokość świadczeń w relacji do wynagrodzeń będzie w przyszłości mniejsza, powiększy się też różnica pomiędzy przeciętną wysokością emerytur w zależności do płci. Obecnie przeciętna emerytura kobiet wynosi 66% przeciętnej emerytury mężczyzny; zgodnie z symulacjami, w przyszłości wynosić będzie tylko połowę.

Czynnikiem, który zadziała szczególnie mocno na niekorzyść kobiet, powodując znacznie silniejszy niż w przypadku mężczyzn spadek wysokości ich świadczeń w przyszłości, jest niski wiek emerytalny. Różnice w wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn pogłębiają nierówności dochodowe i znacznie zwiększają zagrożenie ubóstwem starszych kobiet. Zgodnie z symulacjami, przy wieku emerytalnym na poziomie 67 lat, świadczenia minimalne miało otrzymywać ok. 20% kobiet, obniżenie wieku do 60 lat powoduje, że będzie ich dwa razy więcej. (Por. Chłoń-Domińczak, Strzelecki, 2013; Tyrowicz, Malec, 2017; Hagemeyer, 2018).

## 5. Bieżące reformy systemu emerytalnego i ich wpływ na sytuację materialną osób starszych

Najistotniejsze reformy systemu emerytalnego w okresie 2016–2020 to:

- wprowadzenie pracowniczych planów emerytalnych (PPE),
- wprowadzenie tzw. trzynastej emerytury,
- planowana likwidacja otwartych funduszy emerytalnych (OFE).

Począwszy od 2019 r. jest wprowadzany stopniowo system planów emerytalnych, jako quasi-obowiązkowy system oszczędności pracowników, wypłacanych po osiągnięciu 60. roku życia w formie wypłaty jednorazowej lub rozłożonej na dziesięć lat<sup>15</sup>. Ze względu na ograniczony okres, w którym mają być

<sup>14</sup> Relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce pomniejszonego o składki na ubezpieczenie społeczne.

<sup>15</sup> Plany emerytalne zakładają udział pracodawców i budżetu państwa. Składka pracownika wynosi od 2% do 4%, pracodawcy od 1,5% do 4%, a budżetu państwa 240 zł rocznie plus bonus powitalny w wysokości 250 zł.

dokonywane wypłaty z pracowniczych planów emerytalnych, nie mogą one pełnić roli emerytury dożywotniej. Choć więc plany emerytalne (o ile staną się powszechne zwłaszcza wśród osób o niższych wynagrodzeniach) mogą poprawić sytuację materialną osób starszych, to nie rozwiązują one zasadniczego problemu, jakim jest rosnące ubóstwo osób w wieku 75 lat i więcej, zwłaszcza kobiet.

W 2019 r. została wprowadzona tzw. trzynasta emerytura – jednorazowa, coroczna kwota równa wysokości emerytury minimalnej w danym roku, wypłacana osobom pobierającym emerytury i renty. Jako trwałe rozwiązanie mogłaby ona chronić niższe świadczenia przed spadkiem ich wysokości w relacji do wynagrodzeń. W ocenie tego narzędzia przeważają jednak mankamenty, takie jak arbitralność kwot tego świadczenia. Ponadto świadczenie to prowadzi do zmniejszenia różnic w wysokości emerytur, kwestionując tym samym zasadniczą w obecnym systemie emerytalnym regułę proporcjonalności wysokości świadczeń do wysokości wpłaconego kapitału składkowego.

Ustawa regulująca likwidację otwartych funduszy emerytalnych, nad którą trwają obecnie prace w Sejmie, może prowadzić do znacznego obniżenia w przyszłości wysokości emerytur tych osób, które zgodnie z projektem ustawy zdecydują się na przekazanie zgromadzonego na ich rachunku w OFE kapitału do indywidualnego konta emerytalnego (IKE). W wyniku takiej decyzji, kapitał składkowy nie będzie zasilał konta emerytalnego w ZUS, lecz zostanie wykorzystany do jednorazowej lub ratalnej wypłaty, która nie ma charakteru emerytury dożywotniej.

## 6. Dostęp do informacji statystycznej

Planowanie polityki w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i monitorowanie skutków regulacji wymaga dostępu do rzetelnych i pełnych danych dotyczących ubezpieczonych, świadczeniobiorców i wypłacanych świadczeń<sup>16</sup>. Pod tym względem zestaw dostępnych danych statystyki urzędowej (prowadzonych przez ZUS, KRUS MON, MSWiA, MPRIPS oraz MS) dotyczących systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych w Polsce jest niekompletny, gdy chodzi o zakres i porównywalność informacji, oraz nie uwzględnia w stosownym zakresie prezentacji informacji ze względu na cechy społeczno-ekonomiczne, w szczególności ze względu na płeć.

## 7. Podsumowanie i rekomendacje

Skuteczność systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych w zakresie ochrony przed ubóstwem w ostatnich latach maleje. Dotyczy to w szczególności starszych kobiet, które są częściej narażone na ubóstwo niż mężczyźni. Istniejące nierówności w systemie emerytalnym ze względu na płeć będą się w przyszłości pogłębiać, znacznie też wzrosnie ryzyko ubóstwa wśród starszych kobiet.

Gorsza sytuacja kobiet w systemie emerytalnym wynika zarówno z istniejących nierówności na rynku pracy, jak i z regulacji w systemie emerytalnym, noszących znamiona dyskryminacji pośredniej. Istniejące mechanizmy służące ochronie przed ubóstwem, takie jak emerytura najniższa czy zasiłki stałe z pomocy społecznej, nie spełniają dobrze swoich funkcji, a ich rola w przyszłości w zapewnieniu osobom starszym ochrony przed ubóstwem będzie marginalna. Również najnowsze reformy systemu emerytalnego nie są jednoznacznie pozytywne.

<sup>16</sup> Systematyczne zbieranie, analizę i publikację odpowiedniego zestawu danych służących monitorowaniu systemu zabezpieczenia społecznego, w szczególności w podziale na płeć, wskazuje rządowi Zalecenie Nr 202 Międzynarodowej Organizacji Pracy.

Podstawowe rekomendacje dotyczą zwiększenia skuteczności systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych w ich ochronie przed ubóstwem oraz zmniejszenia nierówności uwarunkowanych płcią.

Po pierwsze, należy zlikwidować lub ograniczyć regulacje systemu emerytalnego wpływające na nierówności dochodowe ze względu na płeć, takie jak nierówny wiek emerytalny, oraz zrewidować sposób, w jaki są uwzględniane w systemie emerytalnym okresy opieki. Należy też zmienić system waloryzacji świadczeń w celu zapobiegania spadkowi wysokości świadczeń w relacji do wynagrodzeń w gospodarce.

Po drugie, należy wzmocnić instrumenty służące ograniczaniu skali ubóstwa. Dotyczy to w szczególności najniższej emerytury. Należy rozważyć ustalenie jej wysokości w odniesieniu do emeryckiego koszyka dóbr i usług oraz wprowadzenie waloryzacji zapewniającej stałą relację minimalnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Reformy wymaga również zasiłek stały z pomocy społecznej, który powinien stać się skutecznym narzędziem uzupełniającym dochody osób starszych w sytuacji zagrożenia ubóstwem.

Po trzecie, należy zrezygnować z możliwości przekazywania kapitału zebranego w OFE do IKE oraz stworzyć możliwości przekształcania kapitału zebranego na indywidualnych kontach pracowniczych planów emerytalnych w dożywotnią emeryturę wypłacaną przez niekomercyjne instytucje.

Niezbędne jest aktywne zapobieganie nierównościom na rynku pracy ze względu na płeć oraz usuwanie barier ograniczających aktywność zawodową osób starszych.

W końcu, w celu zwiększenia możliwości monitorowania i planowania systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych należy doprowadzić do kompletności i ujednolicenia statystyk urzędowych dotyczących systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem statystyk w podziale na płeć.

## 8. Literatura

- Cichoń-Domińczak, A. (red.) (2013). Międzypokoleniowe relacje z perspektywy ekonomicznej. Narodowe Rachunki Transferów i Narodowe Rachunki Transferów Czasu w Polsce. Raport opracowany w ramach projektu Narodowe Rachunki Transferów i Narodowe Rachunki Transferów Czasu dla Polski. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa.
- Cichoń-Domińczak, A., Strzelecki, P. (2013). The minimum pension as an instrument of poverty protection in the defined contribution pension system – An example of Poland. *Journal of Pension Economics and Finance*, vol. 12, issue 3, July 2013.
- European Commission (2018). Pension Adequacy Report 2018 – Current and Future Income Adequacy in Old Age in the EU. Volume 2 – Country Profiles. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Hagemeyer, K. (2018). Adekwatność zreformowanych systemów emerytalnych. „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”, nr 1 (136).
- SHARE (2018). M. Myck, M. Oczkowska (red.), Pokolenie 50+ w Polsce na tle Europy: aktywność, zdrowie i jakość życia. Wyniki na podstawie badań SHARE. Warszawa: CenEA.
- Tyrowicz, J., Malec, M. (2017). Niski wiek emerytalny, wysoka cena. W: P. Lewandowski, J. Rutkowski (red.), Starzenie się ludności, rynek pracy i finanse publiczne w Polsce. Warszawa: Przedstawicielstwo Komisji Europejskiej w Polsce.
- ZUS (2019). Absencja chorobowa w 2018 roku. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

# Zdrowie i opieka zdrowotna osób starszych

## I. DIAGNOZA PROBLEMÓW

### Zdrowie seniorów i jego uwarunkowania

Przeciętne trwanie życia należy do klasycznych i obiektywnych mierników zdrowia populacji. Przeciętne trwanie życia mężczyzn w 2014 r. (73,5 roku) po niewielkim wzroście w 2017 r. (74 lata) w 2018 r. ponownie obniżyło się do poziomu 73,5 roku. Analogiczne dane dla kobiet wynosiły odpowiednio 81,6 i 81,7 roku. Dalsze oczekiwane trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 60 lat ( $e_{60}$ ) uległo skróceniu o 0,1 roku w tym okresie<sup>17</sup>. W porównaniu z poprzedzającymi czterema latami oba wskaźniki ( $e_0$  i  $e_{60}$ ) opisujące zdrowie populacji uległy pogorszeniu. W 2016 r. Europejczycy żyli średnio 80 lat, a Polacy o około 3 lat krócej. Seniorzy w Europie, przekraczając 65. rok życia, przeżywają średnio jeszcze niemal 20 lat, a Polacy o 1,6 roku mniej (tabela 1)<sup>18</sup>.

Niezależnie od grupy wieku, polscy seniorzy znacznie częściej deklarują przewlekłe choroby i zaburzenia funkcji, np. problemy w chodzeniu czy upośledzenie widzenia, co plasuje Polskę w ostatniej dziesiątce krajów w rankingu (tabela 1).

**Tabela 1.** Wskaźniki zdrowia populacji w Polsce a średnie dane z 28 krajów UE wg danych Eurostatu z 2019 r.

Parametry zdrowia populacji	Polska	UE-28 średnia	Miejsce Polski w danej kategorii w rankingu 28 krajów UE
<b>Dalsze oczekiwane przeżycie osób w wieku 65+ (w latach)</b>			
	18,3	19,9	20.
<b>Deklarowane przewlekłe choroby/problemy (%)</b>			
w wieku 65–74	67,0	56,9	21.
w wieku 75–84	80,8	66,9	21.
w wieku 85+	84,5	72,5	20.
<b>Deklarowane problemy w chodzeniu (%)</b>			
w wieku 65–74	14,2	11,2	15.
w wieku 75+	40,4	32,4	20.
<b>Deklarowane upośledzenie widzenia (%)</b>			
w wieku 65–74	6,5	2,9	27.
w wieku 75+	15,4	8,7	28.

<sup>17</sup> <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1.1.html> (dostęp dnia 1-03-2020)

<sup>18</sup> EUROSTAT Statistics Explained. File:Ageing Europe Health and disability AE2019.xlsx. Pobrane z: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Ageing\\_Europe\\_Health\\_and\\_disability\\_AE2019.xlsx](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Ageing_Europe_Health_and_disability_AE2019.xlsx) [dostęp: 17.01.2020].



Wyniki badania EHIS (European Health Interview Survey), badania własne oraz dane Eurostatu potwierdzają, że długotrwałe problemy zdrowotne wynikające z nakładania się chorób przewlekłych zależnych od wieku, związane z tym dolegliwości oraz konieczność przyjmowania wielu leków są głównym powodem niższej oceny zdrowia.

Mimo iż w ostatnich latach stan zdrowia seniorów mierzony pozytywną samooceną zdrowia uległ niewielkiej poprawie – 21% w 2015 i 25,7% w 2018 r. w świetle badań EU-SILC<sup>19</sup>, to na tle 28 krajów Unii Europejskiej pozostajemy w ogonie rankingu. Tabela 2 pokazuje dane Eurostatu, według których odsetek osób bardzo dobrze lub dobrze oceniających swoje zdrowie jest w Polsce, w zależności od grupy wieku, blisko dwu- lub trzykrotnie niższy niż uśrednione analogiczne dane z krajów europejskich.

**Tabela 1.** Samoocena zdrowia osób w wieku 65+ w Polsce a średnie dane z 28 krajów UE wg Eurostatu z 2019 r.

Samoocena zdrowia	Polska	UE-28 średnia	Miejsce Polski w danej kategorii w rankingu 28 krajów UE
<b>Bardzo dobra lub dobra samoocena zdrowia (%)</b>			
w wieku 65–74	24,6	49,7	22.
w wieku 75–84	13,0	34,1	20.
w wieku 85+	9,7	25,0	16.

Powstaje pytanie, jakie czynniki wpływają na samoocenę zdrowia polskich seniorów. Model analizy wielorakiej objaśniającej samoocenę zdrowia w badaniu seniorów Białegostoku przeprowadzonym na zlecenie Prezydenta Miasta<sup>20</sup> w ubiegłym roku, w dużym stopniu odpowiedział na to pytanie (R<sup>2</sup> = 55%). Ujawnił wiele niezależnych czynników powiązanych z oceną własnego zdrowia. Należały do nich nie tylko uwarunkowania typowo zdrowotne, takie jak: odczuwanie bólów, choroby serca, nowotwory, zaburzenia pamięci, stopień niesprawności i zespół słabości, liczba przyjmowanych leków (wielochorobowość), lecz także czynniki pozazdrowotne, np. samotne zamieszkiwanie, sytuacja materialna, dostępność wizyt pielęgniarki w domu, dostępność transportu (do poradni, laboratorium).

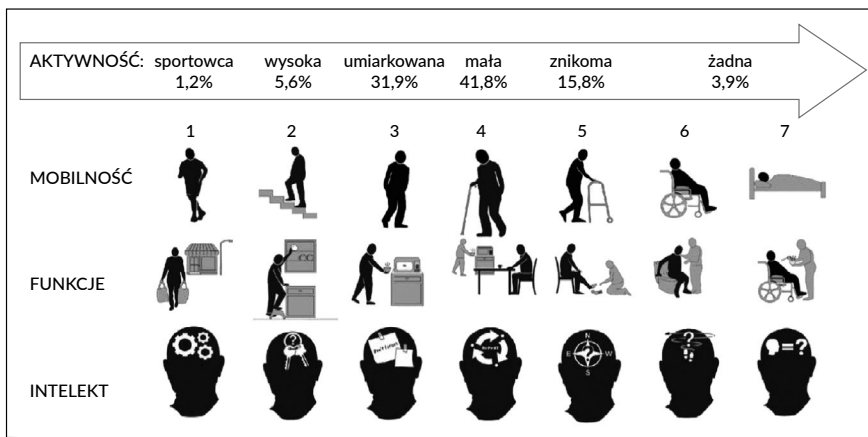
Na tej podstawie można wnioskować, że opieka zdrowotna nad seniorami w Polsce nie jest właściwie zorganizowana i nie zaspokaja podstawowych – medycznych i społecznych – potrzeb seniora, wpływając negatywnie na samoocenę zdrowia. Nie gwarantuje ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń po interwencjach medycznych, np. pobycie w szpitalu, a także nie zapewnia zaleconej kontynuacji opieki i usług w środowisku, w tym socjalnych – nadzoru lekarza rodzinnego nad lekami przepiszanymi przez różnych specjalistów lub terapię przeciwbólową, pielęgniarki nad pielęgnacją obłożnie chorego w domu, dostępu do usług rehabilitacyjnych z zapewnieniem trans-

<sup>19</sup> Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015. Senior.gov.pl, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016, s. 45.

<sup>20</sup> Opracowanie własne prezentowane na konferencji „Jakość życia seniorów w Białymstoku” w dniu 25 lutego 2020 r., <http://www.cas.bialystok.pl/aktualnosci/jakosc-zycia-seniorow-w-bialymstoku.html>

portu dla niesprawnych, pomocy opiekuna przy czynnościach higienicznych i życia codziennego, wsparcia asystenta osoby starszej niesprawnej czy pomocy pracownika socjalnego.

**Sprawność seniorów** mierzona kliniczną skalą słabości (*frailty*) wg Rockwooda zmniejsza się z wiekiem. Aktywność fizyczna człowieka jest pochodną sprawności ruchowej, funkcjonowania codziennego i zasobów poznawczych (intelekt). Na skutek choroby i starzenia się wszystkie obszary funkcjonowania ulegają redukcji, powodując spadek aktywności – od aktywności sportowca, poprzez stadia pośrednie do aktywności znikomej lub żadnej. Te ostatnie są obrazem słabości, które zazwyczaj poprzedza faza małej aktywności (pre-frailty). Rycina 1 prezentuje strukturę aktywności populacji mieszkańców Białegostoku w wieku 65+ (n = 1235), w której aktywność minimalna (3 ostatnie klasy) cechuje populację z zespołem słabości stanowiącą około 20% wszystkich seniorów. Oznacza to, że co piąty senior ma wyższe zapotrzebowanie na opiekę i usługi, jest obciążony ryzykiem upadku, hospitalizacji, instytucjonalizacji i zgonu, które występuje jako skutek starzenia biologicznego wobec spadających rezerw i wydolności organizmu.



