



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

**Informacja**  
**o sytuacji osób starszych w Polsce**  
**za rok 2015**

**senior.gov.pl**

Warszawa 2016 r.

Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 04.11.2016 r.  
Wydruk zawiera poprawki redakcyjne.

## Spis treści

<b>Wprowadzenie</b> .....	9
<b>Część I. Sytuacja społeczno-ekonomiczna osób starszych w Polsce</b> .....	11
I.1 Sytuacja demograficzna .....	11
I.1.1 Cechy społeczno-demograficzne populacji osób starszych w 2015 r. ....	11
I.1.2 Cudzoziemcy .....	14
I.1.3 Zgony. Umieralność .....	14
I.1.4 Przeciętne dalsze trwanie życia .....	16
I.1.5 Przewidywane zmiany w liczbie i strukturze ludności w wieku 60 lat i więcej w perspektywie do 2050 r. ....	17
I.2 Sytuacja ekonomiczna .....	20
I.2.1 Sytuacja dochodowa, warunki bytu .....	20
I.2.2 Sytuacja mieszkaniowa .....	27
I.2.3 Pomoc społeczna .....	29
Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania .....	29
Okresowy pobyt w rodzinnym domu pomocy społecznej, mieszkaniu chronionym lub w domu pomocy społecznej .....	30
Inne świadczenie niepieniężne .....	32
Praca socjalna i poradnictwo .....	33
I.2.4 Świadczenia rodzinne i opiekuńcze .....	33
Zasiłek pielęgnacyjny .....	33
Specjalny zasiłek opiekuńczy .....	33
Świadczenie pielęgnacyjne .....	34
Zasiłek dla opiekuna .....	34
I.3 Sytuacja na rynku pracy .....	34
I.3.1 Aktywność zawodowa osób starszych .....	34
I.3.2 Bezrobotni i bierni zawodowo w wieku 50+ .....	36
I.3.3 Emeryci i renciści .....	38
Emeryci i renciści w Polsce .....	38
Wysokość gwarantowanych świadczeń emerytalno-rentowych .....	40
Uczestnictwo w III filarze ubezpieczenia emerytalnego .....	41
I.4 Sytuacja rodzinna .....	41
I.4.1 Stan cywilny osób starszych .....	41
I.4.2 Gospodarstwa domowe .....	42
I.4.3 Osadzone osoby starsze .....	44
I.5 Stan zdrowia .....	45
I.5.1 Stan zdrowia osób starszych .....	45
I.5.2 Choroby przewlekłe i dolegliwości zdrowotne występujące w okresie ostatnich 12 miesięcy .....	47

I.5.3 Sprawność narządów zmysłu i ruchu oraz poziom możliwości samoobsługi i wykonania czynności domowych .....	49
I.5.4 Profilaktyka zdrowotna i częstość korzystania z usług medycznych .....	53
I.5.5 Wybrane elementy stylu życia .....	56
I.5.6 Opieka zdrowotna .....	58
Ambulatoryjna opieka zdrowotna .....	58
Stacjonarna opieka zdrowotna .....	59
Ratownictwo medyczne .....	61
Opieka geriatryczna .....	61
I.5.7 Personel medyczny .....	65
Lekarze .....	65
Pielęgniarki .....	67
Osoby wykonujące zawód opiekuna medycznego .....	69
I.6 Aktywność społeczna .....	70
I.6.1 Aktywność społeczna osób starszych .....	70
I.7 Aktywność edukacyjna, kulturalna i rekreacyjna .....	71
I.7.1 Aktywność edukacyjna .....	71
I.7.2 Uczestnictwo osób dorosłych, w tym osób starszych, w kształceniu i szkoleniu .....	72
I.7.3 Poziom umiejętności podstawowych osób starszych .....	74
I.7.4 Uczestnictwo w kulturze osób w wieku 60 lat lub więcej .....	77
I.7.5 Aktywność sportowa .....	80
I.7.6 Aktywność turystyczna osób starszych .....	80
I.8 Równe traktowanie i przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek .....	81
I.9 Sytuacja niepełnosprawnych osób starszych .....	82
I.9.1 Niepełnosprawne osoby starsze .....	82
I.9.2 Aktywność zawodowa niepełnosprawnych osób starszych .....	83
I.10 Subiektywna ocena sytuacji osób starszych .....	84
<b>Część II. Polityka społeczna wobec osób starszych w Polsce .....</b>	<b>95</b>
II.1 Polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu centralnym .....	95
II.1.1 Działania prowadzone przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ....	95
Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 .....	96
Program Wieloletni „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020 .....	96
Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 (Program ASOS) .....	98
Rada ds. Polityki Senioralnej .....	100
Polityka rynku pracy wobec osób wieku 50+ .....	101
Program Solidarność pokoleń Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+ .....	102
Przeciwdziałanie dyskryminacji i nakaz równego traktowania na rynku pracy .....	103

Koordinacja systemu zabezpieczenia społecznego .....	106
Działania na rzecz niepełnosprawnych osób starszych .....	107
Działania w sferze pożytku publicznego. Program Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2014–2020 .....	108
Projekty realizowane na rzecz osób starszych .....	109
Wydarzenia organizowane przez MRPiPS .....	112
Kampanie społeczne i medialne .....	114
II.1.2 Działania prowadzone przez Ministerstwo Cyfryzacji .....	115
II.1.3 Działania prowadzone przez Ministerstwo Finansów .....	118
W zakresie rozwiązań obowiązujących w podatku dochodowym od osób fizycznych .....	118
W zakresie rozwiązań obowiązujących w podatku od towarów i usług .....	121
W zakresie rozwiązań obowiązujących w podatkach lokalnych .....	122
II.1.5 Działania prowadzone przez Ministerstwo Infrastruktury i Budownictwa .....	122
Program finansowego wsparcia budownictwa socjalnego .....	123
Program społecznego budownictwa czynszowego .....	123
Dobre praktyki samorządów z zakresie polityki mieszkaniowej .....	124
Narodowy Program Mieszkaniowy .....	125
Likwidacja barier finansowych osób starszych w dostępie do środków publicznego transportu zbiorowego .....	125
II.1.6 Działania prowadzone przez Ministerstwo Rozwoju .....	126
II.1.7 Działania prowadzone przez Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego .....	127
Zwiększanie dostępności .....	127
Edukacja przez całe życie .....	128
Włączanie seniorów w życie kulturalne .....	130
Współpraca ponadsektorowa .....	130
II.1.8 Działania prowadzone przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego .....	143
II.1.9 Działania prowadzone przez Ministerstwo Skarbu Państwa .....	144
II.1.10 Działania prowadzone przez Ministerstwo Sportu i Turystyki .....	145
Obiekty sportowe Orlik .....	145
Projekt „Aktywność Fizyczna Osób Starszych” („AFOS”) .....	145
Rekreacja ruchowa osób niepełnosprawnych w starszym wieku .....	148
Pozostałe działania Ministerstwa Sportu i Turystyki .....	149
II.1.11 Działania prowadzone przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji .....	149
Służba zdrowia MSWiA .....	149
Działania prowadzone przez Policję .....	150
Przykłady działań realizowanych przez Policję .....	152
Gminne Rady Seniorów .....	155
II.1.12 Działania prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia .....	155

Regulacje z zakresu dostępu do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych .....	155
Dostęp do leków .....	158
Programy profilaktyczne .....	159
Wsparcie z funduszy europejskich .....	159
Świadczenia telemedyczne .....	163
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher .....	164
II.1.13 Działania prowadzone przez Ministerstwo Sprawiedliwości .....	165
Nieodpłatna pomoc prawna oraz edukacja prawna .....	165
Osadzone osoby starsze .....	166
Alimentacja .....	167
II.1.14 Działania prowadzone przez Pełnomocnika Rządu ds. Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego i Równego Traktowania w 2015 r. ....	167
Regulacje prawne .....	168
Krajowy Program Działań na Rzecz Równego Traktowania .....	169
II.1.15 Działania prowadzone przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów .....	170
Działania władcze .....	170
Działania kontrolne .....	171
Regulacje prawne .....	172
Działania edukacyjno-informacyjne .....	175
II.2 Polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu regionalnym .....	176
II.2.1 Województwo dolnośląskie .....	176
Sytuacja demograficzna .....	176
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	177
Dobre praktyki .....	178
II.2.2 Województwo kujawsko-pomorskie .....	178
Sytuacja demograficzna .....	178
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	180
Dobre praktyki .....	181
II.2.3 Województwo lubelskie .....	184
Sytuacja demograficzna .....	184
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	185
Dobre praktyki .....	189
II.2.4 Województwo lubuskie .....	191
Sytuacja demograficzna .....	191
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	192
Dobre praktyki .....	194
II.2.5 Województwo łódzkie .....	195
Sytuacja demograficzna .....	195

Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	196
Dobre praktyki .....	198
II.2.6 Województwo małopolskie .....	201
Sytuacja demograficzna .....	201
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	202
Dobre praktyki .....	206
II.2.7 Województwo mazowieckie .....	212
Sytuacja demograficzna .....	212
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	212
Dobre praktyki .....	213
II.2.8 Województwo opolskie .....	215
Sytuacja demograficzna .....	215
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	217
Dobre praktyki .....	218
II.2.9 Województwo podkarpackie .....	222
Sytuacja demograficzna .....	222
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	222
Dobre praktyki .....	223
II.2.10 Województwo podlaskie .....	224
Sytuacja demograficzna .....	224
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	224
Dobre praktyki .....	225
II.2.11 Województwo pomorskie .....	228
Sytuacja demograficzna .....	228
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	228
Dobre praktyki .....	230
II.2.12 Województwo śląskie .....	232
Sytuacja demograficzna .....	232
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	233
Dobre praktyki .....	236
II.2.13 Województwo świętokrzyskie .....	237
Sytuacja demograficzna .....	237
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	238
Dobre praktyki .....	239
II.2.14 Województwo warmińsko-mazurskie .....	241
Sytuacja demograficzna .....	241
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	242
Dobre praktyki .....	248
II.2.15 Województwo wielkopolskie .....	252
Sytuacja demograficzna .....	252

Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	253
Dobre praktyki .....	256
II.2.16 Województwo zachodniopomorskie .....	256
Sytuacja demograficzna .....	256
Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych .....	257
Dobre praktyki .....	260
<b>Część III. Ocena realizacji polityki senioralnej .....</b>	<b>263</b>
Wnioski i rekomendacje .....	263
Spis tabel .....	271
Spis wykresów .....	274



## Wprowadzenie

Spółeczeństwo polskie staje obecnie przed wyzwaniami wynikającymi z dynamicznych zmian w strukturze demograficznej ludności. Dwa główne zjawiska wynikające z przemian demograficznych to z jednej strony niska dzietność, z drugiej zaś strony wzrastająca liczba osób starszych.

Współczynnik dzietności (Total Fertility Rate, TFR) w Polsce spada od 1997 r. przyjmuje wartości charakteryzujące zjawisko niskiej dzietności (poniżej 1.5), a od 2002 r. oscyluje poniżej wartości 1.2<sup>1</sup>, podczas gdy wartość pozwalająca na zastępowalność pokoleń wynosi 2,2. W odpowiedzi na to wyzwanie głównym celem podejmowanych działań powinno być stworzenie polskim rodzinom warunków zachęcających do podejmowania decyzji o rodzicielstwie. Jednym z instrumentów polskiej polityki społecznej w tym zakresie jest Program Rodzina 500 plus opracowany z myślą aby, poprzez zmniejszenie obciążenia finansowego rodzin z ich wychowywaniem dzieci, umożliwić Polakom realizację planów prokreacyjnych i zachęcić ich do podejmowania decyzji o posiadaniu większej rodziny<sup>2</sup>.

Drugim zjawiskiem wynikającym z zachodzących przemian demograficznych jest wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie. W nadchodzących latach prognozowany jest systematyczny wzrost odsetka liczby osób w wieku 60+. W 2035 r. ma on wynieść 30%, przy czym w miastach będzie się kształtował na nieco wyższym poziomie (31%) niż na wsi (28,6%). Rosnąca liczba ludności w wieku powyżej 60 roku życia wymusza na polityce publicznej Polski rozwój polityki społecznej skierowanej do tej grupy osób w celu stworzenia obecnie i w przyszłości warunków do zaspakajania potrzeb tej zbiorowości oraz kształtowania prawidłowych relacji między starszym a młodszym pokoleniem. Niezwykle istotne jest także aby prowadzone działania publiczne nie prowadziły do ograniczenia więzi rodzinnych i społecznych. Starzenie się społeczeństwa wymaga działań obejmujących niemal wszystkie dziedziny życia. Oczekiwany efekt zapewni tylko synergia działań na poziomie państwa, samorządu, decydentów gospodarczych, czyli po prostu całego społeczeństwa we współpracy z samymi zainteresowanymi – czyli seniorami.

W związku z powyższym szeroko rozumiana polityka społeczna wobec osób starszych stanowi jeden z priorytetów działań publicznych. Jej realizacja w roku 2015 została zoperacjonalizowana poprzez uchwalenie *ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych* (Dz.U. poz. 1705). Dokument ten nałożył obowiązek na organy administracji publicznej, państwowe jednostki organizacyjne oraz inne organizacje zaangażowane w kształtowanie sytuacji osób starszych,

---

<sup>1</sup> W roku 2015 współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,289 (GUS).

<sup>2</sup> „Doing better form families”, OECD (<http://dx.doi.org/10.1787/888932394053>); Promoting fertility in the EU Social policy options for Member States, Library of the European Parliament ([http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2013/130519/LDM\\_BRI\(2013\)130519\\_REV2\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2013/130519/LDM_BRI(2013)130519_REV2_EN.pdf))

monitorowania sytuacji osób starszych w Polsce. Produktem tego procesu jest corocznie przygotowywana przez Radę Ministrów *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce*. W artykule 1 ustawy określony został zakres monitorowania i przedstawiania informacji o sytuacji osób starszych, a także podmioty uczestniczące w realizacji tego zadania oraz źródła jego finansowania.

Niniejsza *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce* stanowi historyczne opracowanie, jako że jest pierwszym dokumentem dotyczącym sytuacji osób starszych w Polsce, a także stanu realizacji polityki senioralnej przygotowywanym przez Radę Ministrów.

W pierwszej części dokumentu przedstawione zostały informacje dotyczące sytuacji społeczno-ekonomicznej osób starszych w Polsce – w szczególności z zakresu sytuacji demograficznej, ekonomicznej, rodzinnej, zdrowotnej, sytuacji na rynku pracy, dostępności i poziomu usług socjalnych (w tym opiekuńczych), aktywności społecznej, obywatelskiej, edukacyjnej, kulturalnej i sportowej osób starszych. W części tej uwzględnione zostały także informacje dotyczące działań z zakresu równego traktowania i przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na wiek, a także dotyczące sytuacji niepełnosprawnych osób starszych.

W części drugiej opracowania przedstawiona została informacja na temat stanu realizacji polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce: na szczeblu centralnym oraz na szczeblu regionalnym.

W trzeciej części *Informacji...* przedstawione zostały najważniejsze wnioski oraz rekomendacje dotyczące zalecanego kierunku aktualizacji polityki społecznej wobec osób starszych.

We współpracy w przygotowaniu niniejszego dokumentu zaangażowani byli wszyscy ministrowie, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Centrum Badania Opinii Społecznej, wojewodowie oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych, działających w obszarze polityki społecznej wobec osób starszych. Za swój udział w przygotowaniu niniejszego dokumentu mającego na celu monitorowanie sytuacji osób starszych wszystkim podmiotom zaangażowanym w prace nad nim należą się podziękowania.

## **Część I**

### **Sytuacja społeczno-ekonomiczna osób starszych w Polsce**

Opracowanie dotyczące sytuacji społeczno-ekonomicznej osób starszych zostało przygotowane w oparciu o najnowsze dostępne wyniki badań prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej bądź w oparciu o dane zbiorcze opracowywane w GUS na podstawie sprawozdawczości resortowej<sup>3</sup>. Dane opracowane zostały w oparciu o wyniki sprawozdawczości bieżącej oraz badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej w lipcu i sierpniu 2016 r. Dodatkowo informacje demograficzne zostały wzbogacone o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego 2011 i prognozy demograficzne.

Prezentowane dane demograficzne oraz wyniki badań ankietowych dotyczą osób w wieku 60 lat i więcej. Wyniki oparte o sprawozdawczość bieżącą obejmują grupę wieku wyodrębnioną na sprawozdaniach, najbliższą grupie określonej w ustawie o osobach starszych. Dla lepszego zobrazowania sytuacji omawianej grupy osób, informacje przedstawiono na tle całej zbiorowości bądź zestawiono je z osobami w wieku poniżej 60 lat. Niekiedy, w grupie osób starszych wyodrębniono dodatkowe kategorie wieku. Z uwagi na zaokrąglenia przedstawione w tablicach dane mogą się nie sumować.

#### **I.1 Sytuacja demograficzna**

##### **I.1.1 Cechy społeczno-demograficzne populacji osób starszych w 2015 r.<sup>4</sup>**

W okresie ostatniego ćwierćwiecza obserwujemy w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców. Trwający proces starzenia się ludności Polski będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużanie się trwania życia, jest pogłębiany niskim poziomem dzietności.

W końcu 2015 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,4 mln, w tym ponad 8,8 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (blisko 23%). W latach 1989–2015 liczba osób w starszym wieku wzrosła o ponad 3,2 mln, w tym największy wzrost – o 0,9 mln – odnotowano dla grupy 60–64-latków. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł o 8,2 punktu pro-

---

<sup>3</sup> Zob: *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego* <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-na-podstawie-badan-glownego-urzedu-statystycznego,1,1.html>

<sup>4</sup> Opracowanie na podstawie badań bieżących GUS.

centowego, tj. z 14,7% w 1989 r. do 22,9% w 2015 r. (w tym czasie odsetek dzieci i młodzieży zmniejszył się o prawie 13 p.p.).

W subpopulacji osób w starszym wieku najliczniejszą grupę (prawie 1/3) stanowią osoby 60–64-letnie i – w okresie minionych 25 lat – ich liczebność wzrosła o blisko połowę. Należy zwrócić uwagę, że prawie 18% osób starszych stanowią osoby w wieku co najmniej 80 lat (tabela 1).

**Tabela 1. Ludność według wieku w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
	w tysiącach					w %				
Ludność ogółem	38437,2	23166,4	15270,8	18598,0	19839,2	ogółem =100				
w tym w wieku 60 lat i więcej – razem	8803,0	5740,5	3062,5	3637,1	5165,8	22,9	24,8	20,1	19,6	26,0
z tego w wieku:						60 lat i więcej = 100				
60–64 lata	2726,5	1796,2	930,4	1269,7	1456,9	31,0	31,3	30,4	34,9	28,2
65–69	2161,8	1446,5	715,3	961,5	1200,3	24,6	25,2	23,4	26,4	23,2
70–74	1208,2	795,9	412,3	499,0	709,2	13,7	13,9	13,5	13,7	13,7
75–79	1139,3	730,1	409,3	426,0	713,3	12,9	12,7	13,4	11,7	13,8
80–84	862,7	541,1	321,6	289,0	573,7	9,8	9,4	10,5	7,9	11,1
85 lat i więcej	704,4	430,7	273,7	191,9	512,5	8,0	7,5	8,9	5,3	9,9

Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS.

Wśród populacji osób w starszym wieku większość stanowią kobiety (59%), na 100 mężczyzn przypada ich 142 (dla całej ludności Polski wskaźnik feminizacji wynosi 107). Rosnący wraz z wiekiem udział kobiet w populacji jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn i zróżnicowania parametrów trwania życia – kobiety osiągające wiek 60 lat mają przed sobą 5 lat więcej dalszego trwania życia niż mężczyźni. Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup podeszłego wieku, np. w grupie wieku 60–64 lata kobiety stanowią ponad 53% zbiorowości i współczynnik feminizacji wynosi 125, a wśród osób co najmniej 85-letnich już 73% to kobiety i na 100 mężczyzn przypada ich 267 (w miastach 260, a na wsi 279) (tabela 2 i tabela 3).

**Tabela 2. Ludność według płci w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem		Miasta		Wieś		Ogółem		Miasta		Wieś	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
	w tysiącach						udział w %					
Ogółem	18598,0	19839,2	10984,7	12181,7	7613,3	7657,5	48,4	51,6	47,4	52,6	49,9	50,1
w tym dla osób w wieku 60 lat i więcej	3637,1	5165,8	2323,0	3417,5	1314,1	1748,4	41,3	58,7	40,5	59,5	42,9	57,1
z tego w wieku:												
60–64 lata	1269,7	1456,9	801,9	994,2	467,8	462,6	46,6	53,4	44,6	55,4	50,3	49,7
65–69	961,5	1200,3	625,3	821,2	336,2	379,1	44,5	55,5	43,2	56,8	47,0	53,0
70–74	499,0	709,2	324,0	472,0	175,1	237,2	41,3	58,7	40,7	59,3	42,5	57,5
75–79	426,0	713,3	269,7	460,3	156,3	253,0	37,4	62,6	36,9	63,1	38,2	61,8
80–84	289,0	573,7	182,5	358,6	106,5	215,1	33,5	66,5	33,7	66,3	33,1	66,9
85 lat i więcej	191,9	512,5	119,6	311,0	72,3	201,4	27,2	72,8	27,8	72,2	26,4	73,6

Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS.

**Tabela 3. Współczynnik feminizacji<sup>5</sup> w 2015 r.**

Współczynnik feminizacji w 2015 r.	Ogółem	Miasta	Wieś
Ogółem	107	111	101
w tym dla osób w wieku 60 lat i więcej	142	147	133
z tego w wieku:			
60–64 lata	115	124	99
65–69	125	131	113
70–74	142	146	136
75–79	167	171	162
80–84	199	197	202
85 lat i więcej	267	260	279

Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS.

W miastach ludność w starszym wieku stanowi prawie czwartą część populacji; na terenach wiejskich mieszka ich mniej i stanowią 20% mieszkańców.

Odsetek osób z wyższym wykształceniem w grupie osób w wieku 65 lat i więcej wynosi 9,5% (na podstawie danych GUS z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2011 r.), a mając na uwadze poziom wykształcenia młodszych roczników odsetek ten będzie ulegał systematycznej poprawie.

<sup>5</sup> Liczba kobiet na 100 mężczyzn.

### I.1.2 Cudzoziemcy

Dane demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego na koniec 2015 r. wskazują, że ludność Polski wynosiła 38 437 239 osób, zaś dane Urzędu do Spraw Cudzoziemców wg stanu z dnia 1 stycznia 2016 r. wskazują, że cudzoziemcy posiadali 211 869 ważnych kart pobytu na terytorium RP. Natomiast analiza przytoczonych poniżej danych szczegółowych wskazuje, że wśród cudzoziemców osoby w wieku „60+” stanowią ok. 9% ogólnej liczby, tym samym na tle grupy seniorów – obywateli polskich są grupą bardzo nieliczną. Dla porównania – na podstawie badania GUS z marca 2016 r. – ok. 22% ludności Polski tj. ponad 8,5 miliona stanowią osoby w wieku 60+.

Z analizy bieżących danych statystycznych odnośnie liczby cudzoziemców w wieku „60+” na tle ogółu cudzoziemców w RP, przygotowanej przez Urząd do Spraw Cudzoziemców, wynika, że w grupie 20 478 cudzoziemców w wieku „60+” posiadających ważny dokument pobytowy na terytorium RP wg stanu z dnia 13 czerwca 2016 r. najliczniejszą grupę stanowią zarejestrowani obywatele Unii Europejskiej – 8 434 osoby; następnie cudzoziemcy – obywatele państw trzecich posiadający zezwolenie na pobyt stały – 5 948 osób, w dalszej kolejności:

- cudzoziemcy posiadający zezwolenie na pobyt czasowy – 2 640 osób;
- obywatele Unii Europejskiej przebywający na stałe na terytorium RP – 2 372 osoby;
- cudzoziemcy posiadający zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE – 851 osób.

Ze względu na obywatelstwo najliczniej reprezentowani w statystykach „60+” są obywatele Republiki Federalnej Niemiec (5 284 osoby), obywatele Ukrainy (2 847 osób), obywatele Włoch (1 303 osoby), Rosji (1 257 osób), Szwecji (730 osób), Białorusi (643 osoby) oraz Bułgarii (622 osoby). Odnotować należy, że zestawienie powyższe nieco odbiega od ogółu statystyk dot. pobytu wszystkich cudzoziemców (obywateli UE oraz obywateli państw trzecich) na terytorium RP, gdzie wśród 230 776 posiadaczy ważnych kart pobytu (wg stanu w dniu 13 czerwca 2016 r.) najliczniej reprezentowani są kolejno obywatele: Ukrainy, Niemiec, Białorusi, Rosji, Wietnamu, Włoch i Chin.

### I.1.3 Zgony. Umieralność<sup>6</sup>

Wśród 395 tys. osób zmarłych w 2015 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły blisko 83%, natomiast 25 lat wcześniej – 74%. Wysokość tego wskaźnika jest uwarunkowana nie tylko czynnikami demograficznymi, ale i biologicznymi, tj. zwiększającym się udziałem ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski, ale także spadkiem częstości zgonów osób w wieku poniżej 60 lat.

Na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza, pomimo wzrostu liczebności subpopulacji w wieku 60 lat i więcej i tym samym wzrostu liczby zgonów w tej grupie, zdecydowanie zmniejszy-

---

<sup>6</sup> Opracowanie na podstawie badań bieżących GUS.

ło się natężenie umieralności. W 2015 r. współczynnik zgonów<sup>7</sup> dla całej grupy starszych osób wyniósł prawie 38‰ (w 1990 r. wynosił ponad 50‰), a w przypadku osób w wieku 85 lat i więcej kształtował się na poziomie 154‰ (współczynnik dla całej populacji Polski wynosi ok. 10‰) (tabela 4).

**Tabela 4. Współczynnik zgonów<sup>8</sup> w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	10,3	10,4	10,0	11,0	9,6
osób w wieku 60 lat i więcej	37,8	35,7	41,7	43,6	33,7
osób w wieku 85 lat i więcej	154,0	147,9	163,6	172,8	147,0

Źródło: Wyniki bieżących badań GUS.

Dodatkowo, należy podkreślić przesuwanie – wśród osób starszych – największego odsetka zgonów w stronę coraz to starszych grup wieku, co może wskazywać na poprawę stanu zdrowia ludności. W latach 90. ub. wieku wśród zmarłych osób starszych największy odsetek stanowiły osoby w grupie wieku 80–84 lata, od 2000 r. jest to grupa w wieku 85 lat i więcej. Przedstawione zmiany znajdują odzwierciedlenie w wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia ludności.

Ze starzeniem się najbardziej związane są choroby układu krążenia. W 2014 r. spośród ogólnej liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia ponad 90% dotyczyło osób w wieku co najmniej 60 lat. Wśród osób starszych zgony kardiologiczne stanowiły połowę wszystkich zgonów, a wśród kobiet oraz mieszkańców wsi – ok. 54%. W przypadku seniorów (85 lat i więcej) – co 3 umiera w wyniku innych przyczyn niż kardiologiczne. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce w całej populacji.

Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są nowotwory, w tym nowotwory złośliwe. Ich udział wśród przyczyn umieralności rośnie – zarówno w całej populacji, jak i w grupie osób starszych. W 2014 r. odsetek zmarłych w wyniku nowotworów osób starszych wyniósł 25% (w 1990 r. było to 18%). Dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wskazują, że obecnie co drugi przypadek nowotworów złośliwych wykrywany jest u osób w wieku co najmniej 65 lat. O skali tego zjawiska może świadczyć liczba nowotworów złośliwych stwierdzona wśród osób starszych tylko w ciągu jednego roku; zgodnie z najnowszymi danymi KRN – w 2013 r. stwierdzono blisko 110 tys. takich przypadków, czyli o blisko połowę (48%) więcej niż w 2000 r. Spośród nowotworów najczęściej u osób starszych występuje nowotwór tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwory jelita grubego.

Inne przyczyny zgonów osób starszych to: cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego (w tym zapalenie nerek), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby (tabela 5).

<sup>7</sup> Liczba zgonów osób o danej płci i wieku na 1000 ludności tej płci i grupy wieku.

<sup>8</sup> Liczba zgonów osób w danym wieku na 1000 ludności w danym wieku.

**Tabela 5. Udział podstawowych przyczyn zgonów w 2014 r.**

Wyszczególnienie		Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
		w % do ogółu zgonów w danym wieku				
Ogółem	ChUK – choroby układu krążenia (I)	45	44	47	40	50
	NZ – nowotwory złośliwe (C)	25	27	23	27	24
	ChUO – choroby układu oddechowego (J)	5	5	5	6	5
	NO – przyczyny niedokładnie określone (R)	7	7	8	8	7
	Pozostałe	18	17	17	19	14
wśród osób w wieku 60 lat i więcej	ChUK – choroby układu krążenia (I)	50	48	53	45	54
	NZ – nowotwory złośliwe (C)	25	27	22	29	21
	ChUO – choroby układu oddechowego (J)	6	6	6	7	5
	NO – przyczyny niedokładnie określone (R)	7	6	8	7	7
	Pozostałe	12	13	11	12	13
wśród osób w wieku 85 lat i więcej	ChUK – choroby układu krążenia (I)	64	62	66	58	66
	NZ – nowotwory złośliwe (C)	10	11	8	14	8
	ChUO – choroby układu oddechowego (J)	6	7	6	9	5
	NO – przyczyny niedokładnie określone (R)	10	9	12	9	11
	Pozostałe	10	11	8	10	10

Źródło: Wyniki bieżących badań GUS

Struktura i częstość zgonów jest zróżnicowana według płci – zarówno dla całej populacji, jak i dla grupy osób w wieku 60 lat i więcej. Umieralność wśród mężczyzn jest zdecydowanie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasila się wraz ze wzrostem wieku. Wśród kobiet częstą przyczyną zgonu są choroby układu krążenia, natomiast mężczyźni częściej niż kobiety umierają na skutek nowotworów złośliwych.

#### I.1.4 Przeciętne dalsze trwanie życia

Obserwowane w Polsce pozytywne zmiany w natężeniu zgonów są przyczyną – trwającego od ponad 20 lat (od 1992 r.) – wzrostu przeciętnego trwania życia. W 2014 r. przeciętne trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 73,8 lat, natomiast płci żeńskiej 81,6 – odpowiednio około o 7,9 i 6,5 lat więcej niż w 1991 r. (tabela 6).

**Tabela 6. Dalsze trwanie życia i dalsze trwanie życia w zdrowiu**

Wyszczególnienie	Ogółem		Miasta		Wieś	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dalsze trwanie życia						
Osób w wieku 0 lat (urodzonych w 2014 r.)	73,8	81,6	74,2	81,5	73,1	81,7
Osób w wieku 60 lat	19,2	24,3	19,5	24,3	18,7	24,2
Osób w wieku 65 lat	15,9	20,2	16,2	20,2	15,4	20,1
Dalsze trwanie życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat	7,5	8,1				

Źródło: Wyniki na podstawie bieżących badań GUS oraz danych Eurostatu.



Korzystne zmiany obserwowane są we wszystkich grupach wieku. W Polsce w 2014 r. mężczyzna w wieku 60 lat miał przed sobą średnio 19,2 lat życia, kobieta w tym wieku 24,3 lat, czyli o 4–5 lat więcej niż w 1991 r. W 2014 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn zamieszkałych w miastach wynosiło 74,2 lata, tj. o 1,1 rok dłużej niż mężczyzn na wsi, natomiast mieszkanki miast żyły o 0,2 roku krócej niż kobiety na wsi.

Obok długości trwania życia, istotne znaczenie dla jakości życia ma trwanie życia w zdrowiu (średnia liczba lat życia bez niepełnosprawności). Wyniki badań Eurostatu dotyczące 2014 r. wskazują, że w Polsce 65-letni mężczyzna ma przed sobą jeszcze średnio 7,5 roku życia w zdrowiu (z około 16 lat), natomiast kobieta 8 lat (z około 20 lat).

### I.1.5 Przewidywane zmiany w liczbie i strukturze ludności w wieku 60 lat i więcej w perspektywie do 2050 r.

Wyniki Prognozy ludności na lata 2014–2050 wskazują na pogłębianie się procesu starzenia społeczeństwa. Mimo przewidywanego spadku liczby ludności o 4,5 mln do 2050 r., spodziewany jest systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 miliona i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności (tabela 7). W 2050 r. osoby w wieku 60 lat i więcej, zamieszkałe w miastach w 2050 r. będą stanowiły 23,5% ogólnej ludności kraju, zaś mieszkańcy wsi w tym wieku – 16,8%. W 2050 r. aż 42% mieszkańców miast i 38% mieszkańców wsi będzie miało co najmniej 60 lat (tabela 8).

**Tabela 7. Prognozowana liczba osób w wieku 60 lat i więcej**

Rok prognozy	Grupa wieku	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
		w tysiącach				
2020	<b>Ogółem</b>	<b>38 138</b>	<b>22 716</b>	<b>15 421</b>	<b>18 461</b>	<b>19 677</b>
	60 lat i więcej	9 887	6 397	3 489	4 157	5 730
	60–64	2 693	1 679	1 015	1 270	1 424
	65–69	2 534	1 664	870	1 142	1 392
	70–74	1 948	1 301	647	826	1 122
	75–79	1 027	678	349	396	632
	80 lat i więcej	1 684	1 076	608	524	1 160
2030	<b>Ogółem</b>	<b>37 185</b>	<b>21 618</b>	<b>15 567</b>	<b>18 002</b>	<b>19 183</b>
	60 lat i więcej	10 784	6 692	4 092	4 588	6 196
	60–64	2 137	1 215	923	1 034	1 103
	65–69	2 109	1 226	883	987	1 122
	70–74	2 324	1 445	878	1 027	1 297
	75–79	2 008	1 323	685	817	1 191
	80 lat i więcej	2 206	1 482	723	724	1 482
2040	<b>Ogółem</b>	<b>35 668</b>	<b>20 234</b>	<b>15 434</b>	<b>17 294</b>	<b>18 374</b>
	60 lat i więcej	12 260	7 356	4 904	5 346	6 915

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

	60-64	2 831	1 665	1 166	1 390	1 440
	65-69	2 394	1 375	1 019	1 150	1 244
	70-74	1 914	1 086	828	885	1 029
	75-79	1 749	1 023	726	756	992
	80 lat i więcej	3 373	2 207	1 165	1 164	2 208
<b>2050</b>	<b>Ogółem</b>	<b>33 951</b>	<b>18 826</b>	<b>15 125</b>	<b>16 564</b>	<b>17 387</b>
	60 lat i więcej	13 700	7 983	5 717	6 171	7 529
	60-64	2 602	1 449	1 153	1 295	1 307
	65-69	2 875	1 667	1 209	1 404	1 471
	70-74	2 605	1 526	1 080	1 240	1 366
	75-79	2 079	1 198	881	945	1 135
	80 lat i więcej	3 538	2 143	1 394	1 287	2 250

Źródło: Prognozy GUS.

Tabela 8. Udział (w %) osób w wieku 60 lat i więcej w populacji ogółem

Rok prognozy	Grupa wieku	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
		ogółem = 100				
<b>2020</b>	<b>Ogółem</b>	<b>100,0</b>	<b>59,6</b>	<b>40,4</b>	<b>48,4</b>	<b>51,6</b>
	60 lat i więcej	25,9	16,8	9,1	10,9	15,0
	60-64	7,1	4,4	2,7	3,3	3,7
	65-69	6,6	4,4	2,3	3,0	3,7
	70-74	5,1	3,4	1,7	2,2	2,9
	75-79	2,7	1,8	0,9	1,0	1,7
	80 lat i więcej	4,4	2,8	1,6	1,4	3,0
<b>2030</b>	<b>Ogółem</b>	<b>100,0</b>	<b>58,1</b>	<b>41,9</b>	<b>48,4</b>	<b>51,6</b>
	60 lat i więcej	29,0	18,0	11,0	12,3	16,7
	60-64	5,7	3,3	2,5	2,8	3,0
	65-69	5,7	3,3	2,4	2,7	3,0
	70-74	6,2	3,9	2,4	2,8	3,5
	75-79	5,4	3,6	1,8	2,2	3,2
	80 lat i więcej	5,9	4,0	1,9	1,9	4,0
<b>2040</b>	<b>Ogółem</b>	<b>100,0</b>	<b>56,7</b>	<b>43,3</b>	<b>48,5</b>	<b>51,5</b>
	60 lat i więcej	34,4	20,6	13,7	15,0	19,4
	60-64	7,9	4,7	3,3	3,9	4,0
	65-69	6,7	3,9	2,9	3,2	3,5
	70-74	5,4	3,0	2,3	2,5	2,9
	75-79	4,9	2,9	2,0	2,1	2,8
	80 lat i więcej	9,5	6,2	3,3	3,3	6,2
<b>2050</b>	<b>Ogółem</b>	<b>100,0</b>	<b>55,5</b>	<b>44,5</b>	<b>48,8</b>	<b>51,2</b>
	60 lat i więcej	40,4	23,5	16,8	18,2	22,2
	60-64	7,7	4,3	3,4	3,8	3,8
	65-69	8,5	4,9	3,6	4,1	4,3
	70-74	7,7	4,5	3,2	3,7	4,0
	75-79	6,1	3,5	2,6	2,8	3,3
	80 lat i więcej	10,4	6,3	4,1	3,8	6,6

Źródło: Prognozy GUS.

W ciągu najbliższego dziesięciolecia będzie wzrastała liczba i udział w ogóle ludności osób w wieku 60–79 lat. W wiek ten będą bowiem wchodziły liczne grupy osób urodzonych w latach boomu urodzeń z przełomu lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. Z kolei w wiek późnej starości będą wchodziły stosunkowo mało liczne grupy osób urodzonych w czasie drugiej wojny światowej.

Począwszy od 2026 r. rozpocznie się z kolei dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej. Będzie to związane z wchodzeniem w wiek późnej starości bardzo licznej grupy osób urodzonych pomiędzy końcem drugiej wojny światowej, a początkiem lat sześćdziesiątych. Pomiędzy 2025 a 2040 r. liczebność osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się z 1,7 miliona do 3,4 miliona, czyli dwukrotnie.

Dane zawarte w tabeli 9 obrazują wahania wynikające z falowania demograficznego, tzn. występujących w przeszłości wyżów i niżów urodzeń.

**Tabela 9. Udział (w %) osób w wieku 60 lat i więcej w danej populacji**

Kategoria	Rok prognozy			
	2020	2030	2040	2050
Ogółem	26	29	34	40
Miasta	28	31	36	42
Wieś	23	26	32	38
Mężczyźni	23	26	31	37
Kobiety	29	32	38	43

Źródło: Prognozy GUS.

Wartości współczynnika feminizacji w populacji ogółem oraz wśród osób powyżej 60 r.ż. w niewielkim stopniu zmieniają się w okresie objętym prognozą. Przez cały okres prognozy obserwowana będzie nadwyżka kobiet wśród ludności Polski, która wynika z obserwowanej prawie we wszystkich rocznikach wieku nadumieralności mężczyzn (tabela 10).

**Tabela 10. Współczynnik feminizacji (kobiety na 100 mężczyzn)**

Kategoria	Wyszczególnienie	Rok prognozy			
		2020	2030	2040	2050
Ogółem	Ogółem	107	107	106	105
	Miasta	111	111	111	109
	Wieś	100	100	101	100
Osoby w wieku 60 lat i więcej	Ogółem	138	135	129	122
	Miasta	146	145	137	127
	Wieś	125	121	119	115

Źródło: Prognozy GUS.

## I.2 Sytuacja ekonomiczna

### I.2.1 Sytuacja dochodowa, warunki bytu

Zgodnie z wynikami badania budżetów gospodarstw domowych w 2015 r. przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych wyłącznie przez osoby starsze, w wieku 60 lat i więcej wyniósł 1791,91 zł i był o 30% wyższy niż w gospodarstwach, w skład których wchodziły wyłącznie osoby młodsze, w wieku poniżej 60 lat (tabela 11). Analizując te dane należy wziąć pod uwagę średnią liczbę osób w tych gospodarstwach. W gospodarstwach domowych wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej dominowały gospodarstwa 1 i 2-osobowe, podczas gdy w skład gospodarstw domowych bez osób starszych wchodziło przeciętnie około 3 osób (w tym dzieci, które pozostawały na utrzymaniu).

Gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej utrzymywały się przede wszystkim z emerytur lub rent, podczas gdy gospodarstwa domowe, w skład których wchodziły tylko osoby poniżej 60 lat, utrzymywały się głównie z pracy najemnej oraz pracy na własny rachunek (tabela 11).

**Tabela 11. Przeciętne miesięczne dochody na 1 osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe				
	bez osób w wieku 60 lat i więcej	z przynajmniej 1 osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
			razem	w tym:	
				1-osobowe	2-osobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
<b>OGÓŁEM</b>					
<b>w złotych</b>					
Dochód rozporządzalny	1373,53	1407,47	1791,91	1811,38	1782,10
<b>w odsetkach</b>					
Dochód rozporządzalny	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
w tym: dochód do dyspozycji	96,9	95,9	94,3	94,3	94,5
Dochody z pracy najemnej	71,0	27,8	8,4	6,3	9,9
Dochody z pracy na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym w użytkowaniu indywidualnym	11,6	3,8	2,1	1,1	2,8
Dochody z gospodarstwa rolnego	2,9	3,8	0,9	1,2	0,8
Dochody z własności	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Dochody z wynajmu nieruchomości	0,5	0,4	0,4	0,5	0,3
Dochody ze świadczeń społecznych	8,7	61,5	84,8	85,3	84,4
Dochody ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych	5,1	59,0	83,7	83,8	83,6
w tym: emerytury i renty	3,7	54,2	77,3	70,0	82,7
Dochody z pozostałych świadczeń społecznych	3,6	2,5	1,1	1,5	0,8

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Pozostałe dochody	5,3	2,7	3,3	5,6	1,7
w tym: dary otrzymane od osób prywatnych na gospodarstwo domowe	4,8	2,5	3,2	5,5	1,6
<b>MIASTA</b>					
<b>w złotych</b>					
Dochód rozporządzalny	1537,87	1620,22	1897,51	1923,18	1882,83
<b>w odsetkach</b>					
Dochód rozporządzalny	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
w tym: dochód do dyspozycji	96,7	95,3	94,2	94,1	94,5
Dochody z pracy najemnej	73,1	26,2	9,3	7,2	10,8
Dochody z pracy na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym w użytkowaniu indywidualnym	12,1	3,9	2,4	1,3	3,2
Dochody z gospodarstwa rolnego	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2
Dochody z własności	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Dochody z wynajmu nieruchomości	0,5	0,6	0,5	0,6	0,4
Dochody ze świadczeń społecznych	8,0	66,3	84,4	85,4	83,6
Dochody ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych	4,7	64,1	83,2	83,9	82,8
w tym: emerytury i renty	3,3	59,1	77,1	70,3	82,0
Dochody z pozostałych świadczeń społecznych	3,2	2,2	1,1	1,5	0,8
Pozostałe dochody	5,8	2,9	3,2	5,4	1,7
w tym: dary otrzymane od osób prywatnych na gospodarstwo domowe	5,4	2,7	3,1	5,3	1,6
<b>WIEŚ</b>					
<b>w złotych</b>					
Dochód rozporządzalny	1078,90	1142,15	1501,54	1498,40	1501,49
<b>w odsetkach</b>					
Dochód rozporządzalny	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
w tym: dochód do dyspozycji	97,3	96,9	94,8	95,2	94,4
Dochody z pracy najemnej	65,6	30,7	5,2	3,2	6,6
Dochody z pracy na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym w użytkowaniu indywidualnym	10,4	3,6	1,1	0,3	1,5
Dochody z gospodarstwa rolnego	9,1	10,0	3,5	5,0	2,7
Dochody z własności	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Dochody z wynajmu nieruchomości	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1
Dochody ze świadczeń społecznych	10,6	53,1	86,3	84,9	87,2
Dochody ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych	6,1	50,1	85,2	83,6	86,3
w tym: emerytury i renty	4,5	45,5	78,3	68,8	85,3
Dochody z pozostałych świadczeń społecznych	4,5	3,0	1,1	1,4	0,9
Pozostałe dochody	4,0	2,4	3,6	6,3	1,9
w tym: dary otrzymane od osób prywatnych na gospodarstwo domowe	3,4	2,3	3,6	6,2	1,8

Źródło: Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2015 r., GUS.

Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych tylko przez osoby w wieku 60 lat i więcej wyniosły 1459,97 zł i były o 35% wyższe niż w gospo-

darstwach, w skład których wchodziły wyłącznie osoby młodsze (tabela 12). Udział przeciętnych miesięcznych wydatków na 1 osobę w dochodzie rozporządzalnym w gospodarstwach domowych wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej wyniósł 81,5%, podczas gdy w gospodarstwach domowych z osobami poniżej 60 lat – 79,0%. Należy podkreślić jednak, iż struktura wydatków w gospodarstwach domowych osób starszych jest inna aniżeli wśród młodszych grup wiekowych.

Gospodarstwa domowe, w skład których wchodziły tylko osoby w wieku 60 lat i więcej w porównaniu z gospodarstwami domowymi osób młodszych, ponosiły wyższe wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe, użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii oraz zdrowie (tabela 12).

**Tabela 12. Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe				
	bez osób w wieku 60 lat i więcej	z przynajmniej 1 osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
			razem	w tym:	
				1-osobowe	2-osobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
<b>OGÓŁEM</b>					
<b>w złotych</b>					
Wydatki gospodarstwa domowego	1085,00	1101,65	1459,97	1572,02	1386,24
<b>w odsetkach</b>					
Wydatki gospodarstwa domowego, w tym:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Żywność i napoje bezalkoholowe	22,7	26,2	25,4	25,1	25,7
Użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii	19,0	22,0	23,9	26,6	21,8
Zdrowie	4,1	7,3	8,9	9,1	8,7
<b>MIASTA</b>					
<b>w złotych</b>					
Wydatki gospodarstwa domowego	1201,88	1269,40	1527,98	1663,06	1435,41
<b>w odsetkach</b>					
Wydatki gospodarstwa domowego, w tym:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Żywność i napoje bezalkoholowe	21,2	24,8	24,5	23,9	25,2
Użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii	19,5	22,5	23,6	26,4	21,5
Zdrowie	4,2	7,7	8,9	9,1	8,7
<b>WIEŚ</b>					
<b>w złotych</b>					
Wydatki gospodarstwa domowego	875,44	892,44	1272,93	1317,16	1249,24
<b>w odsetkach</b>					
Wydatki gospodarstwa domowego, w tym:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Żywność i napoje bezalkoholowe	26,6	28,7	28,1	29,3	27,5
Użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii	17,8	21,0	24,8	27,6	22,8
Zdrowie	3,8	6,5	8,8	9,1	8,7

Źródło: Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2015 r., GUS.

Gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej, w porównaniu z gospodarstwami bez osób starszych, rzadziej oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą lub dobrą, a częściej jako przeciętną i raczej złą lub złą. Szczególnie negatywnie swoją sytuację materialną oceniały osoby w wieku 60 lat i więcej, zamieszkujące samotnie na wsi – prawie co trzecia oceniła swoją sytuację jako raczej złą lub złą (tabela 13).

Czynnikiem istotnie różnicującym poziom, dynamikę i strukturę dochodów oraz wydatków jest miejsce zamieszkania gospodarstwa domowego. Sytuacja dochodowa gospodarstw domowych zamieszkujących w miastach jest lepsza niż gospodarstw domowych na wsi. Ta ogólna tendencja dotyczyła również gospodarstw zamieszkiwanych wyłącznie przez osoby w wieku 60 lat i więcej. Gospodarstwa domowe w miastach miały wyższe dochody (o 26% w przypadku gospodarstw wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej oraz o 43% w przypadku gospodarstw wyłącznie z osobami poniżej 60 roku życia), jak i wydatki (odpowiednio o 20% i 37%) niż gospodarstwa na wsi (tabele 11 oraz 12). Ponadto gospodarstwa domowe w miastach również lepiej oceniały swoją sytuację materialną (tabela 13).

**Tabela 13. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe				
	bez osób w wieku 60 lat i więcej	z przynajmniej 1 osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
			razem	w tym:	
				1-osobowe	2-osobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
w % danej grupy gospodarstw					
<b>OGÓŁEM</b>					
<b>Ocena sytuacji materialnej przez gospodarstwo domowe</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Bardzo dobra i raczej dobra	32,4	23,4	23,4	17,9	30,9
Przeciętna	52,6	59,9	58,9	57,5	60,8
Raczej zła i zła	15,0	16,6	17,7	24,6	8,2
<b>MIASTA</b>					
<b>Ocena sytuacji materialnej przez gospodarstwo domowe</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Bardzo dobra i raczej dobra	35,2	25,6	26,1	20,3	34,2
Przeciętna	50,2	57,9	57,6	57,0	58,4
Raczej zła i zła	14,6	16,5	16,3	22,7	7,4
<b>WIEŚ</b>					
<b>Ocena sytuacji materialnej przez gospodarstwo domowe</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Bardzo dobra i raczej dobra	26,0	19,4	15,9	11,2	21,7
Przeciętna	57,9	63,6	62,4	58,9	67,6
Raczej zła i zła	16,0	16,9	21,7	29,9	10,6

Źródło: Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2015 r., GUS.

Zgodnie z wynikami Badania spójności społecznej 2015<sup>9</sup> gospodarstwa domowe z co najmniej jedną osobą starszą zamieszkują w mieszkaniach o nieco większej powierzchni użytkowej na osobę niż gospodarstwa bez osób starszych. Jednocześnie gospodarstwa z osobami starszymi częściej oceniają swoje mieszkania jako zbyt duże jak na ich potrzeby. Warunki sanitarne w mieszkaniach gospodarstw domowych z osobami starszymi są jednak gorsze od przeciętnych (tabela 14).

Biorąc pod uwagę ubóstwo oceniane przez pryzmat poziomu wydatków i gospodarowania posiadanymi dochodami, dane wskazują, że osoby starsze są w lepszej sytuacji niż osoby w młodszych grupach wieku. Świadczą o tym wartości stóp ubóstwa skrajnego i braku równowagi budżetowej (tabela 15). W przypadku jednak wzięcia pod uwagę ubóstwa złych warunków życia okazuje się, że sytuacja osób starszych jest zbliżona do sytuacji osób w młodszych grupach wieku. Analiza wybranych symptomów warunków życia wskazuje nawet, że gospodarstwa domowe z osobami starszymi mogą znaleźć się w gorszej sytuacji niż gospodarstwa bez takich osób. Oprócz wymienionych wcześniej gorszych warunków sanitarnych, w gospodarstwach domowych z osobami starszymi częściej brakuje pieniędzy na zakup żywności lub przepisanych leków (tabela 14).

**Tabela 14. Warunki bytu gospodarstw domowych w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe ogółem	Gospodarstwa domowe bez osób w wieku 60 lat lub więcej	Gospodarstwa domowe z co najmniej jedną osobą w wieku 60 lat lub więcej
Przeciętna liczba osób na pokój	0,9	1,0	0,9
Przeciętna powierzchnia użytkowa na osobę w m <sup>2</sup>	27,2	25,4	29,7
<b>% gospodarstw domowych</b>			
Wskaźnik złych warunków sanitarnych	11,2	9,2	13,5
Gospodarstwa domowe mieszkające w zbyt dużych mieszkaniach	6,2	4,2	8,5
Gospodarstwa domowe mieszkające w zbyt małych mieszkaniach	17,7	22,4	12,1
Brak pieniędzy na żywność	5,4	4,4	6,5
Brak pieniędzy na leki	9,9	7,3	12,8

Źródło: Badanie spójności społecznej 2015.

<p><b>Wskaźnik złych warunków sanitarnych</b> – odsetek gospodarstw domowych, które nie posiadają w mieszkaniu ciepłej wody bieżącej lub ustępu spłukiwanego wodą bieżącą lub łazienki z wanną/prysznicem.</p> <p><b>Brak pieniędzy na żywność</b> – odsetek gospodarstw domowych, w których – z powodów finansowych – nie wszystkie osoby dorosłe mogły pozwolić sobie na jedzenie mięsa, drobiu, ryb lub wegetariańskich odpowiedników oraz świeżych owoców i warzyw co drugi dzień.</p> <p><b>Brak pieniędzy na leki</b> – odsetek gospodarstw domowych, w których – z powodów finansowych – nie wszystkie osoby dorosłe mogły wykupić zapisane przez lekarza leki, witaminy i inne preparaty</p>
--

<sup>9</sup> Wyniki badania spójności społecznej 2015 przeprowadzanego przez GUS.



**Tabela 15. Zasięg ubóstwa w gospodarstwach domowych w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby w wieku 0-17	Osoby w wieku 18-59	Osoby w wieku 60 lat i więcej
	% osób			
Stopa ubóstwa skrajnego	6,5	9,0	6,5	4,1
	Ogółem	Osoby w wieku 0-59	Osoby w wieku 60 lat i więcej	
	% osób			
Stopa ubóstwa złych warunków życia	8,1	8,0		8,1
Stopa ubóstwa braku równowagi budżetowej	10,1	10,3		9,4

Źródło: Stopa ubóstwa skrajnego – *Badanie budżetów gospodarstw domowych 2015*, GUS, Warszawa 2016; Stopa ubóstwa złych warunków życia i braku równowagi budżetowej – *Badanie spójności społecznej 2015*, GUS.

**Stopa ubóstwa skrajnego** – odsetek osób wchodzących w skład gospodarstw domowych, których poziom wydatków był niższy od minimum egzystencji. Minimum egzystencji, obliczane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, uwzględnia jedynie te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a konsumpcja niższa od tego poziomu prowadzi do biologicznego wyniszczenia.

Szczegółowe wyjaśnienia: Opracowanie sygnałne *Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2015 r.* oraz publikacja *Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, str. 23–25, dostępne na stronie GUS.

**Stopa ubóstwa złych warunków życia** – odsetek osób wchodzących w skład gospodarstw domowych, w których zaobserwowano co najmniej 10 z 30 przejawów (symptomów) złych warunków życia. Wzięto pod uwagę m.in. brak możliwości zaspokojenia różnego typu potrzeb konsumpcyjnych, jakość mieszkania i poziom wyposażenia w dobra trwałego użytkowania (Listę przejawów złych warunków życia zaprezentowano w infografice *Różne oblicza ubóstwa w Polsce*, dostępnej na stronie GUS).

**Stopa ubóstwa braku równowagi budżetowej** – odsetek osób wchodzących w skład gospodarstw domowych, które zostały uznane za ubogie z punktu widzenia „nieradzenia sobie z budżetem”, tzn. w których wystąpiły przynajmniej 4 z 7 symptomów braku równowagi budżetowej. Wzięto pod uwagę zarówno subiektywne opinie gospodarstw domowych dotyczące ich statusu materialnego, jak i fakty mówiące o trudnościach budżetowych gospodarstwa (w tym o zaległościach w opłatach). Listę symptomów braku równowagi budżetowej zaprezentowano w infografice *Różne oblicza ubóstwa w Polsce*, dostępnej na stronie GUS.

Na podstawie wyników badania budżetu czasu z 2013 r. (tabela 16) można stwierdzić, że wśród osób starszych, w wieku 60 lat i więcej, w porównaniu z osobami młodszymi, w wieku 18–59 lat, wystąpił mniejszy odsetek osób wykonujących jak i krótszy czas wykonywania takich grup czynności, jak:

- praca zawodowa (ze względu na prawnie określony wiek emerytalny obejmujący większość osób powyżej 60 roku życia) – odsetek osób wykonujących był niższy o 40,9 p.p., a czas wykonywania krótszy o 71 min.;
- nauka – odsetek osób wykonujących był niższy o 6,3 p.p., a czas wykonywania krótszy o 183 min.;
- zamięłowania osobiste (zdominowane w ostatnich latach przez komputer i Internet, które ze względów technicznych i ekonomicznych są mniej dostępne dla osób starszych) – odsetek osób wykonujących był niższy 15,5 p.p., a czas wykonywania krótszy o 2 min.;
- dojazdy i dojścia – odsetek osób wykonujących był niższy o 12,9 p.p., a czas wykonywania krótszy o 11 min.

Odnotowano natomiast większy odsetek osób starszych wykonujących pozostałe grupy czynności wraz z dłuższym czasem wykonywania:

- zajęcia i prace domowe – odsetek osób wykonujących był wyższy o 4,5 p.p., a czas wykonywania dłuższy o 20 min.;
- dobrowolna praca w organizacjach i poza nimi; pomoc innym; zaangażowanie w działalność organizacji i praktyki religijne – odsetek osób wykonujących był wyższy o 20,3 p.p. (dominującą rolę odegrały w tym przypadku praktyki religijne), a czas wykonywania dłuższy o 13 min.;
- życie towarzyskie i rozrywki – odsetek osób wykonujących był wyższy o 11,4 p.p., a czas wykonywania dłuższy o 10 min.
- korzystanie ze środków masowego przekazu – odsetek osób wykonujących był wyższy o 8,1 p.p. (przede wszystkim oglądanie telewizji), a czas wykonywania tej czynności dłuższy o 83 min.

W przypadku uczestnictwa w sporcie i rekreacji odsetek osób w wieku 60 lat i więcej wykonujących te czynności był o 8,8 p.p. wyższy niż u osób w wieku 18–59 lat (głównie ze względu na popularność spacerów), ale czas wykonywania tej czynności był nieco krótszy.

Czas wykonywania czynności związanych z zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych (sen, jedzenie i picie, mycie się, ubieranie się itp.) był dłuższy o 77 min. dla osób w wieku 60 lat i więcej niż dla osób w wieku 18–59 lat.

Przedstawione relacje są charakterystyczne dla kobiet i mężczyzn, jednak z pewnymi wyjątkami dotyczącymi czasu wykonywania zajęć i prac domowych oraz czasu wykonywania zainteresowań osobistych. O ile czas wykonywania czynności zaliczanych do grupy zajęć i prac domowych dla wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej był dłuższy niż u osób w wieku 18–59 lat, to w podziale na płeć wystąpiły różnice. Czas wykonywania zajęć i prac domowych przez starsze kobiety był krótszy niż przez młodsze (o 11 min.) podczas, gdy czas ich wykonywania przez mężczyzn był dłuższy wśród starszych niż wśród osób młodszych (o 47 min.). Zróżnicowanie ze względu na płeć dotyczyło także czasu wykonywania czynności z grupy zamiłowań osobistych. Czas wykonywania tych czynności był dłuższy u starszych kobiet niż u młodszych (o 6 min.), podczas gdy w przypadku wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej czas wykonywania zamiłowań osobistych był krótszy niż w grupie osób 18–59 lat.

**Tabela 16. Dobowy budżet czasu według płci w 2013 r.**

Wyszczególnienie	Osoby w wieku 18-59 lat			Osoby w wieku 60 lat i więcej		
	razem	kobiety	mężczyźni	razem	kobiety	mężczyźni
	<b>Przeciętny czas wykonywania czynności</b> (w godzinach i minutach)					
Potrzeby fizjologiczne	10.49	11.00	10.39	12.06	12.12	11.57
Praca zawodowa (główna i dodatkowa)	7.43	7.07	8.08	6.32	5.17	7.09
Nauka	4.45	4.32	5.00	1.42	1.39	1.50
Zajęcia i prace domowe	3.45	4.41	2.40	4.05	4.30	3.27
Dobrowolna praca w organizacjach i poza nimi; pomoc innym, zaangażowanie w działalność organizacji i praktyki religijne	1.30	1.27	1.34	1.43	1.45	1.39
Życie towarzyskie i rozrywki	1.35	1.30	1.41	1.45	1.44	1.48
Uczestnictwo w sporcie i rekreacji	1.31	1.22	1.39	1.27	1.19	1.37
Zamiłowania osobiste	1.32	1.13	1.46	1.30	1.19	1.44
Korzystanie ze środków masowego przekazu	2.30	2.19	2.41	3.53	3.36	4.17
Dojazdy i dojścia	1.19	1.16	1.22	1.08	1.06	1.11
Inne niewymienione czynności	0.29	0.28	0.29	0.32	0.32	0.34
	<b>Odsetek osób wykonujących czynności</b>					
Potrzeby fizjologiczne	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Praca zawodowa (główna i dodatkowa)	49,5	40,8	58,2	8,6	4,7	14,2
Nauka	6,9	7,3	6,5	0,6	0,7	0,4
Zajęcia i prace domowe	90,8	97,2	84,4	95,3	97,6	91,9
Dobrowolna praca w organizacjach i poza nimi; pomoc innym, zaangażowanie w działalność organizacji i praktyki religijne	17,4	19,8	15,0	37,7	44,7	27,6
Życie towarzyskie i rozrywki	64,3	65,7	62,9	75,7	78,0	72,5
Uczestnictwo w sporcie i rekreacji	23,5	23,8	23,3	32,3	29,4	36,3
Zamiłowania osobiste	38,9	34,3	43,4	23,4	22,4	24,8
Korzystanie ze środków masowego przekazu	89,2	89,5	88,8	97,3	97,2	97,4
Dojazdy i dojścia	85,5	85,1	85,9	72,6	72,3	73,0
Inne niewymienione czynności	9,2	9,6	8,8	7,8	8,0	7,6

Źródło: Badanie budżetu czasu ludności 2013, GUS.

## I.2.2 Sytuacja mieszkaniowa

W związku z dynamicznymi zmianami w strukturze demograficznej ludności w Polsce, narastającym problemem będzie w najbliższej przyszłości również zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych osobom starszym. Z danych Eurostatu wynika, iż w 2020 r. osoby po 60 r.ż. będą stanowić blisko 25% ludności polskiego społeczeństwa, a szacunki GUS potwierdzają znaczące zwiększenia udziału w populacji kraju osób w najstarszych grupach wieku.

Obecnie w zinstytucjonalizowanym sektorze mieszka tylko 1% polskich seniorów, większość (ok. 85%) zamieszkuje samodzielnie. Wraz z wiekiem zwiększa się wśród osób starszych

udział gospodarstw domowych jednoosobowych. Wśród osób powyżej 80 r.ż., ok. 60% prowadzi jednoosobowe gospodarstwa domowe, a prognozy demograficzne wskazują, że liczba takich osób będzie się szybko zwiększać. Stawia to kolejne wyzwania dotyczące zapewnienia takim osobom właściwej opieki w miejscu zamieszkania.

**Tabela 17. Gospodarstwa domowe według liczby członków gospodarstwa domowego i wieku głowy gospodarstwa domowego**

	Ogółem		60–69 lat		70–79 lat		Pow. 80 lat	
	tys.	%	tys.	%	tys.	%	tys.	%
Ogółem	13 568,0	100,0	2 123,1	100,0	1 407,2	100,0	685,6	100,0
Jednoosobowe	3 254,7	24,0%	567,0	26,7%	591,3	42,0%	409,6	59,7%
Wielooosobowe	10 313,3	76,0%	1 556,1	73,3%	815,8	58,0%	276,1	40,3%

Źródło: Opracowanie MliB na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r.

Większość osób w wieku powyżej 60 lat zamieszkuje we własnym domu lub mieszkaniu. W sektorze najmu społecznego mieszka ok. 12% takich gospodarstw domowych. Biorąc pod uwagę dane dla całej populacji, członkowie „starszych” gospodarstw domowych częściej są właścicielami mieszkań lub spółdzielczych praw do mieszkań, a rzadziej wynajmują mieszkania na rynku komercyjnym.

**Tabela 18. Gospodarstwa domowe według własności mieszkania i wieku głowy gospodarstwa domowego**

	Ogółem		60–69 lat		70–79 lat		Pow. 80 lat	
	tys.	%	tys.	%	tys.	%	tys.	%
Ogółem	13 568,0	100,0	2 123,1	100,0	1 407,2	100,0	685,6	100,0
Własnościowe	7 509,0	55,3	1 235,7	58,2	791,0	56,2	402,2	58,7
Spółdzielcze	2 180,8	16,1	451,9	21,3	298,1	21,2	111,3	16,2
Najem społeczny	1 615,0	11,9	232,7	11,0	164,6	11,7	83,7	12,2
Najem prywatny	643,1	4,7	73,2	3,4	47,1	3,3	26,6	3,9
Pokrewieństwo	1 282,9	9,5	104,2	4,9	93,1	6,6	55,5	8,1
Inne/podnajem/nieustalone	337,2	2,5	25,3	1,2	13,3	0,9	6,3	0,9

Źródło: Opracowanie MliB na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r.

W międzynarodowym badaniu warunków życia seniorów<sup>10</sup> Polska, na 98 krajów, została sklasyfikowana na 32 miejscu. Pomimo znaczącej poprawy jakości życia w porównaniu z wynikami badania z 2013 r. (Polska została sklasyfikowana wówczas na 62) zamieszkiwane przez polskich seniorów lokale mieszkalne są nadal w dużej mierze niedostosowane do ich potrzeb oraz możliwości. Do najczęściej obserwowanych problemów należy zaliczyć m.in. wysokie koszty utrzymania, bariery dostępności ruchowej oraz ograniczony dostęp do sieci transportu publicznego. Warunki mieszkaniowe osób starszych w dużej mierze oddziałują na inne sfery życia. Osiągając pewną granicę wieku, osoby takie coraz więcej czasu spędzają w warunkach domowych.

<sup>10</sup> Global Age Watch Index 2015, HelpAge International, Londyn 2015 (opracowanie na zlecenie ONZ).

### **I.2.3 Pomoc społeczna**

W ramach systemu pomocy społecznej mieszkańcom Polski, w tym także osobom starszym, przysługuje szereg świadczeń i rozwiązań mających na celu zaspokojenie ich potrzeb oraz podwyższenie poziomu życia.

#### **Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania**

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być przyznane także osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób, jednak rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić.

Usługi opiekuńcze obejmują: zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, zapewnianie kontaktów z otoczeniem. Usługi te są bezpłatne lub odpłatne w części lub w całości. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustalają władze gminy, w drodze uchwały. Wysokość opłat uzależniona jest przede wszystkim od dochodu osoby korzystającej z usług opiekuńczych oraz kosztu i liczby godzin świadczonych usług opiekuńczych. W przypadku szczególnej i trudnej sytuacji życiowej świadczeniobiorcy, istnieje możliwość odstąpienia od opłat za usługi. Usługi te są realizowane jako zadanie własne gminy i finansowane z budżetu gminy.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są usługami dostosowanymi do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, które są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyjątkiem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, są zadaniem własnym gminy. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze, a także możliwości zwolnienia z opłat w części lub całości ustalają władze gminy, w drodze uchwały. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są zadaniem zleconym gminie, finansowanym z budżetu państwa.

W 2015 r. z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych korzystały 93 272 osoby, przy czym kwota wydatkowana na świadczenia z tego tytułu przez gminy wynosiła ponad 407 mln zł. ze specjalistycznych usług opiekuńczych korzystało 5 176 osób, a kwota świadczeń wynosiła prawie 16,5 mln zł. Ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi skorzystało 12 916 osób, przy czym liczba świadczeń wynosiła 3 960 436, a kwota świadczeń 86 180 486 zł. Ponadto usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone w ośrodkach wsparcia, w tym w Środowiskowych domach samopomocy.

**Tabela 19. Liczba ośrodków wsparcia funkcjonujących wg stanu na dzień 31.12.2015 r.**

WYSZCZEGÓLNIENIE	Liczba jednostek	Liczba miejsc	Liczba osób korzystających
1	2	3	4
OŚRODKI WSPARCIA	1 853	85 477	132 899
w tym: OŚRODKI WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI	799	28 709	32 468
w tym: Środowiskowe domy samopomocy	757	27 679	30 512

Źródło: Dane MRPiPS.

### **Okresowy pobyt w rodzinnym domu pomocy społecznej, mieszkaniu chronionym lub w domu pomocy społecznej**

W sytuacji, kiedy rodzina z różnych powodów nie może się opiekować swoim starszym członkiem rodziny i nikt nie może ich w tej opiece zastąpić, wówczas osoba ta może zostać skierowana do rodzinnego domu pomocy, mieszkania chronionego lub do domu pomocy społecznej.

#### *Rodzinny dom pomocy*

Przeznaczony jest na pobyt stały lub okresowy dla osób wymagających pomocy innych osób, z powodu wieku lub niepełnosprawności, którym nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Tego rodzaju wsparcie zapewnia usługi opiekuńcze i bytowe i jest świadczone w mieszkaniu (budynku mieszkalnym) przez osoby fizyczne lub organizacje pożytku publicznego. Określone zostały szczegółowe warunki dotyczące miejsca pobytu osób, wyżywienia, utrzymania czystości oraz zakresu usług opiekuńczych. Odpłatność za pobyt (do wysokości miesięcznych wydatków, ale nie więcej niż 70% dochodu osoby lub tak jak w przypadku DPS) ustalana jest w umowie zawartej między gminą a prowadzącym RDP.

Wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. funkcjonowało 26 rodzinnych domów pomocy na ogólną liczbę miejsc 166, w których przebywało 241 osób. Ta forma wsparcia nie rozwija się najlepiej, głównie z powodu niechęci gmin do zawierania umów z osobami prywatnymi w sprawie zakupu usług dla osób kierowanych do tych placówek oraz trudności w spełnieniu standardów bytowych, w szczególności w zakresie likwidacji barier architektonicznych i spełnienia wymogów sanitarnych.

#### *Mieszkania chronione*

Mieszkanie chronione to miejsce (mieszkanie), w którym osoba – ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę – otrzymuje okresowe (w wyjątkowych sytuacjach – stałe) wsparcie w funkcjonowaniu w codziennym życiu, przygotowujące ją do prowadzenia samodzielnego życia w integracji ze społecznością lokalną. Ta forma pomocy społecznej przeznaczona jest także dla osób, które wymagają stałego wsparcia, ale nie wymagają usług w takim wymiarze i zakresie jaki jest świadczony w placówkach opieki całodobowej. Kadre stanowią

m.in. pracownik socjalny, psycholog, terapeuta, asystent osoby niepełnosprawnej. Warunki pobytu w mieszkaniu chronionym muszą być dostosowane do potrzeb osób przebywających w nim (także osób niepełnosprawnych). Ta forma pomocy społecznej może być prowadzona przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej (albo na ich zlecenie) lub organizacje pożytku publicznego. Podmiot prowadzący, w uzgodnieniu z osobą kierowaną (na podstawie decyzji), ustala zakres usług i odpłatność. W przypadku mieszkań chronionych prowadzonych przez inne podmioty niż ww. – ustalanie zasad pobytu i odpłatności odbywa się na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. funkcjonowało 660 mieszkań chronionych na 2 605 miejsc, z których skorzystały 2 593 osoby. Liczba mieszkań jest ograniczona w stosunku do potrzeb. Wiele osób starszych wymagających wsparcia mogłoby mieszkać w takich lokalach zamiast być kierowanym do domów pomocy społecznej.

#### *Dom pomocy społecznej*

Domy pomocy społecznej przeznaczone są dla osób wymagających całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność. Jest to placówka całodobowego stałego pobytu zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i w przypadku dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, także edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu.

Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w domu wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu. Decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom lub starosta powiatu prowadzącego dom. W przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa. Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do pełnego kosztu utrzymania, przy czym:

- jako pierwsza opłatę ponosi osoba kierowana do domu pomocy społecznej w wysokości 70% dochodu własnego nie więcej niż pełny koszt utrzymania,
- w drugiej kolejności rodzina osoby kierowanej – małżonek, zstępni(dzieci, wnuczki) przed wstępnymi (rodzicami, dziadkami) jeżeli jej sytuacja na to pozwala (tylko wtedy, gdy odpłatność wnoszona przez mieszkańca domu nie pokrywa w pełni średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej); ustawa określa ustalanie odpłatności w przypadku dochodu wyższego niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (czyli powyżej 1902 zł) i wyższego niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (czyli powyżej 1542 zł). W sytuacji wniesienia odpłatności przez członków rodziny kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty w przypadku osoby samotnie gospodarującej nie może być niższa niż 300% tego kryterium, a w przypadku osoby w rodzinie nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie,
- trzecia w kolejności jest gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej – w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa wyżej.

W przypadku mieszkańca domu odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej ustalana jest w drodze decyzji administracyjnej, a w stosunku do części opłaty wnoszonej przez pozostałe

podmioty nie wydaje się decyzji. Odpłatność wnoszona przez rodzinę ustalana jest w drodze porozumienia. Rodzina wnosi tą opłatę do gminy, a dopiero ta przekazuje środki do powiatu, uzupełniając odpłatność do pełnego średniego kosztu utrzymania.

**Tabela 20. Liczba ponadgminnych domów pomocy społecznej wg stanu na dzień 31.12.2015 r.**

Typy domów	Liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
OGÓŁEM, z tego dla:	678	69 331	68 360
osób w podeszłym wieku	97	6 971	6 745
osób przewlekle somatycznie chorych	144	14 460	14 298
osób niepełnosprawnych fizycznie	9	961	952
osób przewlekle psychicznie chorych	163	20 031	19 951
Osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	128	11 229	11 076
osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych	94	9 011	8 808
osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	7	1 043	1 054
osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	15	1 602	1 498
Inne zgodnie z art. 56a ust. 2 i3 ustawy o pomocy społecznej	21	4 023	3 978

Źródło: Dane MRPiPS.

Ogólna liczba mieszkańców domów pomocy społecznej powyżej 61 roku życia wynosiła 42 290 (wg stanu na dzień 31 grudnia 2014 r.). Jak wynika z powyższego liczba wolnych miejsc w domach pomocy społecznej na koniec 2015 r. wynosiła 971.

### **Inne świadczenie niepieniężne**

*Składka na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem.*

Ośrodek pomocy społecznej opłaca za taką osobę składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, jeżeli dochód na osobę w rodzinie osoby opiekującej się nie przekracza 150% kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie i osoba opiekująca się nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów lub nie otrzymuje emerytury albo renty. Dotyczy to również osób, które w związku z koniecznością sprawowania opieki pozostają na bezpłatnym urlopie.

Konieczność sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny stwierdza lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w zaświadczeniu wydanym nie wcześniej niż na 14 dni przed złożeniem wniosku o przyznanie świadczenia. Składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w wysokości określonej przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych jest opłacana przez okres sprawowania opieki.

Składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie przysługuje osobie, która w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczenia:

1. ukończyła 50 lat i nie posiada okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) wynoszącego co najmniej 10 lat,



2. posiada okres ubezpieczenia (składkowy i nieskładkowy) wynoszący 25 lat, z zastrzeżeniem art. 87 ust. 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 887).

W 2015 r. z tego świadczenia korzystało tylko 14 osób. Średnia wysokość jednej składki wynosiła 129 zł, a kwota środków wydatkowanych na składki wynosiła 14 582 zł

### **Praca socjalna i poradnictwo**

Bez względu na posiadany dochód, w ramach świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej oferowana jest praca socjalna, a ponadto prowadzone jest poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, dla osób i rodzin, które mają trudności w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych lub potrzebują wsparcia.

Praca socjalna jest jedną z najważniejszych i najskuteczniejszych metod wspierania osób i rodzin wymagających pomocy, rozumianą jako działalność zawodowa mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi. Praca socjalna świadczona jest na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym. Może być prowadzona w oparciu o kontrakt socjalny będący pisemną umową zawartą z osobą ubiegającą się o pomoc, określającą uprawnienia i zobowiązania stron umowy, w ramach wspólnie podejmowanych przez tę osobę i pracownika socjalnego działań zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny.

## **I.2.4 Świadczenia rodzinne i opiekuńcze**

### **Zasiłek pielęgnacyjny**

Zasiłek pielęgnacyjny jest to rodzaj świadczenia rodzinnego wypłacanego na podstawie *ustawy o świadczeniach rodzinnych*. Zasiłek ten przysługuje między innymi osobom, które ukończyły 75 lat, niemającym prawa do dodatku pielęgnacyjnego. Zasiłek pielęgnacyjny jest przyznawany w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Wysokość zasiłku pielęgnacyjnego wynosi 153 zł miesięcznie.

Przeciętna miesięczna liczba zasiłków dla osób, które ukończyły 75 rok życia wyniosła w 2015 r. – 23 945 świadczeń. Wydatki w 2015 r. na zasiłki pielęgnacyjne dla osób, które ukończyły 75 rok życia – 43 962 tys. zł.

### **Specjalny zasiłek opiekuńczy**

Specjalny zasiłek opiekuńczy jest to rodzaj świadczenia rodzinnego wypłacanego przez gminy, przede wszystkim opiekunom dorosłych osób niepełnosprawnych, którzy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad niepełnosprawnym członkiem rodziny musieli zrezygnować z aktywności zawodowej. Przysługuje po spełnieniu kryterium dochodowego, które aktualnie wy-

nosi 764 zł na osobę w rodzinie, w wysokości 520 zł miesięcznie. Za osoby pobierające to świadczenie co do zasady są również opłacane składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe oraz ubezpieczenie zdrowotne.

W 2015 r. specjalny zasiłek opiekuńczy przyznano średnio miesięcznie dla 26,8 tys. osób i wydatkowano na nie 163 290 tys. zł.

### **Świadczenie pielęgnacyjne**

Świadczenie pielęgnacyjne jest to rodzaj świadczenia rodzinnego przysługującego przede wszystkim rodzicom, którzy są nieaktywni zawodowo z powodu konieczności sprawowania opieki nad niepełnosprawną osobą, której niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 18 r.ż. lub przed ukończeniem 25 r.ż. (w praktyce świadczenie to otrzymują więc przede wszystkim rodzice z tytułu opieki nad niepełnosprawnymi dziećmi, ale otrzymuje również pewna grupa opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych w tym również powyżej 60 r.ż.). Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje niezależnie od dochodu i obecnie wynosi 1300 zł miesięcznie.

W 2015 r. świadczenie pielęgnacyjne przyznano średnio miesięcznie dla 111,7 tys. osób i wydatkowano na nie 1 594 980 tys. zł.

### **Zasiłek dla opiekuna**

Zasiłek dla opiekuna jest to rodzaj świadczenia wypłacanego przez gminy, w związku z realizacją wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 grudnia 2013 r., tym opiekunom dorosłych osób niepełnosprawnych, których decyzje w sprawach świadczeń pielęgnacyjnych wygasły z mocy prawa z dniem 1 lipca 2013 r. i którzy są nieaktywni zawodowo z powodu konieczności sprawowania opieki nad niepełnosprawnym członkiem rodziny. Przysługuje niezależnie od dochodu i wynosi 520 zł miesięcznie. Za osoby pobierające to świadczenie co do zasady są również opłacane składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe oraz ubezpieczenie zdrowotne.

W 2015 r. przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców zasiłki dla opiekuna wynosiła 57,6 tys. osób, a łączne wydatki na zasiłki dla opiekuna za okres od stycznia do grudnia 2015 r. wraz ze składkami na ubezpieczenie zdrowotne i emerytalno-rentowe wyniosły 433 833 tys. zł.

## **I.3 Sytuacja na rynku pracy**

### **I.3.1 Aktywność zawodowa osób starszych**

Na podstawie Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) w 2015 r. ludność aktywna zawodowo w wieku 60 lat i więcej liczyła 1056 tys., z tego 1014 tys. to osoby pracujące (tj. 96,0%). Osoby aktywne zawodowo w wieku 60 lat i więcej stanowiły 6,1% ogółu aktywnych zawodowo w wieku 15 lat i więcej (dla pracujących analogiczny odsetek wynosił 6,3%). Wśród aktywnych zawodowo przeważali mężczyźni – populacja ta liczyła 695 tys. (tj. 65,8%). Współczynnik aktywności zawodowej dla tej zbiorowości wynosił 12,5%, natomiast wskaźnik zatrud-

nienia ukształtował się na poziomie 12,0%. Populacja osób biernych zawodowo wynosiła 7417 tys., co stanowiło 87,5% ogółu ludności w wieku 60 lat i więcej. Wśród tych osób główną przyczyną bierności była emerytura, którą wskazało aż 6264 tys. osób. Drugą istotną przyczyną bierności była choroba lub niepełnosprawność, wskazana przez 726 tys. osób (tabela 21).

Wśród zarejestrowanych w urzędach pracy bezrobotnych, których liczba w końcu grudnia 2015 r. wyniosła 1563,3 tys. osób, 90,3 tys. (tj. 5,8%) stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (tabela 21).

**Tabela 21. Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 15 lat i więcej według płci i miejsca zamieszkania w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
LUDNOŚĆ w tys.	30962	14816	16146	18804	12159
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	8473	3490	4983	5505	2968
<b>Aktywni zawodowo – razem (w tysiącach). Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	17388	9569	7820	10578	6810
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	1056	695	360	734	322
<b>Aktywni zawodowo – pracujący (w tysiącach). Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	16084	8867	7217	9815	6269
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	1014	663	351	703	311
<b>Bierni zawodowo (w tysiącach). Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	13574	5248	8326	8226	5348
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	7417	2795	4622	4771	2646
<b>Współczynnik aktywności zawodowej – w %. Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	56,2	64,6	48,4	56,3	56,0
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	12,5	19,9	7,2	13,3	10,8
<b>Wskaźnik zatrudnienia – w %. Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	51,9	59,8	44,7	52,2	51,6
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	12,0	19,0	7,0	12,8	10,5
<b>Bierni zawodowo w wieku 60 i więcej lat według wybranych przyczyn bierności (w tysiącach). Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	7417	2795	4622	4771	2646
w tym:					
osoby nieposzukujące pracy – razem	7413	2791	4621	4768	2645
osoby nieposzukujące pracy – emerytura	6264	2293	3971	4062	2202
osoby nieposzukujące pracy – choroba, niepełnosprawność	726	386	340	431	295
<b>Bezrobotni zarejestrowani w urzędach pracy (w tysiącach). Stan w końcu grudnia.</b>					
Ogółem	1563,3	747,2	816,1	861,7	701,6
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	90,3	79,2	11,1	58,7	31,6

Źródło: badanie BAEL; dane dot. bezrobotnych – dane MRPiPS.

Liczba osób starszych zarejestrowanych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w 2015 r. wynosiła 84 571 osób. W tej grupie dominowali mężczyźni – 63 515 osób. Najliczniejszą grupą osób starszych ubezpieczonych w KRUS byli rolnicy (w tym małżonkowie/-i) – 76 674 osób, następnie domownicy – 7 878 osób. Najmniej liczną grupą osób starszych ubez-

pieczonych w KRUS były osoby ubezpieczone z tytułu pobierania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna.

**Tabela 22. Osoby starsze (po ukończeniu 60 roku życia) ubezpieczone w KRUS w podziale na płeć oraz ubezpieczone w KRUS z tytułu pobierania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna w 2015 roku**

Liczba osób starszych (po ukończeniu 60 lat) ubezpieczonych w KRUS				Liczba osób starszych (po ukończeniu 60 lat) ubezpieczonych w KRUS z tytułu pobierania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna <sup>11)</sup>	
rolnik (w tym małżonek rolnika)		domownik		kobiety	mężczyźni
kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni		
18 722	57 952	2 326	5 552	8	11

Źródło: dane MRiRW na podstawie danych KRUS.

Przepisy dotyczące szkolnictwa wyższego i nauki przewidują mianowanie nauczycieli akademickich, bez względu na płeć do 67 roku życia, a w przypadku osób posiadających tytuł naukowy profesora lub profesora w zakresie sztuki – 70 lat (przepisy te wprowadzono zgodnie z postulatami środowiska akademickiego). Po osiągnięciu ww. wieku rektor uczelni może podpisać z nauczycielem umowę o pracę. Uczelnie zatrudniają 12 105 nauczycieli akademickich w wieku 65 lat i więcej, co stanowi 13,0% ogólnej liczby nauczycieli akademickich. Nauczyciele akademicy w wieku 70 lat i więcej stanowią 4,82% badanej populacji ogółem (4 488 osób<sup>12)</sup>.

### I.3.2 Bezrobotni i bierni zawodowo w wieku 50+

W końcu 2015 r. w urzędach pracy zarejestrowanych było 429,8 tys. osób powyżej 50 r.ż., czyli o 45,1 tys. osób mniej niż rok wcześniej. Spadek liczby bezrobotnych w tej grupie był jednak słabszy niż ogólny spadek bezrobocia (9,5% wobec 14,3%). Przełożyło się to na wzrost udziału omawianej grupy w liczbie zarejestrowanych. Odsetek osób powyżej 50 r.ż. zwiększył się z 26,0% w końcu 2014 r. do 27,5% w końcu 2015 r. Biorąc pod uwagę przestrzenny rozkład bezrobocia, udział bezrobotnych powyżej 50 r.ż. kształtował się w przedziale od 22,2% w województwie podkarpackim do 33,3% w województwie dolnośląskim, natomiast w powiatach, od 16,3% w powiecie dąbrowskim (woj. małopolskie) do 44,8% w Jeleniej Górze (miasto na prawach powiatu). Mając natomiast na uwadze bezwzględną liczbę bezrobotnych, najwięcej w omawianej grupie pozostawało w ewidencji urzędów pracy w województwach ma-

<sup>11</sup> Dane dotyczące osób podlegających ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na wniosek, które zaprzestały wykonywania działalności rolnej lub pracy w gospodarstwie rolnym w związku z pobieraniem świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego. Za osoby te składkę w podstawowej wysokości opłaca wójt, burmistrz, prezydent miasta.

<sup>12</sup> Dane MNiSW.

zowieckim, śląskim i łódzkim, zaś najmniej w opolskim, lubuskim i podlaskim. Na poziomie województw rozkład według liczby bezrobotnych powyżej 50 r.ż. był więc podobny jak w przypadku bezrobocia ogółem.

Procesy starzenia się społeczeństwa znajdują odbicie w strukturze rejestrowanego bezrobocia, wyrażające się wzrostem wieku bezrobotnych. W końcu 2009 r. średni wiek bezrobotnych wynosił 36,7 lat, systematycznie rosnąc do poziomu 39,6 lat w końcu 2015 r. Zarejestrowane kobiety były o 4 lata młodsze niż mężczyźni. Z kolei bezrobotni zamieszkali w miastach byli o ponad 3 lata starsi niż zamieszkali na wsi.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, w końcu 2015 r. w ewidencji bezrobotnych znajdowało się 163,5 tys. osób powyżej 50 r.ż. zamieszkałych na wsi, co stanowiło 38% ogółu bezrobotnych w tej grupie wiekowej. W odniesieniu do stanu z końca 2014 r. subpopulacja ta zmniejszyła się o 12,6 tys. osób, tj. o 7,2%. Liczba starszych bezrobotnych zamieszkałych w mieście (266,3 tys. osób) spadła o 32,5 tys. osób, tj. o 10,5%. Oznacza to, że dynamika spadku w analizowanej zbiorowości była wyższa w mieście.

Odnosząc się do płci bezrobotnych, w końcu 2015 r. w urzędach pracy zarejestrowanych było 171,4 tys. kobiet powyżej 50 roku życia i 258,4 tys. mężczyzn. W obu grupach spadek w skali roku wyniósł 9,5% (liczba bezrobotnych kobiet spadła o 17,9 tys., bezrobotnych mężczyzn o 27,2 tys.). Współczynnik feminizacji w grupie bezrobotnych powyżej 50 r.ż. wyniósł w końcu 2015 r. – 66 osób, był więc znacznie niższy niż dla bezrobotnych ogółem, gdzie 109 kobiet przypadało na 100 bezrobotnych mężczyzn. W przeciwieństwie do bezrobotnych ogółem, wśród osób powyżej 50 r.ż. zdecydowanie dominowali mężczyźni, którzy stanowili 60,1% bezrobotnych w grupie powyżej 50 r.ż. (47,8% w liczbie ogółem zarejestrowanych).

Poziom wykształcenia osób bezrobotnych jest zróżnicowany w zależności od wieku – wśród osób starszych zdecydowanie mniejszy niż wśród młodych jest udział osób z dyplomami wyższych uczelni. Ma to odzwierciedlenie również w statystykach bezrobotnych. W końcu 2015 r. najwięcej osób powyżej 50 r.ż. zarejestrowanych jako bezrobotne posiadało wykształcenie gimnazjalne i poniżej gimnazjalnego – 155,2 tys. osób, co stanowiło 36,1% bezrobotnych w tej grupie. Warto zauważyć, że w liczbie bezrobotnych ogółem udział ten był zdecydowanie niższy i wyniósł 27,7%. Najniższa liczba bezrobotnych w omawianej kategorii legitymowała się dyplomami wyższych uczelni – 20,8 tys. osób, co stanowiło 4,8% bezrobotnych w tej grupie, wobec 12,8% bezrobotnych z wyższym wykształceniem wśród ogółem zarejestrowanych.