**Rycina 1.** Rozkład sprawności mieszkańców Białegostoku w wieku 65+ według klinicznej skali słabości (*frailty*) wg Rockwooda<sup>21</sup>

Ta prosta klasyfikacja identyfikuje w sposób intuicyjny populację seniorów z zapotrzebowaniem na wsparcie, usługi i środki pomocnicze do lokomocji i życia codziennego, które formalnie w naszym kraju spełnia orzecznictwo prawne. Prawnie orzeczona grupa niepełnosprawności daje seniorom pewne bonusy, np. przyspieszenie rehabilitacji, nieodpłatną pomoc asystenta osoby starszej, odliczenie wydatków za leki itp. Czy jednak bonusy niesprawności prawnej trafiają do osób biologicznie niesprawnych (wg skali słabości)? Po skonfrontowaniu danych okazało się, że orzeczenie niesprawności ma aż co piąta osoba w pełni sprawna, co czwarta z małą – i tylko co trzecia ze znikomą ak-

<sup>21</sup> Grafika wg Dalhousie University, Halifax, Canada, <https://slideplayer.com/slide/13712279/85/images/1/The+care+of+acutely+ill+frail+older+adults.jpg>

tywnością w skali słabości. Można stąd wysnuć wniosek, że większość najstarszych seniorów jest pozbawiona przywilejów wynikających z orzeczonej niesprawności.

**Dezintegracja polityki zdrowotnej** – pozostającej w gestii Ministerstwa Zdrowia (MZ), i **społecznej** – w gestii Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS), pomimo zapisów ustawy o osobach starszych z 26 października 2015 r. zobowiązującej do wspólnego działania na rzecz ludzi starszych. Zadania adresowane do MZ w dokumencie MRPiPS pn. *Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność* nie są podejmowane przez resort zdrowia, być może dlatego, że kompetencje zdrowotnej polityki senioralnej są rozdzielone między kilka departamentów MZ. W MRPiPS są one skupione w jednej jednostce – Departamencie Polityki Senioralnej. Literalnie pojmowane i sprawozdawane corocznie dane o sytuacji osób starszych przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego (zgodnie z zapisem ustawy) są (zbyt) szczegółowe, często nieporównywalne rok do roku, a co najważniejsze, pozbawione określenia założonych wskaźników i celów, zwłaszcza w odniesieniu do zdrowia i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i dostępności opieki długoterminowej. Na to samo zwraca uwagę raport semestralny Komisji Europejskiej dla Polski, który ukazał się na początku marca br.<sup>22</sup>. Raport podkreśla brak postępów we wdrażaniu skutecznej koordynacji usług zdrowotnych z socjalnymi, zaniedbanie w zakresie standardów opieki długoterminowej w Polsce, zbyt niską liczbę pracowników opieki długoterminowej (w Polsce 1 pracownik na 100 osób w wieku 65+, a w krajach europejskich średnio 5 pracowników) oraz zbyt niskie wydatki publiczne na opiekę długoterminową (w 2016 r. 0,5% PKB w Polsce, a w krajach Unii średnio 1,6% PKB).

**Niedofinansowanie opieki zdrowotnej.** Raport zwraca również uwagę na niedostateczny dostęp Polaków do opieki zdrowotnej – 4,2% ludności deklaruje niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych ze względu na koszty, odległość lub czas oczekiwania, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla EU wynosił 2%. Jako przyczynę, raport wskazuje zbyt niskie finansowanie przez państwo wydatków na zdrowie – w przeliczeniu na 1 osobę wydatki były jednymi z najniższych w Europie.

**Brak efektywności wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej, zwłaszcza w sektorze szpitalnym, w tym geriatrii.** Najnowszy raport Komisji Europejskiej podkreśla zbyt wysokie finansowanie leczenia szpitalnego *per saldo*, jedno z najwyższych w krajach europejskich. Z jednej strony wpływa na to zbyt duża liczba łóżek szpitalnych ogółem – 6,6/1000 osób w 2017 r., w porównaniu ze średnią unijną na poziomie 5,0/1000 mieszkańców, a z drugiej strony zbyt mała liczba łóżek geriatrycznych, mimo wyzwań demograficznych. Wprowadzona w październiku 2017 r. sieć szpitali, zamiast zapewnić kompleksowe leczenie i skrócić czas oczekiwania, pogorszyła te wskaźniki i sytuację finansową szpitali. Odbiło się to bardzo negatywnie na dostępie seniorów do specjalistycznych usług geriatrycznych, zwłaszcza w terenie, ponieważ geriatryczne leczenie stacjonarne w ramach

<sup>22</sup> Europejski semestr 2020: ocena postępów w zakresie reform strukturalnych, zapobiegania zakłóceniom równowagi makroekonomicznej i ich korygowania oraz wyniki szczegółowych ocen sytuacji na mocy rozporządzenia (UE) nr 1176/2011. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej, Rady, Europejskiego Banku Centralnego i Eurogrupy, COM(2020) 150 final, Bruksela 2020, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2020-european\\_semester\\_country-report-poland\\_pl.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2020-european_semester_country-report-poland_pl.pdf)

sieci szpitali zostało ograniczone do szpitali ogólnopolskich lub jednostek o najwyższej referencyjności, głównie w ośrodkach uniwersyteckich w dużych miastach.

W efekcie wystąpiło wiele negatywnych zjawisk:

- Spadło zainteresowanie lekarzy specjalizowaniem się w zakresie geriatry, a tylko co drugi geriatra podjął pracę zgodnie z tą specjalizacją.
- Nie ma chętnych lekarzy na wolne miejsca specjalizacyjne z geriatry (110 wakatów na 242 miejsca).
- Nastąpił odpływ geriatrów z zatrudnienia w geriatry i otwieranie innych specjalności z uwagi na niedostateczne kontraktowanie świadczeń geriatrycznych przez NFZ.
- Spadła liczba wykonywanych i sprawozdawanych procedur geriatrycznych (Całościowa Ocena Geriatryczna) nawet w jednostkach zatrudniających geriatrów, ale sprofilowanych w kierunku chorób wewnętrznych lub wąskich specjalizacji (kardiologia, diabetologia, reumatologia etc.), co świadczy o kurczeniu się geriatry w systemie ochrony zdrowia.
- Seniorzy nie mają dostępu do kompleksowych świadczeń geriatrycznych, co zwiększa zapotrzebowanie na alternatywne usługi zdrowotne świadczone przez wiele innych specjalizacji (interna, kardiologia, diabetologia, neurologia, psychiatria etc.) i wpływa na wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia w tych jednostkach oraz multiplikację kosztów opieki nad seniorem dla płatnika.
- Wzrosły koszty opieki zdrowotnej nad seniorami w Polsce nie tylko ze względów demograficznych, lecz także organizacyjnych. Według danych GUS, w 2018 r. wydatki NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej na 1 osobę w wieku 60 lat i więcej wg specjalizacji wyniosły w geriatry 2149 zł, a w internie aż 3848 zł<sup>23</sup>.

## Polityka zdrowotna wobec ludzi starszych

Ministerstwo Zdrowia realizuje Narodowy Program Zdrowia 2016–2020, który politykę wobec osób starszych ogranicza głównie do zadań z zakresu zdrowia publicznego – promowania zdrowego i aktywnego starzenia. Na zdrową starość „pracujemy” od dzieciństwa, budując zasoby i rezerwy na okres starzenia i starości. Jest to ważny kierunek polityki senioralnej, ale nie zastępuje polityki zdrowotnej wobec najstarszej, najbardziej schorowanej i niesprawnej populacji. Resort zdrowia nie realizuje spójnych programów zdrowotnych na rzecz seniorów, zwłaszcza tych zintegrowanych z usługami i opieką społeczną. Nowym pomysłem było utworzenie 53 dziennych domów opieki medycznej (DDOM), by umożliwić niesprawnym seniorom rehabilitację po wypisaniu ze szpitala. Funkcjonowały one początkowo dzięki dofinansowaniu z Funduszy Europejskich, lecz w późniejszym okresie część nie uzyskała środków finansowych i zaniechała aktywności (np. DDOM Hajnówka). W skali kraju placówki te są w praktyce niewidoczne, chociaż brakuje miejsc na tzw. opiekę przejściową.

Można zaryzykować twierdzenie, że sposób finansowania świadczeń w opiece szpitalnej (jeden pobyt pacjenta to płatność za jedną chorobę) jest głównym sprawcą niepotrzebnych hospitalizacji i kosztów z tym związanych – wymusza skracanie pobytów i powtórne hospitalizacje. Pacjenci krą-

<sup>23</sup> Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2018, s. 57.

żą między SOR-ami i różnymi oddziałami, ponieważ brakuje koordynatorów leczenia (geriatrów?) starszych pacjentów wielochorobowych, a każdy pobyt to zastrzyk finansowy dla szpitala. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w zakresie geriatry byłąby dobrym kierunkiem rozwoju, pod warunkiem jednak, że odpłatność za wizyty uwzględniałaby wyższą refundację NFZ za dłuższy czas wizyty w związku z prowadzeniem oceny funkcjonalnej, koniecznością odniesienia się przez geriatrę do wielu chorób i koniecznością optymalnego doboru wielu leków.

## Opieka geriatryczna

Nierozwiązanym dotąd problemem w ochronie zdrowia jest brak świadomości potencjału geriatry. Szkoda, że resort zdrowia odstępuje od wzmacniania geriatry w systemie ochrony zdrowia. Po etapie tworzenia nowych oddziałów i poradni geriatrycznych, do czego duży impuls dała akcja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, nastąpił regres, ranga geriatry spada, a pozornym powodem jest niedobór geriatrów. W rzeczywistości zaś, wyszkoleni geriatrzy nie znajdują zatrudnienia zgodnego ze specjalizacją (brak oferty ze strony NFZ) i przeprofilowują się na inne węższe dyscypliny.

Istota geriatry polega na umiejętności postrzegania u seniora odchyłeń chorobowych niezależnych od starzenia. Geriatria interpretuje złożone zaburzenia funkcjonalne, antropometryczne, metaboliczne i zapalne układające się w tzw. zespoły geriatryczne. Prezentacja kliniczna chorób ulega z wiekiem osłabieniu i zacieraniu się, jak zużyta i wytarta tablica szkolna (skutki starzenia). Gromadzone w czasie całego życia skutki uszkodzeń, przebytych chorób, zapisane jako rozliczne, często nakładające się na siebie ślady na owej tablicy, zacierają jej czytelność i utrudniają wczesne rozpoznawanie nowych problemów. W konsekwencji jakiegokolwiek nowe zdarzenia zdrowotne, np. zapalenie płuc, są trudne do uchwycenia, co prowadzi do odwleczonego leczenia.

Dostęp seniorów do geriatry jest w Polsce marginalny i nierówny pod względem terytorialnym. W 2018 r. udzielono 73,7 tys. porad geriatrycznych na 116,3 mln porad specjalistycznych ogółem, co stanowi jedynie 0,06% w grupie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Aż 84% seniorów uważa, że problemy ludzi starszych nie są w wystarczającym stopniu dostrzegane w placówkach służby zdrowia, a 65% seniorów twierdzi, że geriatria powinna być dostępna w publicznej służbie zdrowia. Niemal co drugi senior oczekuje od organizatorów ochrony zdrowia skrócenia kolejek do lekarzy specjalistów, co siódmy – wzrostu dostępu do opieki środowiskowej i społecznej, a co dziesiąty – do rehabilitacji. Rozwój geriatry z jej interdyscyplinarnym i całościowym podejściem do rozwiązywania złożonych potrzeb seniorów sprostaby potrzebom wyrażanym przez nich samych.

## Senior w dobie epidemii koronawirusowej

Wystąpienie pandemii COVID-19 wiosną 2020 r. – z konsekwencjami w postaci rygorów sanitarnych i nakazu izolacji społecznej – spowodowało paraliż wszelkich usług, w tym zdrowotnych. Skutki dla osób starszych okazały się groźniejsze – i to nie tylko z powodu większej podatności seniorów na zakaźny patogen i poważniejszych w ich przypadku skutków zakażenia, lecz także z powodu metod walki z epidemią. Jako sposób jej zwalczania przyjęto ograniczanie bezpośrednich

kontaktów międzyludzkich, w tym zamykanie poradni podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, placówek opiekuńczych, usługowych, oraz zakaz formalnych i nieformalnych zgromadzeń, m.in. religijnych. Zalecaną alternatywą dla komunikacji bezpośredniej, odbywającej się w przestrzeni realnej, stała się rozmowa telefoniczna oraz komunikacja w przestrzeni wirtualnej, oparta na platformach cyfrowych. Dla najstarszych, najbardziej schorowanych i zależnych od opiekunów seniorów nowa rzeczywistość okazała się nieczytelna i obciążona ogromnym ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia, a nawet śmierci. Wynika to nie tylko z niedostępności tradycyjnych usług, ale także z cyfrowego wykluczenia tej generacji osób. Nawet spontaniczna pomoc sąsiedzka i wolontariacka nie wypełnia luki w relacjach społecznych. Brak doświadczenia informatycznego i infrastruktury (sprzęt komputerowy, dostęp do Internetu) niezbędnej do komunikacji stawia seniorów w sytuacji bezradności i opuszczenia. Dotyczy to w szczególności osób najstarszych, samotnie mieszkających, często zdezorientowanych i przerażonych nową rzeczywistością i jej konsekwencjami.

Epidemia COVID-19 odsłoniła słabości państwowego systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Masowe zakażenia pacjentów i pensjonariuszy stłoczonych w instytucjonalnych jednostkach opieki długoterminowej są świadectwem ułomności tego systemu: deficytu personelu opiekuńczego i opieki zdrowotnej, braków w reżimie sanitarnym, w higienie pomieszczeń i zarządzaniu kryzysem. Pewnych dowodów na to dostarcza raport NIK wydany tuż przed epidemią<sup>24</sup>. Jest jeszcze za wcześnie, aby podsumowywać wielowymiarowe skutki epidemii, tym bardziej że jej koniec nie wydaje się bliski.

## Wyzwania:

1. Zapewnienie prawa do zachowania jak najlepszego zdrowia wszystkim ludziom niezależnie od ich wieku.
2. Zagwarantowanie osobom starszym równego dostępu do opieki zdrowotnej niezależnie od ich wieku, płci, statusu społecznego, ekonomicznego, miejsca zamieszkania i przekonań.
3. Przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek w zakresie dostępu seniorów do geriatrycznych świadczeń specjalistycznych – na wzór dostępu dzieci do świadczeń pediatrycznych.
4. Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych, rehabilitacyjnych i środowiskowych dla wszystkich osób starszych, które ich potrzebują.
5. Integrowanie i dostosowywanie systemu opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce do rosnących wyzwań demograficznych wynikających ze starzenia się polskiej populacji. Z uwagi na zróżnicowanie i złożoność indywidualnych potrzeb zdrowotnych, środowiskowych i socjalnych należy je zaspokajać kompleksowo poprzez współpracę przeznaczonych do tego instytucji (pomoc formalna) z seniorami i ich opiekunami rodzinnymi (pomoc nieformalna).

---

<sup>24</sup> Informacja o wynikach kontroli „Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia”, KPS.430.008.2019. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2019.

Rafał Bakalarczyk, Kinga Dękierowska, Barbara Imiołczyk,  
Beata Tokarz-Kamińska, Jolanta Piotrowska, Dorota Siwiec,  
Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska

## Sytuacja osób starszych z perspektywy potrzeb opiekuńczych

### Potrzeby wsparcia i opieki nad osobami starszymi

Do wzrostu zapotrzebowania u osób starszych na opiekę społeczną prowadzi przede wszystkim wielochorobowość, która przyczynia się do niepełnosprawności i niesamodzielności. Statystycznie na jednego seniora przypada przeciętnie 4,6 chorób przewlekłych. Zagadnieniom tym było poświęcone wystąpienie prof. Ewy Marcinowskiej-Suchowierskiej na konferencji prasowej w sprawie Centrów Zdrowia 75+ (2019 r.).

Zmieniające się w ostatnich 30 latach wzory życia rodzinnego, późne podejmowanie decyzji o posiadaniu dzieci przez młode pokolenie, mniejsza liczba dzieci w rodzinie czy zamieszkiwanie dorosłych dzieci poza domem rodziców – wszystko to zmniejsza szanse osób starszych na opiekę we własnym domu, a wśród opiekunów rodzinnych wywołuje potrzebę większego wsparcia ze strony instytucji odpowiedzialnych za pomoc społeczną.

Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014 r. wskazywały, że co trzecia osoba w Polsce w wieku 65+ miała trudności z wykonywaniem codziennych czynności związanych z samoobsługą. 45% osób starszych mających problemy z podstawową samoobsługą musiało się zmagać z nimi bez żadnej pomocy lub udogodnień. Prawie 28% starszych osób zgłaszających ograniczenia w prowadzeniu gospodarstwa domowego nie otrzymywało wsparcia w tym zakresie (zakupy, sprząatanie, sprawy administracyjne, finansowe).

Według CBOS (wrzesień 2019), trudności w wykonywaniu codziennych czynności ma 22% ankietowanych osób powyżej 75. roku życia, 13% osób w wieku 65–74 lat, 9% osób w wieku 55–64 lat. 40% osób starszych chciałoby otrzymać pomoc w radzeniu sobie w chorobie. 25% mieszka samotnie. Liczba jednoosobowych gospodarstw rośnie wraz z wiekiem. Wśród osób w wieku 75+ jest to 34%.

Obecnie jednak tylko niewielki procent osób starszych, które wymagają pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, korzysta ze wsparcia opiekuńczego: pobytów w domach opieki, opieki domowej, domów dziennej opieki, mimo że mają one ustawowo zapewnioną możliwość ubiegania się o usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, pobyt w domu opieki stałej (DPS) lub dziennej (DDP), w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) albo w hospicjum/placówce opieki paliatywnej.

W 2018 r.<sup>25</sup> z usług opiekuńczych skorzystało 91,9 tys. osób w wieku senioralnym (o 9,4% więcej niż w 2017 r.). Na 100 osób w wieku senioralnym z usług takich skorzystało przeciętnie około 10 osób. Średnia kwota świadczenia opiekuńczego na 1 osobę w wieku senioralnym korzystającą

<sup>25</sup> Zob. *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, Białystok 2020.

z tego uprawnienia wynosiła 5167 zł (mniej o 0,5% niż w 2017 r.). Najmniej osób korzystało z usług opiekuńczych w województwie podlaskim (1,7 tys.), a najwięcej w województwie mazowieckim (10,4 tys.).

Proces starzenia się społeczeństwa będzie się pogłębiał. Przewiduje się, że w 2050 r. osoby w wieku 60 lat i więcej będą stanowiły ponad 40% ogółu populacji kraju. Pomiędzy 2025 a 2040 r. liczebność osób w wieku 80 lat i więcej podwoi się z 1,7 mln do 3,4 mln. Będzie występować nadwyżka liczebna kobiet wśród starszych generacji<sup>26</sup>. Feminizacja (więcej kobiet niż mężczyzn), singularyzacja (życie w jednoosobowym gospodarstwie) czy spadek dochodów to cechy charakterystyczne populacji osób starszych w Polsce. Obok nich, typowe dla tej grupy jest również pogorszenie się stanu zdrowia, mogące prowadzić do niepełnosprawności.

Jak zauważa prof. S. Golinowska, „W polskiej polityce społecznej dominuje obecnie kierunek na rozszerzanie świadczeń pieniężnych, a nie na rozwój usług społecznych. W wyniku tej polityki wydatki społeczne będą wzrastać, a publiczne placówki usług społecznych – biednieć, dostarczając niskiej jakości świadczeń i generując kolejne problemy”<sup>27</sup>.

**Część populacji osób starszych w Polsce ma więc niezaspokojone potrzeby pomocy, co można określić mianem luki opiekuńczej<sup>28</sup>.**

Należy podkreślić również, że sektor opieki długoterminowej nad osobami starszymi jest bardzo niedoinwestowany, co może negatywnie przekładać się zarówno na dostępność, jak i na jakość wsparcia, a w konsekwencji na prawa osób starszych. Według Eurostatu, w Polsce wydajemy na opiekę nad osobami starszymi znacznie mniej (0,25 % PKB), niż wynosi średnia EU (0,5% PKB). Z kolei według danych OECD, na opiekę długoterminową wydajemy 0,4% PKB, podczas gdy średnia OECD to 1,6% PKB.

## Najważniejsze problemy

Do najważniejszych problemów związanych z dostępnością i jakością opieki nad osobami starszymi, oprócz niedoinwestowania opieki długoterminowej, należą:

- Niezaspokojenie lub niewystarczające/nieadekwatne zaspokojenie potrzeb osób starszych wymagających opieki, które wynika z niewystarczającej diagnozy potrzeb osób starszych zależnych od opieki i ich bliskich na poziomie lokalnym. Niezaspokajanie potrzeb opiekuńczych osób starszych, lekceważenie, niedostrzeżenie ich jest dyskryminacją.
- Brak wsparcia opiekuńczego w miejscu zamieszkania, m.in. w wyniku słabego dostępu do informacji, które pomogłyby zaplanować opiekę, ograniczonej wiedzy lekarzy POZ i pracowników socjalnych o dostępnych usługach oraz braku różnorodności w ofercie usług opiekuńczych.
- Nieuwzględnienie podmiotowości (i potrzeb innych niż stricte pielęgnacyjne) osób zależnych od opieki, np. w zakresie samostanowienia, uczestnictwa, kontaktów społecznych, intymności. Szczególnego wsparcia potrzebują osoby starsze w miarę samodzielne, ale samotne, innego –

<sup>26</sup> Prognoza ludności na lata 2014–2050, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.

<sup>27</sup> S. Golinowska, *Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2018

<sup>28</sup> Zob. A. Abramowska-Kmon, I.E. Kotowska, W. Łątkowski, Z. Szweđa-Lewandowska, *Stan zdrowia i otrzymywanie opieki wśród osób starszych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej*, w: M. Strojny (red.), *Europa Środkowo-Wschodnia wobec globalnych trendów: gospodarka, społeczeństwo i biznes*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2019, s. 109–136.



osoby starsze z niepełnosprawnością fizyczną, a jeszcze innego – osoby z niepełnosprawnością intelektualną, np. otępieniem.

- Przepisy prawne dyskryminujące osoby wymagające wsparcia.
- Brak koordynacji usług świadczonych przez pomoc społeczną i ochronę zdrowia.

## Obszary opieki nad osobami starszymi

Opieka nad osobami starszymi jest sprawowana w trzech przestrzeniach: we własnym domu, w miejscu zamieszkania przy wsparciu pomocy społecznej lub w warunkach instytucjonalnych. Najczęściej osoby starsze otrzymują wsparcie od rodziny (opiekunów nieformalnych). Rzadziej korzystają z formalnych usług opiekuńczych, zapewnianych przez pomoc społeczną w swoim środowisku, np. z pobytu w dziennych domach opieki. Gdy opiekunowie rodzinni nie są w stanie zapewnić należytej opieki, nieraz decydują się korzystać z usług świadczonych w szarej strefie lub w opiece instytucjonalnej: domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych czy prywatnych placówkach opieki całodobowej.

W sferze opieki rodzinnej i nieformalnej występują następujące problemy:

niewystarczające wsparcie finansowe opiekunów,

słabe wsparcie pozafinansowe (fizyczne, psychiczne, edukacyjne) dla opiekunów nieformalnych, niezaspokojone potrzeby opiekuńcze osób niemających wsparcia rodziny,

niewystarczające wsparcie dla opiekunów rodzinnych osób wymagających szczególnie intensywnej/kompleksowej opieki (np. osób z demencją).

## Dyskryminacja opiekunów w zakresie wsparcia finansowego

### 1. Niezrealizowany wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r. i dyskryminacja oraz wykluczenie części opiekunów w dostępie do świadczenia pielęgnacyjnego

Część opiekunów pozostających poza rynkiem pracy w związku z opieką nad bliskimi może liczyć jedynie na 620 zł specjalnego zasiłku opiekuńczego, a część z uwagi na niskie kryterium dochodowe (764 zł) nie otrzymuje nawet tego zasiłku, pozostając bez wsparcia. W tej sprawie wielokrotnie interweniował Rzecznik Praw Obywatelskich. Mimo upływu kilku lat od wydania wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który miał być wykonany przez ustawodawcę „bez zbędnej zwłoki”, nie nastąpiło to do tej pory.

### 2. Dyskryminacja opiekunów pobierających świadczenia emerytalno-rentowe

Pobieranie większości świadczeń emerytalno-rentowych (poza rentą z tytułu częściowej niezdolności do pracy) wyklucza obecnie możliwość starania się o wsparcie pieniężne z tytułu sprawowanej opieki. Również w tej sprawie wielokrotnie interweniował RPO.

### 3. Dyskryminacja opiekunów, na których nie ciąży obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego

Tylko opiekunowie, na których ciąży obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego, a więc wyłącznie osoby z najbliższej rodziny, mogą liczyć na finansowe wsparcie z tytułu sprawowanej opieki.

Opiekunowie pochodzący z dalszej rodziny, kręgu przyjaciół, sąsiadów, jeśli podejmują się długoterminowej opieki, na wsparcie finansowe liczyć nie mogą.

#### **4. Brak prawa do zabezpieczenia emerytalno-rentowego i zdrowotnego dla części opiekunów**

Część opiekunów jest wykluczona (por. pkt 1) z prawa do świadczeń finansowych z tytułu opieki, co powoduje, że wielu opiekunów w ogóle nie jest objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, jeżeli nie mają ubezpieczenia z innego tytułu. Podobnie jest z ubezpieczeniem emerytalno-rentowym.

#### **5. Brak prawa do aktywności zawodowej dla opiekunów pobierających świadczenie pielęgnacyjne i specjalny zasiłek opiekuńczy**

Osoby pobierające świadczenia finansowe z tytułu sprawowanej opieki nie mogą podejmować jakiegokolwiek aktywności zarobkowej, łącznie z zatrudnieniem w ramach umów cywilnoprawnych (np. na podstawie umowy o dzieło lub zlecenia).

### **Prawa opiekunów do zabezpieczenia socjalnego – rekomendacje**

- Wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r. i zniesienie zróżnicowania prawa do świadczenia pielęgnacyjnego ze względu na wiek, w którym powstała niepełnosprawność podopiecznego.
- Umożliwienie na określonych zasadach dorabiania opiekunom pobierającym świadczenia opiekuńcze (świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy). Należy odejść od radykalnego zakazu podejmowania jakiegokolwiek aktywności zarobkowej przez osoby pobierające te świadczenia.
- Zniesienie jako warunku uzyskania świadczeń z tytułu sprawowanej opieki podlegania obowiązkowi alimentacyjnemu wobec podopiecznego. Należy wprowadzić takie regulacje, które będą zabezpieczały i wspierały opiekunów, niezależnie od tego, czy zajmują się osobą z najbliższej rodziny czy spoza niej.
- Wyrównanie wysokości świadczeń emerytalno-rentowych pobieranych przez opiekunów do wysokości świadczenia pielęgnacyjnego.
- Odprowadzanie składek emerytalno-rentowych oraz prawo do publicznej opieki zdrowotnej dla ogółu opiekunów przez cały okres sprawowania opieki.
- Prawo do zabezpieczenia i wsparcia z tytułu bezrobocia dla wszystkich byłych opiekunów, po ustaniu sprawowanej opieki (a nie, jak to jest obecnie, tylko dla części z nich).

### **Wsparcie pozafinansowe opiekunów – rekomendacje**

Część opiekunów jest pozbawiona dostępu do informacji, doradztwa, szkoleń, do wsparcia wychowawczego, psychologicznego i psychoterapeutycznego, wsparcia wyręczającego i wspomagającego sprawowanie opieki. Możliwość skorzystania z tych praw jest ograniczona dla wielu mieszkańców kraju, ze względu na brak systemowych uregulowań w tym zakresie i zagwarantowanych środków na świadczenie tego rodzaju usług dla opiekunów. Dlatego rekomendujemy:

- powszechny dostęp do informacji w zakresie opieki i przysługującego wsparcia dla opiekunów w każdej gminie,
- powszechny dostęp do szkoleń dla opiekunów,
- powszechny dostęp do wsparcia psychologicznego i psychoterapeutycznego dla opiekunów i byłych opiekunów w każdej gminie,
- powszechny dostęp do opieki wytchnieniowej przynajmniej w pewnym wymiarze czasowym dla wszystkich opiekunów (rozszerzenie rządowego programu „Opieka wytchnieniowa” lub wprowadzanie do ustawodawstwa socjalnego tego rodzaju usługi, wraz z mechanizmem współfinansowania z budżetu centralnego).

## **Opieka formalna w domu – wybrane problemy z perspektywy praw osób starszych**

Dostęp do usług opiekuńczych i specjalistycznych jest nadal niewystarczający.

Według NIK, tego typu usługi nie były świadczone aż w 20% gmin w kraju. Być może problem ten występuje dziś w nieco mniejszej skali z uwagi na uruchomienie od 2018 r. programu „Opieka 75+”, a od 2019 r. rządowego programu „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”. Nie można jednak założyć, że problem został rozwiązany, zwłaszcza biorąc pod uwagę niewielki w skali kraju zakres wspomnianych rządowych programów i ograniczoną skłonność samorządów do udziału w nich (przykładowo w 2019 r. z programu „Opieka wytchnieniowa” skorzystała zaledwie co siódma gmina).

Jeśli usługi opiekuńcze są dostępne, to wysokie ceny tych usług i w związku z tym zmniejszanie godzin opieki, brak wsparcia w weekendy lub po godz. 16 powodują, że potrzebujące wsparcia osoby starsze albo z nich rezygnują, albo nie otrzymują należytej pomocy w odpowiednim do potrzeb wymiarze i charakterze.

Od dłuższego czasu rosną ceny usług opiekuńczych, finansowanych przez samorzady i gospodarstwa domowe. Możliwy jest też dalszy ich wzrost, choćby w związku z planowanym podniesieniem płac w gospodarce, czego efektem ubocznym jest zmniejszenie statystycznego tygodniowego wymiaru świadczonych usług. Według NIK, między 2014 a 2017 r. tygodniowy wymiar czasowy usług w skontrolowanych gminach skurczył się z 7 do 3 godzin.

Należy też podjąć kwestię standardów oraz monitoringu jakości i bezpieczeństwa, rozwiązać problem słabych i nieweryfikowanych kwalifikacji części osób świadczących opiekę, a także braku mechanizmów monitorowania jakości świadczonych usług.

Zakres potrzeb zaspokajanych w ramach usług świadczonych w domu rzadko jest konsultowany z osobami wymagającymi wsparcia i ich opiekunami rodzinnymi. Usługi te w ograniczonym stopniu były prowadzone z udziałem osób otrzymujących wsparcie i nie przeciwdziałały ich izolacji społecznej i samotności.

Program „Opieka 75+”, choć rozszerza możliwość skorzystania z usług, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, ma ograniczone ramy finansowe – niespełna 56 mln zł na 2020 r. w skali kraju – i obejmuje tylko osoby po 75. roku życia, i to w gminach liczących do 60 tys. mieszkańców.

Program „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych” również ma ograniczony budżet: na 2020 r. przewidziano jedynie 40 mln w skali kraju. Program ten ma na celu wspomózenie finansowe gmin w zapewnianiu i rozszerzaniu usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób tego wymagających przed 75. rokiem życia.

Domowe usługi pielęgniarstwa opieki długoterminowej (w ramach NFZ) mają ustalone dość rygorystyczne kryteria dostępu, tj. nie więcej niż 40 pkt w skali Barthel, a także ograniczenia związane np. ze zdrowiem psychicznym osób wymagających pielęgnacji. Ponadto, dostęp do tych usług jest ograniczony z powodu niewielkiej wiedzy o tego typu wsparciu i myleniu usług pielęgniarstwa opieki długoterminowej z zadaniami pielęgniarstwa środowiskowego.

Problemy z dostępnością usług w miejscu zamieszkania nasiliły się w okresie pandemii. Zakres przyznawanych i świadczonych usług w wielu miejscach w kraju się skurczył, a tam, gdzie usługi te są świadczone, pojawiają się zagrożenia bezpieczeństwa podopiecznych i opiekunów. Mogą się też pojawić dodatkowe problemy kadrowe, w związku z kwarantanną opiekunek bądź ich opieką nad swym dzieckiem lub innym członkiem rodziny. Należy pamiętać, że jest to mocno sfeminizowana profesja, a to właśnie kobiety najczęściej przejmują opiekę nad chorymi członkami rodziny lub dziećmi w warunkach zamknięcia szkół, przedszkoli, żłobków. W tym czasie pojawiają się dodatkowe wyzwania związane zarówno z zapewnieniem środków ochrony osobistej, jak i przeszkoleniem personelu opiekuńczego do wykonywania pracy w warunkach pandemii.

## **Opieka formalna w domu i środowisku – rekomendacje**

- Wprowadzenie ogólnopolskich standardów w zakresie usług opiekuńczych oraz narzędzi monitoringu jakości i bezpieczeństwa usług świadczonych w warunkach domowych.
- Rozszerzenie programów „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych” i „Opieka 75+”.
- Promowanie i rozwijanie alternatywnych dla opieki instytucjonalnej (także opieki nieformalno-rodzinnej w domu) form pomocy w społeczności lokalnej.
- Rozwój ten powinien objąć różne formy mieszkalnictwa wspomaganego, ośrodki wsparcia dziennego, rodzinne domy pomocy, a także różne usługi transportowe, żywieniowe i usługi wykraczające poza wąsko rozumianą opiekę, które pozwolą zaspokoić w szerszym zakresie potrzeby osoby starszej i jej opiekuna.
- Dalszy rozwój programu „Senior+”.
- Nadanie trwalszych ram prawnych i finansowych dziennym domom opieki medycznej.
- Wypracowanie i stosowanie standardów zaspokajania potrzeb opiekuńczych w miejscu zamieszkania w okresie zagrożenia epidemiologicznego lub klęski żywiołowej.

## **Opieka instytucjonalna – publiczna i prywatna domy pomocy społecznej**

### **Diagnoza i zaangażowanie Rzecznika Praw Obywatelskich – KMPT**

Przy biurze Rzecznika Praw Obywatelskich działa tzw. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur. Jednym z rezultatów prac KMPT był raport „Prawa osób starszych”, który zawiera diagnozę realizacji praw osób starszych mieszkających w publicznych placówkach opieki, jakimi są domy

pomocy społecznej. W raporcie wskazano główne problemy związane z naruszaniem praw mieszkańców DPS:

- brak systemu kontroli legalności pobytu osób skierowanych do domu pomocy społecznej orzeczeniem sądowym,
- sądowa kontrola domów pomocy społecznej,
- utrudniony kontakt ze światem zewnętrznym,
- niekorzystna sytuacja osób ubezwłasnowolnionych,
- niewystarczająca opieka psychologiczno-psychiatryczna,
- pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego,
- nadużywanie alkoholu przez niektórych mieszkańców DPS,
- stosowanie monitoringu wizyjnego.