W końcu 2015 r. spośród zarejestrowanych bezrobotnych powyżej 50 roku życia najliczniejszą populację stanowiły osoby ze stażem pracy 20–30 lat – 132,6 tys. osób, tj. 30,9% bezrobotnych w omawianej grupie. Zatem co trzeci bezrobotny w tej grupie legitymował się długim stażem pracy. Jednak podkreślenia wymaga fakt, że w liczbie bezrobotnych powyżej 50 roku życia, 4,6% nie posiadało stażu pracy, a kolejne 7,9% legitymowało się stażem do 1 roku.

Wśród bezrobotnych powyżej 50 r.ż. dominowały osoby poszukujące pracy powyżej 24 miesięcy (143,8 tys. osób, czyli 33,5%) oraz od 12 do 24 miesięcy (73,4 tys. osób, tj. 17,1% bezrobotnych powyżej 50 r.ż.). Oznacza to, że osoby starsze jeśli już trafią do rejestrów urzędów

pracy, to dłużej w nich pozostają. W końcu 2015 r. co trzeci bezrobotny powyżej 50 r.ż. ponad 2 lata pozostawał w ewidencji bezrobotnych, podczas gdy wśród bezrobotnych ogółem dotyczyło to co czwartej osoby. Łącznie osoby pozostające bez pracy ponad 12 miesięcy stanowiły 50,6% bezrobotnych powyżej 50 r.ż. wobec 39,7% wśród bezrobotnych ogółem.

Statystyka rynku pracy nie zawiera informacji ile maksymalnie czasu osoba znajduje się w ewidencji bezrobotnych. W związku z tym trudno jest określić, ile wynosi średni czas pozostawania bez pracy bezrobotnych znajdujących się w rejestrach urzędów pracy. Przyjmując jako górną granicę czasu pozostawania bez pracy przez osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędach pracy 36 miesięcy, średni czas pozostawania bez pracy wyniósł w końcu 2015 r. 12,6 miesiąca i był o 0,3 miesiąca krótszy niż w końcu 2014 r. Średni czas pozostawania bez pracy bezrobotnych powyżej 50 r.ż. kolejny już rok wzrósł, tj. zwiększył się z 15,2 miesiąca w końcu 2014 r. do 15,4 miesiąca w końcu 2015 r. Był zatem o prawie 3 miesiące dłuższy niż średni czas pozostawania bez pracy bezrobotnych ogółem i 2 razy dłuższy od średniego czasu pozostawania bez pracy osób do 25 r.ż.

Osoby po 50 r.ż. po zarejestrowaniu się w urzędzie pracy częściej posiadają prawo do zasiłku dla bezrobotnych niż osoby młodsze. Wynika to z faktu, że są to przede wszystkim osoby poprzednio pracujące i częściej posiadające odpowiednio długi staż pracy, by nabyć prawo do zasiłku. W końcu 2015 r. prawo do zasiłku posiadało 217,3 tys. bezrobotnych, czyli co siódmy zarejestrowany. W populacji bezrobotnych powyżej 50 r.ż. prawo do zasiłku posiadało 78,7 tys. osób, czyli co piąty bezrobotny w omawianej grupie wiekowej.

### **I.3.3 Emeryci i renciści**

#### **Emeryci i renciści w Polsce**

Wśród osób w wieku 60 lat i więcej pobierających emerytury z ZUS (tabela 23) 59,5% stanowiły kobiety, a 40,5% mężczyźni. W KRUS wielkości te przedstawiały się następująco: 72,6% kobiety i 27,4% mężczyźni. W resortach tzw. „mundurowych” udział kobiet był znacznie niższy w porównaniu do świadczeniobiorców mężczyzn i wynosił – 0,1% w MON, 13,5% w MSWiA i 19,1% w MS. Wśród osób w wieku 60 lat i więcej pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy z ZUS kobiety stanowiły 23,1%, natomiast mężczyźni 76,9%. W KRUS udział kobiet był większy i wynosił 42,2%, natomiast mężczyzn 57,8%. W pozostałych instytucjach wypłacających wielkości te wynosiły dla kobiet odpowiednio: 0,04% (w MON), 24,4% (w MSWiA) i 23,8% (w MS).

**Tabela 23. Osoby pobierające emerytury i renty z tytułu niezdolności do pracy według płci i instytucji wypłacających w 2014 r.**

Stan w dniu 31. XII						
Wyszczególnienie	Osoby pobierające emerytury			Osoby pobierające renty z tytułu niezdolności do pracy		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
Ogółem ZUS	4 980 565	2 042 472	2 938 093	1 010 929	663 858	347 071
w tym 60 lat i więcej	4 773 366	1 933 661	2 839 705	423 713	325 693	98 020
Ogółem KRUS	937 812	247 685	690 127	215 855	112 733	103 122
w tym 60 lat i więcej	904 327	247 685	656 642	83 661	48 396	35 265
Ogółem MON	110 826	110 678	148	14 536	14 514	22
w tym 60 lat i więcej	65 371	65 299	72	11 138	11 134	4
Ogółem MSWiA	148 799	133 999	14 800	17 083	14 039	3 044
w tym 60 lat i więcej	70 931	61 334	9 597	10 078	7 625	2 453
Ogółem MS	23 703	20 245	3 458	2 197	1 793	404
w tym 60 lat i więcej	11 393	9 221	2 172	1 094	834	260

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS, KRUS, MON, MSWiA, MS.

W okresie I–XII 2015 r. emerytury i renty realizowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych pobierało:

**Tabela 24. Osoby pobierające emerytury i renty realizowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w 2015 r.**

Rodzaj świadczenia	Przeciętna miesięczna liczba emerytów i rencistów w tys.	Przeciętna miesięczna wypłata emerytury i renty w zł <sup>13</sup>
<b>OGÓŁEM</b>	<b>7 273,8</b>	<b>1 980,96</b>
w tym:		
okresowe emerytury kapitałowe	15,8	165,07
Emerytury	5 026,4	2 096,55
Renty z tytułu niezdolności do pracy (osoby powyżej 60 r.ż.)	15,1	1 628,89
Renty rodzinne (osoby powyżej 60 r.ż.)	66,0	1 697,50

Źródło: opracowanie DUS, MRPiPS na podstawie danych ZUS.

Przeciętna miesięczna wypłata emerytury i renty prezentowana jest łącznie z dodatkami pielęgnacyjnymi i dodatkami dla sierot zupełnych, od 2009 r. łącznie z kwotą okresowej emerytury kapitałowej.

<sup>13</sup> Kwota wypłat świadczeń emerytalno-rentowych oznacza kwotę łącznie z zaliczką na podatek dochodowy, składką na ubezpieczenie zdrowotne oraz z dodatkami pielęgnacyjnymi i dodatkami dla sierot zupełnych, ale bez dodatków za tajne nauczanie.

**Tabela 25. Liczba i wysokość nowo przyznanych emerytur wg starych i nowych zasad w 2015 r.**

	Liczba osób którym przyznano i wypłacono emeryturę w tys.	Przeciętna wysokość w zł
EMERYTURY		
z tego:	224,4	2154,62
według starych zasad	16,2	3665,68
według nowych zasad <sup>1)</sup> )	208,2	2037,29

Źródło: opracowanie DUS, MRPiPS na podstawie danych ZUS.

**Tabela 26. Nauczycielskie świadczenia kompensacyjne (bez świadczeń realizowanych na mocy umów międzynarodowych)**

	Przeciętna miesięczna liczba w tys.	Przeciętna miesięczna wypłata w zł
I – XII 2015 r.	3,9	2 059,01

Źródło: opracowanie DUS, MRPiPS na podstawie danych ZUS.

**Tabela 27. Emerytury pomostowe**

	Przeciętna miesięczna liczba w tys.	Przeciętna miesięczna wypłata w zł
I – XII 2015 r.	13,7	2 423,15

Źródło: opracowanie DUS, MRPiPS na podstawie danych ZUS.

### Wysokość gwarantowanych świadczeń emerytalno-rentowych

Kwoty najniższych gwarantowanych świadczeń emerytalno-rentowych od 1 marca 2015 r. (do końca lutego 2016 r.) wynosiły:

- emerytura, renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i renta rodzinna – 880,45 zł;
- renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy – 675,13 zł;
- renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową i renta rodzinna wypadkowa – 1056,54 zł;
- renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową – 810,16 zł.

Wysokość dodatków do świadczeń emerytalno-rentowych od 1 marca 2015 r.:

- dodatek pielęgnacyjny, za tajne nauczanie – 208,17 zł;
- dodatek pielęgnacyjny dla inwalidy wojennego całkowicie niezdolnego do pracy i samodzielnej egzystencji – 312,26 zł,
- dodatek kombatancki, świadczenie w wysokości dodatku kombatanckiego – 208,17 zł,
- świadczenie pieniężne przysługujące osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę i ZSRR – w zależności od liczby pełnych miesięcy trwania pracy – od 10,43 zł do 208,17 zł,;
- Świadczenie pieniężne przysługujące cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych – 739,58 zł.



Wysokość renty socjalnej od 1 marca 2015 r. wynosi 739,58 zł,

Wysokość świadczenia przedemerytalnego od 1 marca 2015 r. wynosi 1027,39 zł.

### **Uczestnictwo w III filarze ubezpieczenia emerytalnego**

Obok świadczeń z obowiązkowego systemu ubezpieczeń, osoby które gromadziły oszczędności w trzeciofilaryowych formach oszczędzania emerytalnego, tj. na Indywidualnych Kontach Emerytalnych (IKE) oraz Indywidualnych Kontach Zabezpieczenia Emerytalnego mogą otrzymywać wypłaty z IKE – po ukończeniu 60 lat i z IKZE – po ukończeniu 65 lat. Dodatkowe oszczędności można gromadzić również w pracowniczych programach emerytalnych.

Biorąc pod uwagę dane dotyczące 2015 r., a więc ogólną wartość dokonanych w tym roku wypłat w poszczególnych instytucjach finansowych i dzieląc ją odpowiednio przez liczbę dokonanych wypłat, można oszacować iż średnia wartość wypłaty jednorazowej z IKE w 2015 r. wyniosła 13,4 tys. zł, w tym:

- zakładach ubezpieczeń – ok.13,5 tys. zł;
- funduszach inwestycyjnych – 9,5 tys. zł;
- podmiotach prowadzących działalność maklerską – 37,7 tys. zł;
- bankach – 20,4 tys. zł;
- dobrowolnych funduszach emerytalnych – 22,0 tys. zł (zrealizowano tylko 1 wypłatę).

Natomiast w przypadku wypłaty ratalnej średnia wartość raty wypłaty w IKE w 2015 r. wyniosła 8,2 tys. zł, a w poszczególnych instytucjach:

- zakładach ubezpieczeń – 1,6 tys. zł;
- funduszach inwestycyjnych – 6,5,5 tys. zł;
- podmiotach prowadzących działalność maklerską – 17,5 tys. zł;
- bankach – 9,5 tys. zł.

Ministerstwo właściwe ds. zabezpieczenia społecznego w momencie sporządzania niniejszego dokumentu nie posiadało danych dotyczących pracowniczych programów emerytalnych – liczby i wysokości wypłat z tych programów. Natomiast w przypadku IKZE, od początku funkcjonowania tych kont minęły dopiero 4 lata, a więc oszczędzający nie mieli możliwości spełnienia jednego z warunków wypłaty jakim jest dokonywanie wpłat w dowolnych pięciu latach. Wypłaty z IKZE w latach 2012–2015 były kierowane do osób uprawnionych w przypadku śmierci oszczędzającego.

## **I.4 Sytuacja rodzinna**

### **I.4.1 Stan cywilny osób starszych**

W strukturze ludności według stanu cywilnego najbardziej liczną grupą są osoby pozostające w związku małżeńskim, które stanowią nieco ponad połowę całej populacji Polski (56% osób w wieku 15 lat i więcej) – trochę więcej wśród mężczyzn (58%) niż wśród kobiet (54%). Jednakże

wraz ze wzrostem wieku tendencja ta ulega znaczącym zmianom – wśród osób starszych (60 lat i więcej) w małżeństwie żyje 78% mężczyzn i tylko 42% kobiet. Wśród osób w wieku sędziwym – aż 2/3 to osoby owdowiałe, w tym ponad 90% to samotnie żyjące kobiety. Przedstawione tendencje wynikają ze zjawiska wyższej umieralności mężczyzn, która – w konsekwencji – powoduje częstsze owdowienia kobiet. W miarę przechodzenia do starszych grup wieku proces nasila się – w rezultacie starsi mężczyźni najczęściej do końca życia pozostają żonaci, a starsze kobiety są wdowami (tabela 28).

**Tabela 28. Osoby w wieku 60 lat i więcej według wieku i stanu cywilnego prawnego w 2011 r.**

	Ogółem	Stan cywilny:									
		kawalerowie/ panny	żonaci/ zameżne	owdowiali	rozwiedzeni	nieustalony stan cywilny	Ogółem	kawalerowie/ panny	żonaci/ zameżne	owdowiali	rozwiedzeni
		w tysiącach					w %				
60 lat i więcej	7614	359	4325	2563	341	25	100	5	57	34	4
w tym w wieku:											
60–64 lata	2383	144	1713	356	162	8	100	6	72	15	7
65–69 lat	1386	67	921	323	71	4	100	5	66	23	5
70–74 lata	1349	55	779	460	51	4	100	4	58	34	4
75–79 lat	1148	41	539	533	33	3	100	4	47	46	3
80 lat i więcej	1348	53	373	891	25	6	100	4	28	66	2

Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011, GUS.

#### I.4.2 Gospodarstwa domowe<sup>14</sup>

Według wyników spisu 2011 w Polsce odnotowano 13,6 mln gospodarstw domowych, w tym ponad 5,6 mln (42%), których członkami były osoby w wieku 60 lat i więcej (tabela 29).

**Tabela 29. Gospodarstwa domowe w 2011 r.**

Wyszczególnienie		Ogółem	Miasta	Wieś	
Ogółem	w tys.	<b>13568</b>	<b>9147</b>	<b>4421</b>	
w tym z osobami w wieku 60 lat i więcej	w tys.	<b>5634</b>	<b>3621</b>	<b>2013</b>	
	w % do ogółu gospodarstw domowych	42%	40%	46%	
w tym tworzone wyłącznie przez osoby w wieku 60 lat i więcej	w tys.	<b>2623</b>	<b>1925</b>	<b>698</b>	
	w %	do ogółu gospodarstw domowych	19%	21%	16%
		do gospodarstw z osobami w wieku 60 lat i więcej	47%	53%	35%

Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011, GUS.

<sup>14</sup> Wyniki NSP 2011.

Gospodarstwo domowe, w którym mieszkała przynajmniej jedna osoba starsza, częściej występowało na wsi (46%) niż w mieście. Liczba gospodarstw domowych tworzonych wyłącznie przez osoby w wieku 60 lat i więcej wynosiła w 2011 r. ponad 2,6 mln i stanowiły one blisko połowę gospodarstw domowych z osobami starszymi. Częściej takie gospodarstwa domowe występowały w miastach niż na wsi.

Wśród ogółu gospodarstw domowych z osobami starszymi, prawie 40% to gospodarstwa, w których mieszkała osoba niepełnosprawna. Więcej takich gospodarstw występowało w miastach (tabela 30).

**Tabela 30. Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi w wieku 60 lat i więcej w 2011 r.**

Wyszczególnienie		Ogółem	Miasta	Wieś
Ogółem	w tys.	2188	1448	740
	w % do ogółu gospodarstw z osobami w wieku 60 lat i więcej	39%	40%	37%
w tym tworzone wyłącznie przez osoby niepełnosprawne w wieku 60 lat i więcej	w tys.	816	606	209
	w % do ogółu gospodarstw z osobami w wieku 60 lat i więcej	14%	17%	10%

Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011, GUS.

Ważnym czynnikiem opisującym gospodarstwa domowe jest sytuacja mieszkaniowa. Biorąc pod uwagę samodzielność zamieszkiwania osób w starszym wieku można stwierdzić, że w 2011 roku spośród wszystkich gospodarstw domowych, których członkami były osoby starsze, zdecydowana większość (4,8 mln) mieszkała samodzielnie, i pod tym względem nie zauważa się większych różnic między miastem i wsią. Wśród nich prawie połowa to gospodarstwa domowe złożone wyłącznie z osób w wieku 60 lat i więcej, co oznacza, że w ich mieszkaniu lub domu nie było osób młodszych. Na wsi gospodarstwa domowe, złożone wyłącznie z osób starszych, nieco częściej zamieszkiwały wspólnie z innym gospodarstwem domowym (tabela 31).

**Tabela 31. Gospodarstwa domowe z osobami w wieku 60 lat i więcej według samodzielności zamieszkiwania w 2011 r.**

Wyszczególnienie		Ogółem	Miasta	Wieś
Ogółem	w tys.	<b>5634</b>	<b>3621</b>	<b>2013</b>
zamieszkujące samodzielnie	w tys.	<b>4849</b>	<b>3196</b>	<b>1654</b>
	w % do ogółu gospodarstw z osobami w wieku 60 lat i więcej	86%	88%	82%
w tym tworzone wyłącznie przez osoby w wieku 60 lat i więcej	w tys.	<b>2183</b>	<b>1667</b>	<b>515</b>
	w % do ogółu gospodarstw z osobami w wieku 60 lat i więcej	39%	46%	26%
zamieszkujące wspólnie	w tys.	<b>784</b>	<b>426</b>	<b>359</b>
	w % do ogółu gospodarstw z osobami w wieku 60 lat i więcej	14%	12%	18%
w tym tworzone wyłącznie przez osoby w wieku 60 lat i więcej	w tys.	<b>440</b>	<b>258</b>	<b>182</b>
	w % do ogółu gospodarstw z osobami w wieku 60 lat i więcej	8%	7%	9%

Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011, GUS.

W przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych (tzn. złożonych z dwóch lub większej liczby osób), osoby starsze częściej były członkami gospodarstw domowych, w których skład wchodziły także osoby młodsze – tabela 32. Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym z osobami w wieku 60 lat i więcej to 2,7, co nie odbiega od przeciętnej liczby osób wśród ogółu gospodarstw domowych. Na wsi gospodarstwa domowe, w skład których wchodzi osoba starsza, były liczniejsze niż w miastach, a przeciętna liczba osób wynosiła 3,4. Natomiast gospodarstwa domowe tworzone wyłącznie przez osoby starsze były zdecydowanie mniejsze – przeciętna liczba osób wynosiła 1,4.

**Tabela 32. Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym w 2011 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś
Ogółem	2,8	2,5	3,4
w tym z osobami w wieku 60 lat i więcej	2,7	2,3	3,4
w tym tworzone wyłącznie przez osoby w wieku 60 lat i więcej	1,4	1,4	1,4

Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011, GUS.

### I.4.3 Osadzone osoby starsze

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy (Dz.U. poz. 557, z późn. zm.), nie wyodrębnia kategorii osadzonych powyżej 60 r.ż. Skazani będący w tym wieku podlegają więc takim samym oddziaływaniom penitencjarnym, jak pozostała populacja osadzonych. Dane zgromadzone przez Centralny Zarząd Służby Więziennej prowadzi statystykę w zakresie wieku osób osadzonych.

**Tabela 33. Osadzeni w jednostkach penitencjarnych powyżej 60 roku życia**

Razem	Tymczasowo aresztowani	Skazani	Ukarani
2312	163	2100	49

Źródło: Dane Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Stan na dzień 23/02/2016.

**Tabela 34. Osadzeni w jednostkach penitencjarnych powyżej 60 roku życia wg typu wykształcenia**

Wykształcenie	Liczba	Wykształcenie	Liczba
Szkoła podstawowa	740	Liceum uzupełniające	1
Gimnazjum	5	Szkoła policealna	4
Zasadnicza szkoła zawodowa	964	Średnie	173
Technikum	210	Wyższe	101
Technikum uzupełniające	17	Nieustalone	15
Liceum ogólnokształcące	58	Brak	11
Liceum profilowane	10	Inne	3
		<b>Razem</b>	2312

Źródło: Dane Centralnego Zarządu Służby Więziennej.

## I.5 Stan zdrowia

### I.5.1 Stan zdrowia osób starszych

Zgodnie z wynikami Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC) co piąta osoba starsza (w wieku 60 lat i więcej) mieszkająca w Polsce oceniła swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre (tabela 35). Przy czym częściej określali tak swoje zdrowie mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 23,5% wobec 19,2%). Z kolei co trzecia osoba starsza uznała, że jej zdrowie jest złe lub nawet bardzo złe. Nieznacznie częściej odpowiadały tak kobiety niż mężczyźni (33,0% wobec 31,0%).

Zgodnie z samooceną, dobrym lub bardzo dobrym zdrowiem cieszył się większy udział osób starszych mieszkających w miastach (23,5%) niż na wsi (16,5%), a suma odsetków wskazań na zły lub bardzo zły stan zdrowia była większa wśród mieszkańców wsi (34,0%) w porównaniu do miast (31,1%).

Jednocześnie niespełna połowa wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej nie określiła swojego zdrowia w sposób jednoznaczny. Około 47% osób starszych stwierdziło, że ogólnie ocenia swoje zdrowie jako „takie sobie, ani dobre ani złe”.

**Tabela 35. Samoocena zdrowia w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?				
		bardzo dobrze	dobrze	tak sobie, ani dobrze ani złe	źle	bardzo złe
w % osób danej grupy						
Ogółem osoby w wieku 16 lat i więcej						
Ogółem	100	16,3	41,6	27,9	11,7	2,4
Mężczyźni	100	18,6	43,0	25,5	10,8	2,2
Kobiety	100	14,4	40,4	30,0	12,6	2,6
Miasta	100	16,5	41,9	27,6	11,3	2,7
Wieś	100	16,1	41,1	28,4	12,5	2,0
Osoby w wieku 60 lat i więcej						
Ogółem	100	1,4	19,6	46,9	26,0	6,1
Mężczyźni	100	1,5	22,0	45,6	25,2	5,8
Kobiety	100	1,3	17,9	47,8	26,6	6,4
Miasta	100	1,6	21,9	45,5	24,3	6,8
Wieś	100	0,9 <sup>15</sup>	15,6	49,4	29,0	5,0

Źródło: Badanie EU-SILC 2015 r.

Jak wynika z tabeli 36 dwie trzecie osób powyżej 60 r.ż. wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają (lub przewiduje się że będą trwały) już co najmniej 6 miesięcy. Częściej były to kobiety (69,6%) niż mężczyźni (63,3%). Większy udział osób o długotrwałych problemach zdrowotnych lub chorobach przewlekłych odnotowano w miastach (68,3%) niż na wsi (64,9%).

<sup>15</sup> Zjawisko istniało, w wielkości większej lub równej 20 przypadków z próby, ale mniejszej niż 50.

**Tabela 36. Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane że będą trwałe) przez 6 miesięcy lub dłużej?	
		tak	nie
	w % osób danej grupy		
<b>Ogółem osoby w wieku 16 lat i więcej</b>			
Ogółem	100	35,7	64,3
Mężczyźni	100	32,5	67,5
Kobiety	100	38,4	61,6
Miasta	100	37,8	62,2
Wieś	100	32,6	67,4
<b>Osoby w wieku 60 lat i więcej</b>			
Ogółem	100	67,0	33,0
Mężczyźni	100	63,3	36,7
Kobiety	100	69,6	30,4
Miasta	100	68,3	31,7
Wieś	100	64,9	35,1

Źródło: Badanie EU-SILC 2015 r.

Poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności (trwająca już od co najmniej 6 miesięcy) dotyczyła w 2015 r. blisko połowy osób starszych (niezależnie od miejsca zamieszkania). Odsetek wskazań na ograniczoną zdolność do wykonywania codziennych czynności (w stopniu poważnym lub niezbyt poważnym) był o 4,2 p.p. wyższy wśród kobiet niż w grupie mężczyzn (tabela 37).

**Tabela 37. Ograniczona zdolność wykonywania czynności w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej ostatnie 6 miesięcy?			
		tak			nie
	razem	poważnie ograniczoną	ograniczoną, ale niezbyt poważnie	nie miałem(-am) żadnych ograniczeń	
<b>w % osób danej grupy</b>					
<b>Ogółem osoby w wieku 16 lat i więcej</b>					
Ogółem	100	24,5	7,4	17,1	75,6
Mężczyźni	100	22,3	7,0	15,3	77,7
Kobiety	100	26,2	7,7	18,5	73,8
Miasta	100	24,8	7,7	17,1	75,2
Wieś	100	23,9	6,9	17,0	76,1
<b>Osoby w wieku 60 lat i więcej</b>					
Ogółem	100	48,2	16,2	32,0	51,8
Mężczyźni	100	45,8	15,6	30,2	54,2
Kobiety	100	50,0	16,7	33,3	50,1
Miasta	100	48,2	16,7	31,5	51,9
Wieś	100	48,4	15,4	33,0	51,6

Źródło: Badanie EU-SILC 2015 r.

Biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających badanie<sup>16</sup>, 15% osób w wieku 60 lat i więcej nie skonsultowało się z lekarzem (rodzinnym, pierwszego kontaktu lub specjalistą), gdy tego potrzebowało. Przy czym 39% tych osób jako powód rezygnacji podało „listę oczekujących, brak skierowania”, a 22,4% wskazało na powody finansowe. Rezygnacje z wizyt z powodu „listy oczekujących, braku skierowania” dotyczyły częściej starszych mieszkańców miast niż wsi – różnica między odsetkami wskazań wyniosła 7,5 punktów procentowych (tabela 38).

**Tabela 38. Rezygnacje z wizyt u lekarzy rodzinnych, pierwszego kontaktu lub specjalistów w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że rzeczywiście potrzebował(a) Pan/Pani skonsultować się z lekarzem rodzinnym, pierwszego kontaktu lub specjalistą (wyłączając lekarza dentystę), ale nie zrobił(a) Pan/Pani tego?	
		Tak, była co najmniej jedna taka sytuacja	Nie, nie było takiej sytuacji
	w % osób danej grupy		
<b>Ogółem osoby w wieku 16 lat i więcej</b>			
Ogółem	100	12,8	87,2
Mężczyźni	100	11,8	88,2
Kobiety	100	13,7	86,3
Miasta	100	13,2	86,8
Wieś	100	12,2	87,8
<b>Osoby w wieku 60 lat i więcej</b>			
Ogółem	100	15,0	85,0
Mężczyźni	100	14,7	85,3
Kobiety	100	15,2	84,8
Miasta	100	14,6	85,4
Wieś	100	15,8	84,2

Źródło: Badanie EU-SILC 2015 r.

### I.5.2 Choroby przewlekłe i dolegliwości zdrowotne występujące w okresie ostatnich 12 miesięcy

Jak wskazują wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) przeprowadzonego w 2014 r., występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych stwierdzono u większości starszych osób; tylko co 9 osoba deklarowała brak takich problemów. Przewlekłe choroby lub dolegliwości częściej zgłaszały kobiety i prawidłowość ta występuje we wszystkich grupach wieku. Wzrasta bowiem nie tylko odsetek osób ze schorzeniami przewlekłymi, ale również ich liczba; w większym stopniu dotyczy to kobiet.

Najczęstsza dolegliwość zdrowotna starszych Polaków to nadciśnienie tętnicze, które występowało u ponad połowy tej grupy. Bardzo często starsze osoby skarżyły się na bóle dolnej partii

<sup>16</sup> W 2015 r. badanie EU-SILC odbyło się w okresie 4 maja – 17 lipca.

pleców, które wystąpiły u ponad 40% populacji. Trzecim najczęściej zgłaszanym problemem zdrowotnym była choroba zwyrodnieniowa stawów – występowała u blisko 40% osób starszych, następnie bóle szyi lub środkowej części pleców (po 29%) oraz choroba wieńcowa, która występowała u co czwartej starszej osoby. Kolejne pozycje zajęły: cukrzyca (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy oraz migrena (po około 12%).

Jeżeli uwzględni się płeć badanych to można zauważyć, że starsze kobiety częściej niż starsi mężczyźni chorowały na zwyrodnienie stawów, choroby tarczycy, bóle szyi i pleców, częściej również miały nadciśnienie tętnicze, problemy z nietrzymaniem moczu i stany migrenowe. Z kolei u starszych mężczyzn znacznie częściej wystąpił zawał serca lub udar oraz ich negatywne konsekwencje, jak również przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) czy rozedma płuc oraz marskość wątroby.

**Tabela 39. Choroby przewlekłe i dolegliwości według płci i grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie		Ogółem 60 lat i więcej	60–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
		<b>w % ogółu ludności danej płci i wieku</b>			
Chorujący przewlekłe	o	88,9	85,2	92,5	95,2
	m	85,4	82,3	89,1	93,0
	k	91,4	87,8	94,6	96,1
Astma	o	7,2	6,4	7,9	8,5
	m	7,0	5,8	7,5	11,3
	k	7,4	7,0	8,2	7,2
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, POCHP, rozedma płuc	o	6,9	5,9	7,6	8,7
	m	7,4	5,8	8,6	12,6
	k	6,5	6,0	6,9	7,0
Zawał serca i jego konsekwencje	o	9,3	6,8	11,7	13,6
	m	13,0	10,0	16,7	20,1
	k	6,7	4,0	8,5	10,8
Choroba wieńcowa, dusznica bolesna	o	26,8	18,2	34,1	42,2
	m	24,9	19,2	30,8	40,3
	k	28,1	17,5	36,2	43,0
Wysokie ciśnienie krwi	o	52,6	47,6	58,5	59,4
	m	47,3	45,0	51,7	49,4
	k	56,4	49,8	62,9	63,8
Udar mózgu i jego konsekwencje	o	6,1	4,5	7,6	9,0
	m	7,5	5,6	10,6	10,6
	k	5,1	3,5	5,7	8,3
Choroba zwyrodnieniowa stawów	o	39,7	32,9	45,6	52,2
	m	29,0	25,0	33,4	39,3
	k	47,3	39,5	53,5	58,0
Bóle dolnej partii pleców	o	41,7	39,3	44,0	45,8
	m	36,3	34,3	37,4	43,3
	k	45,5	43,5	48,2	46,9
Bóle środkowej partii pleców	o	29,0	25,8	30,4	36,9
	m	24,0	22,2	25,8	29,1
	k	32,4	28,8	33,3	40,3



INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	o	29,7	27,8	31,3	33,2
	m	23,8	22,7	25,4	25,4
	k	33,9	32,2	35,1	36,7
Cukrzyca	o	17,7	14,6	21,6	21,5
	m	17,8	15,7	20,2	22,3
	k	17,7	13,6	22,5	21,2
Alergia	o	9,0	8,6	9,4	9,7
	m	5,4	5,5	5,1	5,4
	k	11,5	11,1	12,2	11,6
Marskość wątroby	o	1,2	1,0	1,4	1,5
	m	1,4	1,0	1,7	2,3
	k	1,1	0,9	1,2	1,2
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	o	8,0	7,5	9,5	7,4
	m	7,7	7,9	6,7	8,7
	k	8,2	7,1	11,2	6,9
Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego	o	12,2	6,6	14,1	27,0
	m	7,5	3,9	10,3	19,5
	k	15,5	8,9	16,5	30,3
Problemy z nerkami	o	8,1	6,4	10,0	10,7
	m	6,8	5,3	8,3	11,1
	k	9,1	7,4	11,1	10,5
Silne bóle głowy (migrena)	o	11,6	10,7	12,8	12,3
	m	6,9	7,2	6,4	6,9
	k	14,8	13,8	16,8	14,7
Depresja	o	6,8	5,9	7,6	8,3
	m	4,3	3,6	4,6	7,3
	k	8,6	7,9	9,5	8,7
Choroby tarczycy	o	11,7	12,1	12,1	9,4
	m	3,7	3,5	4,2	3,5
	k	17,3	19,4	17,2	12,1
Choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego)	m	22,7	14,7	32,3	41,2
Inne choroby	o	18,9	17,1	19,5	23,8
	m	16,5	15,1	17,9	20,3
	k	20,6	18,8	20,5	25,3

Źródło: Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia z 2014 r.

### 1.5.3 Sprawność narządów zmysłu i ruchu oraz poziom możliwości samoobsługi i wykonania czynności domowych

Tylko co szósta osoba starsza nie używała okularów lub szkieł kontaktowych. Pomimo korzystania z tych urządzeń pomocniczych blisko co druga osoba starsza miała problemy z widzeniem i dotyczyło to zwłaszcza grupy najstarszych. W grupie wieku 80 lat i więcej problemy z widzeniem zgłaszało 2/3 tej populacji, z tego blisko co 5 osoba deklarowała, że ma duże trudności z widzeniem lub w ogóle nie widzi (tabela 40).

**Tabela 40. Sprawność narządu wzroku, słuchu i ruchu według grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem 60 lat i więcej	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
	w odsetkach			
<b>Używanie okularów lub szkieł kontaktowych</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
tak	84,5	84,0	86,6	82,6
nie	15,2	15,9	13,2	16,1
osoba niewidoma lub prawie nie widząca	0,3	0,0	0,2	1,2
<b>W tym osoby mające trudności z widzeniem</b>	<b>44,3</b>	<b>35,9</b>	<b>48,2</b>	<b>64,9</b>
z tego:				
mające pewne trudności	35,8	31,1	38,7	46,0
mające duże trudności	8,2	4,7	9,3	17,4
w ogóle nie widzą	0,4	0,1	0,2	1,4
<b>Korzystanie z aparatu słuchowego (implantu ślimakowego)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
tak	8,3	5,2	8,9	17,3
nie	91,6	94,8	91,1	82,3
osoba głucha	0,1	-	-	0,4
<b>W tym osoby mające trudności z usłyszeniem rozmowy w cichym pomieszczeniu</b>	<b>24,6</b>	<b>13,9</b>	<b>29,6</b>	<b>51,0</b>
z tego:				
mające pewne trudności	20,8	12,5	25,1	40,0
mające duże trudności	3,8	1,3	4,5	10,3
w ogóle nie słyszą	0,1	0,0	0,0	0,6
<b>W tym osoby mające trudności z usłyszeniem rozmowy w głośniejszym pomieszczeniu</b>	<b>31,7</b>	<b>19,5</b>	<b>38,2</b>	<b>60,5</b>
w tym:				
mające pewne trudności	25,0	17,0	29,9	42,8
mające duże trudności	6,2	2,4	7,9	15,6
w ogóle nie słyszą	0,5	0,1	0,4	2,2
<b>Osoby mające trudności z przejściem 500 m po płaskim terenie</b>	<b>37,2</b>	<b>21,7</b>	<b>45,0</b>	<b>73,8</b>
z tego:				
mające pewne trudności	20,6	14,6	26,3	30,8
mające duże trudności	11,3	5,7	13,6	25,4
w ogóle tego nie zrobią	5,2	1,4	5,0	17,6
<b>Osoby mające trudności z wejściem i zejściem po schodach na 1 kondygnację</b>	<b>44,2</b>	<b>29,4</b>	<b>52,0</b>	<b>78,8</b>
z tego:				
mające pewne trudności	26,4	21,4	32,0	33,5
mające duże trudności	13,0	6,9	15,2	28,5
w ogóle tego nie zrobią	4,9	1,2	4,8	16,8

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

Tylko co dwunasta starsza osoba używała aparatu słuchowego. Z tego urządzenia relatywnie najczęściej korzystali najstarsi – co 6 osoba w wieku 80 lat i więcej. Rozmowę z 1 osobą w cichym pomieszczeniu źle słyszała co czwarta osoba starsza, ale wśród osiemdziesięciolatków – połowa, zaś co 10 sędziwa osoba zadeklarowała duże trudności ze słuchem, bądź nawet głuchotę.

Częściej niż co trzecia starsza osoba zgłosiła w wywiadzie, że ma trudności w przejściu 500 m samodzielnie (bez korzystania z pomocy innej osoby czy urządzenia takiego jak laska, kula, balkonik). Problemy z przejściem na odległość 500 m dotyczyły najczęściej osób 70-letnich i starszych. W grupie wieku 70–79 lat mniejsze lub większe problemy z przemieszczaniem się miała prawie co druga osoba, a w grupie najstarszej – prawie 3/4 tej populacji. Kłopoty z samodzielnym wejściem po schodach i zejściem (na 1 piętro i bez żadnej pomocy) zadeklarowało blisko 30% osób w grupie wieku 60–69 lat, ponad połowa z grupy 70–79 lat i prawie 80% osób 80-letnich lub starszych.

W badaniu stanu zdrowia pytano również o zdolność do samoobsługi (tj. czy badana osoba może wykonać czynności, które każdy człowiek dorosły wykonuje codziennie) oraz do prowadzenia gospodarstwa domowego (tabela 41). Pytania były zadawane wyłącznie osobom w wieku 65 lat i więcej.

**Tabela 41. Możliwość wykonania czynności związanych z samoobsługą według grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem 65 lat i więcej	65–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
	<b>w odsetkach</b>			
<b>OGÓŁEM</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Osoby niemające trudności w samoobsłudze	65,7	80,3	68,3	42,0
<b>Osoby mające trudności w samoobsłudze</b>	<b>34,3</b>	<b>19,7</b>	<b>31,7</b>	<b>58,0</b>
z tego:				
<b>Osoby mające trudności w jedzeniu posiłków</b>	<b>8,8</b>	<b>4,0</b>	<b>7,4</b>	<b>17,7</b>
z tego:				
pewna trudność	6,6	3,7	6,0	11,5
duża trudność	1,2	0,1	0,9	3,1
w ogóle tego nie zrobią	1,0	0,2	0,4	3,0
<b>Osoby mające trudności w kładzeniu się i wstawaniu z łóżka lub siadaniu i wstawaniu z krzesła</b>	<b>27,9</b>	<b>15,9</b>	<b>26,3</b>	<b>46,8</b>
z tego:				
pewna trudność	22,1	14,1	21,8	33,7
duża trudność	4,2	1,5	3,6	8,7
w ogóle tego nie zrobią	1,6	0,3	0,9	4,3
<b>Osoby mające trudności z ubieraniem się i rozbieraniem</b>	<b>22,9</b>	<b>11,3</b>	<b>20,7</b>	<b>42,0</b>
z tego:				
pewna trudność	17,3	10,1	16,1	29,1
duża trudność	3,9	0,9	3,5	8,6
w ogóle tego nie zrobią	1,6	0,3	1,1	4,3
<b>Osoby mające trudności z korzystaniem z toalety (WC)</b>	<b>14,9</b>	<b>6,1</b>	<b>13,1</b>	<b>29,6</b>
z tego:				
pewna trudność	10,7	5,4	9,8	19,4
duża trudność	2,5	0,4	2,4	5,4
w ogóle tego nie zrobią	1,7	0,3	0,9	4,7

<b>Osoby mające trudności z kąpaniem lub myciem się pod prysznicem</b>	<b>26,5</b>	<b>12,0</b>	<b>23,4</b>	<b>51,0</b>
z tego:				
pewna trudność	18,3	10,0	17,2	31,3
duża trudność	5,5	1,7	4,8	11,7
w ogóle tego nie zrobią	2,7	0,4	1,4	8,0
	<b>w odsetkach osób mających trudności w samoobsłudze</b>			
<b>Osoby korzystające z pomocy innej osoby lub urządzeń</b>	<b>55,2</b>	<b>38,3</b>	<b>45,3</b>	<b>71,6</b>
<b>Osoby potrzebujące pomocy innej osoby lub urządzeń</b>	<b>40,3</b>	<b>25,0</b>	<b>37,1</b>	<b>52,1</b>

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

Jak pokazują wyniki badania EHIS co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej miała trudności z wykonaniem codziennych czynności związanych z samoobsługą. Dla tej grupy osób największą trudność stanowiło kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, w następnej kolejności kąpanie się lub mycie pod prysznicem oraz ubieranie się i rozbieranie. Problemy z wykonaniem co najmniej jednej z tych czynności zadeklarowała co czwarta osoba w wieku 65 lat i więcej. Poziom codziennej samoobsługi maleje wraz z wiekiem, wśród osób najstarszych (80 lat i więcej) problemy z samoobsługą deklarowało już 6 osób na 10. O skali potrzeb w tym podstawowym aspekcie życia człowieka może świadczyć fakt, że blisko 45% osób starszych mających problemy z podstawową samoobsługą musiało samotnie zmagać się z tymi problemami, bo nie miało żadnej pomocy, ze strony osób lub urządzeń.

W odniesieniu do kwestii możliwości prowadzenia gospodarstwa domowego można wnioskować, że występujące ograniczenia zdrowotne nie pozwalają osobom starszym wykonywać okazjonalnie ciężkich prac domowych. Co druga osoba mająca 65 lat i więcej miała trudności z takimi czynnościami. Także robienie codziennych zakupów sprawiało trudność co trzeciej starszej osobie, a w dalszej kolejności wykonywanie lżejszych prac domowych czy też dbanie o sprawy administracyjne i finansowe. Prawie 28% starszych osób zgłaszających ograniczenia w prowadzeniu gospodarstwa domowego nie miało żadnej pomocy i musiało sobie radzić samodzielnie (tabela 42).

**Tabela 42. Możliwość wykonania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego według grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem 65 lat i więcej	65-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
	<b>w odsetkach</b>			
<b>OGÓŁEM</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Osoby nie mające trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego	42,7	62,3	43,2	15,2
Osoby mające trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego	57,3	37,7	56,8	84,8
z tego				
<b>Osoby mające trudności z przygotowaniem posiłków</b>	<b>19,4</b>	<b>6,5</b>	<b>15,6</b>	<b>43,3</b>
z tego:				
pewna trudność	11,3	4,9	10,2	22,0

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

duża trudność	3,1	0,5	2,7	7,1
w ogóle tego nie zrobią	5,0	1,0	2,7	14,2
<b>Osoby mające trudności z korzystania z telefonu domowego</b>	<b>14,0</b>	<b>4,0</b>	<b>9,7</b>	<b>35,1</b>
z tego:				
pewna trudność	8,2	2,9	6,7	18,0
duża trudność	2,2	0,6	1,5	5,6
w ogóle tego nie zrobią	3,7	0,5	1,6	11,4
<b>Osoby mające trudności z robieniem zakupów</b>	<b>36,0</b>	<b>17,3</b>	<b>32,9</b>	<b>67,1</b>
z tego:				
pewna trudność	17,7	11,1	18,7	25,2
duża trudność	6,9	3,7	6,6	11,9
w ogóle tego nie zrobią	11,4	2,5	7,6	30,0
<b>Osoby mające trudności przy stosowaniu leków/leczenia</b>	<b>13,8</b>	<b>3,6</b>	<b>9,3</b>	<b>34,7</b>
z tego:				
pewna trudność	8,1	2,7	6,6	17,7
duża trudność	2,0	0,5	0,9	5,8
w ogóle tego nie zrobią	3,7	0,4	1,8	11,2
<b>Osoby mające trudności z wykonaniem lekkich prac domowych</b>	<b>30,5</b>	<b>13,4</b>	<b>26,3</b>	<b>60,8</b>
w tym:				
pewna trudność	17,2	10,0	17,0	27,5
duża trudność	5,1	1,7	4,1	11,3
w ogóle tego nie zrobią	8,2	1,7	5,2	22,1
<b>Osoby mające trudności z wykonaniem ciężkich prac domowych</b>	<b>57,2</b>	<b>37,4</b>	<b>56,8</b>	<b>85,6</b>
z tego:				
pewna trudność	22,5	22,4	23,9	20,2
duża trudność	11,9	7,3	13,4	15,9
w ogóle tego nie zrobią	22,8	7,7	19,6	49,5
<b>Osoby mające trudności z dbaniem o sprawy finansowe i codzienne sprawy administracyjne</b>	<b>28,3</b>	<b>10,5</b>	<b>24,1</b>	<b>60,9</b>
z tego:				
pewna trudność	11,7	6,3	11,2	20,2
duża trudność	3,8	1,0	3,8	7,7
w ogóle tego nie zrobią	12,9	3,2	9,1	32,9
	<b>w odsetkach osób mających trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego</b>			
<b>Osoby korzystające z pomocy innej osoby lub urzędzeń</b>	<b>72,0</b>	<b>57,6</b>	<b>68,4</b>	<b>84,6</b>
<b>Osoby potrzebujące pomocy innej osoby lub urzędzeń</b>	<b>42,1</b>	<b>30,9</b>	<b>39,3</b>	<b>53,2</b>

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

#### I.5.4 Profilaktyka zdrowotna i częstość korzystania z usług medycznych

Ludzie starsi często poddają się podstawowym badaniom profilaktycznym. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przed terminem wywiadu w badaniu EHIS blisko 84% ludzi starszych miało wykonane profesjonalne badanie ciśnienia krwi; badanie poziomu cholesterolu oraz cukru we krwi wykonało ponad 70% ogólnej populacji ludzi starszych. Te podstawowe badania stosunkowo

częściej wykonywane były przez sędziwe osoby (grupa 80 lat i więcej), częściej też wykonywały je starsze kobiety niż mężczyźni (tabela 43).

**Tabela 43. Badania profilaktyczne według płci i grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety		Ogółem 60 lat i więcej	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Kiedykolwiek szczepieni przeciw grypie	o	24,9	23,1	27,5	27,0
	m	25,4	22,4	29,5	32,2
	k	24,6	23,6	26,2	24,8
W tym szczepiący się w 2013-2014 r.	o	9,8	7,4	12,5	13,7
	m	10,9	7,4	14,8	20,5
	k	9,0	7,4	11,1	10,7
Wykonujący badanie ciśnienia krwi w ciągu ostatnich 12 miesięcy	o	83,5	80,1	87,9	88,5
	m	80,1	76,4	85,4	87,7
	k	85,9	82,9	89,4	88,8
Wykonujący badanie poziomu cholesterolu w ciągu ostatnich 12 miesięcy	o	71,7	68,9	76,0	73,8
	m	69,4	66,3	74,9	73,6
	k	73,2	71,0	76,8	73,9
Wykonujący badanie poziomu cukru we krwi w ciągu ostatnich 12 miesięcy	o	71,9	68,2	77,2	75,9
	m	69,4	66,5	73,4	75,8
	k	73,7	69,7	79,6	75,9
Kiedykolwiek wykonujący badanie na krew utajoną w kale lub kolonoskopię	o	30,0	29,3	31,4	29,9
	m	29,6	27,7	32,2	33,8
	k	30,3	30,7	31,0	28,3
Kiedykolwiek wykonujący badanie lekarskie prostaty.	m	55,3	48,6	65,9	67,2

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

Niestety, wskazania do wykonywania corocznych szczepień przeciw grypie przez osoby starsze nie znajdują realnego oddźwięku w tej grupie. Jedynie co czwarta taka osoba zadeklarowała, że przynajmniej raz w życiu szczepiła się przeciw grypie, a tylko niespełna co dziesiąta zaszczepiła się w okresie ostatnich 2 lat (w 2013 r. lub 2014 r.). Wykonywane szczepienia zgodnie z zaleceniami relatywnie częściej deklarowały najstarsze osoby, znacznie częściej mężczyźni niż kobiety. Niespełna co 3 starsza osoba została chociaż jeden raz w życiu przebadana w kierunku wykrywania raka jelita grubego, wykonując kolonoskopię lub badanie krwi utajonej w kale. Najczęściej badania te wykonywali najstarsi mężczyźni – co trzeci z grupy w wieku 80 lat i więcej. Co drugi starszy mężczyzna miał wykonane badanie lekarskie prostaty, a wśród mężczyzn 70-letnich lub starszych – 2/3 tych osób.

Częstość korzystania z usług medycznych jest uzależniona zarówno od przyjętego sposobu dbałości o swoje zdrowie, jak i od kondycji zdrowotnej człowieka w przypadku usług o charakterze leczniczym (naprawczym). Osoby mające problemy zdrowotne, stałe i tymczasowe, potrzebują pomocy medycznej, a zatem częściej z niej korzystają niż osoby cieszące się dobrym zdrowiem. Nietrudno zatem wysnuć wniosek, że osoby starsze stanowią stosunkowo liczną grupę pacjentów w placówkach ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Jak wynika z analizowanego badania, w okresie 12 miesięcy przed przeprowadzeniem wywiadu leczeniu szpitalnemu, które łączyło się z przynajmniej 1 noclegiem, poddała się co piąta osoba starsza (tabela 44). Relatywnie częściej hospitalizacji podlegali mężczyźni niż kobiety, zwłaszcza ci najstarsi. Generalnie częstość hospitalizacji wzrasta z wiekiem, kiedy pogarsza się stan zdrowia. O ile w grupie 60-latków niespełna 18% tej populacji poddało się hospitalizacji, to w najstarszej już co czwarta osoba.

**Tabela 44. Korzystanie z usług medycznych według płci i grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety		Ogółem 60 lat i więcej	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Pobyt w szpitalu z co najmniej 1 noclegiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy	o	20,6	18,0	22,9	25,3
	m	23,3	20,2	27,0	30,9
	k	18,7	16,1	20,3	22,8
Wizyta u lekarza I kontaktu w ciągu ostatnich 12 miesięcy	o	90,4	87,9	92,5	94,8
	m	87,5	84,9	90,4	94,0
	k	92,4	90,5	93,8	95,1
Wizyta u lekarza specjalisty w ciągu ostatnich 12 miesięcy	o	71,7	69,0	76,7	72,2
	m	69,2	65,4	75,5	74,9
	k	73,4	72,1	77,6	71,1
Zażywanie leków w ciągu ostatnich 2 tygodni	o	91,6	88,3	95,5	96,7
	m	87,7	84,2	92,6	95,0
	k	94,3	91,6	97,3	97,5

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

Tylko co 10 osoba starsza w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie była ani razu u lekarza pierwszego kontaktu czy rodzinnego, co oznacza, że 90% polskich seniorów na takiej wizycie było chociaż 1 raz. Z usług lekarza rodzinnego stosunkowo często korzystali najstarsi mieszkańcy Polski; tylko co 20-ty zadeklarował, że w ostatnim roku nie był ani razu u takiego lekarza. Generalnie porad lekarza rodzinnego częściej potrzebowały kobiety niż mężczyźni w tym samym wieku.

Ponad 70% populacji osób starszych w ciągu ostatnich 12 miesięcy leczyło się u lekarzy specjalistów. Stosunkowo najliczniej z porad specjalistycznych korzystały osoby w wieku 70-79 lat, znacznie rzadziej młodszy i starsi. Podobnie jak w przypadku wizyt u lekarzy POZ, w tej dziedzinie usług zdrowotnych stosunkowo częściej pacjentkami lekarzy specjalistów były kobiety niż mężczyźni, za wyjątkiem najstarszej grupy (80 lat i więcej).

W okresie ostatnich 2 tygodni przed datą wywiadu 92% ogółu osób w wieku 60 lat i więcej zażywało leki, zarówno przepisane przez lekarza, jak i bez recepty. Wśród najmłodszych seniorów leki zażywało 88% tej zbiorowości, a wśród najstarszych ponad 95%. Relatywnie częściej leki zażywane były przez kobiety niż przez mężczyzn.

### I.5.5 Wybrane elementy stylu życia

Obiektywne mierniki masy ciała BMI (według aktualnych norm WHO) wskazują, że znaczna część populacji ludzi starszych boryka się z problemem nadwagi lub otyłości. Zbyt dużą masę ciała miało blisko 70% osób starszych, a co czwarta została zaliczona do grona osób otyłych (BMI>30). Relatywnie częściej problemy z nadmierną masą ciała wystąpiły wśród młodszych seniorów, wśród najstarszych problem ten nie był tak częsty (tabela 45)<sup>17</sup>.

**Tabela 45. Waga ciała według płci i grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety		Ogółem 60 lat i więcej	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Niedowaga	o	1,2	0,8	1,1	2,9
	m	0,7	0,4	0,5	2,8
	k	1,5	1,1	1,5	3,0
W normie	o	28,9	28,1	26,4	36,3
	m	25,7	24,7	24,4	33,5
	k	31,1	30,8	27,6	37,6
Nadwaga	o	43,7	43,0	46,1	42,0
	m	47,8	46,7	50,8	47,0
	k	40,8	40,0	43,1	39,8
<b>Otyłość</b>	<b>o</b>	<b>26,2</b>	<b>28,2</b>	<b>26,4</b>	<b>18,7</b>
	<b>m</b>	<b>25,8</b>	<b>28,3</b>	<b>24,2</b>	<b>16,7</b>
	<b>k</b>	<b>26,5</b>	<b>28,1</b>	<b>27,8</b>	<b>19,6</b>

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

Uwzględniając podział osób starszych według płci można powiedzieć, że odsetek starszych mężczyzn ważących zbyt dużo był nieco wyższy niż kobiet w podobnym wieku, lecz znaczący udział w tej grupie mieli mężczyźni tylko z nadwagą, natomiast wśród kobiet znacznie częściej wystąpił problem otyłości, co zostało zaobserwowane we wszystkich grupach wieku ludzi starszych.

W odróżnieniu od młodszych, osoby starsze rzadziej spożywają warzywa i owoce (tabela 46). Zgodnie z wynikami badania, owoce codziennie jadało 63% osób starszych, a najczęściej osoby między 60 a 79 r.ż. (blisko 2/3 tej grupy). Relatywnie rzadko owoce (nawet przetworzone) spożywały osoby sędziwe.

Co najmniej raz dziennie warzywa spożywało (z wyłączeniem ziemniaków) niespełna 56% starszych osób. Najrzadziej warzywa, podobnie jak i owoce, jadały osoby najstarsze. Niespełna co druga osoba co najmniej 80-letnia podała, że codziennie chociaż jeden raz zjada posiłek zawierający warzywa. Rzadkie spożycie warzyw i owoców dotyczy zwłaszcza najstarszych mężczyzn.

<sup>17</sup> Na podstawie danych Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.



**Tabela 46. Codzienne jedzenie owoców lub warzyw według płci i grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety		Ogółem 60 lat i więcej	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Owoce	o	62,8	63,9	64,2	56,2
	m	58,0	57,2	61,8	53,6
	k	66,1	69,3	65,7	57,4
Warzywa	o	55,8	57,2	55,8	50,5
	m	51,6	51,8	52,1	50,1
	k	58,6	61,6	58,2	50,7

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

Problem niedożywienia osób starszych, należy do tak zwanych wielkich zespołów geriatrycznych (geriatric giants), czyli przewlekłych i wieloprzyczynowych zaburzeń, które w konsekwencji mogą prowadzić do niesprawności funkcjonalnej, pogarszając jednocześnie jakość życia seniorów. Według szacunkowych danych epidemiologicznych, niedożywienie dotyczy 5-10% ogółu populacji osób starszych, natomiast w przypadku pacjentów opieki długoterminowej lub mieszkańców domów pomocy społecznej, ryzyko to plasuje się na znacznie wyższym poziomie, tj.: w granicach 30-60%.<sup>18</sup>

Palenie tytoniu wśród osób starszych nie jest popularne, zwłaszcza w starszych grupach wieku (tabela 47). Wśród sześćdziesięciolatek tytoń pali codziennie blisko 30% mężczyzn i ponad 20% kobiet, natomiast w starszych grupach wieku znacznie rzadziej – tylko 10% siedemdziesięciolatek i niespełna 4% osób sędziwych. Starsze osoby palące tytoń codziennie to głównie mężczyźni, natomiast 65% starszych kobiet zadeklarowało, że nigdy nie paliły tytoniu (wśród starszych mężczyzn niespełna co czwarty).

**Tabela 47. Palenie tytoniu według płci i grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety		Ogółem 60 lat i więcej	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Palący tytoń	o	18,8	27,2	11,2	4,2
	m	25,3	31,9	18,7	7,4
	k	14,2	23,2	6,4	2,8
w tym codziennie	o	17,2	25,0	10,1	3,6
	m	23,5	29,8	17,3	6,4
	k	12,7	20,9	5,4	2,4
Nie palący	o	81,2	72,8	88,8	95,8
	m	74,7	68,1	81,3	92,6
	k	85,8	76,8	93,6	97,2
w tym nigdy nie palili	o	48,3	38,0	55,7	69,3
	m	24,7	23,1	26,1	29,6
	k	65,0	50,7	74,8	86,8

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

<sup>18</sup> Wojszel Z.B.: Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatrici. Postępy Nauk Medycznych 2011; 8: 649-657.

Prawie 43% ogółu osób starszych zadeklarowało całkowitą abstynencję w ciągu ostatnich 12 miesięcy; picie alkoholu zadeklarowało 57% osób starszych, z tego prawie połowa piła alkohol rzadziej niż 1 raz w miesiącu. Alkohol znacznie częściej spożywali starsi mężczyźni niż kobiety, niezależnie od wieku, choć w miarę starzenia się zwiększa się populacja osób nie pijących alkoholu w ogóle. O ile w grupie 60–69 lat alkoholu do ust nie brało tylko nieco ponad 30%, to w kolejnej grupie wieku 70–79 – ponad połowa, a wśród najstarszych blisko 70% zbiorowości (tabela 48).

**Tabela 48. Picie alkoholu według płci i grup wieku w 2014 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety		Ogółem 60 lat i więcej	60–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Abstynenci	o	42,8	31,3	51,0	69,9
	m	26,7	20,1	33,1	47,5
	k	53,8	40,2	62,3	79,9
Pijący alkohol – razem	o	57,2	68,7	49,0	30,1
	m	73,3	79,9	66,9	52,5
	k	46,2	59,8	37,7	20,1
z tego:					
pijący co najmniej 1 raz w tygodniu	o	10,7	13,6	8,0	5,0
	m	20,2	23,7	16,3	11,1
	k	4,2	5,6	2,8	2,2
pijący co najmniej 1 raz w miesiącu	o	19,1	24,4	14,6	8,1
	m	26,8	31,1	21,3	16,1
	k	13,9	19,0	10,5	4,6
pijący rzadziej niż 1 raz w miesiącu	o	27,4	30,7	26,4	17,0
	m	26,3	25,1	29,4	25,3
	k	28,1	35,2	24,5	13,3

Źródło: dane Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2014 r.

## I.5.6 Opieka zdrowotna

### Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane osobom starszym obejmują porady lekarskie w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz porady stomatologiczne w przychodniach i w ramach praktyk lekarskich.

Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony zdrowia w 2015 r. osoby w wieku 65 lat i więcej<sup>19</sup> skorzystały z 85,5 mln porad lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (tabela 49). W podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzielili osobom starszym ponad 50,5 mln porad, co stanowiło 30,6% ogółu porad w tym zakresie. W opiece specjalistycznej lekarze udzielili osobom starszym 30 mln porad lekarskich, tj. 26,4% wszystkich porad specjalistycznych. Lekarze dentyści udzielili osobom starszym prawie 4,9 mln porad stomatologicznych, co stanowiło 14% wszystkich udzielonych przez nich porad.

<sup>19</sup> W sprawozdaniach placówek opieki zdrowotnej wyróżniono zbiorowość pacjentów w wieku 65 lat i więcej.

Przeciętna liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2015 r. wyniosła 8,2 porady, podczas gdy w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej wskaźnik ten stanowił 14,3 porady na 1 mieszkańca w tym wieku. W przypadku porad stomatologicznych wskaźnik ten dla grupy starszych pacjentów był nieco mniejszy niż dla całej populacji (0,8 w porównaniu do 0,9 dla całej populacji).

**Tabela 49. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2015 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety	Ogółem			Osoby w wieku 65 lat i więcej			Osoby w wieku 0-64			
	razem	miasta	wieś	razem	miasta	wieś	razem	miasta	wieś	
Porady ogółem *	o	313504661	264915925	48588736	85467533	71627748	13839785	228037128	193288177	34748951
	m	131585174	110593384	20991790	.	.	.	.	.	.
	k	181919487	154322541	27596946	.	.	.	.	.	.
Przeciętna liczba porad na 1 osobę	o	8,2	11,4	3,2	14,3	18,5	6,6	7,0	10,0	2,6
	m	7,1	10,1	2,8	.	.	.	.	.	.
	k	9,2	12,6	3,6	.	.	.	.	.	.
POZ	o	165064460	124985557	40078903	50550649	37987984	12562665	114513811	86997573	27516238
	m	71034594	53544711	17489883	.	.	.	.	.	.
	k	94029866	71440846	22589020	.	.	.	.	.	.
Przeciętna liczba porad POZ na 1 osobę	o	4,3	5,4	2,6	8,5	9,8	6,0	3,5	4,5	2,1
	m	3,8	4,9	2,3	.	.	.	.	.	.
	k	4,7	5,9	3,0	.	.	.	.	.	.
Porady specjalistyczne lekarskie (AOS)	o	113681822	110677993	3003829	30049502	29439633	609869	83632320	81238360	2393960
	m	44718451	43749438	969013	.	.	.	.	.	.
	k	68963371	66928555	2034816	.	.	.	.	.	.
Przeciętna liczba porad AOS na 1 osobę	o	3,0	4,8	0,2	5,0	7,6	0,3	2,6	4,2	0,2
	m	2,4	4,0	0,1	.	.	.	.	.	.
	k	3,5	5,5	0,3	.	.	.	.	.	.
Porady stomatologiczne	o	34758379	29252375	5506004	4867382	4200131	667251	29890997	25052244	4838753
	m	15832129	13299235	2532894	.	.	.	.	.	.
	k	18926250	15953140	2973110	.	.	.	.	.	.
Przeciętna liczba porad stomatologicznych na 1 osobę	o	0,9	1,3	0,4	0,8	1,1	0,3	0,9	1,3	0,4
	m	0,9	1,2	0,3	.	.	.	.	.	.
	k	1,0	1,3	0,4	.	.	.	.	.	.

Wyszczególnienie	Struktura porad ambulatoryjnych <sup>20</sup>								
	ogółem			udzielonych osobom w grupie wieku 65 lat i więcej			udzielonych osobom w wieku 0-64 lata		
	ogółem	miasta	wieś	razem	miasta	wieś	razem	miasta	wieś
				ogółem = 100	razem = 100		ogółem = 100	razem = 100	
Ogółem	100,0	84,5	15,5	27,3	83,8	16,2	72,7	84,8	15,2
POZ	100,0	75,7	24,3	30,6	75,1	24,9	69,4	76,0	24,0
AOS	100,0	97,4	2,6	26,4	98,0	2,0	73,6	97,1	2,9
Stomatologicznych	100,0	84,2	15,8	14,0	86,3	13,7	86,0	83,8	16,2

Źródło: Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, GUS (formularz ZD3)

### Stacjonarna opieka zdrowotna

W opiece stacjonarnej oddziałami szpitalnymi zapewniającymi kompleksową opiekę medyczną i usługi pielęgnacyjne dla osób w starszym wieku są oddziały geriatryczne. Na koniec 2014 r.

<sup>20</sup> Bez porad udzielonych w izbach przyjęć szpitali ogólnych.

oddziały geriatryczne dysponowały 853 łózkami, na których w ciągu roku leczono 21,8 tys. pacjentów, tj. prawie o połowę więcej niż w 2010 r. Przyjmując założenie, że oddziały geriatryczne przeznaczone są dla pacjentów w wieku 60 lat i więcej – z tej formy opieki skorzystało blisko 26 pacjentów na 10 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej.

Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej udzieliły w 2014 r. pomocy 30,2 tys. pacjentów, z czego ponad trzy czwarte stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej (22,7 tys.). W przeliczeniu na 10 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej blisko 39 pacjentów skorzystało z tej formy opieki (tabela 50).

**Tabela 50. Pacjenci długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej stan w dniu 31.12.2014 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety			Ogółem	W wieku	
				65 lat i więcej	0-64 lata
Ogółem pacjenci przebywający w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach i oddziałach paliatywnych	o	osoby	30222	22720	7502
	m		10331	5840	4491
	k		19891	16880	3011
Pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów, oddziałów paliatywnych na 10 tys. ludności w danej grupie wieku	o	osoby/ 10 tys.	7,9	38,7	2,3
	m		5,5	25,7	2,7
	k		10	46,9	1,9
Struktura wieku pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach, oddziałach paliatywnych ( w %)	o	%	100	75,2	24,8
	m		100	56,5	43,5
	k		100	84,9	15,1

Źródło: Badanie Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (formularz MZ-29a i MSW-33).

W końcu 2015 r. zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dysponowały łącznie 43,9 tys. łóżek (tabela 51). Z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało 801,7 tys. osób, o 3,4% (tj. 26,3 tys. osób) więcej niż w 2014 r. Polscy kuracjusze leczenia stacjonarnie i ambulatoryjnie w wieku 65 lat i więcej stanowili grupę 323,1 tys. osób (5,4% ludności Polski w wieku 65 lat i więcej).

**Tabela 51. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego leczenia w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym (bez cudzoziemców) w 2015 r.**

Wyszczególnienie o-ogółem m-mężczyźni k-kobiety			Ogółem	W wieku	
				65 lat i więcej	0-64 lata
Ogółem kuracjusze w ciągu roku	o	osoby	749568	323129	426439
	m		285637	.	.
	k		463931	.	.
Ogółem kuracjusze w procentach	o	%	100	43,1	56,9
	m		38,1	.	.
	k		61,9	.	.
Odsetek kuracjuszy w ludności w danej grupie wieku ( w %)	o	%	1,9	5,4	1,3
	m		1,5	.	.
	k		2,3	.	.

Źródło: Badanie GUS i MSWIA (formularz ZD-2 i MSW-45).

## Ratownictwo medyczne

W 2015 r. w skali kraju zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej ponad 3 mln osób, z czego osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 41,7% pacjentów (tabela 52). Na każde 1000 osób w wieku 65 lat i więcej przypadało ponad 221 osób, którym udzielono pomocy w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego. W 2015 r. ze świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) skorzystało blisko 4,6 mln osób, z czego osoby starsze stanowiły 22,4%. Na każde 1000 osób w wieku 65 lat i więcej przypadało niespełna 172 osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym.

**Tabela 52. Ratownictwo medyczne w 2015 r.**

Wyszczególnienie			Ogółem	W wieku	
o-ogółem	m-mężczyźni	k-kobiety		65 lat i więcej	0-64 lata
Osoby, którym udzielono świadczeń w ramach systemu PRM na miejscu zdarzenia	o	osoby	3 168 451	1 322 331	1 846 120
	m		1 694 971	.	.
	k		1 473 480	.	.
Osoby, którym udzielono świadczeń w ramach systemu PRM na miejscu zdarzenia na 1 tys. ludności w danym wieku	o	osoby / 1000	82,4	221,6	56,8
	m		91,1	.	.
	k		74,2	.	.
Struktura osób, którym udzielono świadczeń w ramach systemu PRM na miejscu zdarzenia wg wieku	o	%	100,0	41,7	58,3
	m		53,5	.	.
	k		46,5	.	.
Osoby, którym udzielono świadczeń w izbie przyjęć i SOR w trybie ambulatoryjnym	o	osoby	4 574 577	1 025 214	3 549 363
	m		2 511 180	.	.
	k		2 063 397	.	.
Osoby, którym udzielono świadczeń w izbie przyjęć i SOR w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności w danym wieku	o	osoby / 1000	119,0	171,8	109,3
	m		135,0	.	.
	k		104,0	.	.
Struktura osób, którym udzielono świadczeń w izbie przyjęć i SOR w trybie ambulatoryjnym wg wieku	o	%	100,0	22,4	77,6
	m		54,9	.	.
	k		45,1	.	.

Źródło: Badanie GUS (formularz ZD-4).

## Opieka geriatryczna

W związku ze zmieniającą się sytuacją demograficzną, wskazującą na postępujący proces starzenia się społeczeństwa w Polsce i, związany z tym faktem, wzrost zapotrzebowania na świadczenia dedykowane osobom w starszym wieku, mając na celu poprawę dostępności i jakości świadczeń w tym zakresie, **Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określił na 2016 r. priorytet ogólnopolski w planowaniu zakupu świadczeń pt. „Zwiększenie dostępności do świadczeń dedykowanych osobom starszym (powyżej 60 r.ż.) w ramach zakresu geriatry (ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i leczenie szpitalne (SZP)) oraz świadczeń psychogeriatry w rodzaju psychiatria.**

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Dane dotyczące wartości umów w oddziałach geriatrycznych w latach 2009–2015, liczby świadczeniodawców w oddziałach geriatrycznych, wartości umów w poradniach geriatrycznych w latach 2009–2015 oraz liczby świadczeniodawców w tych poradniach zostały przedstawione w tabelach 53 i 54. Należy podkreślić, że w latach 2009–2015 następował systematyczny wzrost wartości umów zarówno dla poradni geriatrycznych, jak i dla oddziałów geriatrycznych.

**Tabela 53. Wartość umów w oddziałach i poradniach geriatrycznych w latach 2009–2015**

Oddziały geriatryczne							
Nazwa oddziału NFZ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dolnośląski	2 664 159	3 210 173	3 636 420	4 913 690	5 354 776	5 353 712	5 830 812
Kuj.-Pomorski	2 230 281	2 294 658	1 636 743	1 910 510	1 927 898	1 900 288	2 570 866
Lubelski	8 032 500	7 646 897	7 904 958	8 295 664	8 140 466	7 849 795	11 339 229
Lubuski	2 032 944	2 205 927	2 664 261	2 798 744	3 105 596	3 234 073	3 375 528
Łódzki		322 116	346 392	773 053	1 122 872	1 755 016	1 837 836
Małopolski	5 674 311	5 649 528	5 456 834	6 496 177	9 853 688	9 372 432	14 125 235
Mazowiecki					374 206	1 493 140	1 786 549
Opolski	2 340 689	2 670 550	2 929 868	3 634 210	3 808 948	3 881 488	4 402 476
Podkarpacki	1 534 794	1 696 974	1 861 653	3 412 812	3 578 588	4 234 880	6 129 916
Podlaski	1 068 264	1 460 954	1 664 207	1 801 392	1 919 998	1 900 184	1 919 060
Śląski	14 737 610	12 667 686	13 510 665	17 903 056	20 624 542	22 380 317	25 355 335
Świętokrzyski					728 052	2 955 108	3 668 860
Wielkopolski	2 766 413	2 585 241	2 272 611	2 577 224	2 739 724	2 951 515	2 997 072
Zachodniopomorski	502 248	619 650	535 755	669 812	659 620	774 384	849 524
<b>Suma końcowa</b>	<b>43 584 213</b>	<b>43 030 355</b>	<b>44 420 367</b>	<b>55 186 343</b>	<b>64 118 975</b>	<b>70 036 332</b>	<b>86 188 298</b>
Poradnie geriatryczne							
Dolnośląski	34 850	37 978	42 780	47 524	53 986	59 478	82 432
Kuj.-Pomorski	155 169	139 259	148 310	152 554	218 834	219 308	234 457
Lubelski	69 610	64 026	91 475	120 990	87 756	36 546	47 623
Lubuski		7 392	11 147	34 264	12 474	9 484	26 872
Łódzki	74 636	82 377	98 145	119 293	134 107	46 688	145 705
Małopolski	256 726	256 281	352 149	463 402	569 508	540 441	701 731
Mazowiecki	242 940	288 097	292 757	349 252	408 887	346 643	332 709
Opolski					118 703	179 452	173 910
Podkarpacki	11 562	8 471	11 619	9 291	5 559	4 811	3 774
Podlaski	91 404	86 859	91 152	117 223	94 073	115 794	132 986
Pomorski	286 742	254 984	181 964	203 922	134 585	73 043	82 471
Śląski	430 989	363 437	605 188	732 316	819 083	876 924	885 495
Świętokrzyski	45 263	50 599	59 271	131 940	113 733	114 300	60 291
War.-Mazurski	6 762	6 862	3 637				13 627
Wielkopolski	40 538	20 365	28 965	27 375	22 228	45 897	80 837
Zachodniopomorski	9 608	11 383	9 004	8 867	11 558	14 554	18 840
<b>Suma końcowa</b>	<b>1 756 799</b>	<b>1 678 367</b>	<b>2 027 563</b>	<b>2 518 213</b>	<b>2 805 074</b>	<b>1 683 361</b>	<b>3 023 759</b>

Źródło: dane MZ.

**Tabela 54. Liczba oddziałów i poradni geriatrycznych w latach 2009–2015**

Oddziały geriatryczne							
Nazwa oddziału NFZ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dolnośląski	2	3	5	5	5	5	5
Kuj.-Pomorski	3	2	1	1	1	1	2
Lubelski	3	3	3	3	3	6	6
Lubuski	1	1	2	2	2	2	2
Łódzki		1	1	3	2	2	2
Małopolski	2	2	2	3	3	6	6
Mazowiecki					1	2	8
Opolski	2	2	2	2	2	2	2
Podkarpacki	1	1	1	2	2	3	3
Podlaski	1	1	1	1	1	1	1
Śląski	11	11	11	13	12	12	12
Świętokrzyski					1	2	2
Wielkopolski	2	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	1	1	1	1	1	1	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>47</b>	<b>54</b>
Poradnie geriatryczne							
Dolnośląski	2	2	2	3	3	3	3
Kuj.-Pomorski	5	5	4	4	4	4	5
Lubelski	5	4	6	6	4	3	3
Lubuski		1	1	2	2	3	2
Łódzki	2	1	1	3	2	3	4
Małopolski	8	7	9	10	10	15	13
Mazowiecki	7	4	6	9	9	10	10
Opolski					3	3	3
Podkarpacki	2	2	3	2	1	1	1
Podlaski	2	2	2	1	1	1	1
Pomorski	9	10	6	6	7	4	4
Śląski	26	24	25	26	22	23	21
Świętokrzyski	1	1	1	2	2	2	3
War.-Mazurski	1	2	1				2
Wielkopolski	3	2	2	2	2	3	3
Zachodniopomorski	1	1	1	1	1	1	3
<b>Suma końcowa</b>	<b>74</b>	<b>68</b>	<b>70</b>	<b>77</b>	<b>73</b>	<b>79</b>	<b>81</b>

Źródło: dane MZ.

Systematycznie wzrasta również poziom finansowania świadczeń we wszystkich rodzajach, udzielanych pacjentom z chorobami naczyniowymi mózgu, chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera, które zgodnie z epidemiologią występują znacząco częściej wśród osób starszych. Są one najczęstszą przyczyną trwałej niesprawności psychofizycznej i w związku z powyższym, po specjalistycznym leczeniu, wymagane są: podjęta jak najwcześniej, adekwatna opieka rehabilitacyjna (w tym domowa), a przede wszystkim, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, wynikające z charakteru przedmiotowych schorzeń typowych dla wieku starczego, przewlekłe postępujących, prowadzących do trwałego zniedołężnienia psychoruchowego pacjentów i postępującej niezdol-

ności do samodzielnego funkcjonowania. Systematyczny wzrost nakładów finansowych na świadczenia w powyższym rodzajach, mimo że dedykowany bezpośrednio pacjentom, stanowi pośrednio istotne wsparcie dla ich rodzin i opiekunów, polegające na częściowym odciążeniu w stałej opiece i pielęgnacji pacjentów.

Analizując problemy opieki medycznej nad osobami starszymi, należy zwrócić również uwagę na wzrost wartości świadczeń w rodzaju „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”. W niniejszym rodzaju świadczeń wyodrębniono dwa zakresy skierowane do osób powyżej 60 r.ż., w tym dla osób z zespołami otępiennymi o różnej etiologii (ok. 65% pacjentów sprawozdawanych z rozpoznaniem zasadniczymi ICD 10 od F 00.0 do F 00.9 Otępienie w Chorobie Alzheimera) – świadczenia psychogeriatryczne oraz świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne. Wartość umów w powyższych zakresach oraz liczbę świadczeniodawców w latach 2014–2015 przedstawia tabela 55.

**Tabela 55. Wartości umów w zakresach Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne oraz Świadczenia psychogeriatryczne i liczba świadczeniodawców w latach 2014–2015**

Zakres świadczeń	Rok	Wartość umów	Liczba świadczeniodawców
Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne	2014	4 887 271 zł	15
	2015	5 626 145 zł	18
Świadczenia psychogeriatryczne	2014	42 870 866 zł	18
	2015	45 232 684 zł	19

Źródło: dane MZ.

Przyczyną zróżnicowania terytorialnego dostępu do świadczeń geriatrycznych, pomimo systematycznego wzrostu środków przeznaczonych przez Fundusz na finansowanie świadczeń z zakresu geriatryki, jest przede wszystkim zbyt mała liczba praktykujących lekarzy specjalistów geriatrów i ograniczona liczba oddziałów geriatrycznych. Powyższe stanowi główną przyczynę niewystarczających możliwości zakontraktowania przedmiotowych świadczeń w niektórych województwach.

Najlepiej zorganizowano opiekę geriatryczną w województwie śląskim. Z informacji przekazanych przez Dyrektora Śląskiego Ośrodka Wojewódzkiego NFZ, wynika że dostępność do ww. świadczeń zdrowotnych w województwie śląskim należy do jednych z najwyższych w skali całego kraju. Udało się to osiągnąć między innymi dzięki nadaniu przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ opiece zdrowotnej nad pacjentem w wieku starszym rangi regionalnego priorytetu zdrowotnego w latach 2011–2015. Realizacja tego priorytetu polegała na zwiększeniu poziomu finansowania świadczeń w zakresie geriatryki w celu uzyskania poprawy dostępności do tychże świadczeń. W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dzięki konsekwentnemu utrzymywaniu przez ostatnie lata wysokości nakładów finansowych na poziomie nie niższym od wartości wykonanych świadczeń, wartość kontraktów nie stanowi w województwie śląskim czynnika ograniczającego pacjentom dostęp do świadczeń w poradniach geriatrycznych.

System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) został wprowadzony w Polsce 1 lipca 2008 r. na mocy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca



2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Jednorodna Grupa Pacjentów (JGP) stanowi wyodrębnioną kategorię hospitalizacji posiadającą kod, nazwę oraz charakterystykę, na którą składają się takie elementy, jak procedura medyczna, rozpoznanie, wiek pacjenta oraz czas pobytu. Zauważyć należy, że świadczenia możliwe do rozliczania grupami JGP w oddziale geriatrycznym, rozliczane są tymi samymi grupami w innych zakresach świadczeń. Leczenie pacjentów w wieku podeszłym odbywa się również w innych niż geriatrycznych zakresach świadczeń. Świadczenia zrealizowane w zakresie geriatryki pokrywają się ze świadczeniami (JGP) dedykowanymi dla zakresu chorób wewnętrznych. Nie zachodzi więc niebezpieczeństwo niezapewnienia dostępu do świadczeń dla pacjentów powyżej 60 r.ż., pomimo niedoboru oddziałów geriatrycznych.

Należy też pamiętać, że osoby w wieku podeszłym, w przypadku wystąpienia określonego problemu zdrowotnego, korzystają (na równi z pozostałymi grupami wiekowymi) ze świadczeń lekarza POZ oraz poradni specjalistycznych i oddziałów szpitalnych, odpowiadających dziedzinie medycyny właściwej dla danej jednostki chorobowej.

## **I.5 7 Personel medyczny**

### **Lekarze**

Typowym problemem osób w starszym wieku jest współistnienie kilku przewlekłych procesów chorobowych. W związku z tym zasadniczą rolę w opiece nad zdrowiem osób starszych odgrywa lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz specjalista medycyny rodzinnej). Opiekę specjalistyczną nad osobami starszymi sprawują lekarze geriatrycy oraz lekarze specjaliści w innych dziedzinach medycyny.

Proces kształcenia personelu medycznego, którego wiedza i doświadczenie będą podstawą do udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze opieki długoterminowej, jest długotrwały i rozpoczyna się już w trakcie kształcenia przeddyplomowego. Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa* (Dz.U. poz. 631 oraz z 2016, poz. 1332), szczegółowe aspekty kształcenia lekarzy zawierają elementy m.in. z zakresu:

- przebiegu oraz objawów procesu starzenia się, a także zasad całościowej oceny geriatrycznej i opieki interdyscyplinarnej, zasad farmakoterapii w odniesieniu do pacjenta w podeszłym wieku;
- podstawowych odrębności w najczęstszych chorobach występujących u osób starszych oraz zasad postępowania w podstawowych zespołach geriatrycznych;
- zagrożeń związanych z hospitalizacją ludzi w podeszłym wieku oraz najczęstszymi stanami nagłymi w medycynie paliatywnej;
- zasad postępowania paliatywnego z pacjentem w stanie terminalnym;
- zasad leczenia bólu, w tym bólu nowotworowego i przewlekłego;

- pojęcia kalectwa, inwalidztwa i niepełnosprawności,
- mechanizmu i przebiegu adaptacji do choroby jako sytuacji trudnej, etapu przystosowania do zagrażających wydarzeń i potrzeb pacjentów oraz zagadnień związanych z problematyką umierania i procesem żałoby rodziny.

Natomiast w przebiegu kształcenia podyplomowego lekarzy, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty* (Dz.U. z 2014 r. poz. 474), staż podyplomowy obejmuje pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz praktycznej nauki udzielania świadczeń zdrowotnych, poznanie i utrwalenie organizacji oraz metod pracy w warunkach długotrwałej opieki ambulatoryjnej i w domu chorego, a także praktycznych umiejętności dotyczących rozpoznawania, leczenia, zapobiegania i rehabilitacji w chorobach stanowiących najczęstszą przyczynę zgłaszalności pacjentów do poradni, jak i wymagających długotrwałego leczenia w środowisku domowym (opieka nad przewlekle chorym).

Lekarzami predysponowanymi do udzielania świadczeń zdrowotnych w opiece długoterminowej są, zgodnie z załącznikiem nr 4 do *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej* (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658), lekarze specjaliści w dziedzinach: chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chirurgii ogólnej, geriatry, a także neurologii, psychiatrii i chorób zakaźnych. Natomiast, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Dz.U. poz. 1347) – lekarze specjaliści z medycyny paliatywnej lub lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarze legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Zgodnie z art. 16f ust. 1. *ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz.U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.), lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie programu specjalizacji ustalonego dla danej dziedziny medycyny, z uwzględnieniem odpowiedniego modułu. Programy specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny właściwych dla udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej (oprócz zagadnień związanych z procesem diagnostyki i leczenia chorób) zawierają treści z zakresu: problematyki wieku podeszłego, specyfiki organizacji opieki paliatywnej, rozstrzygania dylematów etycznych z podejmowaniem decyzji dotyczących zaprzestania lub kontynuowania leczenia podtrzymującego życie, stosowania sedacji jako elementu terapii w opiece paliatywnej, różnicowania zmian związanych ze starzeniem, zespołami psychogeriatrycznymi, zasad współpracy z rodziną lub opiekunami, wsparcia rodziny po śmierci chorego.

Warto podkreślić, że w ciągu ostatnich lat obserwuje się systematyczny wzrost liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, w tym w dziedzinach medycyny związanych z opieką nad osobami starszymi.

**Tabela 56. Liczba lekarzy specjalistów (tj. lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny) w poszczególnych dziedzinach medycyny, wykonujących zawód (stan na dzień 31 grudnia)**

Dziedzina medycyny	2013 r. lekarze specjaliści	2014 r. lekarze specjaliści	2015 r. lekarze specjaliści	2015 r. razem specjaliści i lekarze posiadający spec. I stopnia
Choroby wewnętrzne	17 389	17 772	18 099	28 809
Medycyna rodzinna	10 222	10 377	10 536	10 886
Chirurgia ogólna	5 964	6 020	6 083	8 930
Geriatria	298	322	338	338
Neurologia	3 099	3 198	3 293	4 198
Psychiatria	3 222	3 333	3 397	4 011
Choroby zakaźne	962	968	976	1 108
Medycyna paliatywna	319	352	393	393

Źródło: dane MZ na podstawie danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską.

Ponadto, według rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, prowadzonego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny, wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r., wynosi:

- chorób wewnętrznych – 2 350;
- medycyny rodzinnej – 1 291;
- chirurgii ogólnej – 998;
- geriatry – 179;
- neurologii – 651;
- psychiatrii – 797;
- chorób zakaźnych – 137;
- medycyny paliatywnej – 117.

### **Pielęgniarki**

W opiece nad pacjentem starszym szczególną rolę pełnią pielęgniarki, w szczególności te posiadające przygotowanie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa zachowawczego, rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, geriatrycznego oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej lub legitymujące się ukończonym kursem kwalifikacyjnym w odpowiedniej dziedzinie pielęgniarstwa lub kursem specjalistycznym.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U z 2016 r. poz. 1251), pielęgniarki i położne realizujące świadczenia zdrowotne w poszczególnych obszarach systemu ochrony zdrowia są uprawnione do samodzielnego udzielania (w określonym zakresie) świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w odniesieniu do poszczególnych grup pacjentów. Obecne standardy kształcenia zawodowego przygotowują pielęgniarki i położne na poziomie kształcenia wyższego (studiów pierwszego i drugiego stopnia), pozwalającego na powierzenie pielęgniarkom i położnym szerokiego zakresu kompetencji i uprawnień. Szczegółowy opis umiejętności i kompe-

tencji nabywanych przez pielęgniarki i położne w toku kształcenia przeddyplomowego został określony w *rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa*, z których wynika m.in., że pielęgniarka i położna po ukończeniu studiów pierwszego stopnia jest uprawniona do samodzielnego wykonywania zawodu. Pielęgniarka wykonuje działania wymagające umiejętności obserwacji i oceny stanu chorego, rozpoznaje: potrzeby zdrowotne, problemy pielęgnacyjne, sprawuje opiekę pielęgnacyjną w stosunku do człowieka chorego i jego rodziny, zgodnie z zasadami etyki ogólnej i zawodowej oraz holistycznego podejścia do pacjenta, uwzględniające poszanowanie i respektowanie jego praw.

Zgodnie z przepisami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* (Dz.U. poz. 1540), pielęgniarka jest uprawniona do samodzielnego wykonywania, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych obejmujących m.in.: prowadzenie poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do człowieka chorego i jego rodziny.

Ponadto, zgodnie z art. 61 *ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*, pielęgniarki i położne zobowiązane są do stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych, o których mowa w art. 66 *ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* i może być uzupełniane w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych ukierunkowanych na określone bloki tematyczne, mające wpływ na poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W związku z powyższym pielęgniarka – świadczeniodawca lub pielęgniarka zatrudniona u świadczeniodawcy, realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, może uczestniczyć w szkoleniu mającym na celu podniesienie wiedzy z zakresu opieki nad osobami starszymi.

Wskazać należy, że Minister Zdrowia corocznie dofinansowuje najdłuższą, a tym samym najdroższą formę kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (18–24 miesięcy), na podstawie z art. 70 *ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*. Biorąc pod uwagę dane demograficzne, szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego zostało uznane za dziedzinę priorytetową w każdym województwie w 2014 r. natomiast w 2015, dziedzina ta była dziedziną priorytetową i otrzymała dofinansowanie w 8 województwach.

Ponadto *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne* (Dz.U. poz. 1562), obowiązujące od dnia 24 sierpnia 2015 r., wprowadziło możliwość kształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek na poziomie kursu kwalifikacyjnego.

W odniesieniu do osób starszych, u których występuje wielochorobowość czy niesamodzielność, istotnego znaczenia nabiera możliwość uzyskania przez pacjenta świadczeń gwarantowanych realizowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2014 r. (stan na 31.12.2014 r.):

- 37 730 pielęgniarek oraz 5 868 położnych zostało zgłoszonych do realizacji usług o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;
- 20 274 pielęgniarek zostało zgłoszonych do realizacji umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenie pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- 4 239 pielęgniarek zostało zgłoszonych do realizacji umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Z danych *Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych* (stan na 31.12.2014 r.) wynika, że w systemie ochrony zdrowia aktywnych było 218 880 pielęgniarek oraz 25 428 położnych. Łącznie zatrudnionych było 244 308 pielęgniarek i położnych.

Kolejnym działaniem zmierzającym do usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienia osobom starszym, w tym osobom niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego, było rozszerzenie uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych. Z dniem 1 stycznia 2016 r. uprawnione pielęgniarki i położne mogą wystawiać recepty na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wystawiać zlecenia i recepty na wyroby medyczne oraz skierowania na badania diagnostyczne.