## **Domy pomocy społecznej – obszary wymagające naprawy**

### **Według Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur:**

1. kierowanie do domów pomocy społecznej i pobyt tamże,
2. traktowanie mieszkańców przez personel domów pomocy społecznej,
3. prawo do opieki zdrowotnej,
4. dokumentowanie przymusu bezpośredniego,
5. dyscyplinowanie,
6. prawo do informacji.

Dodatkowo, aktualne problemy związane z pandemią koronawirusa bardzo mocno uderzyły w mieszkańców i pracowników placówek świadczących opiekę długoterminową, a jednocześnie ukazały w ostrzejszym świetle szereg problemów tego sektora, na które zwracano uwagę już wcześniej, m.in. także ze strony Rzecznika Praw Obywatelskich. W warunkach kryzysu epidemiologicznego w szczególności niebezpieczne wydaje się istnienie ogromnych placówek skupiających średnio 100 (a nieraz znacznie więcej) schorowanych i niesprawnych osób. Problemem jest też to, że z uwagi na kiepskie warunki zatrudnienia personelu opiekuńczego (niestabilność zatrudnienia, słabe wynagrodzenia), jego członkowie nierzadko pracują w wielu miejscach, przemieszczając się między placówkami, co zwiększa ryzyko ich zakażenia i przenoszenia wirusa na ich podopiecznych. Sytuacja powinna być systemowo poprawiana, poprzez zapewnianie godziwszych warunków zatrudnienia i wynagrodzenia pracowników (co może się też przełożyć na lepszą opiekę i realizację praw podopiecznych). Trzeba też stworzyć obowiązujące standardy zapobiegania zagrożeniom towarzyszącym epidemii i reagowania na nie w placówkach świadczących opiekę długoterminową z zachowaniem możliwie najwyższego poziomu realizacji praw osób, które w nich przebywają.

## **Dyskryminacja i nieprzestrzeganie praw osób starszych w prywatnych placówkach opieki długoterminowej**

Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie interweniował w sprawach dotyczących funkcjonowania bez rejestracji części prywatnych domów opieki. Jak pokazał raport NIK, w skrajnych przypadkach niektóre placówki prywatne działały bez rejestracji 10, 12, a nawet 18 lat. Część z ponad

200 zidentyfikowanych w kontroli placówek, które działały niezgodnie z prawem, kontynuowała nielegalną działalność po wcześniejszym wykazaniu nieprawidłowości i nałożeniu kar. NIK uważa, że nadzór publiczny nad tego typu placówkami staje się pozorny. Jest to niemały problem z punktu widzenia praw osób starszych, które trafiają do tego rodzaju instytucji<sup>29</sup>.

Osoby przebywające w takich nierejestrowanych, nielegalnych i niepodlegających kontroli instytucjach są szczególnie narażone na nadużycia, przemoc i złe traktowanie. Kwestia standardów i nadzoru nad ich przestrzeganiem nabiera dodatkowego znaczenia w warunkach zagrożenia epidemiologicznego, choć i w zwykłych czasach jest to bardzo wrażliwa sfera życia społecznego, wymagająca publicznej kontroli. Zagrożenia nie dotyczą jednak wyłącznie nierejestrowanych placówek, ale i tych prywatnych instytucji opieki, które podlegają publicznej kontroli. W niektórych z nich obowiązują niskie standardy jakości i bezpieczeństwa. Raport UOKiK z 2016 r. wskazywał na ryzyko zagrożenia praw pensjonariuszy i ich rodzin w związku z zawieraniem przez osoby starsze nieprawidłowo skonstruowanych umów.

### **Opieka instytucjonalna (publiczna i prywatna) – rekomendacje**

- Przeanalizowanie i rozwiązanie problemów w zakresie prawa osób starszych w domach pomocy społecznej.
- Zwiększenie i usprawnienie publicznego nadzoru nad prywatnymi placówkami opieki, a w szczególności przeciwdziałanie nierejestrowaniu placówek, uderzającemu w prawa osób starszych, a także w interes uczciwych placówek i wizerunek całego sektora.
- Systematyczny przegląd – wzorem dotychczasowych działań UOKiK – umów zawieranych między firmami prowadzącymi prywatne placówki opieki a mieszkańcami lub ich rodzinami pod kątem zgodności z istniejącym prawem, w szczególności w aspektach wrażliwych dla praw osób wymagających opieki.
- Stworzenie informatorów oraz platform komunikowania i informowania o prawach osób starszych i wymagających opieki w placówkach opieki całodobowej, zarówno prywatnych, jak i publicznych.
- Wypracowanie rozwiązań, które pozwalałyby na zaspokajanie potrzeb mieszkańców placówek w okresie pandemii przy jednoczesnej trosce o zapewnienie bezpieczeństwa im oraz pracownikom tychże placówek.

### **Sytuacja osób z otępieniem i ich bliskich – problemy**

Otępienie (demencja) prowadzi stopniowo do niesamodzielności i niepełnosprawności.

Szacuje się, że w Polsce liczba osób dotkniętych otępieniem wynosi ponad 500 tys., w tym 300 tys. to osoby cierpiące na chorobę Alzheimera. Liczby te nie są odzwierciedlone w danych MZ i MRPiPS, na co zwracał uwagę NIK (kontrola z 2017 r.). Brakuje regularnie prowadzonych badań przesiewowych, które przyczyniłyby się do wczesnego rozpoznawania objawów otępienia i jak najwcześniejszego podjęcia terapii oraz wspierania tej grupy chorych. Potrzebne są badania epidemiologiczne w poszczególnych województwach. W Polsce nie ma systemu opieki nad tą grupą i od-

<sup>29</sup> Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2019.

powiedniego wsparcia dla chorych i ich opiekunów, a potrzeby chorych nie są rozpoznawane i rozumiane. Nieliczne domy dziennej pomocy dla tej grupy nie rozwiązują problemu wspierania chorych i ich rodzin. Brakuje systemu usług opiekuńczych dla osób żyjących z otępieniem, w tym z chorobą Alzheimera, oraz odpowiedniego, dostosowanego do potrzeb, wsparcia opiekuńczego dla chorych i ich opiekunów nieformalnych. Opiekunowie rodzinni i formalni nie mają wystarczającej wiedzy i umiejętności, aby odpowiednio wspierać chorych. Świadomość społeczna w kwestiach otępienia i potrzeb chorych jest nadal niska, także wśród lekarzy POZ i polityków.

Niepokojącą sprawą jest umieszczanie chorych z otępieniem w DPS bez ich zgody i zmuszanie rodzin chorych do ubezwłasnowolnienia swych bliskich, aby móc korzystać z usług opiekuńczych w takich instytucjach. Nierzadko opiekunem prawnym staje się pracownik DPS.

Choroby mózgu nie znalazły się w priorytetach zdrowotnych państwa, mimo że otępienie odpowiada za 2/3 przypadków ciężkiej niepełnosprawności<sup>30</sup>.

### Sytuacja osób z otępieniem i ich bliskich – rekomendacje

- Przeprowadzenie badań epidemiologicznych w całym kraju.
- Kształcenie/podnoszenie świadomości społecznej.
- Jak najwcześniejsze rozpoznanie otępienia, co pozwoli na włączenie chorych w podejmowanie decyzji o ich własnej przyszłości oraz na przedłużenie okresu samodzielności.
- Tworzenie różnorodnych form wsparcia dla chorych i ich opiekunów w miejscu zamieszkania.
- Wspieranie przez państwo organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą chorym i ich rodzinom.
- Przyjęcie przez rząd Narodowego Planu Alzheimerowskiego.

### Dostęp do opieki hospicyjnej – problemy i rekomendacje

W Polsce obowiązuje wąski katalog schorzeń uprawniających do objęcia opieką hospicyjną i paliatywną, w efekcie czego część pacjentów, którzy cierpią na choroby nieuwzględnione w resortowym rozporządzeniu, jest z góry skazana na brak domowej opieki hospicyjnej.

Brakuje ustawowo określonego prawa osób z chorobą Alzheimera (lub inną chorobą powodującą otępienie) do korzystania z opieki hospicyjnej, mimo że takie choroby przewlekłe i nieuleczalne prowadzą do całkowitej utraty samodzielności w ich ostatniej, terminalnej fazie.

Kontrola NIK wskazała ponadto na nierówność w dostępie do opieki hospicyjnej, uwarunkowaną miejscem zamieszkania (różnice między terenami wiejskimi i miejskimi oraz między poszczególnymi regionami w kraju). Tam, gdzie dostęp ten jest możliwy, szczególnie w większych miastach, wymiar godzinowy bywa jednak nieadekwatny do potrzeb pacjentów i ich rodzin.

#### Wybrane rekomendacje Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>31</sup>

- wypracowanie nowego modelu hospicjum na terenie wiejskim,
- zwiększenie liczby chorób kwalifikujących do leczenia hospicyjnego,

<sup>30</sup> Zob. *Brain Plan dla Polski. Strategiczny raport dla zdrowia mózgu*, Fundacja NeuroPozytywni, Warszawa 2019.

<sup>31</sup> Źródło: Wystąpienie RPO: Jak poprawić sytuację hospicjów domowych na terenach wiejskich, 11.03.2020.

- wzrost finansowania domowej opieki hospicyjnej oraz wzrost jakości tych usług,
- wzrost stawki za tzw. osobodzień,
- dofinansowanie dojazdów do pacjenta,
- rozszerzenie zadań opieki paliatywnej.

## Ogólne wnioski i rekomendacje

Zagrożenia praw osób starszych i ich bliskich lub ich łamanie zachodzą w różnych obszarach opieki. Mogą one dotyczyć nierównego traktowania i dostępu do różnych usług oraz świadczeń pieniężnych, zagrożeń bezpieczeństwa i jakości opieki w warunkach domowych i środowiskowych czy też opieki instytucjonalnej, a także nie w pełni podmiotowego traktowania odbiorców opieki. Wiele zagrożeń i problemów występuje w sferze opieki długoterminowej od dawna, a sytuacja związana z walką z pandemią COVID-19 może dodatkowo te problemy pogłębiać.

Niedoinwestowany i nieuporządkowany system opieki nad osobami starszymi nie gwarantuje wszystkim seniorom mającym potrzeby opiekuńcze dostępu do świadczeń w wystarczającym wymiarze i o odpowiedniej jakości. **Należy wobec tego wypracować mechanizmy zwiększenia publicznych nakładów na opiekę oraz ich dystrybucję z zachowaniem równych praw.** Jednym z możliwych rozwiązań, które naszym zdaniem warto wziąć pod uwagę, jest niemiecki model społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Koncepcja zastosowania w Polsce tego modelu była już rozważana za czasów ministra Zbigniewa Religi. Obecnie znajduje ona także aprobatę przynajmniej w części środowisk eksperckich<sup>32</sup>.

Brakuje koordynacji między różnymi instytucjami i formami opieki, w szczególności między sektorem ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Należy zatem dążyć do silniejszej koordynacji i integracji systemu opieki, zwłaszcza na poziomie lokalnym. Przydatne mogłoby być w tym celu wyodrębnienie instytucji menedżera lub koordynatora opieki. Osoba pełniąca tę rolę, wspólnie z odbiorcą wsparcia i jej rodziną ustalałaby plan opieki, wspierałaby w kontaktach z instytucjami i pomagałaby w monitorowaniu bezpieczeństwa oraz jakości udzielanego wsparcia.

Nadal nie możemy mówić o satysfakcjonującym poziomie deinstytucjonalizacji opieki, w rozumieniu sprawnie działających systemów wsparcia i opieki w miejscu zamieszkania. Choć formalnie istnieje wiele instrumentów, w praktyce znaczna ich część na poziomie lokalnym nie jest dostatecznie wykorzystana i upowszechniona. **Należy więc przyjąć, wdrażać i monitorować strategię deinstytucjonalizacji, w sprawie której występował RPO, z uwzględnieniem potrzeb opiekuńczych.**

Choć system opieki opiera się na rodzinie, jej członkowie podejmujący opiekę są słabo wspierani, a ich prawa również bywają nierespektowane. Opiekę nad osobami starszymi sprawują w większości przypadków (90%) rodziny lub inni opiekunowie nieformalni, którzy również potrzebują zabezpieczenia socjalnego, wsparcia, odpoczynku (wytchnienia), wiedzy i umiejętności, aby kontynuować opiekę w domu. Pojawiają się ograniczenia w dostępie do pomocy dla tej grupy oraz dyskryminacja jej przedstawicieli w dostępie do świadczeń. **Należy skorygować istniejący system zabezpieczenia opiekunów osób zależnych i rozwinąć – słabe dziś – wsparcie usługowe dla tej grupy.**

<sup>32</sup> Por. P. Błędowski (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, raport Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, Warszawa 2019.



W poszczególnych obszarach opieki, zarówno w warunkach domowych, w wielorakich instytucjach opieki, jak i formach półstacjonarnych, występują specyficzne zagrożenia praw osób starszych i ich bliskich; sytuacja wymaga stosownych korekt, o które wielokrotnie zabiegały takie instytucje, jak Rzecznik Praw Obywatelskich czy Najwyższa Izba Kontroli.

**Narzędzia ochrony praw osób starszych wymagających wsparcia są obecnie niewystarczające.**

Obok generalnych potrzeb i problemów w dziedzinie opieki, należy **dostrzegać specyficzne potrzeby najstarszych i najbardziej zagrożonych** osób starszych, na przykład osób z chorobami otępiennymi, i ich bliskich.

Trzeba też wypracować rozwiązania, które pozwalałyby na zaspokojenie potrzeb opiekuńczych oraz wsparcie, zabezpieczenie i wynagrodzenie opiekunów nieformalnych i formalnych także w warunkach zagrożenia epidemiologicznego.

## Aktywność osób starszych

### Wstęp

Coraz więcej członków naszego społeczeństwa dożywa podeszłego i sędziwego wieku. Bez wątplenia mogłaby to być bardzo dobra wiadomość. Przejście na emeryturę dla wielu osób dorosłych łączy się z uczuciem satysfakcji, zadowolenia z dotychczasowych osiągnięć życiowych, ale niekoniecznie z obniżeniem aktywności życiowej czy społecznej. Wielu osobom ten okres przejścia, wyrażający się w ograniczeniu czy wręcz zaniechaniu aktywności zawodowej, otwiera nowe możliwości rozwojowe i dla wielu osób wiąże się on z nowymi, kolejnymi wyzwaniem życiowymi. Dla wielu osób jest to okres, w którym mogą dysponować swoim czasem zgodnie z własną wolą, potrzebami, w zgodzie ze swoją kondycją psychofizyczną, a także możliwościami finansowymi. Wiele osób po przejściu na emeryturę zyskuje również możliwość większego angażowania się w życie rodzinne, społeczne – w różnorodnych formach.

Jednocześnie jest to kolejny etap życia, w którym musimy stanąć w obliczu różnorodnych wyzwań, poradzić sobie z różnorodnymi trudnościami, problemami, w tym tak poważnymi, jak pogorszenie stanu zdrowia, obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej. Tracimy wtedy nie tylko niezależność, lecz także zdolność do samodzielnej egzystencji i, stopniowo, stajemy się ciężarem dla siebie i otoczenia. Funkcje somatyczne i psychiczne naszego organizmu zaczynają ulegać osłabieniu, a nawet destrukcji. Wzrasta ryzyko chorób, a w konsekwencji obniża się jakość życia. W miarę upływu lat sytuacja taka zbiega się z coraz większym osamotnieniem i izolacją, wynikającymi z odchodzenia naszych współmałżonków, przyjaciół, znajomych.

Dzisiejsze postrzeganie starości daleko odbiega od dotychczasowego, do niedawna jeszcze jedynego obrazu czy wręcz stereotypu starości, nakazującego postrzegać seniorów jako osoby słabe, chore i wycofane. Bezprecedensowe zmiany demograficzne społeczeństw, wyrażające się w postępującym zjawisku tzw. podwójnego starzenia się jednostek, kształtują nowe realia życia i polityki społecznej. Coraz częściej skupiamy się na kreowaniu i utrwalaniu pozytywnego wizerunku starzenia się, który promuje aktywność, niezależność, mobilność seniorów<sup>33</sup>. Łatwo jednak popaść z jednej skrajności w drugą, przejść od stereotypu niedołęznego i niesamodzielnego starszego człowieka do wyidealizowanego, czasami wręcz karykaturalnego obrazu przeżywania późnych lat życia. Niezbędne staje się zatem odpowiedzialne zdefiniowanie naszych oczekiwań, zarówno osobistych, jak i społecznych, dotyczących godnego starzenia się<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> W ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, za osobę starszą uważa się osobę, która ukończyła 60. rok życia, Dz.U. 2015 poz. 1705.

<sup>34</sup> M. Stanowska, *Rola uniwersytetów trzeciego wieku w edukacji osób starszych*, w: M.D. Adamczyk (red.), *Starość. Między tradycją a współczesnością*, Kraków 2016, s. 56.

Coraz więcej osób w podeszłym wieku mieszka samotnie. Wielu seniorów pragnie jak najdłużej funkcjonować samodzielnie i, aby było to możliwe, muszą oni zachować swoją aktywność – zarówno fizyczną, jak i społeczną, a także zawodową. Utrzymanie tej aktywności jest warunkiem zachowania sprawności, co oczywiście leży w interesie jednostki, ale jest również bardzo korzystne dla całego społeczeństwa.

Aktywizacja osób starszych jest ważnym zadaniem władz publicznych oraz organizacji społecznych. Jednak aby taka aktywizacja przyniosła oczekiwane skutki, powinna uwzględniać specyficzne potrzeby i oczekiwania tej grupy wiekowej oraz wykorzystywać jej potencjał. Konieczne jest wypracowanie narzędzi, które umożliwią seniorom angażowanie się w życie społeczności lokalnej i zachęcać ich do partycypacji w przestrzeni publicznej. Sami seniorzy coraz częściej są zainteresowani udziałem w różnych formach aktywności czy w rozmaitych formach uczenia się (zgodnie z ideą *lifelong learning*) oraz uczestnictwem w wydarzeniach kulturalnych, wypoczynkowo-rekreacyjnych i sportowych. Aktywność jest jedną z najistotniejszych potrzeb człowieka starszego, w dodatku potrzebą obiektywną ze względu na interes społeczny i jednostkowy.