Na kanwie obowiązujących regulacji dotyczących nowych kompetencji zawodowych pielęgniarek związanych z ordynacją leków i wypisywaniem recept, zaprojektowane zostały rozwiązania w zakresie umożliwienia pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej wystawiania recept świadczeniobiorcom 75+ na bezpłatne wybrane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne (*ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* – Dz.U. z 2016, poz. 652).

### **Osoby wykonujące zawód opiekuna medycznego**

Z uwagi na pogłębiający się deficyt w zakresie zabezpieczenia świadczeń pielęgnacyjnych nad osobami niesamodzielnymi zaistniała konieczność podjęcia systemowych rozwiązań na rzecz wsparcia osób niesamodzielnych. Do Klasyfikacji Zawodów Szkolnictwa Zawodowego wprowadzono zawód „opiekun medyczny”, niezbędny do zabezpieczenia realizacji świadczeń opiekuńczo-higienicznych nad osobami chorymi, a w szczególności nad osobami niesamodzielnymi.

Zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodzie opiekun medyczny – *rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach* (Dz.U. poz. 184, z późn. zm.), zadania zawodowe opiekuna medycznego związane są z wykonywaniem czynności w obszarze podstawowej pielęgnacji, pomocą osobie chorej i niesamodzielnej w zaspakajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, pomocą w utrzymaniu aktywności społecznej oraz pomocą w rozwiązywaniu problemów higieniczno-opiekuńczych

pacjenta. Poza tym, do zadań opiekuna medycznego należy współpraca z pielęgniarką w zakresie planowania i realizowania planu opieki nad osobą chorą i niesamodzielną, pomaganie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarstwa, czy wykonywanie poleceń pielęgniarki i lekarza dotyczących opieki nad osobą chorą i niesamodzielną. Kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego prowadzone jest od roku szkolnego 2007/2008.

Należy zaznaczyć, iż osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego przygotowane są do wykonywania wybranych świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, które ujęte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Obecnie kształcenie w zawodzie opiekun medyczny realizowane jest na poziomie średnim: w szkołach policealnych (publicznych lub niepublicznych o uprawnieniach szkoły publicznej) w rocznym cyklu kształcenia oraz na kwalifikacyjnych kursach zawodowych.

## I.6 Aktywność społeczna

### I.6.1 Aktywność społeczna osób starszych

Zgodnie z wynikami Badania spójności społecznej 2015, aktywność osób starszych w zakresie kontaktów społecznych jest generalnie niższa niż osób w młodszych grupach wiekowych, o czym świadczą wartości wskaźników izolacji społecznej i uczestnictwa w świeckich organizacjach pozarządowych. Wskaźnik izolacji społecznej wskazuje, że co 10 osoba starsza ma bardzo ograniczone kontakty społeczne. Aktywność osób starszych we wspólnotach, organizacjach lub grupach religijnych jest podobna jak ogółu ludności. Osoby starsze mają natomiast większe zaufanie do ludzi ogólnie rzecz biorąc niż osoby w młodszych grupach wieku. Ponadto satysfakcja ze spędzania czasu wolnego jest wyższa u osób starszych.

**Tabela 57. Aktywność społeczna i obywatelska**

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby w wieku 16-59	Osoby w wieku 60 lat i więcej
	w % osób		
Wskaźnik izolacji społecznej	8,4	7,6	10,6
Satysfakcja ze sposobu spędzania czasu wolnego	60,5	59,2	64
Zaufanie do innych osób	78,4	76,9	82,5
Uczestnictwo w świeckich organizacjach pozarządowych	9,1	10	6,3
Uczestnictwo we wspólnotach, organizacjach lub grupach religijnych	9,0	9,1	9,0

Źródło: Badanie spójności społecznej 2015, GUS.

**Wskaźnik izolacji społecznej** – odsetek osób w wieku 16 lat lub więcej, u których zaobserwowano niewielką intensywność (lub brak) kontaktów społecznych z osobami spoza gospodarstwa domowego, co potraktowano jako objaw izolacji.

**Satysfakcja ze sposobu spędzania czasu wolnego** – odsetek osób (w gospodarstwach domowych) w wieku 16 lat lub więcej deklarujących, że są zadowolone lub bardzo zadowolone ze sposobu spędzania swojego czasu wolnego.

**Zaufanie do innych osób** – odsetek osób (w gospodarstwach domowych) w wieku 16 lat lub więcej deklarujących, że zdecydowanie mają zaufanie lub raczej mają zaufanie do ludzi ogólnie rzecz biorąc.

## I.7 Aktywność edukacyjna, kulturalna i rekreacyjna

### I.7.1 Aktywność edukacyjna

Osoby starsze charakteryzują się niską aktywnością edukacyjną, mierzoną udziałem w kształceniu formalnym i pozaformalnym oraz uczeniu się nieformalnym – uczestnictwo w jakiegokolwiek z form uczenia się w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie<sup>21</sup> zadeklarowało jedynie 19,5% respondentów w wieku 60–69 lat, podczas gdy dla ogółu badanych odsetek uczestników kształtował się na poziomie 44,0% (tabela 59). Postępujący wraz z wiekiem badanych spadek uczestnictwa w działaniach edukacyjnych miał miejsce we wszystkich analizowanych kategoriach działań edukacyjnych – obok zrozumiałego zmniejszenia udziału osób podejmujących naukę w systemie formalnym (systemie szkolnym oraz studiów wyższych), niska aktywność została odnotowana w przypadku działań z zakresu edukacji pozaformalnej (zorganizowanych pozaszkolnych działań edukacyjnych, m.in. kursów, szkoleń, seminariów) oraz uczenia się nieformalnego, rozumianego jako samodzielne zdobywanie kompetencji, w celu poszerzania wiedzy i umiejętności.

**Tabela 58. Aktywność edukacyjna osób w wieku 60–69 lat w 2011 r.**

Uczestnictwo w kształceniu formalnym, pozaformalnym lub nieformalnym w ciągu 12 miesięcy przed przeprowadzeniem badania							
OGÓŁEM (wśród osób w wieku 18–69 lat)		wśród osób w wieku 60–69 lat		wśród mężczyzn w wieku 60–69 lat	wśród kobiet w wieku 60–69 lat	wśród mieszkańców miast w wieku 60–69 lat	wśród mieszkańców wsi w wieku 60–69 lat
N	%	N	%	%	%	%	%
12 101	44,0	772	19,5	19,8	19,3	22,8	13,1

Źródło: Badanie „Kształcenie dorosłych 2011” (N=27483 osób w wieku 18–69 lat, w tym 3955 osób w wieku 60–69 lat).

Badaniu, oprócz niedawnego uczestnictwa w działaniach edukacyjnych, poddane zostało również rozpowszechnienie umiejętności, w tym znajomość języków obcych, definiowana jako umiejętność rozumienia i stosowania codziennych wyrażen, w odniesieniu do znanych rzeczy i sytuacji. Osoby w wieku 60–69 lat posługujące się przynajmniej jednym językiem obcym stanowiły 44,0% rozważanej zbiorowości (tabela 59).

<sup>21</sup> Badanie „Kształcenie dorosłych 2011” obejmowało osoby w wieku 18–69 lat.

**Tabela 59. Znajomość języków obcych wśród osób w wieku 60–69 lat w 2011 r.**

Znajomość przynajmniej jednego języka obcego							
OGÓŁEM (wśród osób w wieku 18–69 lat)		wśród osób w wieku 60–69 lat		Wśród mężczyzn w wieku 60–69 lat	wśród kobiet w wieku 60–69 lat	wśród mieszkańców miast w wieku 60–69 lat	wśród mieszkańców wsi w wieku 60–69 lat
N	%	N	%	%	%	%	%
17 711	64,4	1 741	44,0	45,3	43,0	49,9	32,2

Źródło: Badanie „Kształcenie dorosłych 2011” (N=27483 osób w wieku 18–69 lat, w tym 3955 osób w wieku 60–69 lat).

Jedną z form działań edukacyjnych, prowadzonych z myślą o aktywizowaniu osób starszych stanowią Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW), których funkcjonowanie zostało objęte ogólnopolskim badaniem, przeprowadzonym przez Główny Urząd Statystyczny w listopadzie 2015 r.<sup>22</sup>. Najliczniejszą grupę wśród słuchaczy UTW powyżej 59 r.ż. stanowiły osoby w wieku 60–64 lat – 37,4%, podczas gdy najstarsi uczestnicy – powyżej 75 r.ż. – stanowili 12,3% słuchaczy (tabela 60). Oferta UTW, obejmująca m.in. lektoraty językowe, zajęcia komputerowe oraz zajęcia z zakresu korzystania z nowoczesnych technologii informacyjnych stanowi istotny wkład w zwiększanie uczestnictwa osób starszych w działaniach edukacyjnych, wpisujących się ideę uczenia się przez całe życie, jednak wciąż słuchacze 464 objętych badaniem UTW stanowią zaledwie 1% ludności w wieku 60 lat i więcej.

**Tabela 60. Udział osób w wieku 60 lat i więcej wśród słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku (dane z roku akademickiego 2014/2015)**

Słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku OGÓŁEM	Słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku w wieku 60 lat i więcej	Osoby w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku	W tym			
			osoby w wieku 60–65 lat	osoby w wieku 66–70 lat	osoby w wieku 71–75 lat	osoby w wieku 76 lat i więcej
N	N	%	%	%	%	%
96370	81522	84,6	37,4	33,2	17,1	12,3

Źródło: Sprawozdanie z działalności Uniwersytetów Trzeciego Wieku UTW-1, GUS 2016.

### 1.7.2 Uczestnictwo osób dorosłych, w tym osób starszych, w kształceniu i szkoleniu

Dane dotyczące uczestnictwa osób dorosłych, w tym osób starszych, w kształceniu i szkoleniu dostępne są w wynikach kilku badań prowadzonych na dużych próbach statystycznych osób (tabela 61).

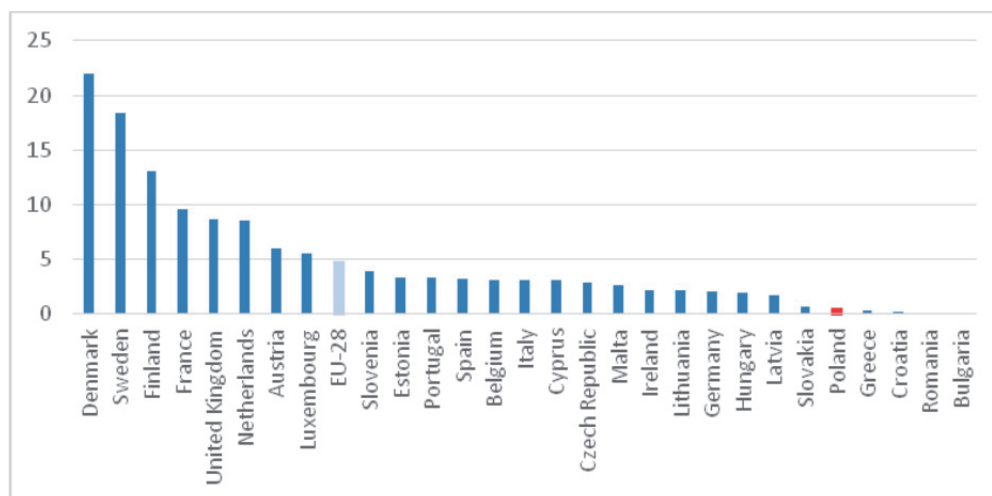
<sup>22</sup> Sprawozdanie z działalności Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW-1), GUS 2016, dane w odniesieniu do roku szkolnego 2014/2015.



**Tabela 61. Wykaz badań prowadzonych na dużych próbach statystycznych osób dotyczących uczestnictwa osób dorosłych w kształceniu i szkoleniu**

Lp.	Nazwa badania	Instytucja prowadząca lub koordynująca badanie	Wiek badanych osób	Kategorie wiekowe osób starszych*	Badany okres uczestnictwa w kształceniu i szkoleniu <sup>23</sup>
1	Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (zharmonizowane z międzynarodowym badaniem Labour Force Survey)	Eurostat, w Polsce GUS	15–74	55–74	4 tygodnie przed badaniem
2	Kształcenie dorosłych (zharmonizowane z europejskim badaniem Adult Education Survey)	Eurostat, w Polsce GUS	18–69	65–69	12 miesięcy przed badaniem
3	Bilans Kapitału Ludzkiego	PARP, UJ	25–64	55–64	4 tygodnie przed badaniem; 12 miesięcy przed badaniem
4	Uwarunkowania decyzji edukacyjnych	SGH, IBE	do 65 r.ż.	50–65	12 miesięcy przed badaniem
5	Międzynarodowe Badanie Kompetencji Osób Dorosłych OECD/PIAAC	OECD, w Polsce IBE	16–65	55–65 60–65	12 miesięcy przed badaniem
6	Diagnoza Społeczna	Rada Diagnostyki Społecznej	od 20 r.ż.	39+	w momencie badania

Źródło: opracowanie własne.

**Wykres 1. Uczestnictwo osób w wieku 55–74 lat w Europie w kształceniu lub szkoleniu w okresie 4 tygodni przed badaniem w 2015 r. (w%)**


Źródło: Labour Force Survey, Eurostat, 2015.

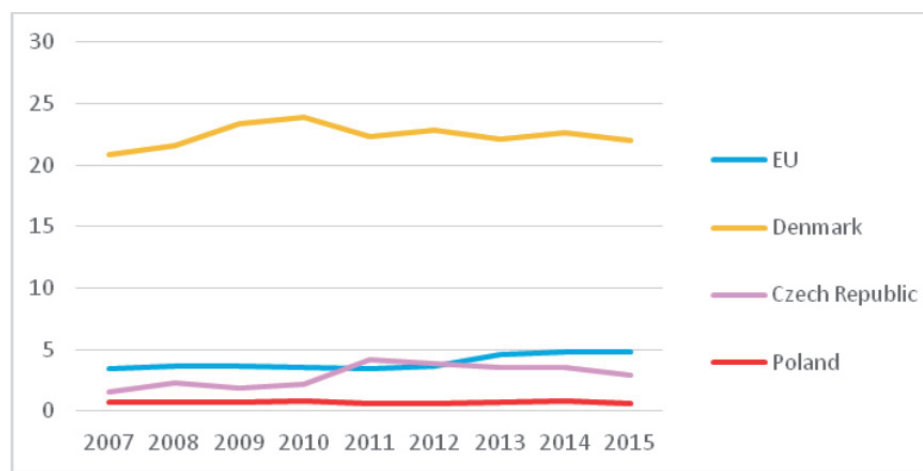
Do monitorowania uczestnictwa osób dorosłych w kształceniu lub szkoleniu wybrano w Unii Europejskiej badanie Labour Force Survey. Dotyczy ono uczestnictwa w kształceniu lub szkoleniu osób w wieku 15–74 lat w okresie 4 tygodni przed badaniem (w związku z tym odsetki osób uczestniczących w kształceniu i szkoleniu w różnych kategoriach wiekowych nie są zwykle wysokie).

<sup>23</sup> Wymienione kategorie wiekowe dotyczące osób starszych, w tym poniżej 60 roku życia, stosowane są w raportach ogłaszających wyniki badań. W razie potrzeby, można zamówić u realizatorów badań dane dotyczące wyłącznie osób od 60 roku życia.

Poziom uczestnictwa osób starszych (55–74 lata) w Polsce w kształceniu i szkoleniu należy do najniższych w UE (według danych Eurostat z 2015 r.). Wynosi ono 0,6% wobec 4,8% w UE i 22,0% w Danii, lidera w tym zakresie w UE.

Zjawisko tak niskiego uczestnictwa starszych osób w kształceniu lub szkoleniu w Polsce trwa już od dłuższego czasu – w ostatniej dekadzie jest stale na poziomie poniżej 1%.

**Wykres 2. Uczestnictwo osób w wieku 55–74 lat w Polsce na tle średniej w UE i Danii (lidera w UE) w kształceniu lub szkoleniu w okresie 4 tygodni przed badaniem w latach 2007–2015 (w%)**



Źródło: Labour Force Survey, Eurostat, 2015.

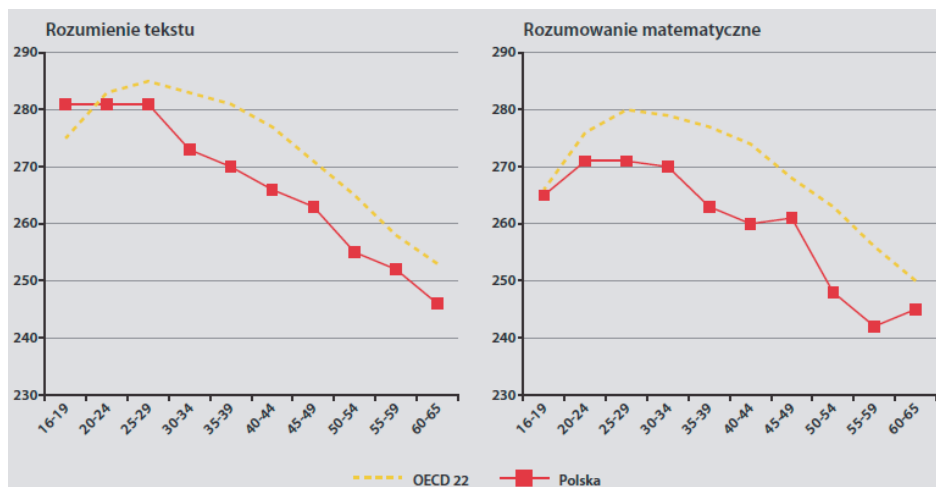
Z badania Labour Force Survey wynika, że w Polsce występuje największa w UE różnica pomiędzy poziomem uczestnictwa w kształceniu i szkoleniu osób na progu dorosłości (15–19 lat) i osobami starszymi (55–74) lat. Aktywność edukacyjna osób młodszych należy do najwyższych w Europie (95,2% uczestniczyło w kształceniu i szkoleniu w okresie 4 tygodni przed badaniem w 2015 r.), a aktywność osób starszych należy do najniższych (0,6% w 2015 r.).

### 1.7.3 Poziom umiejętności podstawowych osób starszych

Dane dotyczące umiejętności podstawowych pochodzą z badania OECD/PIAAC obejmującego osoby w wieku 16–65 lat. W Polsce realizowane ono było w latach 2011–2012 przez Instytut Badań Edukacyjnych. W dostępnych wynikach tych badań występują dwie kategorie wiekowe istotne z perspektywy monitorowania sytuacji osób starszych: 55–65 lat oraz 60–65 lat.

Badanie PIAAC w Polsce wykazało, iż przeciętny poziom umiejętności podstawowych osób dorosłych obniża się wraz z wiekiem od około 30 roku życia – podobnie jak w innych krajach, które wzięły udział w tym badaniu. Jednakże spadek poziomu tych umiejętności w kolejnych grupach wiekowych jest w Polsce wyższy niż w wielu innych krajach. W Polsce, osoby w wieku 16–24 oraz 55–65 lat dzielą 32 punkty na skali rozumienia tekstu i 25 punktów w rozumowaniu matematycznym. Ponadto, 38% osób młodych posiada wysokie umiejętności wykorzystywania TIK, wśród osób starszych odsetek ten wynosi zaledwie 3%.

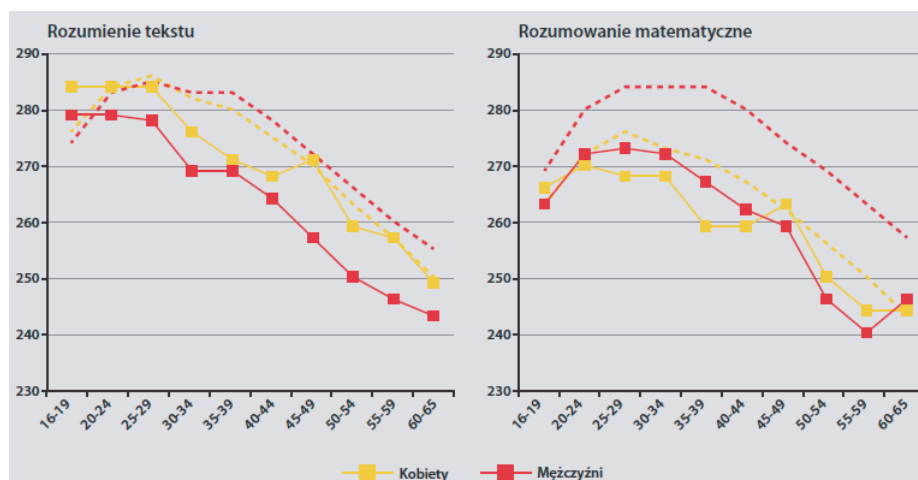
**Wykres 3. Spadek poziomu umiejętności podstawowych w kolejnych grupach wiekowych po 30 roku życia w Polsce (linia ciągła) na tle średniej krajów OECD, które brały udział w badaniu PIAAC w latach 2011–2012 (linia przerywana)**



Źródło: Survey of Adult Skills (PIAAC), OECD 2013, s. 54.

Spadek poziomu tych umiejętności w kolejnych grupach wiekowych osób dorosłych w Polsce dotyczy przede wszystkim mężczyzn.

**Wykres 4. Spadek poziomu umiejętności podstawowych w kolejnych grupach wiekowych po 30 roku życia w Polsce (linia ciągła) na tle średniej krajów OECD, które brały udział w badaniu PIAAC w latach 2011–2012 (linia przerywana) – z uwzględnieniem płci.**



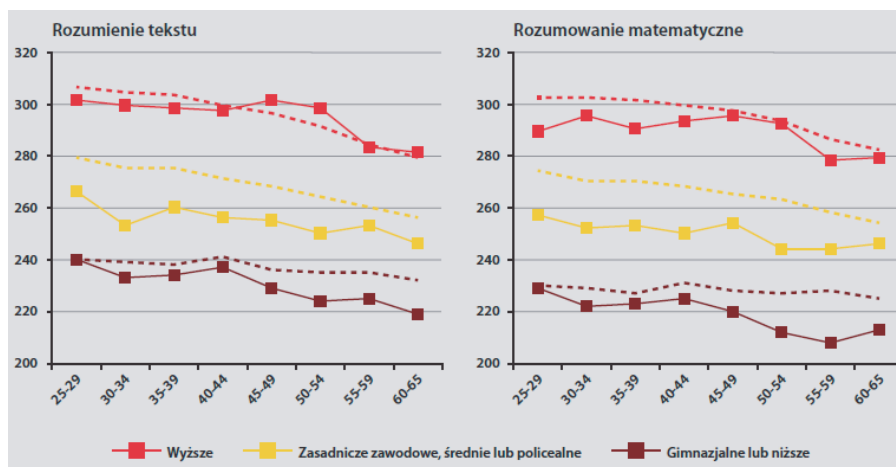
Źródło: Survey of Adult Skills (PIAAC), OECD 2013, s. 55.

Największe różnice poziomu umiejętności podstawowych osób starszych w Polsce i OECD dotyczą osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym.

W najstarszej kategorii wiekowej widać także większe różnice poziomów umiejętności podstawowych w Polsce i krajach OECD wśród osób bezrobotnych i biernych zawodowo. Zauważając względnie dobry wynik starszych osób pracujących z wykształceniem wyższym w Polsce wobec

podobnych osób w OECD należy pamiętać, że wskaźnik zatrudnienia osób starszych w Polsce jest znacznie niższy niż średnio w OECD. Tak więc wśród starszych osób pracujących może być więcej osób o lepszych umiejętnościach (jako efekt selekcji).

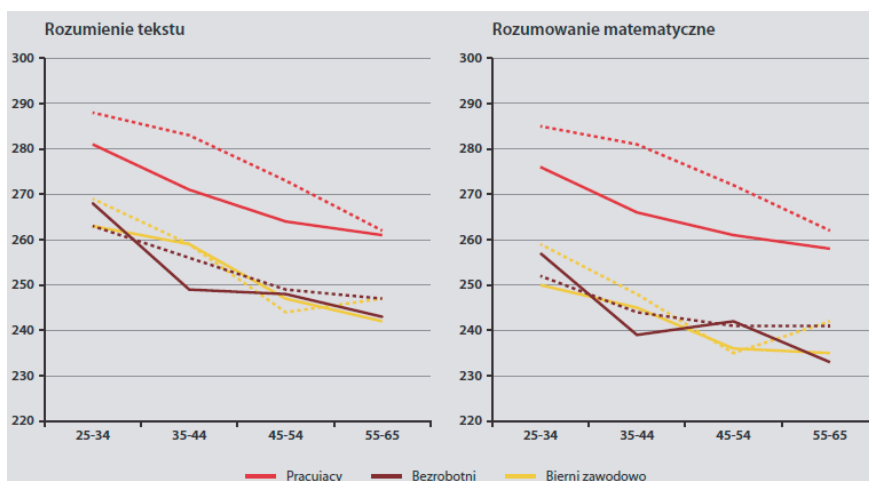
**Wykres 5. Spadek poziomu umiejętności podstawowych w kolejnych grupach wiekowych po 30 roku życia w Polsce (linia ciągła) na tle średniej krajów OECD, które brały udział w badaniu PIAAC w latach 2011–2012 (linia przerywana) – z uwzględnieniem poziomu wykształcenia**



Źródło: Survey of Adult Skills (PIAAC), OECD 2013, s. 58.

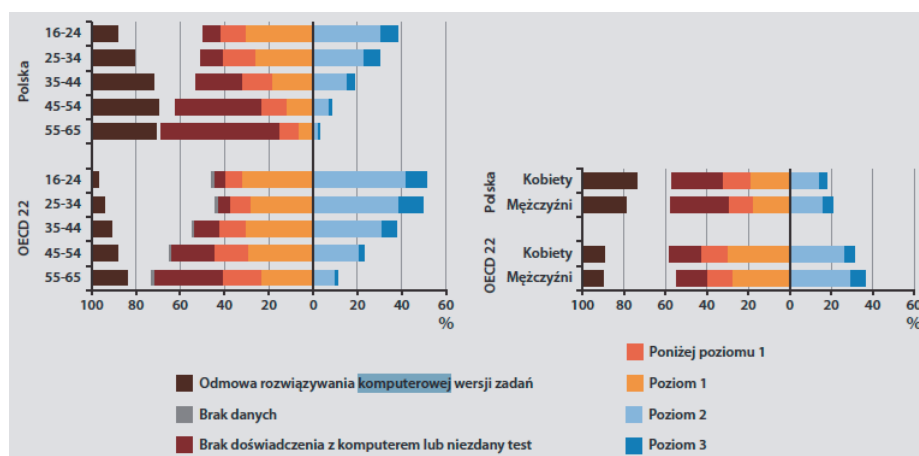
Różnice poziomów umiejętności pomiędzy młodszymi i starszymi osobami w Polsce oraz pomiędzy starszymi osobami w różnych krajach widoczne są zwłaszcza w zakresie umiejętności cyfrowych. Wśród osób starszych w Polsce jest mało osób reprezentujących wyższe poziomy umiejętności cyfrowych oraz znacznie więcej osób odmawiających udział w badaniu tych umiejętności lub nieobeznanych z komputerem.

**Wykres 6. Spadek poziomu umiejętności podstawowych w kolejnych grupach wiekowych po 30 roku życia w Polsce (linia ciągła) na tle średniej krajów OECD, które brały udział w badaniu PIAAC w latach 2011–2012 (linia przerywana) – z uwzględnieniem statusu na rynku pracy**



Źródło: Survey of Adult Skills (PIAAC), OECD 2013, s. 81.

**Wykres 7. Odsetek osób w wieku 16–65 lat wg poziomów umiejętności wykorzystywania TIK oraz wieku i płci w Polsce i OECD**



Źródło: Survey of Adult Skills (PIAAC), OECD 2013, s. 121.

#### 1.7.4 Uczestnictwo w kulturze osób w wieku 60 lat lub więcej

W 2014 r. osoby w wieku 60 lat lub więcej stanowiły 10,3% ogółu czytelników zarejestrowanych w bibliotekach publicznych, tj. takich, którzy dokonali co najmniej 1 wypożyczenia w roku sprawozdawczym (tabela 62).

**Tabela 62. Czytelnicy bibliotek publicznych**

Wyszczególnienie	Ogółem	W tym w wieku 60 lat i więcej
		razem
Czytelnicy bibliotek publicznych	6302511	646491
w % ogółu czytelników		10,30%

Źródło: Wyniki badania 1.28.01 na sprawozdaniu K-03, GUS.

Osoby starsze biorą aktywny udział w formach działalności kulturalnej organizowanych przez centra kultury, domy i ośrodki kultury oraz kluby i świetlice (tabela 63). W 2014 r. osoby w wieku 60 lat lub więcej stanowiły 18,5% ogólnej liczby członków grup i zespołów artystycznych działających w tych instytucjach (w miastach – 16,8%, a na wsi – 21,5%). W gronie osób wchodzących w skład zespołów wokalnych i chórów 40,2% to osoby w wieku 60 lat lub więcej (w miastach – 41,3%, a na wsi – 38,1%), a członkowie zespołów folklorystycznych w tym wieku stanowili 33,5% ogólnej liczby członków takich zespołów (w miastach – 29,1%, a na wsi – 36,9%).

Aktywny udział osób w wieku 60 lat lub więcej odnotowano w ramach działalności różnorodnych kół zainteresowań, klubów i sekcji we wspomnianych instytucjach kultury. Osoby starsze liczyły blisko 2/5 uczestników tych stałych form działalności (38,7%), choć ich udział był mocno zróżnicowany w zależności od tematyki i formy organizowanych zajęć. Osoby w wieku 60 lat lub więcej stanowiły 56,8% uczestników zajęć kół gospodyń, 48,6% osób biorących udział

w spotkaniach dyskusyjnych klubów filmowych, 40,3% – uczestników zajęć informatycznych, a 38,9% – członków kół literackich.

Osoby starsze korzystały także z kursów oferowanych przez instytucje kultury, a w gronie absolwentów kursów było 14,2% osób w wieku 60 lat lub więcej. Warto zwrócić uwagę na istotny odsetek osób w wieku 60 lat lub więcej wśród absolwentów kursów komputerowych – 62,1% (w miastach – 71,1%, a na wsi – 48,6%), a także kursów języków obcych – 24,6% i wiedzy praktycznej – 19,5%.

**Tabela 63. Udział osób starszych w formach aktywności kulturalnej organizowanych przez domy, ośrodki i centra kultury, kluby i świetlice**

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś	W tym w wieku 60 lat i więcej		
				razem	miasta	wieś
<b>Członkowie grup artystycznych w domach, ośrodkach i centrach kultury, klubach i świetlicach:</b>						
ogółem	266578	168322	98256	49396	28252	21144
w tym: teatralnych	30308	19357	10951	3590	2418	1172
muzycznych, instrumentalnych	42458	25952	16506	5308	3520	1788
wokalnych i chórów	51250	33143	18107	20606	13702	6904
folklorystycznych	52371	23221	29150	17530	6764	10766
tanecznych	85178	62030	23148	2120	1737	383
<b>Członkowie kół/klubów/sekcji w domach, ośrodkach i centrach kultury, klubach i świetlicach:</b>						
ogółem	422861	277114	145747	163819	108929	54890
w tym: plastycznych/ technicznych	81314	58339	22975	6251	5010	397
tanecznych	62612	46537	16075	3758	3361	397
informatycznych	6188	4287	1901	2495	2260	235
fotograficznych i filmowych	6400	4922	1478	826	723	103
teatralnych	18927	11285	7642	1696	1088	608
turystycznych i sportowo-rekreacyjnych	44664	31789	12875	10621	9330	1291
seniora/ Uniwersytetów Trzeciego Wieku	106148	76909	29239	96648	70464	26184
dyskusyjnych klubów filmowych	6524	6272	252	3172	3158	14
kół gospodyń wiejskich	55186	12141	43045	31357	7809	23548
literackich	4235	3790	945	1648	1482	166
<b>Absolwenci kursów organizowanych przez domy, ośrodki i centra kultury, kluby i świetlice:</b>						
ogółem	123414	79447	43967	17575	12639	4936
w tym: języków obcych	15528	11323	4205	3825	3392	433
plastycznych	26519	14472	12047	3098	1822	1276
nauki gry na instrumentach	25376	16354	9022	156	101	55
wiedzy praktycznej	14260	7973	6287	2786	1528	1258
tańca	28812	20370	8442	1522	1433	89
komputerowych	9305	5586	3719	5778	3970	1808

Źródło: Wyniki badania 1.28.01 na sprawozdaniu K-03, GUS.

Z badania uczestnictwa ludności w kulturze w 2014 r. (tabela 64) wynika, że aktywność kulturalna osób w wieku 60 lat lub więcej była znacznie niższa w większości form uczestnictwa niż całej badanej zbiorowości (w wieku 15 lat lub więcej). Jedynie w przypadku czytelnictwa prasy odnotowano wyższe odsetki osób starszych niż całej populacji (czytanie gazet 73,7% wobec 71,0% i czasopism – 76,0% wobec 74,8%), a także w grupie osób deklarujących oglądanie telewizji (98,3% wobec 97,6%) oraz chodzących na przedstawienia operowe i do operetki (6,7% wobec 5,3%) i na koncert filharmoniczne (6,2% wobec 6,0%). Istotne różnice wskazujące na niższą aktywność osób starszych odnotowano w przypadku słuchania muzyki – 80,9% badanej populacji w wieku 15 lat lub więcej deklarowało słuchanie muzyki, a 68,8% osób w wieku 60 lat lub więcej, uczęszczania do kina – 45,0% wobec 21,8%, a także korzystania z komputera (62,5% wobec 25,6%) i Internetu (62,2% wobec 25,1%).

**Tabela 64. Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w kulturze w 2014 r. (w % danej grupy)**

Wyszczególnienie	Ogółem (15 lat i więcej)	W tym w wieku 60 lat i więcej				
		razem	miasta	wieś	mężczyźni	kobiety
Oglądający telewizję	97,6	98,3	98,7	97,7	98,3	98,3
Słuchający radia	85,2	82,5	82,7	82,1	83,8	81,7
Chodzący do kina	45,0	21,8	27,9	10,3	21,5	22,0
Używający komputera	62,5	25,6	32,2	13,4	29,9	23,2
Korzystający z Internetu	62,2	25,1	31,9	12,5	29,6	22,6
Czytający książki	54,1	49,7	58,8	32,8	40,7	54,9
Czytający gazety	71,0	73,7	77,9	65,9	77,7	71,4
Czytający czasopisma	74,8	76,0	78,9	70,6	71,6	78,5
Uczęszczający do biblioteki	24,4	15,1	18,5	8,7	9,8	18,1
Słuchający muzyki	80,9	68,8	74,2	58,8	68,3	69,1
Chodzący do opery/ operetki	5,3	6,7	8,8	2,7	5,8	7,1
Chodzący do filharmonii	6,0	6,2	8,1	2,7	5,7	6,5
Chodzący do teatru	15,6	10,7	13,9	4,7	9,8	11,2
Chodzący na imprezy sportowe	22,1	6,5	7,2	5,2	12,0	3,3
Zwiedzający muzea (w kraju)	19,9	14,9	19,2	6,8	14,7	15,0
Zwiedzający zabytki (w kraju)	29,4	21,0	25,6	12,4	21,3	20,8

Źródło: Badanie modułowe „Uczestnictwo w kulturze” (DS-58I), GUS.

Udział osób starszych mieszkających w miastach był wyższy niż wśród mieszkańców wsi we wszystkich formach aktywności kulturalnej, co wynika przede wszystkim z trudniejszego dostępu do kultury ludności wiejskiej, w szczególności do instytucji artystycznych.

Wśród osób w wieku 60 lat lub więcej, podobnie jak w całej badanej populacji, w większości form aktywności kulturalnej bardziej aktywne były kobiety niż mężczyźni. Więcej kobiet niż mężczyzn czytało książki (54,9% wobec 40,7%) i czasopisma (78,5% wobec 71,6%) oraz uczęszczało do instytucji kultury. Z kolei więcej mężczyzn niż kobiet czytało gazety (77,7% wobec 71,4%) oraz korzystało z komputera (29,9% wobec 23,2%) i Internetu (29,6% wobec 22,6%).

### I.7.5 Aktywność sportowa

Z badań prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny<sup>24</sup> wynika, iż osoby w wieku 60 lub więcej lat stosunkowo rzadko uczestniczyły w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej – jedynie prawie co czwarta osoba (24,6%) wśród ogółu tej grupy wiekowej podjęła takie uczestnictwo (tabela 65). Deklaracja o uczestnictwie regularnym, częstym dotyczyła 11,4% osób starszych, natomiast 13,2% stanowiły deklaracje o sporadycznym udziale w sporcie lub rekreacji ruchowej. Mężczyźni w tej grupie wiekowej byli nieco bardziej aktywni sportowo-rekreacyjnie niż kobiety (o 5,3 p.p.).

**Tabela 65. Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej w 2012 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem		Z liczby ogółem			
	razem	w tym regularnie / często	mężczyźni		kobiety	
			razem	w tym regularnie / często	razem	w tym regularnie / często
w odsetkach ogółu danej grupy						
średnia dla kraju – ogółem	45,9	20,3	48,8	21,8	43,3	18,9
60 lat i więcej (60+)	24,6	11,4	27,9	11,9	22,6	11,1

Źródło: badanie 1.30.15 Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej (dotyczy okresu od 01/10/2011 do 30/09/2012), GUS.

### I.7.6 Aktywność turystyczna osób starszych

W grupie kobiet w wieku 15 lat i więcej uczestniczących w podróżach (krajowych i zagranicznych) z co najmniej 1 noclegiem w celu prywatnym (wypoczynek, rekreacja i wakacje, odwiedziny u krewnych lub znajomych, zdrowotny, religijny, pielgrzymka, edukacyjny, zakupy) – osoby w wieku 60 lat i więcej w 2015 r. stanowiły 20,8%. W przypadku mężczyzn odsetek ten wyniósł 17,8%.

Osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły w 2015 r. 20,9%, mieszkańców miast w wieku 15 lat i więcej uczestniczących w podróżach (krajowych i zagranicznych) z co najmniej 1 noclegiem w celu prywatnym. Mieszkańcy wsi rzadziej uczestniczą w podróżach – 16,2% (tabela 66).

<sup>24</sup> Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej, GUS 2013.



**Tabela 66. Uczestnictwo osób starszych w podróżach w 2015 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem (populacja w wieku 15 lat i więcej uczestnicząca w wyjazdach)		Przedział wiekowy			
			15-59 lat		60 lat i więcej	
	mężczyzna	kobieta	mężczyzna	kobieta	mężczyzna	kobieta
<b>ROK<sup>a</sup></b>	<b>26,1</b>	<b>28,0</b>	<b>21,4</b>	<b>22,2</b>	<b>4,6</b>	<b>5,8</b>
I kwartał <sup>b</sup>	4,0	4,1	3,5	3,5	0,4	0,6
II kwartał <sup>b</sup>	5,0	5,9	4,0	4,8	1,0	1,1
III kwartał <sup>b</sup>	14,8	16,6	12,7	14,3	2,1	2,3
IV kwartał <sup>b</sup>	3,4	3,8	2,8	3,0	0,6	0,8
	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś
<b>ROK<sup>a</sup></b>	<b>36,8</b>	<b>17,3</b>	<b>29,1</b>	<b>14,5</b>	<b>7,7</b>	<b>2,8</b>
I kwartał <sup>b</sup>	6,2	1,9	5,4	1,6	0,8	0,2
II kwartał <sup>b</sup>	7,7	3,2	5,9	2,9	1,8	0,3
III kwartał <sup>b</sup>	22,2	9,2	18,9	8,1	3,3	1,0
IV kwartał <sup>b</sup>	5,2	2,0	4,1	1,7	1,1	0,3

<sup>a</sup> dotyczy wszystkich podróży łącznie (krajowych i zagranicznych z co najmniej z 1 noclegiem, w celu prywatnym – wypoczynek, rekreacja i wakacje, odwiedziny u krewnych lub znajomych, zdrowotny, religijny, pielgrzymka, edukacyjny, zakupy, inny), dana osoba jest liczona jeden raz nawet jeśli uczestniczyła w więcej niż jednej podróży.

<sup>b</sup> dotyczy wszystkich podróży łącznie (krajowych i zagranicznych z noclegiem i bez noclegu, w celu prywatnym – wypoczynek, rekreacja i wakacje), dana osoba jest liczona jeden raz nawet jeśli uczestniczyła w więcej niż jednej podróży.

Źródło: badanie GUS „Uczestnictwo mieszkańców Polski (rezydentów) w podróżach”, formularz PKZ.

## 1.8 Równe traktowanie i przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek

Sytuację osób starszych w obszarze równego traktowania oraz przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na wiek w 2015 r. monitorował Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania.

W 2015 r. do biura Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania wpłynęło 18 wniosków lub próśb o podjęcie interwencji w związku z dyskryminacją ze względu na wiek. Szczegółowe dane z podziałem na poszczególne lata przedstawia tabela 67.

**Tabela 67. Liczba wpływających wniosków i interwencji Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania wg obszaru dyskryminacji**

Obszar dyskryminacji	2011	2012	2013	2014	2015
Dyskryminacja ze względu na wiek	46	30	45	25	18

Źródło: dane Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania.

Należy jednak zaznaczyć, iż autorzy wniosków i interwencji wpływających do Pełnomocnika skarżąc się na dyskryminacje m.in. ze względu na wiek, *de facto* zwracają się w sprawach, które nie dotyczą dyskryminacji, lecz innych zdarzeń lub procesów, odbieranych jako niesprawiedliwe społecznie lub niezgodne z prawem. Wśród ww. spraw, które wpłynęły do Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania w 2015 r., także nie wszystkie dotyczyły osób starszych w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych.

## I.9 Sytuacja niepełnosprawnych osób starszych

### I.9.1 Niepełnosprawne osoby starsze

Według Eurostatu, w Polsce pod koniec 2014 r. blisko co druga osoba w wieku 60 lat i więcej została zaliczona do populacji osób niepełnosprawnych biologicznie (osób, które z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują), wśród siedemdziesięciolatek – trochę więcej niż połowa zbiorowości, zaś wśród najstarszych (85+) – ponad 3/4 zbiorowości. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej rośnie znacząco po ukończeniu 70 r.ż. Starsze kobiety, zwłaszcza po ukończeniu 70 r.ż. (znacznie częściej niż mężczyźni w tym wieku) zaliczane są do populacji osób niepełnosprawnych; jedynie wśród sześćdziesięciolatek częstość niepełnosprawności biologicznej u mężczyzn była wyższa niż wśród kobiet.

Oceniając poziom niepełnosprawności biologicznej osób starszych w Polsce (w końcu 2013 r.) można stwierdzić, że kształtuje się ona na nieco wyższym poziomie niż średnia unijna. Tym niemniej, w wielu krajach Europy udział osób starszych niepełnosprawnych biologicznie jest dużo wyższy niż w Polsce, np. na Łotwie i w Słowacji 3/4 osób starszych to osoby niepełnosprawne biologicznie; natomiast w Estonii, Rumunii, na Litwie, we Włoszech, na Węgrzech, w Grecji i w Niemczech około 60–70% populacji osób starszych stanowią niepełnosprawni biologicznie.<sup>25</sup>

**Tabela 68. Osoby niepełnosprawne w wieku 60 lat i więcej według płci, grup wieku i miejsca zamieszkania**

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby niepełnosprawne	
		osoby z prawnym potwierdzeniem niepełnosprawności	tylko biologicznie
		w tysiącach	
<b>Ogółem</b>	2513	1501	1012
w tym w wieku:			
60–64 lata	597	411	186
65–69 lat	402	253	149
70–74 lata	463	281	182
75–79 lat	456	259	197
80 lat i więcej	594	296	298
<b>Miasta</b>	1654	1041	613
<b>Wieś</b>	859	460	399
Mężczyźni	1011	669	342
Kobiety	1502	831	670
Z liczby ogółem osoby mieszkające w 1-osobowych gospodarstwach domowych	613	341	271

Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011.

<sup>25</sup> „Ludność w wieku 60 lat i więcej”, GUS (Informacja dla Komisji Polityki Senioralnej, przekazana w dniu 19 lutego 2016 r.)