Grupa wiekowa 60+ jest przy tym bardzo zróżnicowana pod względem możliwości i potrzeb. Można mówić o trzech głównych podgrupach: tak zwanych młodych seniorach – do 74. roku życia, dojrzałych – od 75. do 89. roku życia, i długowiecznych, czyli osobach w wieku 90+. O ile młodzi seniorzy bardzo często chcą i są w stanie pracować zawodowo lub społecznie, o tyle w kolejnych grupach potrzeba i możliwości zachowania aktywności społecznej i zawodowej w sposób naturalny ustępują miejsca zwiększającym się potrzebom w zakresie ochrony zdrowia i otrzymywanej opieki. Przeżywanie tego okresu zależy od postawy wobec procesu własnego starzenia się i starości, jako kolejnego etapu życia, a także od oceny dotychczasowego życia, od bilansu sukcesów osobistych, zawodowych, rodzinnych, od wykształcenia, stanu zdrowia, a także od jakości relacji z najbliższymi, zainteresowania obecnym życiem i społecznej aktywności.

Dużym wyzwaniem na najbliższe lata staje się podnoszenie ogólnej świadomości wartości aktywności osób starszych. Koncepcja aktywnego starzenia się odnosi się do wielu rodzajów aktywności: zawodowej, rodzinnej i społecznej. Podejmowanie w starszym wieku nowych wyzwań jest ściśle związane z indywidualną, mającą wymiar psychologiczny, postawą wobec życia i starości.

## **Aktywność edukacyjna, kulturalna, sportowa i rekreacyjna**

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2019 r., w latach 2013–2017 na Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 wydano 173 mln zł. W różnych projektach udział wzięło 849 tys. seniorów, tj. 10% ogółu osób po 60. roku życia, a więc na jednego uczestnika/odbiorcę działań projektowych przypadało 204 zł. W latach 2013–2018 skuteczność programu ASOS, rozumiana jako osiągnięcie trwałych efektów w odniesieniu do założonego celu głównego, była niska. Tylko około 27% spośród zbadanych projektów było ukierunkowanych na pobudzenie czynnej aktywności seniorów i osiągnięcie trwałych efektów – wymagających stałych i regularnych działań. Najpowszechniejszą formą aktywności społecznej promowaną w ramach projektów była tzw. aktywność bierna.

## Edukacja, całościowe uczenie się

Ważną formą aktywności indywidualnej i społecznej jest edukacja. W 2016 r. w szeroko rozumianym kształceniu uczestniczyło 1239 tys. osób w wieku 60–69 lat (ok. 25% populacji w tym przedziale wiekowym). Co godne podkreślenia, poziom zaangażowania edukacyjnego tej grupy wiekowej podniósł się w latach 2011–2016 o 6,1 pkt proc.<sup>35</sup>. Zjawisko to nadal wykazuje tendencję wzrostową, bowiem w fazę starości wchodzi kolejne, już dobrze wykształcone roczniki, z rozwiniętymi potrzebami rozwojowymi.

W Polsce, w zakresie kształcenia formalnego funkcjonują szkoły dla dorosłych<sup>36</sup>, natomiast nie ma odrębnych propozycji edukacyjnych dla osób w podeszłym wieku. W szkołach dla dorosłych i uczelniach nie ma prawnych barier ograniczających wiek uczącej się osoby. Oznacza to, że każdy chętny może rozpocząć/wznowić edukację na dowolnym poziomie. Rzadko jednak zdarzają się przypadki, gdy osoba w podeszłym wieku podejmuje np. studia wyższe i kończy je<sup>37</sup>.

Znacznie częściej seniorzy korzystają z oferty edukacji pozaformalnej, w tym w szczególności uniwersytetów trzeciego wieku, które w Polsce dynamicznie się rozwijają. Zgodnie z danymi GUS, w 2018 r. w Polsce działało 640 UTW. Jest to jedna z najwyższych wartości w Europie. Największa część UTW (56%) pracowała w formule stowarzyszeń. Ponad 1/5 placówek działała przy uczelniach, natomiast niemal 18% funkcjonowało przy domach i ośrodkach kultury. W UTW studiowało łącznie 113,2 tys. słuchaczy, w tym 95,4 tys. kobiet. Zatem problemem jest mała reprezentacja mężczyzn – kobiety stanowią 84% ogółu słuchaczy. Najwięcej słuchaczy stanowiły osoby w wieku 61–75 lat (71,9%), a 16,4% ogółu stanowiły osoby po 75. roku życia<sup>38</sup>. Uczestnictwo w UTW jest nie-reprezentatywnym przykładem całościowego uczenia się aktywnych seniorów. Zjawisko to najczęściej dotyczy mieszkańców większych miast, ze średnim lub wyższym wykształceniem, z dobrą sytuacją materialną i dobrym stanem zdrowia. Brakuje podobnych ofert dla środowisk wiejskich i małomiasteczkowych. Niemal wcale nie są oferowane formy edukacji, dzięki którym osoby w wieku emerytalnym mogłyby kontynuować pracę zarobkową na innym niż dotychczasowe stanowisku, w innym zawodzie, rekwaliifikować się.

Uczestnictwo w kursach, warsztatach, seminariach, instruktażach, jako kolejna propozycja edukacji pozaformalnej, ma miejsce głównie w ośrodkach i domach kultury, a także w bibliotekach. W bibliotekach w 2018 r. było zarejestrowanych 854,7 tys. aktywnie wypożyczających czytelników mających 60 lat i więcej, co stanowi 9% ogółu osób w tym wieku. Tym samym należy uznać biblioteki i ich filie za cenne środowiska edukacyjne dla seniorów.

Należy docenić efekty krajowego Programu „Dostępność Plus”<sup>39</sup>, skierowanego do osób doświadczających trwałego lub czasowego ograniczenia w mobilności lub też percepcji, osób z niepeł-

<sup>35</sup> *Sytuacja osób starszych w Polsce*

<sup>36</sup> Ustawa Prawo oświatowe określa zasady funkcjonowania szkół dla dorosłych oraz placówek kształcenia ustawicznego i centrów kształcenia zawodowego, umożliwiających uzyskanie i uzupełnienie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych przez osoby, które spełniły obowiązek szkolny, *Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe*, Dz.U. 2019 poz. 1148.

<sup>37</sup> Było to 1213 osób w wieku 61 lat i więcej. Za: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, MRPiPS, Warszawa 2019, s. 51.

<sup>38</sup> *Uniwersytety trzeciego wieku w Polsce w 2018 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, data publikacji: 29.03.2019.

<sup>39</sup> <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-europejskie-bez-barrier/dostepnosc-plus/efekty-programu-dostepnosc-plus/>

nosprawnościami i utrudnionym dostępem do instytucji publicznych, w tym dóbr kultury i edukacji. Zaproponowane i wdrożone rozwiązania mają wpływ na poszerzenie się przestrzeni przyjaznych także seniorom, postępującą likwidację barier komunikacyjnych i przestrzennych.

Kluby seniora, niegdyś bardzo popularne, działają także dzisiaj. Są to miejsca spotkań o wyraźnej zaznaczonej funkcji społecznej i kulturalno-edukacyjnej. Skupiają osoby starsze i są przez nie zarządzane. Nie posiadają osobowości prawnej. Najczęściej działają jako nieformalne i dobrowolne zrzeszenia, funkcjonują także przy organizacjach pozarządowych, ośrodkach i klubach kultury, spółdzielniach mieszkaniowych, parafiach, dziennych domach pomocy. Choć są one niewidzialne dla statystyki publicznej, efekty ich działania są nie do przecenienia. Jest to teren oddolnej aktywności seniorów, którzy dzięki stworzeniu miejsca wspólnych spotkań, mają poczucie „bycia u siebie”. Programy rządowe oraz samorządy terytorialne powinny wspierać działalność tych nieformalnych organizacji społecznych.

W środowiskach wiejskich aktywność seniorów aranżują i wspierają koła gospodyń wiejskich, które wpływają na sąsiedzką społeczność, promując i upowszechniając lokalną kulturę oraz dobre wzory działalności oświatowo-wychowawczej, społecznej i gospodarczej<sup>40</sup>.

Najczęściej wskazywaną przez osoby w podeszłym wieku formą kształcenia było nieformalne uczenie się (samokształcenie)<sup>41</sup>. Taką deklarację złożyło 1 046 000 osób, to jest 84,4% ogółu uczących się seniorów. W miastach udział osób w wieku 60–69 lat deklarujących uczestnictwo w edukacji nieformalnej był o 9,5% wyższy niż na wsi. Według GUS, skala uczestnictwa osób starszych w kształceniu nie była znacząco zróżnicowana ze względu na płeć. Podejmując nieformalną aktywność edukacyjną, seniorzy rozwijają swoje zainteresowania, uprawiają hobby, spełniają marzenia. Wykorzystują w tym celu zasoby prywatne, tworzą spersonalizowane, indywidualne środowiska edukacyjne.

Akcje, programy, kampanie społeczne w rodzaju plebiscytu „Poza stereotypem – Senior/Seniorka roku” pomagają wyłonić najbardziej aktywne osoby, na ich przykładzie pokazać innym seniorom możliwości społecznej, kulturalnej, obywatelskiej partycypacji. Z kolei działania w rodzaju akcji „Miejsce przyjazne seniorom” lub prowadzone konkursy na innowacje społeczne pomagają „oswoić” przestrzeń publiczną, strefę usług, budzić świadomość społeczną problemów związanych ze starzeniem się polskiego społeczeństwa<sup>42</sup>.

Istotnym problemem ostatnich lat było wykluczenie cyfrowe osób starszych. Skala zjawiska, dzięki między innymi akcji przeprowadzonej w ramach programu Polska Cyfrowa Równych Szans<sup>43</sup>, maleje. W Polsce w 2018 r. z komputerów korzystało (w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających badanie) 1193,6 tys. osób w wieku 65–74 lat, co stanowiło 31,7% populacji osób w tym wieku<sup>44</sup>. Należy zauważyć, że wielu seniorów zdobyło cyfrowe kompetencje w pracy zawodowej

<sup>40</sup> Ustawa z dnia 9 listopada 2018 r. o kołach gospodyń wiejskich, Dz.U. 2018 poz. 2212.

<sup>41</sup> Ankietowany przeczytał przynajmniej jedną książkę w ciągu roku.

<sup>42</sup> Przykładem dobrych praktyk mogą być programy i projekty Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie: <https://www.rops.krakow.pl/lewa/seniorzy-9/malopolski-plebiscyt-pozu-stereotypem-senior-i-seniorka-roku-49.html> oraz <https://www.rops.krakow.pl/lewa/seniorzy-9/miejsce-przyjazne-seniorom-50.htm>

<sup>43</sup> Największa w Europie akcja z udziałem wolontariuszy, mająca na celu minimalizację wykluczenia cyfrowego seniorów. Zob. Ł. Tomczyk, *Wolontariusze i seniorzy w programie Polski Cyfrowej Równych Szans*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2018.

<sup>44</sup> *Sytuacja osób starszych w Polsce...*

i efektywnie je wykorzystuje na emeryturze. Wielu pozyskało cyfrowe kompetencje dzięki pomocy dzieci i wnucząt.

O ile działania mające na celu wspieranie uczenia się w okresie starości można ocenić dobrze, to wiele do życzenia pozostawia edukacja gerontologiczna, czyli uczenie się dla starości i o starości. Brakuje syntetycznej, spójnej oferty edukacyjnej kierowanej do potencjalnych opiekunów formalnych osób starszych i do personelu zawodowo sprawującego pieczę nad osobami w podeszłym wieku<sup>45</sup>.

W narracji dotyczącej polskiej polityki publicznej, prowadzonej w ramach działań prosenioralnych, podejmowana jest kwestia aktywizacji społecznej już aktywnych osób w podeszłym wieku. Brakuje natomiast propozycji edukacyjnych dla grup defaworyzowanych, takich jak na przykład kohorta „czwartego” wieku (osoby po 75. roku życia), starsi wiekiem bezdomni, seniorzy w sytuacji pozbawienia wolności, osoby słabo wykształcone, osoby ubogie oraz tzw. więźniowie IV piętra (czyli osoby z niepełnosprawnościami, nieopuszczające mieszkań w domach pozbawionych wind). Osobami niemal niedostrzeganymi w polityce senioralnej są mieszkańcy wsi, pozbawieni nie tylko głosu doradczego ale i – przykładowo – dostępu do zorganizowanego, gminnego transportu publicznego<sup>46</sup>.

## Główne problemy

Głównym problemem jest niska aktywność społeczno-kulturalna osób w podeszłym wieku bądź jej brak. Aktywność niemal 3 mln seniorów ograniczają takie czynniki, jak słabe zdrowie, trudy często samotnego życia, niższy niż w młodszych grupach wiekowych poziom wykształcenia, brak potrzeb rozwojowych lub ich uśpienie, brak nawyków edukacyjnych.

Brakuje danych na temat aktywizowania i propozycji zaangażowania kulturalno-edukacyjnego najstarszych seniorów, czyli osób po 75. roku życia. Nie ma propozycji pozwalających na podniesienie poziomu jakości życia osób starszych uwięzionych we własnych mieszkaniach. Brakuje ofert służących urozmaiceniu czasu mieszkańców placówek pomocowych, którzy podlegają izolacji społecznej i z różnych przyczyn nie mogą uczestniczyć w formach aktywności podejmowanych przez seniorów w tzw. świetlicach środowiskowych. Osobną grupę stanowią mieszkańcy placówek opiekuńczych, którzy na skutek przebywania w zamkniętych ośrodkach podlegają izolacji i nie mogą uczestniczyć w formach aktywności podejmowanych przez swoich rówieśników w otoczeniu własnego domu.

Wiejskie środowiska, małe gminy w większości nie przedstawiają seniorom oferty kulturalno-edukacyjnej. Raport NIK informuje, że do miejscowości liczących poniżej 5 tys. mieszkańców trafiło zaledwie 7% ofert dofinansowanych ze środków programu ASOS<sup>47</sup>. Starsi wiekiem mieszkańcy wsi i małych miast są pozostawieni sami sobie. Uciążliwością jest dla nich także brak komunikacji publicznej w wielu gminach.

<sup>45</sup> Z. Szarota, J. Perek-Białas, *Four Types of Gerontological Education in Poland: the Current Situation and Needs for Future*, „Studia Edukacyjne” 2017, nr 4 (46), s. 197–214. DOI: 10.14746/se.2017.46.13.

<sup>46</sup> Z. Szarota, *Powszednia aktywność wiejskich seniorów (wymiar społeczno-edukacyjny i kulturalny)*, „Pedagogika Społeczna” 2018, nr 3 (69), s. 235–252.

<sup>47</sup> *Aktywny jak senior. NIK o realizacji rządowych programów na rzecz aktywizacji społecznej osób starszych*, Najwyższa Izba Kontroli, 2019, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/sprawypoleczne/programy-aktywizacji-spolesczonej-osobstarszych.html>

Do osób w podeszłym i zaawansowanym wieku powinny być kierowane projekty edukacyjne rozbudowujące ich świadomość w zakresie praw obywatelskich, praw konsumenckich, polityki rynku pracy itd. Konieczna staje się wyspecjalizowana senioralna edukacja w zakresie prawa.

## **Sprawy podejmowane/podnoszone/sygnalizowane przez Rzecznika**

Rzecznik Praw Obywatelskich podejmował inicjatywy dotyczące: zwiększenia aktywności społecznej seniorów i stworzenia warunków do integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej, solidarności międzypokoleniowej, znaczenia i zagospodarowania potencjału osób starszych w kultywowaniu obrzędów i tradycji kształtujących lokalną tożsamość, poszerzenia katalogu usług świadczonych dla osób starszych na terenie gminy, wzrostu świadomości w zakresie samoorganizacji i aktywności społeczności lokalnej.

Inicjatywy Rzecznika służyły uwrażliwianiu młodszych pokoleń na potrzeby osób starszych. Przykładowo, w warsztatach planistycznych pod hasłem „Seniorzy i studenci – razem możemy więcej” uczestniczyli studenci wydziałów architektury, socjologii, gospodarki przestrzennej i seniorzy.

Inicjatywą RPO była kampania „Za starość naszą i waszą”. Włączyły się do niej organizacje, stowarzyszenia i osoby prywatne. Analizowane były modele wsparcia osób starszych. Gromadzono doświadczenia, które następnie były opisywane w atlasach dobrych praktyk.

## **Aktywność w zakresie kultury**

Osoby starsze chętnie uczestniczą w różnych formach aktywności kulturalnej organizowanej przez centra kultury, domy i ośrodki kultury, kluby i świetlice. Jak wskazuje GUS, osoby starsze są podmiotem różnych form aktywności kulturalnej organizowanej przez centra, domy i ośrodki kultury, kluby i świetlice. W 2018 r. ponad 199 tys. osób w wieku 60 lat i więcej było członkami różnych kół, klubów i sekcji, a 54,4 tys. seniorów aktywnie udzielało się w grupach artystycznych. Seniorzy stanowili 1/3 członków, a w skali roku ich liczba wzrosła o 7,3%.

W 2018 r. wzrosła także – w stosunku do roku poprzedniego – liczba seniorów należących do grup artystycznych (o 3,9%). Udział osób starszych w ogólnej liczbie członków grup artystycznych ukształtował się na poziomie 18,7%. W miastach największą popularnością wśród seniorów cieszyły się grupy wokalne i chóry, na wsi zaś najczęściej osób starszych, spośród członków grup artystycznych, należało do grup folklorystycznych<sup>48</sup>.

## **Aktywność w zakresie sportu i rekreacji**

Aktywność fizyczna jest jednym z nieodłącznych elementów utrzymania satysfakcjonującego stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej osób starszych. Rosnąca świadomość zdrowotna społeczeństwa i kreowana moda na zdrowy styl życia zachęcają seniorów do aktywności sportowej i rekreacji ruchowej. W 2016 r. taką aktywność podjęła 1/4 osób w wieku 60 lat i więcej, przy czym wśród mężczyzn odsetek ten był nieco wyższy i wyniósł 27,7%, natomiast wśród kobiet ukształtował się na poziomie 23,2%. Prawie połowa spośród aktywnych seniorów ćwiczyła systematycznie, tj. przynajmniej raz w tygodniu. Powstające „siłownie pod chmurką” czy ścieżki rowerowe zachęca-

<sup>48</sup> Sytuacja osób starszych w Polsce...

ją seniorów do tego rodzaju aktywności. Należy zaznaczyć, że miewają oni w domach rowery stacjonarne i inne urządzenia, z których (jak wynika z badań własnych) chętnie korzystają. Najczęściej spotykane formy aktywności sportowo-rekreacyjnej to jogging i nordic walking (27%) oraz ogólnorozwojowe zajęcia ruchowe poprawiające kondycję fizyczną (20%)<sup>49</sup>.

Osoby w wieku senioralnym chętnie podróżują. W 2018 r. 4,1 mln osób w wieku 60 lat i więcej uczestniczyło w przynajmniej jednym prywatnym wyjeździe turystycznym (o 2,3% więcej niż rok wcześniej).

Wyniki badań wskazują, iż osoby starsze preferują formy bierne spędzania czasu, które nie wiążą się z koniecznością wychodzenia z domu. Wśród przyczyn niskiej aktywności fizycznej seniorów należy wymienić stan zdrowia (wskazania lekarza?), brak nawyków regularnego uprawiania sportu, brak zainteresowania, utrudniony dostęp do ośrodków sportowych, rekreacyjnych i placówek rehabilitacji ruchowej, a także niedostosowanie treści zajęć do potrzeb i możliwości osób starszych.

## Wolontariat i działalność charytatywna

Wolontariusz to osoba, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia odpowiadające świadczeniu pracy na zasadach określonych w ustawie. Pracuje m.in. na rzecz organizacji pozarządowych, organów administracji publicznej i jednostek im podległych lub przez nie nadzorowanych<sup>50</sup>. Z nieco innej definicji korzysta Główny Urząd Statystyczny (warto ją znać, gdyż to właśnie GUS podaje dane na temat wolontariatu w Polsce). Zgodnie z tą definicją, wolontariusz to osoba fizyczna, która pracuje bezpłatnie, dobrowolnie na rzecz organizacji, instytucji lub bezpośrednio na rzecz osób spoza własnego gospodarstwa domowego<sup>51</sup>.

## Znaczenie wolontariatu osób starszych

Wolontariat jest korzystną formą aktywności dla samych seniorów. Dzięki pracy społecznej stają się sprawniejsi fizycznie i intelektualnie, rozwijają nowe kompetencje, czują się potrzebni, nie odczuwają samotności, mają satysfakcję z wykonywanej pracy i okazywanego uznania, wypełniają swój wolny czas, odrywają się od trosk, mają poczucie spłaconego długu, poprawiają jakość swojego życia.

Z pracy najstarszych wolontariuszy korzyści odnoszą też organizacje i instytucje, bo to właśnie wolontariusze-seniorzy mają więcej czasu na działanie, na dłużej związują się z organizacją, bardzo dobrze sprawdzają się w zadaniach, które wymagają specjalistycznych umiejętności, doświadczenia życiowego, są dyspozycyjni, odpowiedzialni, cierpliwi, rzadko wycofują się z raz podjętych zobowiązań. Najczęściej angażują się w działania związane z opieką, nauką, animacją czasu wolnego innych osób.

## Wolontariat osób starszych w Polsce

Tymczasem w wolontariat w organizacjach i instytucjach angażuje się tylko 6,6% osób (ok. 6% stanowią mężczyźni, ok. 7% kobiety), które ukończyły 65 lat – to najniższy odsetek wśród grup

<sup>49</sup> Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.

<sup>50</sup> Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. z 2003 r. Nr 96, poz. 873.

<sup>51</sup> Według Międzynarodowej Organizacji Pracy przy udziale Centrum Studiów nad Społeczeństwem Obywatelskim na Uniwersytecie Johnsa Hopkinsa w USA.



wiekowych począwszy od 15-latków<sup>52</sup>. Wolontariusze (generalnie, bez podziału na grupy wiekowe) w ramach sektora non profit najczęściej są aktywni w stowarzyszeniach, podobnych organizacjach społecznych (m.in. w klubach sportowych, ochotniczych strażach pożarnych, kołach łowieckich) oraz fundacjach, na drugim miejscu – w kościołach, wspólnotach i organizacjach religijnych, a na trzecim – w samorządach gospodarczych i zawodowych, organizacjach pracodawców, pracowników, partiach politycznych.

Przeciętny czas pracy w ramach wolontariatu w organizacjach w ciągu 4 tygodni poprzedzających realizację wywiadu przez ankieterów GUS był najdłuższy wśród osób w wieku od 25 do 34 lat (średnio 10 godzin) oraz wśród osób w wieku 65 lat i więcej (9 godzin), w pozostałych przedziałach wiekowych średnia kształtowała się na poziomie 7–8 godzin.

W wolontariat indywidualny, tj. pełniony poza organizacjami i instytucjami, na rzecz znajomych, nieznajomych, społeczeństwa, środowiska naturalnego bądź miejscowości – z zastrzeżeniem, że prawie 90% z nich najczęściej działa na rzecz znajomych i przyjaciół – w najmniejszym odsetku angażowały się osoby w wieku od 65 lat (21,1%, prawie o 10 pkt proc. mniej niż wynosi analogiczny wskaźnik dla wszystkich wolontariuszy niezależnie od ich wieku; przy czym ok. 22% to mężczyźni, a ok. 21% kobiety). Warto podkreślić, że osoby starsze przeznaczały na tego rodzaju aktywność najwięcej czasu (średnio 8 godzin).

Porównanie wskaźnika zaangażowania osób starszych w wolontariat indywidualny ze wskaźnikiem ich zaangażowania na rzecz instytucji wypada zdecydowanie na korzyść tego pierwszego (21,1% do 6,6%). Może to wynikać z faktu, że wśród osób starszych jest liczna grupa potrzebujących pomocy (m.in. w gotowaniu, zakupach), którym ich sprawniejsi starsi sąsiedzi, przyjaciele decydują się pomagać.

## Główne problemy

Skoro wolontariat jest korzystny dla osób starszych, przydatny dla organizacji i instytucji, nasuwa się pytanie, dlaczego tak mało osób starszych angażuje się w działania na rzecz organizacji, instytucji, społeczności lokalnej, środowiska. Poniżej wskazujemy główne przyczyny:

1. Bardzo słaba efektywność działań wspierających wolontariat seniorów. Według raportu Najwyższej Izby Kontroli, która zbadała najważniejszy program grantowy na aktywizację społeczną osób starszych, w tym również na wolontariat osób starszych<sup>53</sup>, w programach na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (wszystkie priorytety, nie tylko rozwój wolontariatu) w latach 2013–2017 udział brało odpowiednio: 1,4%, 3,9%, 1%, 1,4%, 1,9% seniorów. Według NIK „Skuteczność Programu ASOS, rozumiana jako osiągnięcie trwałych efektów w odniesieniu do założonego celu głównego, była niska”, gdyż nie osiągnięto tego celu, tj. „poprawy jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną”. W raporcie podano, że „Tylko ok. 27% zbadanych projektów ukierunkowanych było na pobudzenie czynnej aktywności seniorów i osiągnięcie trwałych efektów – wymagających stałych i regular-

<sup>52</sup> Dane liczbowe na temat wolontariatu w Polsce za: *Wolontariat w 2016 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.

<sup>53</sup> *Realizacja rządowych programów na rzecz społecznej aktywności osób starszych: 2013–2018 (I półrocze)*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, październik 2019.

nych działań”. Chodzi przede wszystkim o szeroko rozumiany wolontariat, uczestnictwo w radach seniorów czy budowanie integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej. W ramach Programu ASOS najczęściej (ponad 60% zbadanych projektów) „dofinansowywano projekty obejmujące tzw. aktywność bierną, oznaczającą krótkotrwałe, jednorazowe działania polegające głównie na konsumpcji różnorodnych usług” (np. wyjścia do kina, teatru, na wystawy, wycieczki, zajęcia sportowe czy szkolenia z nowych technologii). W ocenie NIK, „działania takie są potrzebne w ramach realizacji polityk lokalnych, nie powinny jednak być dominujące”.

2. Mała liczba konkursów grantowych realnie wspierających tworzenie i rozwój wolontariatu seniorów, niskie nakłady na rozwój wolontariatu. W raporcie NIK<sup>54</sup> na temat programów ASOS wolontariat został wymieniony wśród działań „znikomo podejmowanych w programie” przez pięć lat. W latach 2013–2017 na ASOS wydano 173 mln zł, z tego tylko 623 tys. na zajęcia przygotowujące do wolontariatu (w ramach priorytetu „Aktywność społeczna” konkurencję stanowiły: aktywność fizyczna, turystyczno-rekreacyjna, zajęcia w obszarze kultury i sztuki). Ponadto, prawie połowa funduszy ASOS trafiała do organizacji w miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców, co ogranicza działania w małych miastach i na wsiach. Zdaniem NIK, niewielka kwota środków przeznaczonych na program (na jedną osobę poniżej 200 zł) nie pozwalała projektować działań spójnych, trwałych i efektywnych długofalowo.
3. Niedocenianie przez władze znaczenia wolontariatu seniorów wśród działań aktywizujących osoby starsze. Wystarczy tylko wskazać, że w corocznej „Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce”<sup>55</sup> przygotowywanej przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a dotyczącej wszystkich sfer życia osób starszych (demografia, zdrowie i opieka zdrowotna, rynek pracy, sytuacja ekonomiczna, aktywność społeczna, obywatelska, sportowa, edukacyjna, kulturalna, równe traktowanie, przeciwdziałanie przemocy, sytuacja osób niepełnosprawnych, polityka wobec osób starszych w każdym ministerstwie i na szczeblu regionalnym) nie ma mowy o wolontariacie.
4. Brak wsparcia dla wolontariatu kompetencji. Od wielu lat na emeryturę przechodzą ludzie będący często w pełni sił, kompetentni, z ogromną wiedzą, umiejętnościami, doświadczeniem. Ten potencjał wielokrotnie jest marnowany, zamiast służyć młodym pracownikom. Według raportu NIK<sup>56</sup>, w latach 2013–2017 w programie ASOS na rozwój wolontariatu kompetencji nie wydano ani złotówki (!).
5. Brak liderów/animatorów wolontariatu/działań charytatywnych na szczeblu lokalnym. Z doświadczeń istniejących w Polsce stałych grup wolontariuszy-seniorów wynika, że dobry lider, koordynator działań jest jednym z gwarantów trwałości wolontariatu. Seniorami zajmują się urzędnicy lub społecznicy, ale jakby „przy okazji”. Tymczasem wolontariusze-seniorzy wymagają innego podejścia<sup>57</sup>. Z drugiej strony, błędem jest również bazowanie wyłącznie na pasji lidera,

<sup>54</sup> Tamże.

<sup>55</sup> *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2018.

<sup>56</sup> *Realizacja rządowych programów na rzecz społecznej aktywności osób starszych...*

<sup>57</sup> E. Kulisz, E. Nieszporek, *Seniora droga do KULtury. Jak pomóc osobom starszym zależnym w dotarciu na zajęcia edukacyjne, kulturalne. Jak na powrót włączyć je w życie społeczne*, Chorzów 2018.

brak dodatkowego wsparcia innych osób, instytucji, finansów. Utrata takiego lidera często powoduje likwidację wolontariatu.

6. Niedocieranie z ofertą działań do osób starszych, samotnych. Informacje zachęcające do włączenia się w wolontariat – podobnie jak inne adresowane do osób starszych – często są zapisane zbyt małą czcionką, umieszczane w miejscach niedostępnych lub rzadko odwiedzanych/oglądanych przez seniorów. Ponadto wykluczenie cyfrowe sporej części seniorów ogranicza dostęp do informacji o wolontariacie, działaniach charytatywnych, komunikację z grupami/centrami wolontariatu.
7. Projektowe, a nie systemowe działania wolontariackie. Takie podejście ogranicza czas zaangażowania w wolontariat. To źle działa na osoby starsze, które przywiązują się do miejsc i instytucji.
8. Miejsca działania często są niedostępne dla osób starszych. Powodem niedostępności mogą być: wykluczenie komunikacyjne, bariery architektoniczne, niezapewnienie bezpieczeństwa (wielu seniorów boi się poruszać poza domem po zachodzie słońca).
9. Zły stan zdrowia często ogranicza możliwość działania na rzecz innych.
10. Ubóstwo seniorów. Seniorzy często sami wykluczają się z działań, gdyż odczuwają wstyd z powodu swoich ograniczeń wynikających z braku środków finansowych: nie mają jak dojechać, w co się ubrać, jak się posilić, za co kupić leków.
11. Samowykluczenie zdecydowanej większości seniorów. Ci, którzy pamiętają „zyny społeczne”, twierdzą, że nie po to poszli na emeryturę, by dalej pracować, że starość to czas wycofania, a nie aktywności. Inni nie mają ochoty wychodzić z domu, cechuje ich niski poziom zaufania społecznego, są zajęci wnukami, więc nie mają dużo wolnego czasu.
12. Stereotyp ludzi starych. Przyjęło się uważać, że są to osoby potrzebujące wsparcia (nie zaś – dające wsparcie), osoby roszczeniowe, schorowane, słabo uczące się, trudne w kontaktach, „ociężałe umysłowo”, niepostępujące się nowymi technologiami.

Do bardzo istotnych form aktywności społecznej seniorów należy ich zaangażowanie w sprawy lokalnej społeczności oraz w działania różnych organizacji, np. upowszechniających wiedzę, hobby-stycznych, religijnych. Aktywność w wymiarze lokalnym najczęściej przejawia się w zaangażowaniu w działania lokalnych organizacji pozarządowych – zwłaszcza klubów seniora, kół gospodyń wiejskich, lokalnych grup działania, a także w wolontariacie i współpracy z organami samorządu lokalnego na różnych szczeblach i w różnorodnych formach.

Sposób funkcjonowania osób dojrzałych w coraz większym stopniu wpływa na życie społeczeństwa jako całości. Samorządy w prowadzeniu polityki partycypacyjnego zarządzania miastem lub gminą powinny wypracować model współpracy z różnymi grupami społecznymi. Nowelizacja ustawy o samorządzie gminnym z 30 listopada 2013 r. (dodanie art. 5c) wprowadziła możliwość powoływania gminnej rady seniorów, która ma pełnić rolę konsultacyjną, doradczą, ale również inicjującą zmiany w polityce samorządu lokalnego. Rada seniorów może być powoływana z inicjatywy Rady Gminy lub na wniosek zainteresowanych środowisk.

Zwiększenie udziału grup osób starszych poprzez reprezentację w radzie gminy może w istotny sposób wpływać na zmiany w planowaniu przestrzeni publicznej oraz poprawić jakość tej prze-

strzeni, tak aby odpowiadała zmieniającym się potrzebom osób w podeszłym wieku. Powoływanie rad seniorów jest elementem budowania solidarności międzypokoleniowej i tworzenia warunków do aktywności obywatelskiej osób starszych w społecznościach lokalnych. Gminy otrzymały kolejne zinstytucjonalizowane narzędzie, które ma służyć aktywizacji obywateli, zwiększeniu ich zaangażowania w życie społeczne i kształtowaniu postaw obywatelskich. Z drugiej strony, władze gmin mogą wykorzystać instytucje rad seniorów jako źródło informacji o oczekiwaniach i potrzebach oraz możliwościach konkretnej grupy społecznej – osób starszych. Rady seniorów mogą być nie tylko głosem mówiącym o potrzebach osób starszych w społecznościach lokalnych, lecz także mechanizmem wyzwalamym kreatywność oraz potencjał samopomocy w środowiskach lokalnych. Ta partnerska współpraca samorządów lokalnych z radami seniorów powinna być czynnikiem innowacji w kształtowaniu usług i rozwiązań w starzejącym się społeczeństwie. Rady seniorów istnieją w ponad 300 polskich gminach (na 2477 gmin).

Aktywność wolontariuszy starszych koncentruje się zazwyczaj w stowarzyszeniach, organizacjach społecznych oraz fundacjach, a w drugiej kolejności w kościołach, wspólnotach i organizacjach religijnych.

## Sprawy podnoszone przez RPO

Rzecznik praw obywatelskich Adam Bodnar apelował do ministra rodziny, pracy i polityki społecznej o wprowadzenie instytucji koordynującej działania na rzecz seniorów obejmujące dziedziny spoza zdrowia i polityki społecznej, w tym również partycypację społeczną osób starszych.

Rzecznik zwracał również uwagę na rozumienie i przeciwdziałanie dyskryminacji pośredniej, kiedy to pozornie neutralne rozwiązania pozostawiają daną grupę w gorszej sytuacji ze względu na konkretną cechę, w tym wypadku na wiek. Tymczasem do działań na rzecz innych zaprasza się przez Internet, szkoli się do działań na rzecz innych głównie osoby młode.