Według wyników ostatniego spisu ludności mieszkańców z 2011 r. wśród ogółu ludności Polski prawie 4,7 mln osób (tj. ponad 12% populacji) określiło swój stan zdrowia jako niezadawalający, tj. stwierdziło problemy zdrowotne (kalectwo lub chorobę przewlekłą) długotrwale ograniczające możliwość wykonywania codziennych czynności.

Wśród tej zbiorowości osób ponad 2,5 mln osób to ludzie starsi – w wieku co najmniej 60 lat, co w 2011 r. stanowiło ponad połowę (54%) zbiorowości osób niepełnosprawnych.

Większość (1501 tys., tj. 60%) niepełnosprawnych osób starszych dysponowała prawnym potwierdzeniem swej niepełnosprawności. Wśród nich najbardziej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 60–64 lata oraz w wieku 80 lat i więcej. Należy jednak zaznaczyć, że wśród osób niepełnosprawnych powyżej 80 r.ż., liczebności posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, jak i deklarujących jedynie ograniczenie sprawności (niepełnosprawni tylko biologicznie), były niemal równe.

Starsze osoby niepełnosprawne zdecydowanie częściej (prawie 66%) mieszkały w miastach niż na wsi, jak również częściej posiadały orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność.

Wśród osób starszych niepełnosprawnych (w wieku 60 lat i więcej) największą grupę stanowiły osoby, które zakończyły swoją edukację na poziomie szkoły podstawowej (542 tys., tj. 31,8%), zasadniczej szkoły zawodowej (450 tys., tj. 26,4%) lub średniej szkoły zawodowej (327 tys., tj. 19,2%). W dalszej kolejności znajdowały się osoby, które legitymowały się wykształceniem średnim ogólnokształcącym (130 tys., tj. 7,5%), niepełnym podstawowym (64 tys., tj. 3,8%), wyższym (150 tys., tj. 8,8%) oraz policealnym (42 tys., tj. 2,5%).

Aktywność społeczną i zawodową starszych osób niepełnosprawnych, oprócz takich cech jak miejsce zamieszkania czy poziom wykształcenia, warunkuje z pewnością poziom ograniczeń funkcjonalnych skutkujących niepełnosprawnością, przekładający się na stopień orzeczonej niepełnosprawności. Wśród osób w wieku 60 lat i więcej w 2015 r. największą grupę stanowiły osoby z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (715 tys., tj. 41,9%). Pozostałe grupy to osoby, u których orzeczono znaczny (541 tys., tj. 31,7%) oraz lekki stopień niepełnosprawności (451 tys., tj. 26,4%).

## **I.9.2 Aktywność zawodowa niepełnosprawnych osób starszych**

W rehabilitacji osób niepełnosprawnych ważną rolę pełni ich aktywność zawodowa. Oprócz tego, że pozwala ona osiągnąć większą niezależność ekonomiczną, to umacnia także uczucie przydatności społecznej i zapobiega izolacji tych osób. Z całą pewnością aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych jest powiązana z wiekiem i stopniem niepełnosprawności.

Dane dotyczące poziomu aktywności zawodowej i poziomu zatrudnienia starszych osób niepełnosprawnych (tj. w wieku 60 lat i więcej) dostępne są na podstawie wyników Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), prowadzonego przez GUS. Dane dotyczące bezrobocia starszych osób niepełnosprawnych dostępne są w oparciu o sprawozdawczość prowadzoną przez powiatowe urzędy pracy.

W 2015 r. wśród osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej aktywnych zawodowo było 105 tys. Współczynnik aktywności zawodowej dla nich kształtował się na poziomie 6,2% i był wyższy dla mieszkańców miast (6,9%) niż wsi (4,6%) oraz wyższy dla mężczyzn (8,9%) niż dla kobiet (3,5%).

Wśród aktywnych zawodowo osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej pracujących było 99 tys. (94,3%). W tej grupie przeważały osoby pracujące w pełnym wymiarze czasu pracy (60 tys., tj. 61%). Pozostałe 39 tys. osób zatrudnionych było w niepełnym wymiarze (39 tys., tj. 39%). Wskaźnik zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej kształtował się na poziomie 5,8% i był wyższy dla mężczyzn (8,3%) niż dla kobiet (3,4%) oraz dla mieszkańców miast (6,4%) niż wsi (4,4%). W grupie osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej zdecydowaną większość stanowili mężczyźni (74 tys., tj. 70,5%). Z tego, pracujących mężczyzn było 69 tys. (69,7%). Kobiet było 31 tys. (29,5%), w tym pracujących – 30 tys. (30,3%).

Spośród aktywnych zawodowo osób niepełnosprawnych w analizowanej grupie wiekowej zdecydowana większość była mieszkańcami miast (79 tys., tj. 75,2%). Pozostałe 26 tys. osób zamieszkiwało wieś (24,8%). Z tego, blisko trzy na cztery osoby pracujące były mieszkańcami miasta (w mieście 73 tys., tj. 73,7% na wsi 25 tys., tj. 25,3%)<sup>26</sup>. W grudniu w 2015 r. w powiatowych urzędach pracy zarejestrowanych było 90 310 osób bezrobotnych będących w wieku 60–64 lata, z tego 12 470 osób niepełnosprawnych (13,1%).

Istotnym wskaźnikiem opisującym sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy jest także odsetek osób pozostających poza siłą roboczą, tj. ludności biernej zawodowo. W 2015 r. wśród osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej biernych zawodowo było 1601 tys. osób (93,8% ogółu niepełnosprawnych w tym wieku). W tej grupie przeważały kobiety (848 tys., tj. 53%). Mężczyźni stanowili 47-procentową grupę osób (754 tys.). Bierni zawodowo zdecydowanie częściej zamieszkiwali miasto – 66,4% (1063 tys.) niż wieś – 33,7% (539 tys.).

## I.10 Subiektywna ocena sytuacji osób starszych<sup>27</sup>

W 2016 r. Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS, w porozumieniu z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przeprowadziło badanie dotyczące sytuacji osób starszych. Badanie zostało zrealizowane w lipcu i sierpniu 2016 r.. W badaniu wzięło udział 587 osób w wieku 60 lat i więcej. Łączna liczba respondentów wynosiła 2016 osób.

Badanie przeprowadzone zostało w następujących obszarach:

- aktywność;
- dyskryminacja osób starszych;
- niesamodzielność;

<sup>26</sup> Odsetki aktywnych zawodowo pracujących nie sumują się do 100%, gdyż w przypadku, gdy szacunek danych jest mniejszy niż 5 tys., to w badaniu BAEL nie podaje się konkretnej wartości ze względu na wysoki losowy błąd próby.

<sup>27</sup> Na podstawie Wstępnych wyników badania dotyczącego osób starszych realizowanego w lipcu i sierpniu 2016, CBOS, Warszawa 2016.

- gospodarstwa domowe osób starszych;
- poglądy polityczne, aktywność w praktykach religijnych;
- deklarowana ocena stanu zdrowia.

Zgodnie z wynikami badania, respondenci w wieku 60+ najczęściej spędzają czas oglądając telewizję (98,1% badanych), biorąc udział w życiu religijnym – uczestnictwo w mszach, nabożeństwach, chodzenie do kościoła (88,3%) oraz spotykając się z ze znajomymi, przyjaciółmi w domu (87,9%). Do najrzadziej wybieranych form aktywności przez uczestniczących w badaniu seniorów należało: doksztalcanie się, uzupełnianie wiedzy lub kwalifikacji (jedynie 14,1% respondentów), nauka języków obcych (8,7%), oraz uczestnictwo w różnych ciekawych zajęciach, kursach, takich jak: warsztaty z informatyki, ćwiczenia pamięci, zajęcia w ramach uniwersytetu trzeciego wieku itp. (7,2%).

**Tabela 69. Deklarowane rodzaje aktywności<sup>28</sup>**

Czy i jak często...	Tak, regularnie	Tak, od czasu do czasu	Tak, ale rzadko	Nie, nigdy	Nie dotyczy
	odsetek				
ogląda Pan(i) telewizję?	77,1	14,8	6,2	1,9	0
chodzi Pan(i) do kościoła, uczestniczy w mszach, nabożeństwach?	53,5	19,2	15,6	11,7	0
spotyka się Pan(i) ze znajomymi, przyjaciółmi w domu?	11,2	52,8	23,9	12,1	0
odwiedza Pan(i) rodzinę, krewnych poza miejscem Pana(i) zamieszkania?	7,7	40,3	36,0	15,6	0,4
czyta Pan(i) książki, czasopisma, gazety?	40,5	27,8	15,8	15,9	0
słucha Pan(i) radia, muzyki?	43,8	24,1	14,2	17,8	0
spędza Pan(i) czas ze znajomymi, przyjaciółmi poza domem?	10,1	40,0	28,1	21,7	0
chodzi Pan(i) na spacer, piesze wycieczki?	32,2	29,0	14,1	24,8	0
uprawia Pan(i) działkę, ogród?	57,6	9,5	2,5	30,4	0
opiekuje się Pan(i) wnukami/prawnukami?	25,7	22,4	10,7	34,7	6,5
poświęca się Pan(i) swojemu hobby, rozwija swoje zainteresowania?	26,2	18,4	11,7	43,7	0
pomaga Pan(i) dzieciom/rodzinie w prowadzeniu domu?	17,3	16,9	10,9	52,9	2
podróżuje Pan(i) po kraju, zwiedza różne miejsca?	4,4	18,0	23,0	54,5	0
pomaga Pan(i) dzieciom, członkom rodziny w ich działalności zarobkowej – w prowadzeniu gospodarstwa rolnego, firmy?	15,3	15,6	10,2	56,7	2,2
uprawia Pan(i) sport – gimnastykę, chodzi na basen, jeździ na rowerze itp.?	19,2	14,8	9,0	56,9	0
opiekuje się Pan(i) współmałżonkiem lub inną osobą/osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi w rodzinie?	24,2	3,9	3,6	57,5	10,7
korzysta Pan(i) z komputera, Internetu?	16,4	6,5	6,6	70,4	0
chodzi Pan(i) do kina?	0,7	7,6	18,2	73,5	0
chodzi Pan(i) do muzeów, galerii, na wystawy?	0,9	7,3	17,1	74,7	0
podróżuje Pan(i) po Europie, po świecie?	3,1	8,7	11,4	76,8	0
chodzi Pan(i) do teatru, opery, na koncerty?	1,1	6,9	14,9	77,2	0

<sup>28</sup> Odpowiedzi uszeregowano od najmniejszego udziału „nie, nigdy”.

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

pracuje Pan(i) społecznie na rzecz innych ludzi, społeczności lokalnej, sąsiadów, parafii, pracuje Pan(i) jako wolontariusz?	3,4	8,6	7,1	80,9	0
uczestniczy Pan(i) w działalności jakiejś grupy, wspólnoty religijnej?	7,9	4,4	3,9	83,8	0
dokształca się Pan(i), uzupełnia wiedzę, kwalifikacje?	3,8	5,0	5,2	86,0	0
poświęca Pan(i) czas na naukę języków obcych?	1,6	2,8	4,3	91,3	0
uczestniczy Pan(i) w różnych ciekawych zajęciach, kursach, takich jak: warsztaty z informatyki, ćwiczenia pamięci, zajęcia w ramach uniwersytetu trzeciego wieku itp.?	2,3	2,0	2,9	92,8	0

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych realizowanego w lipcu i sierpniu 2016, CBOS, Warszawa 2016.

W ramach przeprowadzonego przez CBOS badania, pełna próba respondentów została zapytana o kwestie związane z dyskryminacją osób starszych. Jedynie, co dwudziesty badany stwierdził, iż osobiście doświadczył gorszego traktowania z powodu wieku. Większość respondentów nie była ofiarą dyskryminacji ze względu na wiek, ani nie była świadkiem takiej sytuacji. Wyniki badania jednakże wskazują, iż przestrzeń, w której zauważanych jest najwięcej sytuacji związanych ze złym lub gorszym traktowaniem osób starszych są miejsca publiczne (645 respondentów wskazało, iż było świadkiem lub osobiście doświadczyło dyskryminacji w miejscach publicznych) oraz placówki służby zdrowia (444 respondentów).

**Tabela 70. Dyskryminacja osób starszych<sup>29</sup>**

<b>W swojej rodzinie?</b>	Liczba osób	Odsetek respondentów
Tak, osobiście tego doświadczyły(a)m	54	2,7
Tak, były(a)m świadkiem takiej sytuacji	181	9,0
Nie	1784	88,7
Trudno powiedzieć	6	0,3
Ogółem	2012	100
<b>W placówkach służby zdrowia?</b>	Liczba osób	Odsetek respondentów
Tak, osobiście tego doświadczyły(a)m	68	3,4
Tak, były(a)m świadkiem takiej sytuacji	376	18,6
Nie	1567	77,8
Trudno powiedzieć	19	1,0
Ogółem	2015	100
<b>W urzędach, w bankach?</b>	Liczba osób	Odsetek respondentów
Tak, osobiście tego doświadczyły(a)m	33	1,7
Tak, były(a)m świadkiem takiej sytuacji	219	10,9
Nie	1759	87,3
Trudno powiedzieć	11	0,6
Ogółem	2015	100
<b>W miejscach publicznych?</b>	Liczba osób	Odsetek respondentów
Tak, osobiście tego doświadczyły(a)m	52	2,6
Tak, były(a)m świadkiem takiej sytuacji	593	29,4
Nie	1377	68,3
Trudno powiedzieć	9	0,4
Ogółem	2015	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

<sup>29</sup> W ramach pytania respondent miał możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi.

Wiele osób po osiągnięciu pewnego wieku ma trudności z wykonywaniem samodzielnie niektórych codziennych czynności, takich na przykład, jak: załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się, higiena osobista. Kolejna część badania dotyczyła wystąpienia ryzyka niesamodzielności, które wzrasta wraz z wiekiem. Większość respondentów (60,9%) deklarowało, iż zna osobiście osoby starsze posiadające problemy w związku z ograniczoną samodzielnością.

**Tabela 71. Niesamodzielne osoby starsze**

Czy zna Pan(i) osobiście kogoś starszego, o ograniczonej samodzielności?		
	Liczba osób	Odsetek respondentów
Tak	786	39,1
Nie	1222	60,9
Ogółem	2008	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

117 respondentów deklarowało, iż mają trudności z wykonywaniem samodzielnie niektórych codziennych czynności. W tej grupie największy odsetek osób deklarowało potrzebę uzyskania pomocy w załatwianiu spraw w instytucjach publicznych (60,3%), udzielenia porad prawnych w ważnych sprawach (56,5%) oraz w prowadzeniu gospodarstwa domowego (53,9%). Najmniejszy odsetek niesamodzielnych respondentów deklarował potrzebę otrzymania pomocy w czynnościach związanych z higieną osobistą i ubieraniem się (25%).

**Tabela 72. Deklarowane obszary pomocy przez niesamodzielnych respondentów<sup>30</sup>**

Jaka pomoc jest Panu(i) potrzebna?	Tak	Nie
	odsetek	
Czy pomoc w załatwianiu spraw u lekarza, w urzędzie, banku itp.?	60,3	39,7
Czy udzielanie porad w ważnych sprawach?	56,5	43,5
Czy pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego (zakupy, sprzątanie, pranie, przygotowywanie posiłków)?	53,9	46,1
Czy pomoc finansowa?	52,2	47,8
Czy pielęgnacja w chorobie?	48,6	51,4
Czy dotrzymanie towarzystwa (w domu, na spacerze, w kościele)?	48,4	51,6
Czy pomoc w czynnościach związanych z higieną osobistą (mycie, kąpiele) i ubieraniem się?	25,0	75,0
Czy jeszcze jakaś inna pomoc jest Panu(i) potrzebna?	6,9	93,1

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych...

W grupie 117 respondentów deklarujących ograniczoną samodzielność osobami świadczącymi pomoc są w głównej mierze dzieci – 67,7% deklaracji, sąsiedzi – 40,5% oraz współmałżonkowie – 39,3%. Respondenci najrzadziej wskazywali takie podmioty jak: pielęgniarzka środowiskowa – 5,1%, osoba z parafii bądź organizacji charytatywnej – 4,8%, a także opiekunka z ośrodka pomocy społecznej – 3,5%.

<sup>30</sup> Odpowiedzi uszeregowano od największego udziału „Tak”.

**Tabela 73. Podmioty udzielające pomocy niesamodzielnym respondentom<sup>31</sup>**

Kto na ogół pomaga Panu(i)?	Tak	Nie
	odsetek	
Dzieci	67,7	32,3
Sąsiedzi	40,5	59,5
Współmałżonka(ek)	39,3	60,7
Wnuki	38,6	61,4
Ktoś z grona przyjaciół	33,9	66,1
Ktoś z grona znajomych	28,3	71,7
Rodzeństwo	25,5	74,5
Dalsza rodzina	19,9	80,1
Ktoś inny	11,8	88,2
Płatna opiekunka	5,9	94,1
Pielęgniarka środowiskowa	5,1	94,9
Ktoś z parafii lub organizacji charytatywnej	4,8	95,2
Opiekunka z ośrodka pomocy społecznej	3,5	96,5

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

Respondenci deklarujących ograniczoną samodzielność najczęściej wskazywali na otrzymywanie wsparcia w postaci prowadzenia gospodarstwa domowego (69,2%), dotrzymywaniu towarzystwa (69%) oraz w postaci otrzymywania porad w ważnych sprawach (68,8%). Najmniejsza liczba respondentów zadeklarowała otrzymywanie pomocy w wykonywaniu czynności związanych z higieną osobistą i ubieraniem się (27,3%) oraz otrzymywanie wsparcia finansowego (24,5%)

**Tabela 74. Rodzaj otrzymywanej pomocy<sup>32</sup>**

W jaki sposób na ogół pomagają Panu(i) te osoby?	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
	w procentach		
Czy pomagają w prowadzeniu gospodarstwa domowego (zakupy, sprząatanie, pranie, przygotowywanie posiłków)?	69,2	30,8	0,0
Czy pomagają dotrzymując towarzystwa (w domu, na spacerze, w kościele)?	69,0	31,0	0,0
Czy pomagają udzielając porad w ważnych sprawach?	68,8	26,9	4,2
Czy pomagają pielęgnując w chorobie?	64,4	35,6	0,0
Czy pomagają w załatwianiu spraw u lekarza, w urzędzie, banku itp.?	61,9	38,1	0,0
Czy pomagają w czynnościach związanych z higieną osobistą (mycie, kąpiele) i ubieraniem się?	27,3	72,7	0,0
Czy pomagają finansowo?	24,5	73,1	2,4
Czy pomagają w inny sposób?	20,1	70,6	9,3

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

<sup>31</sup> Odpowiedzi uszeregowano od największego udziału „Tak”.

<sup>32</sup> Jak wyżej.



W ramach przeprowadzanego badania, analizie zostały poddane informacje związane z deklarowaną sytuacją gospodarstw domowych osób starszych. Największy odsetek respondentów w wieku powyżej 60 lat deklarował zamieszkiwanie w dwuosobowym (47,5%) lub w jednoosobowym gospodarstwie domowym (20,2%). Jedynie, co trzecia osoba starsza biorąca udział w badaniu deklarowała zamieszkiwanie w większym niż dwuosobowym gospodarstwie domowym.

W przypadku kilkuosobowych gospodarstw domowych respondentów w wieku senioralnym największy odsetek osób deklarował prowadzenie gospodarstwa domowego ze współmałżonkiem(a)/partnerem(a) – 40,6%. Żadna z badanych osób starszych nie prowadziła gospodarstwa domowego z osobom niespokrewnioną.

**Tabela 75. Deklarowana wielkość gospodarstwa domowego**

Z ilu osób, łącznie z Panem(ią), składa się Pana(i) gospodarstwo domowe?	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
1	197	9,8	119	20,2
2	532	26,6	279	47,5
3	435	21,7	85	14,6
4	495	24,7	37	6,3
5	211	10,5	33	5,7
6	92	4,6	22	3,8
7	34	1,7	6	1,0
9	4	0,2	4	0,7
10	2	0,1	0	0,0
11	1	0,0	0	0,0
Ogółem	2003	100	587	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

**Tabela 76. Deklarowany skład gospodarstwa domowego**

Z kim Pan(i) obecnie mieszka? Czy mieszka Pan(i):	ogółem		Osoby w wieku 60+	
	Liczba osób	Procent	Liczba osób	Odsetek
Sam(a)	182	9,0	111	19,0
Tylko ze współmałżonkiem(a)/ partnerem /partnerką	440	21,8	238	40,6
Ze współmałżonkiem(a) /partnerem /partnerką i innymi członkami rodziny	864	42,9	144	24,5
Z innymi członkami rodziny	521	25,9	93	15,9
Z osobami spoza rodziny	7	0,4	0	0,0
Ogółem	2014	100	587	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

Większość respondentów w wieku senioralnym deklarowało zakończenie aktywności zawodowej – 88,1% badanych. Jedynie 12% członków tej grupy potwierdziło, iż w chwili przeprowadzania badania pracowało zarobkowo (w tym 8,2% w pełnym wymiarze czasu, 2% w niepełnym wymiarze czasu oraz 1,8% dorywczo).

**Tabela 77. Podejmowanie pracy zarobkowej**

Czy obecnie pracuje Pan(i) zarobkowo (na etacie, we własnym zakładzie lub gospodarstwie albo bierze Pan(i) prace zlecone), niezależnie od tego, czy jest to Pana(i) główne źródło utrzymania?	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
Tak, w pełnym wymiarze czasu	956	47,4	48	8,2
Tak, w niepełnym wymiarze czasu	61	3,0	12	2,0
Tak, dorywczo	54	2,7	10	1,8
Nie	945	46,9	517	88,1
Ogółem	2016	100	587	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych...

Z przeprowadzonego badania wynika, iż sytuacja materialna starszych respondentów przedstawia się nieco korzystniej od sytuacji pełnej próby respondentów. Jedynie 8,7% biorących udział w badaniu seniorów zadeklarowało przeciętne miesięczne dochody netto na osobę w gospodarstwie domowym poniżej 649 zł. W przypadku pełnej próby respondentów odsetek ten wynosił prawie dwukrotnie więcej – 15%. Co czwarta osoba starsza biorąca udział w badaniu deklarowała wysokość miesięcznych dochody netto na osobę w przedziale od 1000 zł do 1399 zł.

Liczba gospodarstw domowych deklarujących dochody w przedziałach powyżej 1000 zł miesięcznie na osobę jest wyższa w przypadku gospodarstw badanych osób starszych. Jednakże, należy mieć na uwadze, iż wraz z wiekiem zwiększają się także ponoszone wydatki, w związku z czym dane te nie mogą świadczyć o wyższym poziomie życia starszych respondentów. Przekłada się to na deklarowany poziom warunków materialnych, który w przypadku respondentów powyżej 60 r.ż. częściej oceniany jest jako zły – 9,1% deklaracji wśród starszych respondentów, 6,7% w przypadku całej próby; lub średnie – 47,7% – osoby starsze, 42,2% – pełna próba. Jednakże, należy stwierdzić, iż w badanej próbie 90,9% osób starszych deklarowało poziom warunków materialnych jako dobry lub średni. Większość badanych seniorów uważa także, iż ich sytuacja materialna nie ulegnie pogorszeniu (88,6%).

**Tabela 78. Deklarowana sytuacja dochodowa**

W którym przedziale mieszczą się przeciętne miesięczne dochody netto (na rękę) przypadające na jedną osobę w pana(i) gospodarstwie domowym?	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
Do 649 zł	215	15,0	39	8,7
Od 650 zł do 999 zł	271	18,9	77	17,3
Od 1000 zł do 1399 zł	331	23,1	116	26,0
Od 1400 zł do 1999 zł	266	18,6	105	23,6
2000 zł i więcej	348	24,3	109	24,4
Ogółem	1432	100	447	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

**Tabela 79. Deklarowane warunki materialne gospodarstwa domowego**

Jak Pan(i) ocenia obecne warunki materialne swojego gospodarstwa domowego? Czy są one:	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
złe	135	6,7	53	9,1
średnie	851	42,2	280	47,7
dobrze	1030	51,1	254	43,2
ogółem	2016	100	587	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

**Tabela 80. Deklarowane przewidywania co do sytuacji materialnej**

Jak Pan(i) sądzi, czy w ciągu najbliższego roku warunki materialne Pana(i) gospodarstwa domowego:	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
pogorszą się	26	1,3	13	2,2
raczej pogorszą się	137	6,8	56	9,6
pozostaną bez zmian	1439	71,4	481	81,9
raczej poprawią się	364	18,1	33	5,5
poprawią się	50	2,5	5	0,8
Ogółem	2016	100	587	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

Deklarowanym przez badane osoby starsze źródłem utrzymania jest najczęściej emerytura – 80,1% respondentów w wieku 60+. Jako pozostałe źródła utrzymania, przez respondentów w wieku senioralnym, wskazywane były między innymi: renta inwalidzka (7,9%), renta rodzinna (3,7%) czy pomoc rodziny (3,2%). Żaden z respondentów w wieku 60+ nie zadeklarował korzystania z dodatkowego ubezpieczenia w ramach trzeciego filaru ubezpieczenia emerytalnego.

**Tabela 81. Deklarowane źródło utrzymania**

Z czego utrzymuje się Pan(i) obecnie, niezależnie od tego, czy jest to główne czy też dodatkowe źródło utrzymania? Proszę wskazać wszystkie źródła Pana(i) utrzymania:	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
emerytura	517	25,8	470	80,1
pomoc rodziny (dzieci, krewnych)	139	6,9	19	3,2
praca dorywcza	141	7,1	17	2,9
renta inwalidzka	111	5,6	43	7,3
korzystanie z oszczędności	25	1,2	3	0,5
stała praca	861	43,0	44	7,5
jestem na utrzymaniu męża/żony	137	6,8	9	1,5
gospodarstwo rolne	114	5,7	12	2,0
dodatkowe ubezpieczenie – polisa, tzw. trzeci filar	1	0,1	0	0,0
renta rodzinna	39	2,0	22	3,7
praca na własny rachunek	91	4,5	10	1,7
dochody z inwestycji, lokat	5	0,3	2	0,3
dochody z wynajmu lokalu, domu	17	0,8	3	0,5
zasilek z pomocy społecznej	64	3,2	7	1,2
inne źródło utrzymania	114	5,7	17	2,9
Ogółem	2003	100	587	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

W ramach przeprowadzanego badania respondenci zostali zapytani między innymi o deklarowane poglądy polityczne. Największy odsetek respondentów w wieku senioralnym deklaroowało poglądy prawicowe – 43,4%, co piąty badany senior wskazał utożsamianie się poglądami centrum, natomiast najmniejsza liczba badanych osób starszych deklaroowała poglądy lewicowe – 76 osób. Na tle badanej próby, uczestniczące w badaniu osoby starsze charakteryzują się silniejszym identyfikowaniem się z poglądami prawicowymi.

Wyniki badania dotyczące uczestnictwa w praktykach religijnych wskazują, iż zarówno badane osoby starsze jak i pozostali respondenci na podobnym poziomie deklaruują uczestnictwa w praktykach religijnych. W przedmiotowych aktywnościach deklaroowało brak uczestnictwa 12,5% badanych osób starszych, natomiast w pełnej próbie analogiczną odpowiedź udzieliło 12,7% ankietowanych. Jednakże, w grupie badanych osób starszych, deklarowana częstotliwość uczestnictwa w praktykach religijnych jest nieco wyższa niż w pełnej próbie.

**Tabela 82. Poglądy polityczne**

	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
Lewica	287	14,4	76	13,0
Centrum	522	26,2	122	21,0
Prawica	670	33,6	252	43,4
Trudno powiedzieć	515	25,8	131	22,5
Ogółem	1994	100	580	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych...

**Tabela 83. Deklarowane uczestnictwo w praktykach religijnych**

Czy bierze Pan(i) udział w praktykach religijnych, takich jak: msze, nabożeństwa lub spotkania religijne?	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
Kilka razy w tygodniu	103	5,2	58	10,0
Raz w tygodniu	860	43,0	269	46,1
1-2 razy w miesiącu	338	16,9	82	14,0
Kilka razy w roku	447	22,3	102	17,4
W ogóle nie uczestniczy	254	12,7	73	12,5
Ogółem	2002	100	584	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

Uczestniczący w badaniu CBOS respondenci w wieku senioralnym najczęściej oceniali swój stan zdrowia jako ani dobry, ani zły – 43,3% badanych. W grupie tej pozytywna ocena stanu zdrowia zadeklarowana została przez 29,8% respondentów, natomiast negatywna przez 26,2%. W porównaniu do pełnej próby respondentów, uczestniczące w badaniu osoby starsze rzadziej oceniają swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub raczej dobry, natomiast częściej jako raczej zły lub bardzo zły. Związane to może być z częstszą deklaracją wśród badanych osób starszych dotyczącą chorowania na chorobę przewlekłą (61,9% w przypadku respondentów 60+, 34,2% w przypadku pełnej próby). Wynika z tego, iż niemal 2/3 respondentów w wieku senioralnym deklaroowało chorowanie na chorobę przewlekłą.

**Tabela 84. Deklarowana ocena stanu zdrowia**

Jak ogólnie ocenił(a)by Pan(i) swój stan zdrowia?	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
Bardzo dobry	317	15,7	8	1,3
Raczej dobry	916	45,5	167	28,5
Ani dobry, ani zły	542	26,9	254	43,3
Raczej zły	184	9,1	118	20,1
Bardzo zły	50	2,5	36	6,1
Trudno powiedzieć	6	0,3	4	0,7
Ogółem	2015	100	587	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych ...

**Tabela 85. Deklarowane zachorowanie na przewlekłą chorobę**

Czy choruje Pan(i) na jakąś przewlekłą chorobę?	Ogółem		Osoby w wieku 60+	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
Tak	688	34,2	363	61,9
Nie	1322	65,8	223	38,1
Ogółem	2010	100	586	100

Źródło: Wstępne wyniki badania dotyczącego osób starszych...



## **Część II**

### **Polityka społeczna wobec osób starszych w Polsce**

#### **II.1 Polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu centralnym**

W związku z zachodzącymi zmianami demograficznymi szeroko rozumiana polityka społeczna wobec osób starszych stanowi jeden z priorytetów polityki publicznej w Polsce. Podmioty szczebla centralnego, w związku z wyznaczonym kierunkiem interwencji publicznych, prowadzą działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych oraz monitorują sytuację osób starszych w Polsce. W ramach prac nad niniejszym dokumentem zebrane zostały informacje przekazane przez następujące resorty:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej;
- Ministerstwo Cyfryzacji;
- Ministerstwo Edukacji Narodowej;
- Ministerstwo Finansów;
- Ministerstwo Infrastruktury i Budownictwa;
- Ministerstwo Rozwoju;
- Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego;
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego;
- Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi (w części I dokumentu);
- Ministerstwo Skarbu Państwa;
- Ministerstwo Sportu i Turystyki;
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- Ministerstwo Zdrowia;
- Ministerstwo Sprawiedliwości;
- Główny Urząd Statystyczny;
- Pełnomocnika Rządu ds. Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego i Równego Traktowania;
- Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- Centrum Rozwoju Kapitału Ludzkiego.

##### **II.1.1 Działania prowadzone przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**

Polityka społeczna wobec osób starszych odpowiadająca na potrzeby osób starszych stanowi dla całej Rady Ministrów jeden z priorytetów realizowanej polityki publicznej. Ministrem

odpowiedzialnym za programowanie i monitorowanie polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce jest Minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

### **Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020**

Ramy polityki publicznej wobec osób starszych w Polsce określa dokument przyjęty uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. pn.: *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* (ZDPS). Zgodnie z dokumentem, jednymi z głównych wyzwań dla polityki społecznej wobec osób starszych są: wydłużenie okresu aktywności zawodowej, wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej, zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi). Polityka społeczna wobec osób starszych skupia się na takich obszarach jak zdrowie i samodzielność, gdzie wskazano m.in. konieczność rozwoju opieki geriatrycznej i usług opiekuńczych oraz kładzie się nacisk na profilaktykę i odpowiednie przygotowanie się do starości, a także zachęcanie do aktywności fizycznej.

Do 2014 r. operacjonalizacja ZDPS sprowadzała się do realizacji między innymi Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020, a w 2015 r. poszerzyła się o Program Wieloletni „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020. W związku z planowaną na 2017 r. rewizją Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej, ze względu na zmieniającą się sytuację społeczno-gospodarczą Polski, która jest wypadkową zmian demograficznych, nowopowstała Rada do spraw Polityki Senioralnej jako priorytet swoich prac uznała weryfikację i aktualizację założeń polityki społecznej wobec osób starszych oraz stworzenie programu polityki społecznej wobec osób starszych. Aby prace przebiegały sprawnie został powołany w ramach Rady zespół tematyczny – Zespół ds. opracowywania kierunków polityki społecznej wobec osób starszych.

Na podstawie *Zarządzenia nr 68 Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2012 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej* (M.P. poz. 590) w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej utworzono Departament Polityki Senioralnej. Departament Polityki Senioralnej odpowiada za tworzenie i rozwój kierunków działań skierowanych do seniorów, warunków dla poprawy systemu wsparcia seniorów, realizację zadań w obszarze aktywnego starzenia się i innych form współpracy wewnątrz- i międzypokoleniowej z udziałem seniorów oraz monitorowanie wdrażanych rozwiązań. Departament prowadzi również współpracę z organizacjami i instytucjami, które kierują swoje działania do seniorów, w tym współpracę międzynarodową w obszarze aktywnego starzenia się. Ponadto Departament jest także odpowiedzialny za koordynację realizacji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2020 oraz Programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020.

### **Program Wieloletni „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020**

Uchwałą nr 34 z dnia 17 marca 2015 r. Rada Ministrów przyjęła Program Wieloletni „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020. Program „Senior-WIGOR” polega na wsparciu tworzenia



Dziennych Domów „Senior-WIGOR” przez jednostki samorządu, których strategię rozwoju pomocy społecznej uwzględniają rozwój infrastruktury dla osób starszych lub w których brak jest innej infrastruktury pomocy społecznej tego typu.

Celem strategicznym Programu „Senior-WIGOR” jest wsparcie seniorów poprzez dofinansowanie działań jednostek samorządu terytorialnego, zwanych dalej „jednostkami samorządu”, w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior-WIGOR”, ze szczególnym uwzględnieniem jednostek samorządu charakteryzujących się niskimi dochodami lub wysokim odsetkiem seniorów w populacji ogółem lub brakiem infrastruktury pomocy społecznej służącej do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania.

Celem Programu „Senior-WIGOR” jest w szczególności zapewnienie wsparcia seniorom (osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60+) poprzez umożliwienie korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywizacji, w tym oferty prozdrowotnej, obejmującej także usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej, w zależności od potrzeb stwierdzonych w środowisku lokalnym. W ramach Programu „Senior-WIGOR” przewiduje się udostępnienie seniorom infrastruktury pozwalającej na aktywne spędzanie czasu wolnego, a także zaktywizowanie i zaangażowanie seniorów w działania samopomocowe i na rzecz środowiska lokalnego.

Działalność bieżąca Dziennego Domu „Senior-WIGOR” polega na realizacji podstawowych usług mających na celu udzielanie pomocy w czynnościach dnia codziennego, na zapewnieniu minimum jednego posiłku, w szczególności gorącego, oraz innych usług wspomagających, dostosowanych do potrzeb seniorów. Dzienny Dom „Senior-WIGOR” powinien zapewniać co najmniej 8-godzinną ofertę usług w dniach od poniedziałku do piątku. Podstawowy zakres usług świadczonych przez Dzienny Dom „Senior-WIGOR” może obejmować w szczególności usługi:

- socjalne, w tym posiłek,
- edukacyjne,
- kulturalno-oświatowe,
- aktywności ruchowej lub kinezyterapii,
- sportowo-rekreacyjne,
- aktywizujące społecznie (w tym wolontariat międzypokoleniowy),
- terapii zajęciowej.

W 2015 r. środki przeznaczone na realizację programu wynosiły 30 mln zł.

W ramach Programu „Senior-WIGOR” podmioty mogły ubiegać się o uzyskanie środków finansowych przeznaczonych na:

- 1) jednorazowe wsparcie finansowe na utworzenie lub wyposażenie Dziennego Domu „Senior-WIGOR” w wysokości do 80% całkowitego kosztu realizacji zadania, które nie może być wyższe niż 250 tys. zł, z tym że wysokość środków finansowych z budżetu państwa przeznaczonych na adaptację pomieszczeń lub budynku nie może być wyższa niż 180 tys. zł, natomiast dodatkowo jednorazowa kwota dotacji przeznaczona na wyposażenie Dziennego Domu „Senior-WIGOR” nie mogła być wyższa niż 70 tys. zł;

2) zapewnienie funkcjonowania już istniejących Dziennych Domów „Senior-WIGOR”. Dofinansowaniu z budżetu państwa w każdym roku kalendarzowym, w trybie konkursowym mogą podlegać działania związane z bieżącym utrzymaniem. Jednorazowo rocznie kwota dofinansowania na działalność bieżącą Dziennych Domów „Senior-WIGOR” wynosiła nie więcej niż 1/3 faktycznego kosztu utrzymania każdego jednego miejsca miesięcznie, jednak nie więcej niż 200 zł w Dziennym Domu „Senior-WIGOR”.

W dniu 8 czerwca 2015 r. ogłoszono konkurs na najlepsze projekty dofinansowywane ze środków Programu Wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020 – Edycja 2015. W 2015 r. złożono 134 wnioski, 8 wniosków odrzucono ze względów formalnych, 7 ofert uzyskało zbyt niską liczbę punktów na etapie oceny merytorycznej. Ostatecznie do dofinansowania przyjęto 119 projektów, a z dofinansowania skorzystało 98 projektów. W otwartym konkursie ofert w ramach Programu Edycja 2015 dofinansowane zostały projekty „jednoroczne” tj. projekty realizowane wyłącznie w 2015 r., czyli trwające maksymalnie 6 miesięcy, z terminem rozpoczęcia zadania od 1 lipca 2015 r. i nieprzekraczalnym terminem zakończenia zadania 31 grudnia 2015 r.

Przyjęto, że w pierwszym roku z placówek będzie korzystało średnio po ok. 20 osób, średni okres korzystania będzie wynosił maksymalnie 6 miesięcy. Zgodnie z przyjętymi w Programie wielkościami środków finansowych kwota 25 mln zł miała pozwolić na uruchomienie i doposażenie ok. 100 placówek. Szacowany koszt adaptacji i wyposażenia jednej placówki wynosi do 250 tys. zł dla Dziennego Domu „Senior-WIGOR”.

W ramach Programu Wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020 Edycja 2015 uruchomionych zostało 98 Dziennych Domów „Senior-WIGOR”, w których wsparciem zostało objętych 2230 seniorów.

W otwartym konkursie ofert w ramach Programu Edycja 2015 złożone zostały łącznie 134 oferty na łączną kwotę 29 423 816,59 zł. Do dofinansowania zostały przeznaczone 119 oferty na kwotę 25 349 637,67 zł. W wyniku rezygnacji z realizacji projektów 21 podmiotów wydatkowana kwota była niższa. Na realizację Programu w 2015 r. wydatkowano 20.983 tys. zł, co stanowiło 82,6% planu po zmianach.

### **Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 (Program ASOS)**

Realizowany od 2014 r. przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej *Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020*, przyjęty przez Radę Ministrów 24 grudnia 2013 r. jest przedsięwzięciem kompleksowym, uwzględniającym obszary i kierunki wsparcia umożliwiające osiągnięcie celu głównego, jakim jest poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną. Program zakłada praktyczne włączenie sektora organizacji pozarządowych do działań służących zaangażowaniu seniorów. Na jego cele przeznaczone zostało aż do 2020 r. – 40 mln zł rocznie.

W dniu 9 stycznia 2015 r. ogłoszony został otwarty konkurs ofert – edycja 2015. W edycji tej złożono 3239 ofert w ramach 4 priorytetów:

- I. Edukacja osób starszych (15% alokacji środków) – Priorytet obejmuje działania mające na celu rozwój oferty edukacyjnej skierowanej do seniorów, wykorzystanie potencjału wzajemnego uczenia się, rozwój innowacyjnych form edukacji, w tym nieformalnej i pozaformalnej, promowanie tzw. wolontariatu kompetencji; rozwoju korzystania z nowych technologii oraz przeciwdziałania e-wykluczeniu wśród osób starszych.
- II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową (25% alokacji środków) – Priorytet zakłada rozwój różnych form aktywności osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej (takich jak np. biblioteki publiczne, domy kultury) oraz włączenie do wspólnych działań młodszego pokolenia, co pozwoli na budowanie wzajemnego zrozumienia oraz rozwój umiejętności społecznych.
- III. Partycypacja społeczna osób starszych (20% alokacji środków) – Priorytet zakłada realizację działań na rzecz zwiększenia udziału osób starszych w życiu publicznym, społecznym, gospodarczym, kulturalnym i politycznym, przyczyniając się do rozwoju społeczeństwa obywatelskiego.
- IV. Usługi społeczne dla osób starszych (40% alokacji środków) – Priorytet zakłada realizację działań służących rozwojowi różnych form wsparcia poprzez zwiększenie dostępności i podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych.

Wartość mierników dla celu głównego tj. poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną na koniec 2015 r. przedstawiała się następująco: respondenci w wieku powyżej 60 lat pracujący społecznie w organizacjach obywatelskich (32%), dobrowolna praca w organizacjach i poza nimi osób w wieku powyżej 60 lat (4%). Odnosząc się do celów szczegółowych wartości kształtowały się następująco:

- a) Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych
  1. liczba nowych słuchaczy (57 000);
  2. liczba wolontariuszy biorąca udział w projektach (2 950);
- b) Tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej
  1. odsetek osób w wieku powyżej 60 lat regularnie korzystających z komputera w Polsce (13,25%);
  2. liczba beneficjentów uczestniczących w nowo utworzonych projektach (68 000);
  3. liczba wolontariuszy biorących udział w projektach (5 200);
- c) Rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechnianie wolontariatu, partycypacji w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym, w tym udział osób starszych w kształtowaniu polityki publicznej
  1. liczba beneficjentów uczestniczących w nowo utworzonych projektach (8 650);
  2. liczba wolontariuszy biorących udział w projektach (ok. 477);
- d) Zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji
  1. liczba beneficjentów nowych usług społecznych oraz nowych form samopomocy (2 445);
  2. liczba wolontariuszy biorących udział w projektach (200).

**Tabela 86. Poziom osiągnięcia wskaźników zaplanowanych w ramach edycji 2015 Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020**

Cel szczegółowy	Miernik	Osiągnięta wartość dzięki realizacji ASOS 2015
Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych	Liczba nowych słuchaczy działań realizowanych w Priorytecie I	57 000
	Liczba wolontariuszy biorąca udział w projektach w Priorytecie I	2 950
Tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych	Odsetek osób w wieku powyżej 60 lat regularnie korzystających z komputera	13,25%
	Liczba beneficjentów uczestniczących w nowo utworzonych projektach w Priorytecie II	68 000
	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach w Priorytecie II	5 200
Rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej	Liczba beneficjentów uczestniczących w nowo utworzonych projektach w Priorytecie III	8 650
	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach w Priorytecie III	477
Zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji	Liczba beneficjentów nowych usług społecznych oraz nowych form samopomocy realizowanych w ramach Priorytetu IV	2445
	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach w Priorytecie IV	200

Źródło: Sprawozdanie z realizacji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 – rok 2015, MRPiPS, Warszawa 2016.

W edycji 2015 Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 złożono 3 239 ofert, co stanowi 25% wzrost zainteresowania w stosunku do poprzedniej edycji.

### Rada ds. Polityki Senioralnej

25 lutego 2013 r. została powołana Rada ds. Polityki Senioralnej jako organ pomocniczy Ministra Pracy i Polityki Społecznej, do którego prac zostali zaproszeni przedstawiciele ministerstw oraz centralnych organów administracji publicznej, jak również przedstawiciele organizacji jednostek samorządu terytorialnego, organizacji trzeciego sektora i eksperci, także działacze ruchu UTW, wydelegowani do prac w Radzie. Założony kształt Rady był odzwierciedleniem jej konsultacyjnego i opiniodawczego charakteru.

Do zadań Rady do spraw Polityki Senioralnej należało:

- monitorowanie opracowywania oraz realizacji programów polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce;
- opiniowanie projektów programów kierowanych do osób starszych oraz innych instrumentów wsparcia osób starszych na lata 2014–2020;
- opiniowanie projektowanych przez Departament Polityki Senioralnej rozwiązań na rzecz rozwoju systemu wsparcia osób starszych.

### Polityka rynku pracy wobec osób wieku 50+

Osoby bezrobotne w wieku 50+ mogą skorzystać na zasadach ogólnych z szerokiego spektrum wsparcia określonego w *ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz.U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.), w tym m.in. z: pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, szkoleń, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, prac interwencyjnych, robót publicznych, prac społecznie użytecznych, dotacji i pożyczek na podjęcie działalności gospodarczej i tworzenie nowych miejsc pracy, refundacji kosztów zatrudnienia bezrobotnego.

*Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* zakwalifikowała osoby bezrobotne w wieku 50+ jako osoby będące w szczególnej sytuacji na rynku pracy, a co za tym idzie osobom tym przysługuje pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w programach specjalnych. Dodatkowo, ustawa zawiera rozwiązania kierowane wyłącznie do pracodawców zatrudniających bezrobotnych w wieku 50+, tj.:

- a) Starosta może przyznać pracodawcy albo przedsiębiorcy dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnionego bezrobotnego, który jednocześnie ukończył co najmniej 50 lat. Dofinansowanie ze środków Funduszu Pracy wynosi maksymalnie do 50% minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie, zaś pracodawca finansuje z własnych środków pozostałą część wynagrodzenia przysługującego takiemu pracownikowi. Dofinansowanie przysługuje przez okres:
  - o 12 miesięcy w przypadku zatrudnienia bezrobotnych, którzy ukończyli 50 lat, a nie ukończyli 60 lat,
  - o 24 miesiące w przypadku bezrobotnych, którzy ukończyli 60 lat.
 Pracodawca w umowie musi zagwarantować zatrudnienie bezrobotnego po zakończeniu refundacji przez okres równy co najmniej połowie okresu refundacji, czyli odpowiednio 6 i 12 miesięcy, pod rygorem zwrotu całości udzielonej pomocy z odsetkami ustawowymi.
- b) Pracodawcy są zwolnieni z obowiązku opłacania składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za pracowników starszych, tj. kobiet które ukończyły 55 rok życia i mężczyzn którzy ukończyli 60 lat.
- c) Pracodawcy, którzy zdecydują się zatrudnić osoby bezrobotne w wieku powyżej 50 roku życia, które w okresie 30 dni przed zatrudnieniem pozostawały w ewidencji bezrobotnych powiatowego urzędu pracy, są czasowo, tj. przez okres 12 miesięcy, zwolnieni z obowiązku odprowadzania składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Należy wspomnieć o jeszcze jednym instrumencie nakierowanym na zapobieganie utracie zatrudnienia, w tym wśród osób starszych, tj. Krajowym Funduszu Szkoleniowym – KFS. Zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy KFS jest to wydzielona część (ok. 2%) Funduszu Pracy – funduszu celowego przeznaczonego na zapobieganie bezrobociu i ograniczanie jego skutków, tworzonego ze składek pracodawców. Wysokość środków KFS określana jest w planie finansowym Funduszu Pracy na dany rok stanowiącym załącznik do ustawy budżetowej, w kwocie odpowiadającej wysokości 2% przychodów Funduszu Pracy z obowiązkowych składek z roku przed rokiem poprzedzającym rok, dla którego sporządzany jest plan finansowy Funduszu Pracy. KFS jest rozwiązaniem systemowym, adresowanym do pra-

codawców, wspomagającym przekwalifikowanie lub aktualizację wiedzy i umiejętności osób pracujących. Celem utworzenia KFS jest zapobieganie utracie zatrudnienia przez osoby pracujące z powodu kompetencji nieadekwatnych do wymagań dynamicznie zmieniającej się gospodarki.

W 2015 r. różnego rodzaju działaniami aktywizacyjnymi objęto 78,6 tys. bezrobotnych powyżej 50 r.ż., co stanowiło 15,2% wszystkich zaktywizowanych bezrobotnych (prace subsydiowane oraz szkolenia, staże, przygotowanie zawodowe, prace społecznie użyteczne). Liczba zaktywizowanych bezrobotnych powyżej 50 r.ż. zmniejszyła się o 11,7 tys. osób, tj. o 13,0% w porównaniu do 2014 r. Natomiast w przypadku bezrobotnych ogółem zanotowany został wzrost liczby objętych aktywnymi programami o 11,6 tys. osób, tj. o 2,3%. Największym zainteresowaniem bezrobotnych w omawianej kategorii wiekowej cieszyły się prace społecznie użyteczne, które w 2015 r. rozpoczęło 18,2 tys. osób powyżej 50 r.ż. (3,8% odpływu osób pow. 50 r.ż.), staże rozpoczęte przez 15,6 tys. osób (3,3% odpływu bezrobotnych powyżej 50 r.ż.), roboty publiczne, które rozpoczęło 15,6 tys. osób (3,3%) oraz szkolenia – 7,9 tys. osób powyżej 50 r.ż. (1,7% odpływu).

W liczbie osób, które rozpoczęły roboty publiczne w 2015 r. osoby powyżej 50 r.ż. stanowiły 41,8%, a w liczbie rozpoczynających prace społecznie użyteczne 40,5%.

Osoby powyżej 50 r.ż. stosunkowo chętnie korzystały z nowych form pomocy wprowadzonych nowelizacją *ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*, która weszła w życie 27.05.2014 r. W 2015 r. 2,7 tys. osób z omawianej grupy wiekowej podjęło pracę w ramach dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie bezrobotnego powyżej 50 r.ż., 5,6 tys. osób zostało skierowanych do agencji zatrudnienia w ramach zlecenia działań aktywizacyjnych, a 2,8 tys. osób rozpoczęło prace społecznie użyteczne w ramach Programu Aktywizacja i Integracja (PAI). Poza wskazanymi powyżej przyczynami wyłączenia z ewidencji w 2015 r., 14,6 tys. bezrobotnych w omawianej grupie wiekowej nabyło prawa emerytalne lub rentowe (59,8% ogólnego odpływu bezrobotnych z tego powodu), a 36,0 tys. osób nabyło prawo do świadczeń przedemerytalnych (99,8%).

### **Program Solidarność pokoleń Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+**

Program Solidarność pokoleń został przyjęty uchwałą Rady Ministrów Nr 239 z 24 grudnia 2013 r. i opublikowany w Monitorze Polskim 4 lutego 2014 r.

Program „Solidarność pokoleń 50+” obejmuje szerokie spektrum inicjatyw, których celem jest lepsze wykorzystanie zasobów ludzkich osób w wieku 50 i więcej lat. Celem Programu „Solidarność pokoleń” jest osiągnięcie w perspektywie do 2020 r. wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata na poziomie 50%. Głównym beneficjentem i adresatem Programu są osoby powyżej 50. roku życia. Działania kierowane będą jednak również do szerszego grona osób w różnym wieku, zarówno do osób w wieku 60+, jak i do osób, które dopiero za kilkanaście lub kilkadziesiąt lat wchodzić będą w wiek przedemerytalny (szczególnie do grupy 45+). Adresatami Programu są również określone grupy i podmioty, takie jak przedsiębiorcy, związki zawodowe, organizacje

pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, publiczne i niepubliczne instytucje rynku pracy, samorządy terytorialne i instytucje administracji rządowej.

### **Przeciwdziałanie dyskryminacji i nakaz równego traktowania na rynku pracy**

Nakaz równego traktowania pracowników (art. 11<sup>2</sup> ustawy z dnia 16 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1666), zwanego dalej „k.p.”), jak również zakaz jakiegokolwiek dyskryminacji w zatrudnieniu (art. 11<sup>3</sup> k.p.) należą do podstawowych zasad prawa pracy. Konkretyzacja tych zasad następuje w dalszych przepisach Kodeksu, w szczególności w rozdziale IIa „Równe traktowanie w zatrudnieniu” (art. 18<sup>3a</sup>–18<sup>3e</sup>). Przeciwdziałanie dyskryminacji w zatrudnieniu należy do podstawowych obowiązków pracodawcy. Pracodawca jest także zobowiązany do udostępniania pracownikom tekstu przepisów dotyczących równego traktowania w zatrudnieniu w formie pisemnej informacji rozpowszechnionej na terenie zakładu pracy lub zapewnienia pracownikom dostępu do tych przepisów w inny sposób przyjęty u danego pracodawcy.

Polski Kodeks pracy ustanawia otwarty katalog przesłanek dyskryminacji. We wspomnianym art. 11<sup>3</sup> k.p. ustanawia się zakaz jakiegokolwiek dyskryminacji bez względu na jakąkolwiek przyczynę. Podobnie przepis art. 18<sup>3a</sup> § 1 k.p. wprowadzający nakaz równego traktowania pracowników w zakresie nawiązania i rozwiązania stosunku pracy, warunków zatrudnienia, awansowania oraz dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, także posługuje się otwartym, przykładowym katalogiem przesłanek dyskryminacji wymieniając wśród nich: **płeć**, **wiek**, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony oraz zatrudnienie w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Kodeks pracy zawiera definicje równego traktowania, dyskryminowania bezpośredniego, dyskryminowania pośredniego, a także molestowania oraz molestowania seksualnego. Równe traktowanie w zatrudnieniu oznacza niedyskryminowanie w jakikolwiek sposób, bezpośrednio lub pośrednio, z jakiegokolwiek przyczyny. Dyskryminowanie bezpośrednie istnieje wtedy, gdy pracownik z jednej lub z kilku przyczyn był, jest lub mógłby być traktowany w porównywalnej sytuacji mniej korzystnie niż inni pracownicy. Dyskryminowanie pośrednie istnieje wtedy, gdy na skutek pozornie neutralnego postanowienia, zastosowanego kryterium lub podjętego działania występują lub mogłyby wystąpić niekorzystne dysproporcje albo szczególnie niekorzystna sytuacja w zakresie nawiązania i rozwiązania stosunku pracy, warunków zatrudnienia, awansowania oraz dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych wobec wszystkich lub znacznej liczby pracowników należących do grupy wyróżnionej ze względu na jedną lub kilka przyczyn, chyba, że postanowienie, kryterium lub działanie jest obiektywnie uzasadnione ze względu na zgodny z prawem cel, który ma być osiągnięty, a środki służące osiągnięciu tego celu są właściwe i konieczne.

Przejawem dyskryminowania jest także:

- działanie polegające na zachęcaniu innej osoby do naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu lub nakazaniu jej naruszenia tej zasady,
- molestowanie, czyli niepożądane zachowanie, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności pracownika i stworzenie wobec niego zastraszającej, wrogiej, poniżającej lub uwłaczającej atmosfery.

Molestowanie seksualne jest odmianą dyskryminowania ze względu na płeć. Jest to każde niepożądane zachowanie o charakterze seksualnym lub odnoszące się do płci pracownika, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności pracownika, w szczególności stworzenie wobec niego zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery; na zachowanie to mogą składać się fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy.

W związku z molestowaniem oraz molestowaniem seksualnym Kodeks pracy gwarantuje pracownikowi, że podporządkowanie się przez niego molestowaniu lub molestowaniu seksualnemu, a także podjęcie przez pracownika działań przeciwstawiających się molestowaniu lub molestowaniu seksualnemu nie może powodować jakichkolwiek negatywnych konsekwencji wobec pracownika.

Zgodnie z art. 18<sup>3b</sup> k.p. za naruszenie zasady równego traktowania w zatrudnieniu, z pewnymi wyjątkami, uważa się różnicowanie przez pracodawcę sytuacji pracownika z jednej lub kilku przyczyn, którego skutkiem jest w szczególności:

- 1) odmowa nawiązania lub rozwiązanie stosunku pracy,
- 2) niekorzystne ukształtowanie wynagrodzenia za pracę lub innych warunków zatrudnienia albo pominięcie przy awansowaniu lub przyznawaniu innych świadczeń związanych z pracą,
- 3) pominięcie przy typowaniu do udziału w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe – chyba, że pracodawca udowodni, że kierował się obiektywnymi powodami.

Należy także zwrócić uwagę na zasadę przeniesienia ciężaru dowodu z pracownika na pracodawcę w sprawach o dyskryminację.

Zasady równego traktowania w zatrudnieniu nie naruszają działania, proporcjonalne do osiągnięcia zgodnego z prawem celu różnicowania sytuacji pracownika, polegające na:

- 1) niezatrudnianiu pracownika z jednej lub kilku przyczyn, jeżeli rodzaj pracy lub warunki jej wykonywania powodują, że przyczyna lub przyczyny wymienione w tym przepisie są rzeczywistym i decydującym wymaganiem zawodowym stawianym pracownikowi,
- 2) wypowiedzeniu pracownikowi warunków zatrudnienia w zakresie wymiaru czasu pracy, jeżeli jest to uzasadnione przyczynami nie dotyczącymi pracowników bez powoływania się na inną przyczynę lub inne przyczyny,
- 3) stosowaniu środków, które różnicują sytuację prawną pracownika, ze względu na ochronę rodzicielstwa lub niepełnosprawność,
- 4) stosowaniu kryterium stażu pracy przy ustalaniu warunków zatrudnienia i zwalania pracowników, zasad wynagradzania i awansowania oraz dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, co uzasadniania odmienne traktowanie pracowników ze względu na wiek.

Nie stanowią naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu działania podejmowane przez określony czas, zmierzające do wyrównywania szans wszystkich lub znacznej liczby pracowników wyróżnionych z jednej lub kilku przyczyn, przez zmniejszenie na korzyść takich pracowników faktycznych nierówności, w zakresie określonym w tym przepisie.

Nie stanowi także naruszenia zasady równego traktowania ograniczanie przez kościoły i inne związki wyznaniowe, a także organizacje, których etyka opiera się na religii, wyznaniu lub



światopoglądzie, dostępu do zatrudnienia, ze względu na religię, wyznanie lub światopogląd jeżeli rodzaj lub charakter wykonywania działalności przez kościoły i inne związki wyznaniowe, a także organizacje powoduje, że religia, wyznanie lub światopogląd są rzeczywistym i decydującym wymaganiem zawodowym stawianym pracownikowi, proporcjonalnym do osiągnięcia zgodnego z prawem celu zróżnicowania sytuacji tej osoby; dotyczy to również wymagania od zatrudnionych działania w dobrej wierze i lojalności wobec etyki kościoła, innego związku wyznaniowego oraz organizacji, których etyka opiera się na religii, wyznaniu lub światopoglądzie.

Kodeks pracy gwarantuje pracownikom prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Wynagrodzenie to obejmuje wszystkie składniki wynagrodzenia, bez względu na ich nazwę i charakter, a także inne świadczenia związane z pracą, przyznawane pracownikom w formie pieniężnej lub w innej formie niż pieniężna. Pojęcie „praca o jednakowej wartości” jest zdefiniowane w Kodeksie pracy. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku.

W Kodeksie pracy nie występuje wprost definicja pojęcia „jednakowej pracy”. W doktrynie prawa pracy i w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że prace jednakowe to prace takie same pod względem rodzaju, kwalifikacji koniecznych do ich wykonywania, warunków, w jakich są świadczone, a także – ilości i jakości. Sąd Najwyższy orzekł także, że stanowisko pracy może stanowić kryterium porównawcze w ramach ustalania „jednakowej pracy”, ale nie jest ono wyłączone. Prace tożsame pod względem rodzaju i kwalifikacji wymaganych do ich wykonywania na tych samych stanowiskach pracy funkcjonujących u danego pracodawcy mogą różnić się co do ilości i jakości, a wówczas nie są pracami jednakowymi w rozumieniu art. 18<sup>3c</sup> § 1 Kodeksu pracy. Ilość i jakość świadczonej pracy są w świetle art. 78 § 1 Kodeksu pracy podstawowymi kryteriami oceny pracy dla potrzeb ustalania wysokości wynagrodzenia (wyrok SN z 7.3.2012 r., II PK 161/11, OSNP 2013/3-4/33).

Osoba, wobec której pracodawca naruszył zasadę równego traktowania w zatrudnieniu, ma prawo do odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę.

Kodeks pracy gwarantuje pracownikom dochodzącym swych praw także inne, pozafinansowe uprawnienia. Skorzystanie przez pracownika z uprawnień przysługujących z tytułu naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu nie może być podstawą niekorzystnego traktowania pracownika, a także nie może powodować jakichkolwiek negatywnych konsekwencji wobec pracownika, zwłaszcza nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy lub jego rozwiązanie bez wypowiedzenia. Regulacja ta ma odpowiednie zastosowanie także do pracownika, który udzielił w jakiegokolwiek formie wsparcia pracownikowi korzystającemu z uprawnień przysługujących z tytułu naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu.

W świetle powyższych zasad należy także wyjaśnić, że samo osiągnięcie wieku emerytalnego nie jest przesłanką umożliwiającą rozwiązanie umowy o pracę przez pracodawcę. Mogłoby to zostać potraktowane jako postępowanie dyskryminacyjne ze względu na wiek i niezgodne

z art. 11<sup>3</sup> k.p. Zatem pracodawca zwalniając pracownika jest obowiązany kierować się kryteriami, które nie mogą mieć charakteru dyskryminacyjnego.

Problematyka prawnej dopuszczalności wypowiedzenia pracownikowi umowy o pracę ze względu na osiągnięcie wieku emerytalnego była przedmiotem wielu orzeczeń Sądu Najwyższego. I tak np. w wyroku z dnia 26 listopada 2003 r. (I PK 616/02) Sąd Najwyższy stwierdził, że osiągnięcie przez pracownika wieku emerytalnego stanowi samodzielną przyczynę uzasadniającą wypowiedzenie umowy o pracę i nie jest przejawem dyskryminacji pracownika, który nabył prawo do emerytury. W podobny sposób Sąd Najwyższy wypowiedział się także w postanowieniu z dnia 18 lipca 2003 r. (I PK 210/03, M.P.Pr., wkł. 2004/7/7) – wyrażając pogląd, że „wypowiedzenie umowy o pracę ze względu na osiągnięcie przez kobietę wieku emerytalnego (60 lat) oraz uzyskanie prawa do emerytury jest uzasadnione (art. 45 § 1 w zw. z art. 39 k.p.) i nie może być ocenione jak dyskryminacja ze względu na płeć lub wiek” (art. 11<sup>3</sup> k.p.) oraz w wyroku z dnia 29 września 2005 r. (II PK 19/05 OSNP 2006/15), w którym stwierdził, że „uzyskanie przez pracownika prawa do emerytury jest uzasadnioną przyczyną wypowiedzenia umowy o pracę na czas nieokreślony”. Jednocześnie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 listopada 2004 r. (I PK 7/04 OSNP 2005/12/171) podkreślił, że „wypowiedzenie umowy o pracę na czas nieokreślony wyłącznie z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego jest nieuzasadnione w rozumieniu art. 45 § 1 k.p.”

W odpowiedzi na wcześniejsze niejednolite orzecznictwo w tej kwestii Sąd Najwyższy w uchwale 7 sędziów z dnia 21 stycznia 2009 r. (II PZP 13/08) potwierdził stanowisko, że osiągnięcie wieku emerytalnego przez pracownika i nabycie prawa do emerytury nie może być samodzielną przesłanką rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę. Należy zauważyć, że orzeczenia Sądu Najwyższego generalnie wiążą tylko w konkretnej sprawie, z wyjątkiem orzeczeń podjętych w pełnym składzie.

Podsumowując, przepisy prawa pracy zabezpieczają interesy pracowników w starszym wieku poprzez nałożenie na pracodawców obowiązku równego traktowania ich w zatrudnieniu oraz zakaz dyskryminacji m.in. ze względu na wiek. Ponadto, zgodnie z orzecznictwem sądowym osiągnięcie wieku emerytalnego nie powinno stanowić jedynej przyczyny wypowiedzenia pracownikowi stosunku pracy.

### **Koordinacja systemu zabezpieczenia społecznego**

Przepisy w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, będące w obszarze działania Ministerstwa właściwego ds. zabezpieczenia społecznego, są łącznikiem pomiędzy krajowym systemem zabezpieczenia społecznego a systemami innych państw. Kwestie, wymienione w powołanych wyżej przepisach *ustawy o osobach starszych* reguluje głównie ustawodawstwo krajowe.

Niemniej jednak, przepisy o koordynacji przyczyniają się do mobilności osób starszych, gdyż umożliwiają korzystanie m.in. ze świadczeń emerytalno-rentowych także za granicą, w państwach które mają uregulowane z Polską stosunki w zakresie zabezpieczenia społecznego na zasadach koordynacji. Są to wszystkie państwa Unii Europejskiej i EOG oraz Szwajcaria, a także państwa z którymi Polska ma podpisane umowy dwustronne: Australia, USA, Kanada, Ukraina, Mołdawia, Macedonia, Bośnia, Czarnogóra, Hercegowina, Serbia oraz Republika Korei.

Ponadto, biorąc pod uwagę definicję osoby starszej, przepisy o koordynacji umożliwiają takim osobom, zarejestrowanym jako osoby bezrobotne z prawem do zasiłku, poszukiwanie pracy również poza granicami Polski (koordynacja unijna) i korzystanie przez co najmniej trzy miesiące z zasiłku dla bezrobotnych, co może się przyczynić do większej aktywności zawodowej osób starszych.

Warto dodać, że przepisy o koordynacji mają też pozytywny wpływ na dostępność do świadczeń zdrowotnych dla osób starszych poza granicami Polski, gdyż w większości państw w których Polska ma uregulowane stosunki na zasadach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (koordynacja unijna i niektóre umowy) osoby ubezpieczone w Polsce mogą korzystać z takich świadczeń zagranicą, w ograniczonym lub porównywalnym zakresie.

### **Działania na rzecz niepełnosprawnych osób starszych**

Osoby starsze, jeżeli posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne, mogą korzystać ze wszystkich instrumentów wsparcia, przewidzianych *ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz.U. z 2011 r. poz. 721, z późn. zm.).

Należy wskazać, że wsparcie mogło być udzielane zarówno na poziomie samorządu powiatowego, jak również bezpośrednio przez PFRON. Przykładowo, na podstawie wyżej wspomnianej ustawy i *rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych* (Dz.U. z 2015 r. poz. 926), osoba niepełnosprawna, w tym starsza, mogła ubiegać się również w powiatowym centrum pomocy rodzinie – o dofinansowanie ze środków PFRON: zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych czy też usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.

Analogicznie w przypadku instrumentów rehabilitacji zawodowej kierowanych bezpośrednio do osób niepełnosprawnych, w tym starszych, a także do pracodawców zatrudniających takie osoby lub zainteresowanych ich zatrudnianiem, udzielane wsparcie mogło być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego (a w ich strukturze powiatowe urzędy pracy) lub bezpośrednio przez PFRON. Jako przykład można wskazać zwrot kosztów przystosowania lub wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, zwrot kosztów szkolenia niepełnosprawnego pracownika oraz możliwość jednorazowego skorzystania ze środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.

Wyjątek dotyczy instrumentu rehabilitacji zawodowej, jakim jest dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych, które nie może być udzielane pracodawcy zatrudniającemu pracowników z umiarkowanym lub lekkim stopniem niepełnosprawności z ustalonym prawem do emerytury (art. 26a ust. 1a<sup>1</sup> pkt 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz.U. z 2011 r. poz. 721, z późn. zm.).

Sytuacja wygląda podobnie w przypadku instrumentów wspierania zatrudnienia przeznaczonych dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu,

przewidzianych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Osiągnięcie wieku emerytalnego oraz nabycie prawa do emerytury lub renty, ogranicza możliwość korzystania z niektórych instrumentów wsparcia, przewidzianych na mocy tej ustawy. Jednakże, jeżeli osoba starsza jest osobą niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu, może korzystać z usług i instrumentów rynku pracy przewidzianych w art. 11 *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* jak np. staże, szkolenia, prace interwencyjne itd. Działania z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej, adresowane także do starszych osób niepełnosprawnych, przyczyniają się do zwiększenia poziomu ich zatrudnienia, a tym samym poprawy ich sytuacji ekonomicznej, a także ich gospodarstw domowych.

### **Działania w sferze pożytku publicznego. Program Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2014–2020**

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej od 2005 r. realizuje, w różnych formach, konkurs pod nazwą Fundusz Inicjatyw Obywatelskich, który skierowany jest do organizacji pozarządowych i podmiotów z nimi zrównanych, czyli prowadzących działalność pożytku publicznego.

W ramach Programu FIO na lata 2014–2020 zakres możliwych do zrealizowania działań obejmuje wszystkie wymienione w art. 4 *ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie* (Dz.U. z 2016 r., poz. 239 i 395) obszary działalności pożytku publicznego, w tym także zadania adresowane do osób starszych. Nie ma jednak wyodrębnionego priorytetu i kierunku działania tylko dla tego typu zadań. W ramach Priorytetu 2. Aktywne społeczeństwo, kierunek działania 5. Wspieranie aktywnych form integracji społecznej, realizowane mogą być projekty nakierowane m.in. na wspieranie osób starszych, podmiotowość społeczną osób starszych w środowisku lokalnym oraz integrację i solidarność międzypokoleniową.

Ponieważ w ramach ww. priorytetów i kierunków realizowane działania mogą mieć bardzo szeroki zakres tematyczny i grupy docelowe, w celu przybliżenia rzeczywistej skali działań na rzecz osób starszych w ramach Programu FIO, można posłużyć się obszarami działalności pożytku publicznego wymienionymi w *ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*.

W ramach konkursu FIO 2014, z zakresu 10 sfery pożytku publicznego – działalność na rzecz osób w wieku emerytalnym dofinansowane zostały 34 projekty, na łączną kwotę 1 991 tys. zł w tym 1 865 tys. na 2014 r. i 125 tys. zł na 2015 r. (dofinansowane zostały dwa projekty 2-letnie). W ramach konkursu FIO 2015, z zakresu tej sfery pożytku dofinansowano 23 projekty, na łączną kwotę 1 719 tys. zł. w tym 1 358 tys. zł na 2015 r. i 361 tys. na 2015 r. (pięć projektów 2-letnich). W związku z tym na projekty realizowane w 2015 r. przeznaczono kwotę 1 438 tys. zł.

Wśród Organizacji Pożytku Publicznego, które złożyły sprawozdania za 2014 r. 364 zadeklarowało realizację działań w zakresie 10. sfery pożytku publicznego. Niestety, w związku z tym, iż termin na składanie sprawozdań OPP za 2015 r. mija 15 lipca 2016 r. w trakcie przygotowywania *Informacji...* dane dotyczące 2015 r. nie były jeszcze dostępne.

## Projekty realizowane na rzecz osób starszych

### ***Strategia rozwoju usług opieki długoterminowej nad osobami starszymi***

#### ***– w ramach Programu PROGRESS***

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizuje projekt pt. „Strategia rozwoju usług opieki długoterminowej nad osobami starszymi” – w ramach Programu PROGRESS, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej. Na zlecenie ówczesnego Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, w 2015 r. Bank Światowy dokonał przeglądu systemu opieki długoterminowej (ODT) w Polsce. Przegląd ten zawiera diagnozę polskiego systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi, a także opis systemów istniejących w wybranych krajach, które mogą posłużyć jako punkt odniesienia dla stworzenia systemu polskiego. Wyniki niniejszego przeglądu posłużą m.in. przygotowaniu zaleceń strategicznych dotyczących rozwoju systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce.

Główne zalecenia dla rozwoju procesu rozbudowywania istniejącego systemu opieki długoterminowej Polsce zakładają konieczność:

- rozwoju wykwalifikowanej siły roboczej na potrzeby opieki długoterminowej oraz dopracowanie zachęt zwłaszcza dla osób młodych, aby podejmowały kształcenie w kierunku zawodów opiekuńczych oraz kobiet w wieku 50+, które z różnych powodów musiały zrezygnować z kontynuacji pracy zawodowej, a chcą powrócić na rynek pracy;
- wykorzystywania nowych technologii dla propagowania „starzenia się we własnym domu”
- wzmacnianie roli społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych w opiece długoterminowej poprzez podejście deinstytucjonalizacji opieki społecznej, tam gdzie jest to możliwe.

### ***Projekt systemowy „Formalne i nieformalne instytucje opieki. Etap pierwszy prac”***

Projekt systemowy „Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce. Etap pierwszy prac” realizowany był od grudnia 2014 r. przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich pod merytorycznym nadzorem Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Opieka nad niesamodzielnymi osobami starszymi była przedmiotem badania w ramach projektu „Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce. Etap pierwszy prac”, zrealizowanym w Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich z inicjatywy Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz MRPiPS. Terenowe badania ilościowe i jakościowe przeprowadzono w sześciu celowo dobranych powiatach: nyskim, wejherowskim, kazimierskim, bieruńsko-lędzińskim, Skierniewicach i Olsztynie. Powiaty dobrano ze względu na wydatki samorządów na opiekę i zapotrzebowanie na opiekę dla osób starszych, chorych, niepełnosprawnych oraz dzieci do lat 6.

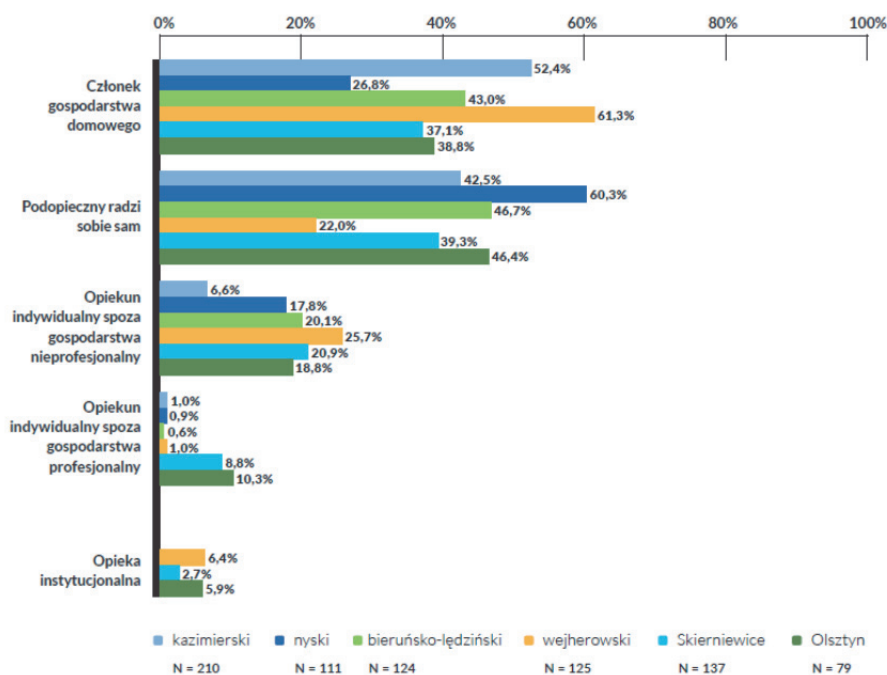
Badania opieki nad osobami starszymi dotyczyły osób w wieku 70 lat i więcej niesamodzielnymi faktycznie, tj. posiadającymi obiektywnie stwierdzone ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Osoby takie stanowiły, w zależności od powiatu, od 4,6% do 7,7% populacji powiatu i zamieszkiwały od 9,0% do 22,2% gospodarstw domowych w tych powiatach. Dysproporcje wynikają ze zróżnicowanej kondycji demograficznej powiatów – największy odsetek niesamoziel-

nych osób starszych zanotowano w wyludniającym się rolniczym powiecie kazimierski, najniższy – w Olsztynie, dużym mieście, do którego napływają młodzi ludzie w związku z nauką lub pracą.

W zależności od powiatu od 31% do 47% procent niesamodzielnych seniorów wymagało opieki codziennie, co najmniej kilka razy na dobę, przy czym przeciętnie około połowy tej grupy przez całą dobę. Osoby niewymagające opieki całodobowej przeciętnie potrzebowały 3,5–4,5 godzin opieki dziennie. Od 10% do 20% niesamodzielnych seniorów wymagało opieki co najmniej raz w tygodniu, przeciętnie czas tej opieki wynosił 4–6 godzin tygodniowo.

Znaczna część seniorów radziła sobie sama. Jeśli ktoś sprawuje opiekę nad starszą osobą, to jest to najczęściej członek jej gospodarstwa domowego, rzadziej bliska osoba spoza gospodarstwa – sąsiedzi, rodzina, przyjaciele (są to opiekunowie nieprofesjonalni spoza gospodarstwa domowego). Z usług formalnych opiekunów profesjonalnych (np. opiekunki z OPS, pielęgniarki środowiskowej) oraz opieki w placówce korzystały głównie osoby starsze mieszkające w dużych miastach lub w ich pobliżu – w Olsztynie, Skierniewicach (w sąsiedztwie Warszawy) oraz w powiecie wejherowskim (w pobliżu Trójmiasta).

**Wykres 8. Sposób sprawowania opieki nad osobami starszymi.**



Źródło: Funkcjonowanie instytucji opieki w Polsce. Raport podsumowujący wyniki badań terenowych, s. 120, na podstawie wyników badania GD1 (badanie ilościowe metoda CAPI na losowej próbie gospodarstw domowych).

Z deklaracji badanych przedstawicieli gospodarstw domowych<sup>33</sup> wynika, że nawet w połowie z nich sposób organizacji opieki nad seniorem nie jest wynikiem wolnego wyboru, ale konieczności. Gdyby badani mieli możliwość wyboru rozwiązania najbardziej odpowiadającego ich oczekiwaniom i potrzebom, w większości powiatów zdecydowanie zmniejszyłyby się czasowy

<sup>33</sup> Były to osoby najlepiej zorientowane w sytuacji gospodarstwa, niekoniecznie opiekunowie; w przypadku osób starszych często gospodarstwa są jednoosobowe, a więc ankietowanym był sam podopieczny.

udział w opiece nad seniorami członków gospodarstw domowych na rzecz opieki sprawowanej w placówce lub przez indywidualnych opiekunów spoza gospodarstwa domowego.

Z analizy preferencji gospodarstw domowych dotyczących opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi wynika, że większość badanych byłaby skłonna skorzystać z usług opiekuńczych dla osób starszych. Kluczowym czynnikiem brany pod uwagę przy podejmowaniu decyzji odnośnie opieki formalnej jest miejsce sprawowania opieki. Dla respondentów zdecydowanie atrakcyjniejsze były oferty sprawowania opieki w domu podopiecznego. Podejmując decyzje dotyczące opieki gospodarstwa, zwracają również uwagę na liczbę podopiecznych, jaka równocześnie znajduje się pod opieką jednej osoby, czas oczekiwania na miejsce w placówce lub przydzielenie opiekuna, czasowy wymiar opieki oraz publiczny status placówki. Maksymalna miesięczna kwota, jaką badani byliby w stanie zapłacić za najbardziej zbliżoną do ich oczekiwań ofertę wynosiła 464,06 zł.

### ***Badanie Zdrowia, Starzenia się i Przechodzenia na Emeryturę w Europie (SHARE – Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe)***

Projekt badawczy SHARE został zaplanowany w celu zrozumienia wyzwań związanych ze starzeniem się ludności. Raport z badania powstał dzięki współpracy badaczy zajmujących się problematyką funkcjonowania osób w wieku 50+ z kilku instytucji badawczych w Polsce: Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA, Instytutu Statystyki i Demografii SGH, Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Instytutu Badań Edukacyjnych. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dofinansowało fałę 6 badania (w latach 2014–2015) oraz planuje rozpoczęcie realizacji projektu na lata 2016–2022.

Pierwsza runda badania odbyła się na przełomie 2004 i 2005 r.. Do końca 2015 r. przeprowadzone zostały 4 rundy badania SHARE. Polska brała udział w badaniach od 2006 r. w czterech rundach (2, 3, 4 i 6). Wybrane wnioski z 4 rundy badania, która odbyła się na przełomie 2011 i 2012 roku przedstawiają się następująco.

#### *Aktywność*

Aktywność mieszkańców Polski na tle osób z innych krajów jest mała. 78% Polaków zadeklarowało przynajmniej jedną z aktywności, o które pytali badacze (społeczną, indywidualną, religijną, edukacyjną). Tymczasem w Szwecji odsetek aktywnych wynosi 99%, w Niemczech – 95%, a w Czechach – 91% Niższy niż w Polsce odsetek osób aktywnych w innych obszarach niż zawodowy był we Włoszech i Hiszpanii (odpowiednio 62% i 69%).

#### *Stan zdrowia*

Mieszkańcy Polski częściej mają problemy zdrowotne i prowadzą niezdrowy tryb życia w porównaniu do mieszkańców innych krajów. Swój *stan zdrowia* bardzo dobrze oceniają Szwedzi oraz Francuzi. Doskonały lub bardzo dobry stan zdrowia wskazywało 43% Szwedów i 36% Szwedek oraz 20% Francuzów i 16% Francuzek, podczas gdy w Polsce – jedynie niecałe 10% mężczyzn oraz 6% kobiet. 55% Polaków i 61% Polek oceniło stan zdrowia podczas badania jako zadowolający lub zły. Zbliżone wyniki odnotowano w Hiszpanii.

Największy odsetek osób palących występował u mężczyzn w Polsce (32,3%) oraz u kobiet w Czechach (20,2%) i w Polsce (19,8%). Najmniejsze odsetki palących obserwowano u mężczyzn w Szwecji (14,1%) oraz u kobiet w Hiszpanii (5,9%). Umiarkowaną lub intensywną aktywność fizyczną, co najmniej jeden raz w tygodniu, deklarowało 71% Polaków oraz 63% Polek, co stanowiło najmniejszy odsetek wśród analizowanych krajów (w Szwecji u obu płci wskaźnik ten wynosił ok. 90%).

#### *Zatrudnienie*

W przypadku Polski jedynie 50,4% mężczyzn w wieku 50–64 lat deklarowało utrzymanie zatrudnienia (dla porównania w Szwecji było to powyżej 80%). W przypadku kobiet odsetek ten wynosił 31,1%. Autorzy raportu sugerują, że jedną z podstawowych determinant wyjścia z rynku pracy wśród osób starszych w Polsce jest nabycie praw do świadczeń (np. emerytalnych czy rentowych), nie zaś stan zdrowia. Świadczy o tym względnie nieduża różnica (rzędu 8,5 p.p.) pomiędzy wskaźnikiem zatrudnienia wśród osób zdrowych a wśród deklarujących problemy zdrowotne. W takich krajach jak Szwecja, Niemcy, Czechy czy Hiszpania różnica ta jest większa (przekracza 15 p.p.).

#### *Poziom życia*

Pomimo kryzysu gospodarczego, który miał miejsce pomiędzy 2. i 4. rundą Badania, deklaracje respondentów SHARE dotyczące oceny statusu materialnego sugerowały nieznaczną poprawę warunków materialnych wśród osób starszych. Dane sugerują poprawę sytuacji przede wszystkim w Polsce (o 7,4 p.p.) i w Hiszpanii (o 6,7 p.p.). Jednocześnie jednak sytuacja polskich respondentów na tle pozostałych krajów pozostawała najtrudniejsza. Wśród respondentów, którzy brali udział w obydwu rundach badania w Polsce, notujemy najwyższy, przekraczający 65,4% odsetek osób deklarujących trudności finansowe, podczas gdy dla porównania w Szwecji odsetek ten oscylował wokół 15,1%. Podobnie, odsetek osób znajdujących się w bardzo trudnej sytuacji materialnej (odpowiadającej dużym trudnościom w wiązaniu końca z końcem) miał najwyższe wartości wśród respondentów z Polski (21,0% w R4 w porównaniu np. do 2,4% w Szwecji).

#### *Transfery finansowe*

Osoby po 50. roku życia, częściej wspierają innych, niż same otrzymują wsparcie finansowe – 28% gospodarstw zadeklarowało przekazywanie transferów finansowych, a jedynie 7% je otrzymało. Jest to prawidłowość obserwowana bez względu na status społeczno-ekonomiczny. Najczęściej odbiorcami pomocy finansowej są członkowie rodziny, głównie dzieci. Również otrzymywane transfery pochodzą najczęściej od rodziny. W Polsce, częściej niż w innych krajach, transfery są kierowane również do innych osób z rodziny.

### **Wydarzenia organizowane przez MRPiPS**

W roku 2015, ówczesne Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej zorganizowało lub współorganizowało wydarzenia realizujące szerokorozumianą politykę senioralną.



*I. II Kongres UTW, 30 marca 2015 r. Warszawa (współorganizator)*

II Kongres UTW, który odbył się 30 marca 2015 r. w Teatrze Wielkim w Warszawie. Stanowił on najważniejsze wydarzenie obchodów 40-lecia ruchu UTW w Polsce, służące podsumowaniu dorobku tego ruchu oraz wyznaczeniu dalszej strategii. Udział w Kongresie wzięli przedstawiciele najwyższych władz państwowych oraz wielu gości honorowych

*II. Siódme posiedzenie prezydium Grupy Roboczej ds. starzenia się społeczeństw, działającej z ramienia Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ, 7–8 maja 2015 r. Gdańsk*

Spotkanie zostało zorganizowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Miasto Gdańsk. Podczas wspólnego posiedzenia grupy roboczej i reprezentantów Miasta Gdańsk zostały omówione wybrane aspekty polityki społecznej miasta w odniesieniu do osób starszych, a także przedstawiona została sytuacja osób starszych w Polsce oraz działania podejmowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się.

*III. Konferencja „Przeciwdziałanie przemocy wobec seniorów”, 12 maja 2015 r., Warszawa*

Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Przeciwdziałanie przemocy wobec seniorów”, została zorganizowana przy współpracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z Katedrą Gerontologii Społecznej Instytutu Pracy Socjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.

*IV. Konferencja „Kultura a seniorzy”, 3 września 2015 r., Warszawa*

Konferencja „Kultura a seniorzy”, zorganizowana została przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego w dniu 3 września 2015 r. Wydarzenie zostało poświęcone zagadnieniom szerszego uczestnictwa osób starszych w wydarzeniach kulturalnych. Podczas konferencji ministrowie obu resortów podpisali list do dyrektorów instytucji artystycznych z apelem o szersze udostępnienie ich placówek seniorom. Uczestnicy konferencji dyskutowali podczas dwóch paneli: „Aktywność edukacyjna, kulturalna i społeczna osób starszych w Polsce” oraz „Przyszłość aktywności kulturalnej seniorów w Polsce – wyzwania i dobre praktyki”.

*V. Międzynarodowy Kongres Zdrowego Starzenia, 24–25 września 2015 r., Warszawa (współorganizator)*

Międzynarodowy Kongres Zdrowego Starzenia, odbył się w dniach 24–25 września 2015 r. w Galerii Porczyńskich w Warszawie. Idea Kongresu wynikała postępujących trendów demograficznych. Celem Kongresu było podsumowanie dotychczasowych aktywności w ramach polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce oraz wypracowanie kluczowych wniosków dla dalszych działań. Przedmiotem dyskusji zaproszonych gości były istotne dla prawidłowego funkcjonowania polityki społecznej wobec osób starszych tematy: realizacja Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce, zdrowe starzenie się w Europie – Wizja Europy 2050, samodzielność i bezpieczeństwo osób starszych, innowacje, e-zdrowie. Poruszone zostały również kwestie srebrnej gospodarki, aktywności zawodowej 50+ i solidarności międzypokoleniowej.

### **Kampanie społeczne i medialne**

W 2015 r., ówczesne Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przeprowadziło szereg kampanii medialnych wpisujących się w szeroko rozumianą politykę społeczną wobec osób starszych.

#### *I. Kampania informacyjna dotycząca przygotowań do realizacji Programu wieloletniego Senior-WIGOR na lata 2015–2020 w województwach*

27 kwietnia 2015 r. zorganizowane zostało w siedzibie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej spotkanie, którym udział wzięli przedstawiciele urzędów wojewódzkich z całego kraju, a w maju i czerwcu 2015 r. odbyło się 6 spotkań w regionach, skierowanych do przedstawicieli gmin, dotyczących przystępowania do konkursu w ramach Programu Wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020.