Zbieranie przykładów dobrych praktyk na rzecz społecznego uczestnictwa osób starszych jest celem projektu Złotej Księgi, zainicjowanego przez Rzecznika Praw Obywatelskich i Komisję Ekspertów ds. Osób Starszych w 2014 r. Jego realizacja służy promowaniu wartościowych inicjatyw podejmowanych na rzecz osób starszych i z osobami starszymi. W wydanych trzech edycjach „Złotej Księgi Dobrych Praktyk na rzecz Społecznego Uczestnictwa Osób Starszych” (do przejrzania na stronie [rpo.gov.pl](http://rpo.gov.pl)) zostały pokazane godne naśladowania przykłady działań na rzecz seniorów, w tym związane z wolontariatem, m.in.: projekt pod nazwą „Latające babcie” – wolontariat łączyący kompetencje, rozwój i działanie na rzecz innych; Parkowa Akademia Wolontariatu – stały wolontariat seniorów na rzecz seniorów, dzieci, osób potrzebujących, społeczności lokalnej oraz wolontariat młodych prowadzony w Fundacji Park Śląski w Chorzowie; Rada Seniorów na wrocławskim osiedlu Nadodrże – *junior mentoring* prowadzony przez osoby starsze w ich zaniedbanej, rewitalizowanej dzielnicy, pod auspicjami Fundacji Dom Pokoju; projekt „Ile wezmę sam, tyle tobie dam” – tzw. bank czasu, czyli wymiana umiejętności i wiedzy w Domu Dziennego Pobytu nr 5 w Kędzierzynie-Koźlu.

Obecnie przykłady dobrych działań można wpisywać do ankiety internetowej „Seniorzy w naszej gminie. Mapa projektów i pomysłów wspierania osób starszych w miejscu zamieszkania”. Gro-

madzone są opisy działań podejmowanych w ramach modelu wsparcia osób starszych w miejscu zamieszkania, który uwzględnia siedem obszarów: bezpieczeństwo ekonomiczne, zdrowie, opiekę, bezpieczeństwo w miejscu zamieszkania, czas wolny, edukację i mieszkalnictwo.

Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku opracowała model wsparcia seniora w środowisku zamieszkania, który obejmuje również wspieranie aktywności społecznej osób starszych oraz wolontariatu w obszarze usług opiekuńczych.

## Aktywność w organizacjach religijnych

Badania wykazują, że poziom zaangażowania w życie religijne osób w wieku 65+ jest zdecydowanie wyższy od średniej dla całej populacji. Rola i znaczenie organizacji religijnych w aktywności osób starszych wymagają jeszcze wielu niezależnych badań.

W badaniach (takich autorów, jak: I. Kochan<sup>58</sup>, P. Brudek, A. Ochman, T. Rehlis, R. Sadlak<sup>59</sup>, B. Krystkowiak<sup>60</sup>) podkreśla się różne style życia w starości, opisując w ich ramach aktywność religijną. Istotną determinantą tej aktywności jest przywiązanie do praktyk religijnych, a dysponowanie większą ilością czasu pozwala gorliwiej uczestniczyć w tych praktykach. Seniorzy doświadczają też niepokoju i lęku egzystencjalnego: przed losem i śmiercią, przed pustką i bezsenssem, przed winą i potępieniem. Wiara dodaje otuchy, religijność zaspokaja potrzeby użyteczności i bezpieczeństwa. Wspólnoty religijne, parafialne pozwalają przezwyciężyć samotność. Stowarzyszenia religijne, ruchy religijne mają za zadanie pogłębianie religijnego zaangażowania osób świeckich, ukazanie różnorodnych sposobów aktywnego i osobistego przeżywania wiary.

Spotykanie w nich stałej grupy osób pozwala poznać potrzeby i kompetencje poszczególnych członków, podejmować działania samopomocowe, wspierające, a także zagospodarować poprzez różne aktywności wolny czas.

Bardzo istotna jest rola duszpasterstwa seniorów. Wielu autorów badających ten obszar podkreśla, że wyraźnie brakuje w kształceniu seminaryjnym zagadnień pastoralnych dotyczących tej grupy wierzących. Lepsze przygotowanie duchownych do prowadzenia duszpasterstwa dla seniorów pozwoliłoby zarówno w pełniejszy sposób budować uczestnictwo seniorów w życiu wspólnot parafialnych, jak i nadać głębszy sens turystyce pielgrzymkowej, bardzo przecież w naszym kraju popularnej. Należałoby postulować powstanie szkół mających na celu prowadzenie katechezy wśród najstarszych członków społeczności parafialnych, a działania pomocowe winny być wspomagane poradnictwem religijnym, niezwalniającym ich z odpowiedzialności za własne życie, ale pokazującym możliwości rozwoju, wyzwalającym chęci do dzielenia się własną mądrością życiową i inspirującym do zaprzeczenia swoją postawą twierdzeniu, że osoba starsza jest tylko biorcą, nie potrafi nic nikomu zaoferować. Aktywność religijna może się także wyrażać we wszelkich formach związanych ze społeczną działalnością Kościoła, nie tylko w zewnętrznych oznakach religijności. Formą takiej aktywności może być przykładowo prowadzenie zajęć wyrównawczych czy koreptycji dla młodzieży przez emerytowanych nauczycieli, wypełnianie deklaracji podatkowych przez

<sup>58</sup> I. Kochan, *Rola aktywności religijnej w adaptacji do starości*, „Rocznik Teologiczny” ChAT, R. LI, 2009, z. 1–2.

<sup>59</sup> P. Brudek, A. Ochman, T. Rehlis, R. Sadlak, *Duszpasterstwo osób starszych w aspekcie psychospołecznym*, w: M. Guzewicz, S. Steuden, P. Brudek (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa społeczno-kulturowa*, t. II, Wydawnictwo KUL, Lublin 2015.

<sup>60</sup> B. Krystkowiak, *Tajemnice starości – religijne życie seniorów*, „Humaniora. Czasopismo Internetowe” 2013, nr 4 (4).

byłych pracowników biurowych sektora administracyjnego. Trzeba oczywiście uwzględnić realne, wynikające z kondycji seniora, możliwości wykorzystania tych kompetencji.

## Osoby starsze na rynku pracy

### Znaczenie pracy osób starszych

Coraz częściej seniorzy w Polsce mogą, chcą, a niekiedy muszą, pracować. Mogą, bo pozwala im na to kondycja fizyczna i psychiczna, stale poprawiająca się w ostatnich kilkunastu latach. Chcą, bo to lubią, realizują w ten sposób swoje pasje, przynosi im to satysfakcję. Muszą, bo niska emerytura nie wystarcza coraz większej grupie seniorów na godne życie.

Praca dla osób starszych ma znaczenie ekonomiczne. Jest podstawowym źródłem utrzymania dla tych seniorów, którzy nie korzystają ze świadczeń emerytalno-rentowych, i uzupełniającym dla tych, którzy pobierają emerytury bądź renty. Jest to istotny składnik bezpieczeństwa ekonomicznego seniorów. Praca to także źródło korzyści niematerialnych. Buduje prestiż seniorów, określa ich miejsce i rolę w społeczności czy w rodzinie. Bywa głównym bodźcem aktywności życiowej, pozwala zachować im poczucie społecznej użyteczności, wzmacnia naturalne więzi międzypokoleniowe. Obowiązki związane z pracą nadają sens życiu wielu osób starszych, motywują do wychodzenia z domu, do dbania o wygląd, kondycję fizyczną i psychiczną.

Praca seniorów przynosi pożytek pracodawcom i młodszym pracownikom, którzy mogą odwoływać się do kwalifikacji, doświadczenia zawodowego i wiedzy pragmatycznej osób starszych, a także społeczeństwu, korzystającemu z owoców pracy seniorów, przyczyniającej się do pomnażania dochodu narodowego.

### Zatrudnienie osób starszych w Polsce

W 2018 r. – według danych Eurostatu – w Polsce było zatrudnionych 12,6% osób po 60. roku życia, czyli ok. 1,2 mln seniorów. W porównaniu z 2015 r. wskaźnik zatrudnienia wzrósł o niecałe 2%, co wynikało głównie z obowiązującego do 2017 r. wydłużonego wieku emerytalnego, a także z działań zachęcających do wydłużania aktywności zawodowej podejmowanych przez rząd oraz partnerów społecznych. Jest to jednak nadal poziom zatrudnienia niższy od średniej unijnej, która wynosi 15,5%, a także niższy od poziomu notowanego na przykład w sąsiednich Czechach (17,2%) czy – w tym przypadku różnica jest bardzo duża – w Norwegii (33,7%).

Skala zatrudnienia polskich seniorów jest również nieadekwatna do możliwości, bo większość seniorów, zwłaszcza w młodszych grupach wiekowych jest w stanie pracować. Według danych z BAEL GUS, głównym powodem bierności zawodowej osób starszych było przejście na emeryturę (86%), a niezdolność do pracy z powodu choroby czy niepełnosprawności dotyczyła tylko 8% osób w wieku 60+. Wskaźniki zatrudnienia w jednej z „młodszych” grup wiekowych, obejmującej osoby liczące 65–69 lat, potwierdzają jej niewykorzystany potencjał. Według danych OECD, wskaźnik zatrudnienia w Polsce dla tej grupy wiekowej wynosił w 2018 r. 10,6%, a dla porównania: w Wielkiej Brytanii 21,7%, w Kanadzie 26,5%, w USA 33%, w Japonii 44,7%.

Niekorzystna jest także utrzymująca się od lat ogromna dysproporcja pomiędzy zatrudnieniem senierek i seniorów. W 2018 r. pracowało w Polsce 18,4% mężczyzn i zaledwie 7,7% kobiet w wieku powyżej 60 lat. Bezrobotni stanowili niecałe 5% ogólnej populacji osób starszych, co wynika z regulacji prawnej, zgodnie z którą bezrobotnym jest osoba w wieku produkcyjnym.

## Sprawy podejmowane przez RPO

W działalności Rzecznika Praw Obywatelskich kwestia dyskryminacji osób starszych na rynku pracy pojawiła się m.in. w ramach otwartej debaty dotyczącej różnorodności w miejscu pracy (styczeń 2020) oraz w ramach dyskusji Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych nad konsekwencjami obniżenia wieku emerytalnego (październik 2018) i nad dokumentem „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ” (kwiecień 2018). Z tych spotkań płyną trzy kluczowe wnioski: 1) seniorzy na rynku pracy są powszechnie dyskryminowani; 2) obniżenie wieku emerytalnego wzmocniło skłonność Polek i Polaków do przechodzenia na emeryturę tak szybko, jak tylko jest to możliwe; 3) w polityce rządu wobec osób starszych kwestia aktywności zawodowej ma drugorzędny charakter.

## Główne problemy

Kluczowym problemem jest dyskryminacja seniorów na rynku pracy. W Polsce, zarówno w Konstytucji, Kodeksie pracy, jak i w ustawie o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, obowiązują przepisy wykluczające różne formy dyskryminacji na rynku pracy, m.in. ze względu na wiek. Mimo to, dyskryminacja seniorów w sferze zatrudnienia jest powszechna. Wynika to m.in. z braku zrozumienia zjawiska dyskryminacji i niewielkiej znajomości przepisów antidyskryminacyjnych, zarówno wśród pracodawców, jak i samych osób starszych.

Podstawowe przyczyny dyskryminacji seniorów na rynku pracy tkwią jednak w świadomości społecznej. Nadal w społeczeństwie, także wśród osób dojrzałych i starszych, silnie jest zakorzenione traktowanie pracy jako zła koniecznego, a emerytury jako swoistego wybawienia. To podejście dość często zmienia się po przejściu na emeryturę, ale wtedy seniorzy mają znikome szanse powrotu na rynek pracy, bo pracodawcy nie chcą ich zatrudniać. Wynika to z uznawania seniorów za pracowników „droższych” niż osoby młode, a przede wszystkim – z nadal silnych stereotypów dotyczących osób w wieku 60+. Pracodawcy powszechnie postrzegają je jako osoby nieproduktywne, z niskimi kwalifikacjami zawodowymi, nieznające języków i nowych technologii, a przy tym z wygórowanymi oczekiwaniami płacowymi i wysoką absencją związaną ze stanem zdrowia. Wyniki prowadzonych badań nakazują kwestionować te stereotypy, bo przecież coraz więcej seniorów jest dobrze wykształconych, posługuje się nowymi technologiami, a ich stan zdrowia pozwala na utrzymywanie pełnej aktywności zawodowej.

Powszechnym przejawem dyskryminacji seniorów na rynku pracy jest odrzucanie ofert pracy osób starszych i dojrzałych ze względu na ich wiek, niezależnie od posiadanych kwalifikacji, umiejętności i doświadczeń zawodowych. Starsi pracownicy są w pierwszej kolejności zwalniani w sytuacji, w której pracodawca musi zredukować zatrudnienie, i właśnie decyduje o tym ich wiek, a nie kwalifikacje czy umiejętności. W praktyce osiągnięcie wieku emerytalnego w Polsce jest traktowa-



ne przez pracodawców jako przyczyna uzasadniająca wypowiedzenie umowy o pracę, bez względu na przydatność zwalnianego pracownika.

Te przejawy dyskryminacji osób starszych na rynku pracy mogą się w najbliższych latach nasilać w związku z zamrożeniem gospodarki w wyniku epidemii COVID-19 i gwałtowną zmianą sytuacji na rynku pracy. Zwolnienia, których będą musieli dokonywać pracodawcy, dotkną przede wszystkim starszych pracowników, a wobec narastającego bezrobocia, seniorzy będą mieli znikome szanse na zatrudnienie.

Starsi pracownicy dość często są także pomijani przy podwyżkach, nie daje się im możliwości rozwoju zawodowego i podwyższania kwalifikacji. Zdarza się również, że są zmuszani przez pracodawców do przejścia na wcześniejszą emeryturę, co w rezultacie oznacza otrzymywanie niższego świadczenia. Nadal stosowana jest praktyka zwalniania pracowników, którzy zbliżają się do wieku ochronnego, to znaczy, gdy do przejścia na emeryturę brakuje im 4–5 lat.

Problemem jest także to, że działania państwa mające na celu aktywizację zawodową i zwiększenie zatrudnienia dotyczą jedynie osób pomiędzy 50. a 60. (kobiety) i 65. (mężczyźni) rokiem życia, tj. będących w wieku produkcyjnym. Osoby w wieku poprodukcyjnym są więc pozbawione pomocy państwa w znalezieniu zatrudnienia. Przyniosło to także skutek w postaci fałszywego utożsamiania seniorów z osobami w wieku 50+, a nawet 45+, podczas gdy większość osób starszych, czyli osób w wieku 60+ jest kompletnie pomijana w działaniach państwa w obszarze rynku pracy.

Wyraźna jest także dyskryminacja na rynku pracy kobiet po 60. roku życia, co jest nieracjonalne, bowiem żyją one dłużej niż mężczyźni i to najczęściej w lepszym zdrowiu, a tym dla kobiet dotkliwsze, że ich emerytury są znacznie niższe niż emerytury mężczyzn.

## **Dotychczasowe działania służące rozwiązaniu problemów**

W latach 2008–2014 rząd podejmował wysiłki, aby zwiększyć zatrudnienie osób w wieku 50+, promując ich zatrudnianie, wspierając ich aktywizację zawodową czy też wydłużając wiek emerytalny. Główne działania w zakresie aktywizacji zawodowej tych osób były podejmowane przede wszystkim w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego przez instytucje rynku pracy, samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe i organizacje pracodawców. Nie przyniosły one jednak trwałych efektów, podobnie jak próba upowszechnienia wśród pracodawców zarządzania wiekiem ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych. Wynika to z jednej strony z punktowego, akcyjnego i krótkotrwałego charakteru realizowanych projektów, z drugiej zaś – ze zmiany polityki państwa dotyczącej aktywności zawodowej seniorów. Jej wyrazem było przede wszystkim obniżenie wieku emerytalnego, a także odejście w polityce senioralnej od kwestii aktywności zawodowej, na rzecz aktywności społecznej i opieki nad seniorami.

W obecnej polityce państwa kwestia zwiększania zatrudnienia osób w wieku 50+ jest obecna, ale nie ma ona charakteru pierwszoplanowego. Priorytetami państwa w działaniach wobec osób starszych są różnego rodzaju formy opieki nad seniorami, w szczególności niesamodzielnymi, oraz rozwijanie ich aktywności fizycznej i społecznej. W przyjętym w 2018 r. przez Radę Ministrów dokumencie „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ” znalazł się co prawda obszar dotyczący aktywizacji osób starszych na ryn-



ku pracy, ale rzecz odnosi się jedynie do osób w wieku produkcyjnym, ponadto dokument zawiera bardzo ogólnikowe zapisy, nie proponując żadnych konkretnych przedsięwzięć. Źródłem zatrudnienia osób starszych ma być także wspierana przez państwo ze środków europejskich ekonomia społeczna, ale pomoc państwa dotyczy zatrudniania jedynie osób w wieku produkcyjnym. Jedy- nym praktycznym przejawem prowadzenia tej polityki w sferze rynku pracy są projekty realizowa- ne w ramach regionalnych programów operacyjnych, głównie przez instytucje rynku pracy. Ale, po pierwsze, w programach operacyjnych nie ma szczególnych preferencji dla działań służących zwięk- szaniu zatrudnienia starszych pracowników czy też wprowadzaniu w firmach zarządzania wiekiem, a po drugie, ich beneficjentami są osoby w wieku produkcyjnym.

Brakuje także działań uświadamiających społeczeństwu sens i znaczenie zatrudniania senio- rów. Tych braków nie wypełnia Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania, w którego działa- niach monitoringowych i edukacyjnych zjawisko dyskryminacji seniorów, nie tylko na rynku pracy, pojawia się marginalnie. Osoby starsze jako zatrudnieni czy też bezrobotni nie są w ogóle uwzględ- nione w obecnych działaniach państwa służących ochronie miejsc pracy w związku z epidemią CO- VID-19.

Pozytywnym zjawiskiem jest zainteresowanie sprawami seniorów ze strony samorządów te- rytorialnych. Przejawia się ono w przyjmowaniu i realizacji własnych programów senioralnych. Co prawda dotyczą one głównie wsparcia aktywności społecznej, zapewnienia opieki osobom star- szym oraz dostępności przestrzeni publicznej, ale niektóre z nich uwzględniają także aktywność za- wodową seniorów. Przykładem może być Wojewódzki Program Polityki Senioralnej na lata 2019– 2021 dla województwa mazowieckiego, Gdyński Program Senioralny na lata 2015–2020 czy też program „Warszawa przyjazna seniorom” na lata 2013–2020. Interesującą inicjatywą jest tworze- nie przez samorzady placówek, które pomagają seniorom w znalezieniu pracy i zachęcają pracodawców do ich zatrudniania. Przykładem może być Centrum Pracy dla Seniorek i Seniorów w Gdań- sku, Senioralne Biuro Karier w Warszawie czy Centrum Pracy Seniora w Szczecinie.

## Podsumowanie

Różnorodne formy aktywności osób starszych sprzyjają realizacji życiowych zadań, wykorzy- staniu twórczego potencjału, wspierają pokonywanie własnych ograniczeń związanych ze stanem zdrowia, sytuacją osobistą, społeczną. Aktywność jest jedną z najistotniejszych potrzeb człowieka starszego, co więcej, należy do potrzeb o charakterze obiektywnym – ze względu na interes spo- łeczny i jednostkowy.

Aktywność warunkuje zaspokajanie wszystkich potrzeb człowieka. Czynnikiem motywującym do aktywności jest – właściwa ludziom – potrzeba ciągłego rozwoju. Zmiany w zakresie pełnionych ról społecznych w tzw. jesieni życia i zaprzestanie pracy zawodowej skutkują posiadaniem dużej ilości czasu wolnego i koniecznością zastąpienia dominującej wcześniej formy aktywności instru- mentalnej związanej z pracą, w której człowiek zmierza do określonego celu, czerpiąc z tego korzy- ści i satysfakcję, aktywnością ekspresywną, z wyboru, podejmowaną dla zaspokojenia swoich pra- gnień i potrzeb – „By dodawać życia do lat, a nie tylko lat do życia”, jak ujęła to prof. Halina Szwarc w wykładzie inaugurującym działalność pierwszego w Polsce uniwersytetu trzeciego wieku (1975).

Uczestnictwo w wybranych samodzielnie formach aktywności daje osobom starszym możliwość nabywania nowej wiedzy, uczenia się myślenia krytycznego, rozwoju osobowego, sprzyja odnajdowaniu swojego miejsca w grupie społecznej, w kulturze.

Według wielu raportów i analiz, aktywność osób starszych we wspólnotach, w organizacjach lub grupach religijnych nie jest niższa niż wśród ogółu ludności naszego kraju. Pracę społeczną w organizacjach, grupach i wspólnotach religijnych deklaruje 6% osób w wieku 65+, tj. tyle samo, ile wynosi średnia dla całej populacji. Osoby starsze mają natomiast większe zaufanie do innych ludzi niż osoby w młodszych grupach wiekowych.

W Polsce odnotowuje się niski poziom zaangażowania ludzi starszych w działalność wolontariacką w organizacjach pozarządowych czy instytucjach publicznych, a przy tym występuje zjawisko feminizacji aktywności osób starszych. Niewielki udział wolontariuszy wśród starszych pokazuje, że organizacje społeczne i władze lokalne nie potrafią wykorzystać ich potencjału. Tylko 13% osób po 65. roku życia (w porównaniu z 15% całej populacji) deklaruje, że przynajmniej raz na pół roku poświęca swój wolny czas na dobrowolną, bezpłatną pracę w ramach działalności różnego rodzaju organizacji lub instytucji świeckich bądź religijnych.

Możliwości rozwojowe człowieka zależą od bardzo wielu czynników, takich jak geny, stan zdrowia, sytuacja społeczno-ekonomiczna, doświadczenie życiowe, a także od tego, czy dana osoba może i chce być nadal aktywna. Wśród wielu praw, o których poszanowanie powinniśmy zabiegać, jest również prawo osób starszych do decydowania o poziomie, zakresie i kierunkach własnej aktywności oraz zaangażowania społecznego. To od stylu życia i wcześniejszej dbałości o zdrowie jednostki oraz ukształtowanych na przestrzeni lat nawyków, ale też posiadanych zasobów finansowych zależy w dużej mierze aktywna postawa życiowa w okresie średniej czy późnej dorosłości.

## Rekomendacje

### 1. W zakresie wspierania rozwoju aktywności osób starszych

- Tworzenie instytucji, wspieranie organizacji i programów permanentnie propagujących i wspierających aktywność osób w wieku emerytalnym na wszystkich płaszczyznach, kosztem ograniczenia działań okazjonalnych i jednorazowych.
- Większa otwartość na aktywność zgodną z indywidualnymi potrzebami osoby starszej, tj. takie działania, które dają możliwość elastycznego wyboru formy uczestnictwa.
- Intensyfikacja działań, zwiększenie nakładów na wsparcie aktywności osób z ograniczoną sprawnością funkcjonalną.
- Poprawa jakości życia mieszkańców DPS-ów poprzez umożliwienie im swobodnego udziału w różnorodnych formach aktywności poza miejscem ich stałego pobytu. A w sytuacjach, kiedy nie jest to możliwe, otwarcie DPS-ów na organizację tego typu działań na ich terenie.
- Zasadne jest, by poza zapewnieniem opieki geriatrycznej i zdrowotnej, wspierać mieszkańców DPS-ów w dążeniu do rozwoju osobistego na każdym etapie życia.

- Wprowadzenie obowiązku aktywnego włączania do procesów konsultacyjnych w samorządowych strategiach rozwiązywania problemów społecznych głosów przedstawicieli różnych grup wiekowych, a szczególnie osób starszych.
- Poważne i odpowiedzialne potraktowanie postulatu formalnego i pozaformalnego kształcenia gerontologicznego w szkołach policealnych i na wyższych uczelniach, na studiach podyplomowych, w nurcie doskonalenia zawodowego na kierunkach przygotowujących tzw. kadry bezpośredniego kontaktu, czyli osoby pracujące z seniorami. Dotyczy to sektora zdrowia, edukacji, kultury, pomocy społecznej, fizjoterapii i rehabilitacji, usług socjalnych, opieki i asysty, a także przygotowania do pracy duszpasterskiej duchownych różnych wyznań i in. Potrzebne jest zwiększenie liczby godzin zajęć z geriatry na kierunkach medycznych.

## **2. W zakresie upowszechniania i rozwoju wolontariatu osób starszych**

- Promocja i wspieranie warunków do rozwoju wolontariatu kompetencji wśród osób starszych.
- Stałe, spójne i efektywne wspieranie i promowanie wolontariatu seniorów jako sposobu na utrzymanie aktywności, przekazywanie, rozwój i wykorzystanie kompetencji, łączenie pokoleń.
- Rozwój i wspieranie wolontariatu/działań seniorów na rzecz seniorów, w tym szczególnie w obszarze usług opiekuńczych, przeciwdziałania osamotnieniu, potrzebnych w sytuacjach, kiedy nie można opuszczać mieszkań.
- Wspieranie działań rozwijających wolontariat instytucjonalny i pozainstytucjonalny osób starszych, w szczególności w małych miastach i na wsiach.
- Opracowanie, wdrożenie i rozwijanie efektywnych programów edukacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych mogących pełnić rolę lokalnych liderów wolontariuszy, w szczególności w zakresie nowych technologii, komunikacji, zarządzania zespołem, motywowania. Przygotowanie profesjonalnej kadry szkolącej osoby starsze. Zapewnienie finansowania szkoleń dla seniorów.
- Wspieranie wielopłaszczyznowe organizacji pozarządowych aktywizujących społecznie, efektywnie rozwijających wolontariat osób starszych.
- Zwiększenie dofinansowania – na wszystkich szczeblach, w ramach otwartych konkursów ofert na realizację zadań przez organizacje pozarządowe – projektów mających na celu poszerzenie spektrum działań wolontariackich oraz zwiększenie liczby wolontariuszy w wieku 60+.
- Tworzenie platform wzajemnej komunikacji w obszarze wolontariatu, działań seniorów na rzecz innych z wykorzystaniem nowych technologii.
- Poprawianie wizerunku wolontariuszy-seniorów jako osób godnych zaufania, słownych, kompetentnych, lojalnych, oddających się sprawie całym sercem, mających sporo czasu wolnego. A wśród samych seniorów: propagowanie wolontariatu jako działalności przedłużającej życie i poprawiającej jego jakość, podejmowanej z potrzeby bycia przydatnym czy splanania „długów”, pomagającej radzić sobie z samotnością, z poczuciem odrzucenia.

### 3. W zakresie obecności osób starszych na rynku pracy

Obecna sytuacja związana z epidemią COVID-19 oraz jej skutki społeczne i gospodarcze sprawiają, że działania państwa, samorządów terytorialnych, przedsiębiorców i obywateli będą w najbliższych miesiącach skoncentrowane na walce z koronawirusem, odbudowie gospodarki i ochronie miejsc pracy. W tej sytuacji, siłą rzeczy, kwestia obecności seniorów na rynku pracy schodzi na drugi plan, ale epidemia nie może być usprawiedliwieniem dla jej pomijania. Wręcz przeciwnie, przewidywany wzrost bezrobocia może wzmocnić dyskryminację osób starszych na rynku pracy. Dlatego tym bardziej należy rozważyć możliwie szybkie wdrożenie następujących rekomendacji:

- Ograniczenie dyskryminacji seniorów na rynku pracy i zwiększenie wskaźnika zatrudnienia wymaga konsekwentnych działań, równoległe podejmowanych na różnych polach. Tylko w ten sposób możliwe jest osiągnięcie pozytywnych zmian. Drugim niezbędnym do tego warunkiem jest wspólne podejmowanie takich działań przez organy rządowe, w tym Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania, oraz przez Rzecznika Praw Obywatelskich, samorządy terytorialne i partnerów społecznych: organizacje pracodawców, związki zawodowe, organizacje pozarządowe.
- Podstawą są działania, które zmieniałyby nastawienie społeczne do pracy seniorów i zwalczały stereotypy dotyczące pracowników w wieku 60+. Powinny one docierać do ogółu społeczeństwa, w tym także do samych seniorów, a w szczególności do pracodawców i pracowników. Takie działania, aby mogły odnieść pożądany skutek, powinny mieć charakter powszechny i długofalowy; jak pokazały dotychczasowe doświadczenia, punktowe i krótkotrwałe akcje są nieskuteczne.
- W działaniach edukacyjnych należy także uświadamiać, kim jest senior, jakie są jego potrzeby i możliwości, jakie korzyści przynosi praca samym osobom starszym, pracodawcom i całemu społeczeństwu.
- Niezbędne wydaje się szerokie informowanie społeczeństwa, czym jest dyskryminacja ze względu na wiek (nie tylko na rynku pracy), jakie są jej przejawy i jakie prawa mają dyskryminowani pracownicy, włącznie z prawem uzyskiwania odszkodowań.
- Powinno temu towarzyszyć uruchomienie przez państwo takich mechanizmów w sferze prawnej, finansowej i instytucjonalnej, które zachęcałyby seniorów do podejmowania pracy, a pracodawców do ich zatrudniania. Chodzi o zachęty w systemie emerytalnym, zachęty podatkowe dla pracodawców i pracowników, wsparcie finansowe tworzenia i utrzymywania miejsc pracy dla seniorów czy też wsparcie instytucjonalne aktywizacji zawodowej osób w wieku 60+. Dotyczy to także zachęt do wprowadzania w przypadku seniorów elastycznych form i czasu pracy, umożliwiających godzenie życia prywatnego z zawodowym. Państwo powinno zachęcać pracodawców do stosowania zarządzania wiekiem, na przykład poprzez zwolnienia podatkowe czy też ulgi w składkach na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.
- Niezbędne jest również, aby przynajmniej część działań służących aktywizacji osób biernych zawodowo i wsparciu ich zatrudnienia była adresowana do seniorów, także w wieku poprodukcyjnym. Dotyczy to zwłaszcza działań finansowanych ze środków europejskich przeznaczonych na wsparcie rynku pracy i ekonomii społecznej.

- Państwo powinno także wspierać działania samorządów terytorialnych oraz organizacji pozarządowych, organizacji pracodawców służące aktywizacji i zatrudnieniu osób w wieku 60+.
- Niezbędne jest także wspieranie rozwoju oferty edukacyjnej dla osób starszych uwzględniającej umiejętności przydatne na rynku pracy (nowe technologie, języki obce) oraz zachęcanie seniorów, np. poprzez dopłaty, do korzystania z tej oferty.
- Potrzebne byłoby również tworzenie programów przygotowania do emerytury, obejmujących doradztwo psychologiczne, finansowe i zawodowe umożliwiające dojrzałym i starszym pracownikom optymalne planowanie wyjścia z rynku pracy i łączenia emerytury z aktywnością zawodową.
- Szczególną uwagę w każdym z tych obszarów działań należy zwrócić na zatrudnianie senierek, które są w o wiele gorszej sytuacji na rynku pracy niż mężczyźni po 60. roku życia.
- Konieczne jest podjęcie zdecydowanych działań zwalczających stereotypy dotyczące aktywności zawodowej osób starszych, organizowanie kampanii społecznych ukazujących siłę doświadczenia pracownika – seniora.

## **Skład Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych <sup>61</sup>**

1. Pan dr Rafał Bakalarczyk;
2. Pani prof. dr hab. Barbara Bień;
3. Pan prof. dr hab. Piotr Błędowski;
4. Pani Wiesława Borczyk;
5. Pan dr med. Jarosław Derejczyk;
6. Pan dr hab. prof. ALK Waldemar Hoff;
7. Pani Ewa Kamińska;
8. Pani dr hab. prof. AWF Ewa Kozdroń;
9. Pani Ewa Kulisz;
10. Pani Krystyna Krzemińska;
11. Pani Dagmara Krzesińska;
12. Pan Jacek Kwiatkowski;
13. Pani Joanna Mielczarek;
14. Pani prof. dr hab. Barbara Mikołajczyk;
15. Pan Jarosław Mojsiejuk;
16. Pani Danuta Parlak;
17. Pani dr hab. Jolanta Perek-Białas;
18. Ks. dr hab. prof. UP Norbert Piłkuła;
19. Pani dr Magdalena Rosochacka-Gmitrzak;
20. Pani dr hab. Barbara Rysz-Kowalczyk;
21. Pan Tomasz Schimanek;
22. Pani Grażyna Staniszevska;
23. Pani Małgorzata Stanowska;
24. Pani dr hab. prof. UP Zofia Szarota;
25. Pani dr hab. prof. UW Barbara Szatur-Jaworska;
26. Pani dr hab. Katarzyna Szczerbińska;
27. Pani Beata Tokarz-Kamińska;
28. Pani Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska;
29. Pani Irena Wóycicka;
30. Pani dr prof. WSH Maria Zrałek;
31. Pani Anna Chabiera – BRPO
32. Pani Kinga Dękiejowska – BRPO
33. Pani Barbara Imiotczyk – BRPO
34. Pani Magdalena Kuruś – BRPO
35. Pani Dorota Siwiec – BRPO
36. Pani Ewa Tułodziecka-Czapska – BRPO

---

<sup>61</sup> Stan na 1 stycznia 2020 r.

Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich działa od lutego 2011 r. Zajmuje się tematami, które mają wpływ na standard życia seniorów w Polsce, w szczególności: dostępem osób starszych do usług medycznych i placówek opieki długoterminowej, dostępem do usług konsumenckich i finansowych, aktywizacji społecznej osób starszych, sytuacji osób starszych na rynku pracy, relacjami międzypokoleniowymi i postrzeganiem osób starszych w społeczeństwie, mediach, administracji publicznej. Więcej informacji o pracach Komisji i jej członkach można znaleźć na stronie [rpo.gov.pl](http://rpo.gov.pl)

**Tabela – Wykaz przepisów i traktatów, którymi Polska się nie zbindzała**

Tabela przedstawia wykaz przepisów i traktatów, którymi polska się nie zbindzała w zakresie wsparcia seniorów.

**<powrót do treści>**

**Tabela – Samoocena zdrowia osób w wieku 65+ w Polsce a średnie dane z 28 krajów UE wg Eurostatu z 2019 r.**

Tabela przedstawia procentowe wskazania grup chorujących seniorów w Polsce na tyle średniej z 28 krajów UE w podziale na wiek i schorzenie.

**<powrót do treści>**

**Tabela – Wskaźniki zdrowia populacji w Polsce a średnie dane z 28 krajów UE wg danych Eurostatu z 2019 r.**

Tabela przedstawia procentowe dane o samoocenie zdrowia osób w wieku 65+ w Polsce na tyle średniej z 28 krajów UE.

**<powrót do treści>**



Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych działająca przy Rzeczniku Praw Obywatelskich od 2011 r. na zakończenie VII kadencji RPO, podjęła próbę podsumowania swojej pracy w ostatnich 5 latach. Opracowała listę najważniejszych wyzwań dotyczących sytuacji osób starszych w Polsce, a w rekomendacjach wskazała konieczne do podjęcia działania.

Raport został przygotowany z myślą o instytucjach, organizacjach i osobach, które mają wpływ na jakość życia osób starszych w Polsce. Liczymy, że ze szczególnym zainteresowaniem przeczytają go przedstawiciele władz publicznych – centralnych i lokalnych – odpowiedzialni za stan spraw w naszym kraju, realizację konstytucyjnych praw i wolności.

Mamy nadzieję, że ta publikacja, spotka się z przychylnym odbiorem także wśród organizacji społecznych i każdej osoby, której nie jest obojętna sytuacja seniorów obecnie i w przyszłości.



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH  
AL. SOLIDARNOŚCI 77, 00-090 WARSZAWA

[WWW.RPO.GOV.PL](http://WWW.RPO.GOV.PL)

ISBN 978-83-65029-49-2