#### *II. Cykl edukacyjnych felietonów dotyczących informowania o realizacji projektów – Dziennych Domów „Senior-WIGOR” w ramach Programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020*

W ramach Programu Senior-WIGOR przygotowano i wyemitowano cykl edukacyjnych felietonów dotyczących informowania o realizacji projektów – Dziennych Domów „Senior-WIGOR” w ramach Programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020. Wyemitowano 10 felietonów w 10 blokach programowych audycji *Pytanie na śniadanie* na antenie TVP 2 oraz w tym 5 rozmów w studio.

#### *III. Kampania w mediach dot. Aktywności seniorów finansowana ze środków programu ASOS*

W ramach promowania aktywności społecznej osób starszych, przygotowany i wyemitowany zostały w Radiu dla Ciebie cykl odcinków słuchowiska radiowego skierowanego do seniorów dot. problemu demencji osób starszych (10 odcinków) w terminie od 30 października do 28 listopada 2015 r.

#### *IV. Przygotowanie i emisja cyklu edukacyjnych odcinków programu telewizyjnego dla seniorów promujących najważniejsze czynniki sprzyjające zdrowemu starzeniu się w TVP Regionalna i TVP Kraków*

W Programie emitowanym w TVP Regionalna i TVP Kraków zostały zaprezentowane zadania realizowane w trakcie projektów dofinansowanych w ramach *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2014–2020*. Przygotowanie i emisja cyklu miała miejsce od 13.10.2015 r. do 15.12.2015 r.

#### *V. Przygotowanie i emisja odcinków programu radiowego/słuchowiska radiowego skierowanego do seniorów dot. zdrowego starzenia się pt. „Active Senior 60+” w Radiu RDN Małopolska oraz w radiu Em Kielce*

W Radiu RDN Małopolska zostało wyemitowanych 10 odcinków słuchowiska radiowego skierowanego do seniorów dot. zdrowego starzenia się pt. „Active Senior 60+” (13.10–15.12.2015) oraz w radiu Em Kielce 10 odcinków programu radiowego/słuchowiska radiowego skierowanego do seniorów dot. zdrowego starzenia się (27.10–27.11.2015).

#### *VI. Opracowanie artykułów i udostępnienie miejsca na łamach ogólnopolskiego tytułu prasowego na potrzeby publikacji 12 artykułów prasowych promujących aktywizację społeczną osób*

starszych prowadzoną w ramach przyjętych priorytetów Rządowego Programu na rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2014–2020 (Program ASOS)

Wyemitowanych zostało 12 artykułów w dzienniku FAKT, promujących aktywizację społeczną osób starszych prowadzoną w ramach przyjętych priorytetów *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2014–2020*, publikowanych od 06.10.2015 r. do 14.11.2015 r. Artykuły przedstawiały zadania realizowane w ramach Programu ASOS przez organizacje pozarządowe i inne podmioty uprawnione w konkursie.

## **II.1.2 Działania prowadzone przez Ministerstwo Cyfryzacji**

W 2015 r., Ministerstwo Cyfryzacji podejmowało szereg działań na rzecz poprawy sytuacji osób starszych w Polsce.

W ramach perspektywy finansowej 2007–2013 Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji wdrażało działanie 8.3 *Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu – eInclusion*, które z kolei było częścią Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (POIG). Około 200 tys. osób uzyskało dostęp do Internetu bezpośrednio w gospodarstwie domowym lub w ramach tzw. działań koordynacyjnych zapewniających dostęp do Internetu w jednostkach podległych gminie, np. domach kultury, świetlicach, szkołach. Zrealizowano ponad 739 projektów o łącznej wartości ponad 1,34 mld zł. Działanie było skierowane do grupy zagrożonej wykluczeniem cyfrowym, w tym osób starszych.

W ramach perspektywy finansowej 2014–2020 Ministerstwo Cyfryzacji wdraża działanie 3.1 *Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych*, które jest częścią Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa (POPC). Realizowane będą projekty mające na celu podwyższenie umiejętności i wiedzy ogółu społeczeństwa w zakresie korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych (TIK), z uwzględnieniem zdiagnozowanych potrzeb społecznych w zakresie zwiększenia aktywności i poprawy umiejętności korzystania z Internetu, w tym w szczególności z usług publicznych świadczonych drogą elektroniczną. Odbiorcami działania będą osoby dorosłe, które nie posiadają kompetencji cyfrowych lub chcą rozwijać posiadane w tym zakresie umiejętności. Na realizację działania przewidziano 85 mln EUR.

Pierwszy nabór wniosków o dofinansowanie projektów trwał od 2 listopada 2015 r. do 8 kwietnia 2016 roku, natomiast uruchomienie pierwszych projektów nastąpi w III kwartale 2016 r. Kwota środków przeznaczonych na dofinansowanie projektów w niniejszym konkursie wynosi 75 mln zł.

W okresie XI 2011 – XI 2015 Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, we współpracy ze Stowarzyszeniem „Miasta w Internecie”, zrealizowało projekt edukacyjny *Polska Cyfrowa Równych Szans*. Celem projektu było wprowadzenie osób dorosłych w świat komunikacji cyfrowej oraz usług i treści dostępnych w Internecie. 2,9 tys. animatorów (tzw. Latarnicy Polski Cyfrowej) przeprowadziło:

- ponad 37 tys. bezpłatnych zajęć mających na celu przekazanie podstawowych umiejętności cyfrowych osobom w wieku 50+,
- ponad 71 tys. godzin zajęć dla osób w wieku 50+.

Od utworzenia Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji (XI.2011 r.) doprowadzono do udoskonalenia przepisów *ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne* (Dz.U. z 2016 r. poz. 1489 i 1579) w taki sposób, aby udogodnić korzystanie z usług telekomunikacyjnych użytkownikom końcowym o specjalnych potrzebach, w tym osobom starszym. Zmiany te stanowią między innymi implementację przepisów unijnych, dotyczących z założenia zarówno osób starszych jak i niepełnosprawnych. Dzięki udoskonalonym przepisom:

- dostawcy publicznie dostępnych usług telefonicznych zostali zobligowani do wprowadzenia szeregu udogodnień dla osób starszych, np. urządzeń umożliwiających powiększenie tekstu i prezentację regulaminu lub cennika;
- Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej otrzymał prawo do nałożenia na przedsiębiorcę wyznaczonego obowiązku zapewnienia specjalnego pakietu cenowego – narzędzie to ma na celu minimalizację zagrożeń ekonomicznych wynikających z niskich dochodów części osób starszych.

W 2014 r. Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, we współpracy z przedstawicielami rynku telekomunikacyjnego, zrealizowało program pilotażowy dotyczący wyposażenia wybranych biur obsługi klienta w pętle indukcyjne ułatwiające komunikację głosową. W urządzenia zostało wyposażonych kilkadziesiąt jednostek.

Do dnia obecnego na Elektronicznej Platformie Usług Administracji Publicznej (ePUAP2) zaimplementowano następujące usługi dedykowane osobom starszym:

- a) przyznawanie Pomocy Finansowej z Funduszu Zdrowotnego z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli i nauczycieli emerytów lub rencistów;
- b) usługi elektroniczne dla osób pobierających świadczenia długoterminowe – emeryturę lub rentę z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS);
- c) usługi elektroniczne dla osób pobierających świadczenia krótkoterminowe – zasiłki z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – ZUS;
- d) wydanie Opolskiej Karty Rodziny i Seniora;
- e) przyznanie opłacenia składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe od kwoty świadczenia pielęgnacyjnego;
- f) zaświadczenia o posiadaniu gospodarstwa rolnego do spraw emerytalno-rentowych;
- g) przyjmowanie wniosków do Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- h) zawiadomienie emeryta-rencisty, osoby uprawnionej do renty rodzinnej o osiąganym przychodzie ZER WU – 10b/2009;
- i) dyspozycja dotycząca przekazywania świadczeń emerytalno-rentowych ZER-bank-PL/2010;
- j) oświadczenie zainteresowanego w sprawie ustalenia prawa lub wysokości z zaopatrzenia emerytalnego ZER WU – 13/2011;
- k) oświadczenie o zamiarze wspólnego opodatkowania ZER-POD.

**Tabela 87. Zestawienie usług dedykowanych osobom starszym na platformie ePUAP2**

Usługi dla osób starszych na ePUAP			
Kategoria	Nazwa usługi	Organ właściwy do realizacji usługi	Grupa docelowa
Zdrowie	Przyznawanie Pomocy Finansowej z Funduszu Zdrowotnego z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli i nauczycieli emerytów lub rencistów	właściwe organy nadzorujące szkoły i placówki oświatowe	nauczyciele czynni lub nauczyciele emeryci i renciści szkół i placówek oświatowych
Zabezpieczenie społeczne	Usługi elektroniczne dla osób pobierających świadczenia długoterminowe – emeryturę lub rentę z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)	Prezes ZUS	Ubezpieczeni świadczeniobiorcy
Zabezpieczenie społeczne	Usługi elektroniczne dla osób pobierających świadczenia krótkoterminowe – zasiłki z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – ZUS	Prezes ZUS	Ubezpieczeni świadczeniobiorcy
Zabezpieczenie społeczne	Wydanie Opolskiej Karty Rodziny i Seniora	Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego	Osoby ubiegające się o wydanie Opolskiej Karty Rodziny i Seniora
Zabezpieczenie społeczne	Przyznanie opłacenia składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe od kwoty świadczenia pielęgnacyjnego	Ośrodki Pomocy Społecznej	Obywatele
Zabezpieczenie społeczne	Zaświadczenia o posiadaniu gospodarstwa rolnego do spraw emerytalno-rentowych	urzędy gmin	Obywatele
Zabezpieczenie społeczne	Przyjmowanie wniosków do Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych	Zakład Emerytalno-Rentowy MSW	Emeryt i rencista policyjny oraz osoba uprawniona do policyjnej renty rodzinnej
Zabezpieczenie społeczne	Zawiadomienie emeryta-rencisty, osoby uprawnionej do renty rodzinnej o osiągnięciu przychodzie ZER WU – 10b/2009	Zakład Emerytalno-Rentowy MSW	Emeryt i rencista policyjny oraz osoba uprawniona do policyjnej renty rodzinnej
Zabezpieczenie społeczne	Dyspozycja dotycząca przekazywania świadczeń emerytalno-rentowych ZER-bank-PL/2010	Zakład Emerytalno-Rentowy MSW	Emeryt i rencista policyjny oraz osoba uprawniona do policyjnej renty rodzinnej
Zabezpieczenie społeczne	Oświadczenie zainteresowanego w sprawie ustalenia prawa lub wysokości z zaopatrzenia emerytalnego ZER WU – 13/2011	Zakład Emerytalno-Rentowy MSW	Emeryt i rencista policyjny oraz osoba uprawniona do policyjnej renty rodzinnej
Zabezpieczenie społeczne	Oświadczenie o zamiarze wspólnego opodatkowania ZER-POD	Zakład Emerytalno-Rentowy MSW	Emeryt i rencista policyjny oraz osoba uprawniona do policyjnej renty rodzinnej

Źródło: informacje przekazane przez Ministerstwo Cyfryzacji.

### II.1.3 Działania prowadzone przez Ministerstwo Finansów

W zakresie pozostającym w kompetencji Ministra Finansów w obszarze związanym z osobami starszymi w Polsce realizowane są następujące działania.

#### **W zakresie rozwiązań obowiązujących w podatku dochodowym od osób fizycznych**

*Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych* (Dz.U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą PIT”, reguluje opodatkowanie podatkiem dochodowym dochody osób fizycznych. Adresatami ustawy PIT są zatem wszystkie osoby fizyczne osiągające dochód. Bez względu na takie kryteria jak płeć, wiek czy poglądy.

Zgodnie z przepisami ustawy PIT, emerytura i renta stanowi źródło przychodu, o którym mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 12 ust. 7 ustawy i polega opodatkowaniu na ogólnych zasadach, według obowiązującej skali podatkowej. Jednakże ustawa PIT poprzez niektóre rozwiązania podatkowe (ulgi i zwolnienia przedmiotowe) wspiera pożądane społecznie cele. Istnieją zatem regulacje, które uwzględniają sytuację osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, rodzinnej, zdrowotnej, materialnej, a do tej grupy podatników należy duża część emerytów i rencistów. Wiele regulacji adresowanych do obywateli żyjących w trudnej sytuacji zdrowotnej i materialnej zawiera określony w art. 21 ust. 1 ustawy PIT katalog zwolnień przedmiotowych. Przykładowo, zwolnieniem z podatku objęte są:

- renty przyznane na podstawie odrębnych przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (pkt 2);
- dodatek pielęgnacyjny (pkt 8);
- zapomogi otrzymane w przypadku indywidualnych zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych, długotrwałej choroby lub śmierci – do wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym kwoty 2 280 zł, z zastrzeżeniem pkt 40 i 79 (pkt 26);
- świadczenia otrzymane z tytułu jednorazowej pomocy materialnej finansowanej ze środków budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego w związku z zaistniałym zdarzeniem losowym (pkt 26a);
- świadczenia otrzymywane przez emerytów lub rencistów w związku z łączącym ich uprzednio z zakładem pracy stosunkiem służbowym, stosunkiem pracy lub spółdzielczym stosunkiem pracy, w tym od związków zawodowych, do wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym kwoty 2 280 zł (pkt 38);
- świadczenia z pomocy społecznej (pkt 79);
- wartość świadczeń przysługujących na podstawie odrębnych przepisów dotyczących emerytów i rencistów z tytułu abonamentowych opłat telewizyjnych i radiowych (pkt 87);
- dodatki mieszkaniowe i ryczałty na zakup opału, przyznane na podstawie odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych (pkt 97).

Ponadto, stosownie do postanowień art. 26 ust. 1 pkt 6 ustawy PIT, odliczeniu od dochodu przed opodatkowaniem podlegają wydatki na cele rehabilitacyjne oraz wydatki związane z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych, poniesione w roku podatkowym przez podatnika

będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne. Ulgą są zatem objęte wydatki poniesione na rehabilitację osób niepełnosprawnych, niezależnie od ich wieku. Jednak, wśród osób z orzeczoną niepełnosprawnością spore grono stanowią osoby starsze. Jeżeli osoby te, bądź podatnicy, na których utrzymaniu pozostają niepełnosprawne starsze osoby ponoszą wymienione niżej wydatki, to mogą skorzystać z ulgi na cele rehabilitacyjne.

Na podstawie art. 26 ust. 7a ustawy PIT w ramach tej ulgi, odliczeniu od dochodu podlegają wydatki poniesione na między innymi:

- 1) adaptację i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
- 2) przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
- 3) zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego;
- 4) odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym;
- 5) odpłatność za pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne;
- 6) opłacenie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczonych do I grupy inwalidztwa, w kwocie nieprzekraczającej w roku podatkowym 2 280 zł;
- 7) utrzymanie przez osoby niewidome i niedowidzące zaliczone do I lub II grupy inwalidztwa oraz osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczone do I inwalidztwa psa asystującego, o którym mowa w ustawie o rehabilitacji zawodowej, w kwocie nieprzekraczającej w roku podatkowym 2 280 zł;
- 8) opiekę pielęgniarzką w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób niepełnosprawnych zaliczonych do I grupy inwalidztwa;
- 9) leki – w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy faktycznie poniesionymi wydatkami w danym miesiącu a kwotą 100 zł, jeśli lekarz specjalista stwierdzi, że osoba niepełnosprawna powinna stosować określone leki (stale lub czasowo);
- 10) odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:
  - a) osoby niepełnosprawnej – karetką transportu sanitarnego;
  - b) osoby niepełnosprawnej, zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa, oraz dzieci niepełnosprawnych do lat 16 – również innymi środkami transportu niż wymienione w lit. a.;
- 11) używanie samochodu osobowego stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną zaliczoną do I lub II grupy inwalidztwa albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16 roku życia, dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne – w wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym kwoty 2 280 zł;

12) odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem:

- a) na turnusie rehabilitacyjnym;
- b) w zakładach, o których mowa w pkt 6;
- c) na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży, o których mowa w pkt 11.

Należy podkreślić, iż ww. wydatki, co do zasady, podlegają odliczeniu w całości, tj. ulga na nie jest obwarowana limitem odliczenia, a wysokość wydatków ustala się na podstawie dowodu ich poniesienia. Ustawodawca kwotę maksymalnego odliczenia reguluje jedynie w odniesieniu do wydatków wymienionych w pkt 6, 7 i 11. W tych przypadkach odliczenie nie może przekroczyć (odrębnie dla każdego tytułu) maksymalnie kwoty 2 280 zł, a podatnik nie musi dysponować dowodem poniesienia wydatku na dany cel. W przypadku tych tytułów, prawo do odliczenia ustala się odpowiednio poprzez:

- ✓ wskazanie z imienia i nazwiska osoby, której płacono w związku z pełnieniem przez nią funkcji przewodnika;
- ✓ okazania certyfikatu potwierdzającego status psa asystującego;
- ✓ okazanie dokumentu potwierdzającego zlecenie i odbycie niezbędnych zabiegów leczniczo-rehabilitacyjnych.

Z danych zebranych z zeznań za 2014 r. wynika, że z ulgi na cele rehabilitacyjne skorzystało ponad 819 tys. osób urodzonych w 1954 r. i wcześniej, a kwota wydatków z tego tytułu wyniosła 1 847 161 tys. zł.

Osoby starsze korzystały również z odliczeń od dochodu z tytułu przekazanych darowizn. Przy czym, niezależnie od siebie, korzystano z odliczenia w związku z darowiznami przekazanymi na cele: (1) określone w art. 4 *ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, kultu religijnego oraz krwiodawstwa realizowanego przez honorowych dawców krwi, oraz odrębnie (2) na cele wynikające z innych ustaw niż ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych (ustawy o stosunku Państwa do poszczególnych Kościołów przewidujące możliwość odliczenia od podstawy opodatkowania podatkiem dochodowym darowizny przekazanej na działalność charytatywno-opiekuńczą kościelnych osób prawnych).

Z odliczenia darowizn przekazanych na cele określone w art. 4 *ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, kultu religijnego oraz krwiodawstwa realizowanego przez honorowych dawców krwi skorzystało w 2014 r. niecałe 101 tys. osób urodzonych w 1954 r. i wcześniej, a kwota podlegających odliczeniu darowizn wyniosła ponad 76 544 tys. zł.

Z odliczenia darowizn na cele wynikające z innych ustaw niż ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych (ustawy o stosunku Państwa do poszczególnych Kościołów przewidujące możliwość odliczenia od podstawy opodatkowania podatkiem dochodowym darowizny przekazanej na działalność charytatywno-opiekuńczą kościelnych osób prawnych) skorzystało w 2014 r. ponad 9 700 osób starszych a kwota tych darowizn możliwa do odliczenia wyniosła ponad 19 107 tys. zł.

Najmniejszym zainteresowaniem osób starszych cieszyła się możliwość odliczenia od dochodu z tytułu użytkowania sieci Internet. Z ulgi tej skorzystało w 2014 r. prawie 56 tys. osób urodzonych w 1954 r. i wcześniej, a wydatki na ten cel przekroczyły 29 207 tys. zł.



Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą opłacająca podatek dochodowy od osób fizycznych w formie karty podatkowej może korzystać z obniżek ustawowych stawki karty podatkowej po spełnieniu ściśle określonych warunków. Szczegółowe regulacje w tym zakresie zostały zawarte w art. 27 *ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne* (Dz.U. poz. 930, z późn. zm.).

Podatnikom, którzy ukończyli 60 lat lub są osobami w stosunku do których orzeczono co najmniej lekki stopień niepełnosprawności, wykonującym osobiście (bez zatrudniania pracowników) działalność usługową i wytwórczo-usługową, przysługuje prawo do obniżenia przyjętej stawki o 20%. W przypadku działalności transportowej obniżenie stawki o 20% zostało przewidziane dla podatników, którzy ukończyli 60 lat lub w stosunku do których orzeczono co najmniej umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności. Warunkiem także i tu jest niezatrudnianie pracowników.

### **W zakresie rozwiązań obowiązujących w podatku od towarów i usług**

Jednym z czynników wpływających na wysokość wydatków związanych z utrzymaniem gospodarstw domowych (aczkolwiek nie jedynym i nie w każdym przypadku determinującym ceny nabywanych towarów i usług) jest wysokość opodatkowania podatkiem VAT, nabywanych przez te gospodarstwa towarów i usług. To z kolei, przy określonych dochodach tych gospodarstw, przekłada się na możliwości nabywcze, a więc i jakość warunków bytowych członków tych gospodarstw. Powyższe dotyczy również osób starszych, które ze względu na ograniczenia w możliwości podejmowania działań o charakterze zarobkowym są często materialnie niżej sytuowane.

Tytułem wstępu należy podkreślić, że w związku ze ścisłą harmonizacją przepisów w zakresie podatku od wartości dodanej, wszelkie krajowe uregulowania dotyczące tego podatku muszą pozostawać w zgodzie z przepisami dyrektywy 2006/112/WE Rady z dnia 28 listopada 2006 r. w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej (Dz. Urz. UE L 347 z 11.12.2006 r., str. 1, z późn. zm.). Dotyczy to również zakresu stosowania stawek obniżonych oraz zwolnień od podatku i w tej kwestii *ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług* (Dz.U. z 2016 r. poz. 710, z późn. zm.) w istocie mieści się w ramach zakreślonych dyrektywą.

I tak, opodatkowaniem obniżonymi stawkami VAT objęte są m.in.:

- ✓ towary niezbędne z punktu widzenia podstawowych potrzeb człowieka, przede wszystkim podstawowe produkty żywnościowe – stawka w wysokości 5% dla towarów wymienionych w załączniku nr 10 ustawy o VAT (np. chleb, nabiał, przetwory mięsne, produkty zbożowe, makarony, owoce i warzywa) oraz w wysokości 8% dla towarów wymienionych w załączniku nr 3 do ustawy o VAT (np. cukier, owoce tropikalne i cytrusowe, zupy i buliony, sosy, mieszanki przypraw, przetwory homogenizowane i żywność dietetyczna);
- ✓ leki, produkty lecznicze, wyroby medyczne, niektóre artykuły sanitarne wymienione w załączniku nr 3 do ustawy VAT – 8%;
- ✓ obiekty budownictwa mieszkaniowego lub ich części, z wyłączeniem lokali użytkowych, zaliczonych do budownictwa objętego społecznym programem mieszkaniowym oraz dostawa, budowa, remonty, modernizacja, termomodernizacja lub przebudowa takich obiektów – 8%.

Dotyczy to również obiektów sklasyfikowanych w PKOB w klasie ex 1264 – wyłącznie budynków instytucji ochrony zdrowia świadczących usługi zakwaterowania z opieką lekarską i pielęgniarską, zwłaszcza dla ludzi starszych i niepełnosprawnych.

Pośród zaś funkcjonujących w systemie VAT zwolnień od podatku, szczególne znaczenie dla osób starszych mają zwolnienia od podatku przewidziane w ustawie o VAT dla:

- ✓ usług w zakresie opieki medycznej – art. 43 ust. 1 pkt 18–19a ustawy o VAT;
- ✓ usług pomocy społecznej świadczonej przez podmioty wymienione w art. 43 ust. 1 pkt 22 ustawy o VAT;
- ✓ usług opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku – art. 43 ust. 1 pkt 23 ustawy o VAT.

Zauważyć przy tym należy, że ze względu na cechy konstrukcyjne podatku od towarów i usług obniżoną stawką podatku albo zwolnieniem od podatku objęta jest dostawa określonych towarów lub świadczenie określonych usług (co do zasady bez względu na to kto jest ich nabywcą), a co za tym idzie, preferencją w opodatkowaniu podatkiem VAT objęci są wszyscy ich nabywcy, niezależnie od ich wieku czy też sytuacji materialnej.

### **W zakresie rozwiązań obowiązujących w podatkach lokalnych**

Przepisy ustaw z zakresu podatków lokalnych również zawierają rozwiązania skierowane bezpośrednio do osób starszych. Należy do nich zwolnienie gruntów stanowiących działki przyzagrodowe członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych, którzy osiągnęli wiek emerytalny, od podatku:

- ✓ od nieruchomości na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 11 lit. a *ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych* (Dz.U. z 2016 r. poz. 716 i 1579);
- ✓ rolnego na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 12 lit. a *ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym* (Dz.U. z 2016 r. poz. 617 i 1579).

Ponadto na podstawie art. 18a ust. 2 pkt 3 *ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych* w przypadku wprowadzenia przez radę gminy opłaty od posiadania psów, opłaty tej nie pobiera się od osób w wieku powyżej 65 lat prowadzących samodzielnie gospodarstwo domowe – z tytułu posiadania jednego psa.

## **II.1.5 Działania prowadzone przez Ministerstwo Infrastruktury i Budownictwa**

W polskim systemie prawnym szczególną rolę w wypełnianiu obowiązków wynikających z potrzeby zaspokajania potrzeb mieszkaniowych społeczności lokalnej odgrywają samorządy gminne. Zgodnie z art. 4 *ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego* (Dz.U. z 2016 r. poz. 1610) na gminy ustawowo został nałożony obowiązek planowania i realizacji działań zmierzających w kierunku tworzenia warunków do zaspokajania potrzeb mieszkaniowych wspólnoty samorządowej, obejmujący zarówno zaspokajanie potrzeb mieszkaniowych gospodarstw domowych o niskich dochodach, jak

również zapewnianie lokali socjalnych i zamiennych. Stosownie do art. 21 ustawy, rada każdej gminy podejmuje uchwałę w sprawie zasad wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy. Uchwała ta szczegółowo określa warunki i kryteria, jakie muszą spełniać osoby ubiegające się o najem takiego mieszkania.

W ramach programów rządowych wspierających budownictwo komunalne należy wymienić:

1. program finansowego wsparcia budownictwa socjalnego,
2. program społecznego budownictwa czynszowego.

### **Program finansowego wsparcia budownictwa socjalnego**

Program finansowego wsparcia budownictwa socjalnego realizowany od 2007 r. w oparciu o przepisy *ustawy z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych (Dz.U. 2015 r. poz. 833, z późn. zm.)* daje możliwość ubiegania się o finansowe wsparcie z budżetu państwa przez podmioty, do których ustawowych lub statutowych zadań należy zapewnienie schronienia lub mieszkania potrzebującym, a zatem gminy, powiaty, związki międzygminne, organizacje pożytku publicznego oraz spółki gminne. Dofinansowaniem w ramach ustawy może zostać objęte przedsięwzięcie, w ramach którego powstają m.in. lokale socjalne i mieszkania chronione. Z punktu widzenia możliwości racjonalnego gospodarowania gminnym zasobem mieszkaniowym bardzo ważna jest także możliwość pozyskiwania w ramach programu tzw. mieszkań komunalnych (jako najbardziej uniwersalnej formy gminnego zasobu mieszkaniowego). Oznacza to możliwość swobodnego wyboru przez gminę rodzaju realizowanego przy pomocy państwa zasobu mieszkaniowego, stosownie do prowadzonej przez samorząd polityki w tym zakresie. W kontekście mieszkań dla osób starszych istotne jest wsparcie tworzenia mieszkań chronionych, które są jedną z podstawowych form opieki dla osób, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług świadczonych przez jednostkę całodobowej opieki. Ułatwiają one, pod opieką specjalistów, samodzielne funkcjonowanie w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną. Ze względu na procesy demograficzne, starzenie się społeczeństwa, zmianę modelu rodziny itp. potencjalnie będzie rosła zapotrzebowanie na tego typu mieszkania. Obecnie w Polsce jest tylko ok. 2,6 tys. mieszkań chronionych.

### **Program społecznego budownictwa czynszowego**

Instrumentem wsparcia w zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych osób o umiarkowanych dochodach (osób starszych) jest nowy program społecznego budownictwa czynszowego, realizowany na gruncie znowej *ustawy z dnia 26 października 1995 r. o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego (Dz.U. z 2015 r. poz. 2071, z późn. zm.)*. W jego ramach towarzystwa budownictwa społecznego, spółdzielnie mieszkaniowe i spółki gminne mogą ubiegać się o finansowanie zwrotne (pokrywające do 75% kosztów przedsięwzięcia inwestycyjno-budowlanego), udzielane na preferencyjnych warunkach przez Bank Gospodarstwa Krajowego na budowę mieszkań na wynajem. Powstałe w ramach programu lokale mieszkalne będą kierowane

do gospodarstw domowych uzyskujących umiarkowane dochody, a zatem zbyt niskie, by wynająć mieszkanie lub zaciągnąć kredyt hipoteczny na jego zakup na warunkach czysto rynkowych, a zarazem zbyt wysokie, by otrzymać lokal komunalny.

### Dobre praktyki samorządów z zakresie polityki mieszkaniowej

*Ustawa o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego (...)* stanowi również podstawę działalności towarzystw budownictwa społecznego, działających jako spółki not for profit, które stanowią istotny element realizacji polityki mieszkaniowej samorządów lokalnych (ponad 78% działających towarzystw budownictwa społecznego to spółki o większościowym udziale gminy), i mogą być również potencjalnie wykorzystywane do realizacji przedsięwzięć związanych z zaspokajaniem potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Ministerstwo Infrastruktury i Budownictwa posiada informację o trzech programach mieszkaniowych realizowanych przez gminy we współpracy z TBS-ami.

1. Program dla osób starszych – **Dom dla seniora** – realizowany przez Gminę – Miasto Szczecin we współpracy ze Szczecińskim TBS Sp. z o.o.

W ramach tego programu powstały:

- 23 mieszkania o czynszu komunalnym wynajmowane przez Gminę Miasto Szczecin w systemie najem – podnajem;
- 1 mieszkanie chronione dla seniorów składające się z 4 pokoi o łącznej powierzchni 110,72 m<sup>2</sup>;
- 3 lokale użytkowe w których prowadzone są:
  - świetlica środowiskowa (społeczne ośrodki wsparcia dziennego);
  - Dzienny Dom Senior Wigor (zaplecze mieszkań wspomaganych umożliwiających świadczenie pomocy i usług opiekuńczych lokatorom tych mieszkań);
  - Dzienny Domu Pomocy Społecznej który jest przeznaczony dla osób chorujących na Alzheimera (przebywa w nim 20 chorych).

Z przekazanych informacji wynika również, że Szczecińskie Towarzystwo Budownictwa Społecznego planuje utworzenie kolejnych 15 mieszkań przeznaczonych dla osób starszych, w tym 12 mieszkań jednopokojowych i 3 dwupokojowych. Rozpoczęcie inwestycji planowane jest na 2017 r. a jej oddanie do użytkowania to przełom 2018 i 2019 r.

Dodatkowo planuje się do oddania kolejne mieszkanie chronione o powierzchni 67 m<sup>2</sup>, które aktualnie wyposażane jest w niezbędny sprzęt i wyposażenie. Ponadto w I poł 2017 r. zakończą się prace remontowo-modernizacyjne mieszkania chronionego o powierzchni 19 m<sup>2</sup>.

2. Program dla osób starszych – **Nie sami** – realizowany przez Gminę – Miasto Stargard we współpracy ze Stargardzkim Towarzystwem Budownictwa Społecznego Sp. z o.o. oraz Stowarzyszeniem „Potrzebny Dom”.

W ramach programu powstało:

- 24 mieszkania o powierzchni 955,10 m<sup>2</sup> w tym:
- 18 mieszkań jednopokojowych o powierzchni od 25,83m<sup>2</sup> do 39,04 m<sup>2</sup>;

- 6 mieszkań dwupokojowych o powierzchni od 54,86m<sup>2</sup> do 55,38 m<sup>2</sup>; z przynależnymi do mieszkań komórkami lokatorskimi.

3. **Program dla osób starszych** realizowany przez Miasto Poznań we współpracy z Poznańskim Towarzystwem Budownictwa Społecznego Sp. z o.o.

W ramach programu powstało:

- 147 mieszkań o powierzchni 6061,69 m<sup>2</sup> w tym:
- 119 mieszkań jednopokojowych o powierzchni od 34, 80 m<sup>2</sup> do 46,94 m<sup>2</sup>;
- 25 mieszkań dwupokojowych o powierzchni 47,79 m<sup>2</sup>;
- 3 mieszkania trzypokojowe o powierzchni 62,26 m<sup>2</sup>.

Dodatkowo, Ministerstwo Infrastruktury i Budownictwa posiada informacje, iż:

- w 2017 r. Towarzystwo Budownictwa Społecznego Wrocław Sp. z o.o. we współpracy z Miastem Wrocław w ramach **Projektu Senior** rozpocznie realizację inwestycji mieszkaniowej dedykowanej osobom starszym. W ramach przedsięwzięcia planuje się powstanie 57 lokali o powierzchni od 38,6 m<sup>2</sup> do 60,1 m<sup>2</sup>.
- Toruńskie TBS we współpracy z Gminą Miasta Toruń przygotowuje program budowy ok. 60 mieszkań chronionych z przeznaczeniem dla osób starszych i niepełnosprawnych z uwzględnieniem ich potrzeb.
- Śremskie TBS rozpoczęło działania zmierzające do budowy mieszkań dla osób starszych. Zakłada się budowę ok. 30 lokali o pow. 35–38 m<sup>2</sup>.

### **Narodowy Program Mieszkaniowy**

W kontekście wyzwań związanych ze zmieniającą się strukturą wiekową społeczeństwa konieczna jest zatem systemowa refleksja nad zagadnieniami odnoszącymi się do tzw. mieszkalnictwa senioralnego, jako zasobu dostosowanego przestrzennie, środowiskowo i technicznie do specyfiki potrzeb osób starszych. Kwestie te były dotychczas bardzo fragmentarycznie odzwierciedlone w politykach społecznych wobec osób starszych oraz polityce mieszkaniowej państwa. W ramach przyjętego przez Radę Ministrów uchwałą z dnia 27 września 2016 r. Narodowego Programu Mieszkaniowego, planuje się wdrożenie zintegrowanego programu działań polityk społecznej i mieszkaniowej, stanowiących odpowiedź na problemy zamieszkiwania osób starszych oraz specyfikę potrzeb mieszkaniowych seniorów.

### **Likwidacja barier finansowych osób starszych w dostępie do środków publicznego transportu zbiorowego**

Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 20 czerwca 1992 r. o uprawnieniach do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego (Dz.U. z 2012 r. poz. 1138, z późn. zm.) emeryci i renciści oraz ich współmałżonkowie, na których pobierane są zasiłki rodzinne są uprawnieni do dwóch przejazdów w ciągu roku z ulgą 37% przy przejazdach środkami publicznego transportu zbiorowego kolejowego w pociągach osobowych, pospiesznych i ekspresowych. Ponadto ulgi w publicznym

transporcie zbiorowym w różnych wymiarach i na podstawie różnych rodzajów biletów przysługują także m.in. kombatanom, inwalidom wojennym i wojskowym, osobom niepełnosprawnym, a także przewodnikom lub opiekunom towarzyszącym w podróży niektórym kategoriom osób uprawnionych. Wskazane działania mają charakter socjalny, są skierowane do wybranych grup społecznych (w tym osób starszych) oraz przeciwdziałają wykluczeniu osób uprawnionych. Natomiast działanie całego systemu ulg ustawowych w publicznym transporcie zbiorowym w Polsce sprawia, że środki tego transportu stają się dla społeczeństwa (w tym także osób starszych) bardziej dostępne.

### **II.1.6 Działania prowadzone przez Ministerstwo Rozwoju**

Ministerstwo Rozwoju, w 2015 r. realizowało działania na rzecz osób starszych poprzez pełnienie funkcji Instytucji Zarządzającej programów finansowanych ze środków europejskich.

Wsparcie dla osób starszych w ramach perspektywy finansowej 2014–2020 jest realizowane w ramach krajowego Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz w ramach 16 Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO) finansowanych ze środków EFS oraz Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR). Koncentruje się ono głównie na następujących obszarach:

- rozwój usług opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych (w tym zwłaszcza w formie mieszkalnictwa wspomagane);
- zdrowie i aktywne starzenie się;
- aktywność zawodowa i edukacyjna osób 50+ (głównie poprzez działania włączające do aktywnego udziału w rynku pracy, przystosowanie pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian oraz poprawę kompetencji osób dorosłych w obszarze TIK i języków obcych).

Do końca 2015 r., w ramach regionalnych programów operacyjnych wsparto blisko 10 tys. osób powyżej 54 r.ż. Prawie wszystkie skorzystały ze wsparcia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8i, którego celem jest zwiększanie szans na zatrudnienie osób oddalonych od rynku pracy. Wśród form pomocy znajdowały się m.in.: szkolenia służące zdobyciu nowej wiedzy i umiejętności, staże i praktyki mające na celu zdobycie doświadczenia zawodowego, subsydiowanie zatrudnienia stanowiące element zachęty dla przedsiębiorców, środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej, pośrednictwo pracy, wsparcie psychologiczne, czy doradztwo zawodowe. Docelowo, w ramach projektów realizowanych w PI 81, planowane jest objęcie wsparciem ponad 100 tys. osób po 50 r.ż.

Ze wsparcia PO WER, do końca 2015 r. skorzystało 256 osób powyżej 54 lat. Byli to głównie uczestnicy projektów realizowanych w ramach Osi IV, mających na celu wzmocnienie kompetencji zawodowych i kluczowych osób z wykorzystaniem programów mobilności ponadnarodowej. Objęci

wsparciem zostali przedstawiciele kadry pracującej w polskich placówkach systemu oświaty, w tym głównie kadry kształcenia zawodowego.

Jednocześnie, podjęto inne z zaplanowanych w perspektywie 2014–2020 działań przyczyniających się do zmiany sytuacji osób starszych w Polsce.

W 2015 r. przyjęcie przez Komitet Monitorujący PO WER fiszki projektu pozakonkursowego koncepcyjnego Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, umożliwiło rozpoczęcie procedury uruchamiania projektu SHARE. Celem projektu jest wsparcie realizacji badań panelowych osób w wieku 50 lat i więcej w międzynarodowym projekcie Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe poprzez wyposażenie instytucji rynku pracy w zasoby informacyjne pozwalające zwiększyć efektywność wsparcia na rynku pracy osób w wieku 50+ z uwzględnieniem informacji m.in. o zdrowiu, aktywności zawodowej, kapitale ludzkim, sytuacji materialnej i sytuacji rodzinnej tej grupy osób. Projekt realizowany jest w ramach PO WER w Priorytecie Inwestycyjnym 8vii (dot. modernizacji instytucji rynku pracy). Na wdrażanie projektu zaplanowano blisko 17,8 mln zł. Projekt będzie realizowany w trybie ciągłym do 2020 r.

Ponadto, w obszarze potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, Ministerstwo Zdrowia pod koniec 2015 r. przeprowadziło w ramach PO WER nabór projektów na kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Projekty mogły obejmować realizację kursów specjalistycznych m.in. w zakresie kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. Zgodnie z założeniami konkursu, wsparciem zostanie objętych 10 tys. pielęgniarek. Dodatkowo, w obszarze kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, w 2015 r. rozpoczęła się realizacja projektu pozakonkursowego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, o wartości 90 mln PLN. Realizacja projektu potrwa do 2022 r. Ze wsparcia w ramach projektu będzie mogło skorzystać 5,7 tys. lekarzy m.in. w formie kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry.

## **II.1.7 Działania prowadzone przez Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego**

Instytucje kultury, ze względu na swoją specyfikę, realizują różnorodne działania mające na celu zapewnienie szerszej aktywności seniorów w kulturze oraz wsparcie ich uczestnictwa w życiu kulturalnym, a także uczynienie instytucji kultury bardziej dostępnymi i otwartymi na ich potrzeby.

### **Zwiększanie dostępności**

#### A. Likwidacji barier finansowych

Na podstawie *ustawy z dnia 21 listopada 1996 r. o muzeach* (Dz.U. z 2012 r. poz. 987, z późn. zm.) do wszystkich muzeów (bez względu na ich status prawny) raz w tygodniu obowiązuje wstęp wolny na wystawy stałe (art. 10 ust. 2 ustawy). Dzień wolnego wstępu wskazują dyrektorzy poszczególnych placówek. Ponadto na podstawie *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 czerwca*

2008 r. w sprawie określenia grup osób, którym przysługuje ulga w opłacie lub zwolnienie z opłaty za wstęp do muzeów państwowych, oraz rodzajów dokumentów potwierdzających ich uprawnienia (Dz.U. poz. 994, z późn. zm.) ulga w opłacie za wstęp do muzeów państwowych przysługuje m.in. osobom powyżej 65 roku życia, emerytom, rencistom oraz kombatantom; zniżkowe bilety wstępu dla seniorów (30–50%) oferują także instytucje muzyczne.

W 2015 r. szeroko zakrojoną, koordynowaną przez MKiDN, akcją na rzecz uczynienia oferty kulturalnej bardziej dostępną dla seniorów była inicjatywa „60+ Kultura”, w ramach której 300 instytucji w całej Polsce w ostatni weekend września przygotowało specjalny program kulturalny dla osób starszych, obejmujący m.in. atrakcyjne zniżki cen biletów na wydarzenia kulturalne. Akcja była częścią programu Kultura Dostępna, którego celem jest niwelowanie kompetencyjnych i finansowych barier w dostępie do kultury, szczególnie dla grup z różnych względów narażonych na wykluczenie (problemy zdrowotne, niskie dochody, wiek, miejsce zamieszkania).

#### B. Likwidacji barier fizycznych

Dostosowanie budynków do potrzeb osób starszych oraz niepełnosprawnych, ale także działania mające na celu likwidację barier cyfrowych (ułatwienia na stronach internetowych; projekty edukacyjne dla seniorów zapoznające z możliwościami Internetu).

### **Edukacja przez całe życie**

#### A. Oferta edukacyjna instytucji kultury

Skierowana jest ona do seniorów lub ogólnodostępna, choć w praktyce gromadząca liczne grono osób starszych; przyjmuje ona formę cyklicznych spotkań – specjalnie organizowanych zajęć, warsztatów, wykładów czy oprowadzania po ekspozycji (np. Muzealne wtorki – cotygodniowe spotkania w Kinie MUZ w Muzeum Narodowym w Warszawie, przeznaczone głównie dla seniorów, podczas których poruszane są tematy dotyczące dzieł z kolekcji MNW, Poranki Muzyczne dla Seniorów w Filharmonii Pomorskiej – cykliczne spotkania z seniorami w formie koncertu, podczas których w kameralnej atmosferze omawiane są zagadnienia z zakresu historii muzyki, twórczości różnorodnych kompozytorów, budowy instrumentów, itp.) lub też formę akcyjną (dzień seniora, warszawski tydzień seniora, święto muzyki, Łódzkie Senioralia, itp.).

#### B. Realizowane są programy dotacyjne Ministra Kultury lub instytucji podległych

W Programie Ministra Kultury Edukacja – Priorytecie „Edukacja kulturalna” co roku dofinansowane są zarówno zadania, które skierowane są bezpośrednio i wyłącznie do seniorów, jak i projekty o charakterze integracyjnym, łączące różne grupy społeczne i wiekowe. Działania projektowe dotyczą z jednej strony problemów bliskich osobom w podeszłym wieku, z drugiej zaś zachęcają do aktywności twórczej, poszerzenia swoich umiejętności, a tym samym polepszenia jakości życia. Projekty realizowane są przez instytucje kultury i organizacje pozarządowe.



**Tabela 88. Przykłady zadań skierowanych do seniorów, jakie uzyskały dofinansowanie w roku 2015 w ramach priorytetu Edukacja kulturalna**

Lp.	Organizator	Nazwa zadania	Kwota dotacji
<b>ZADANIA SKIEROWANE WYŁĄCZNIE DO SENIORÓW</b>			
1.	Fundacja AVE	VIII JUWENALIA III WIEKU	100 000
2.	Stowarzyszenie Teatr Nowy	60+ NOWY WIEK KULTURY. V, VI, VII EDYCJA	177 000
3.	Miejska Biblioteka Publiczna im. Józefa Wybickiego w Sopocie	Senior XXI	25 000
<b>ZADANIA O CHARAKTERZE INTEGRACYJNYM (wybrane przykłady)</b>			
1.	Teatr im. Wojciecha Bogusławskiego w Kaliszu	Założ moje okulary	41 500
2.	Wojewódzki Ośrodek Animacji Kultury w Toruniu	Ja to mam szczęście. Piętro wyżej. Szczęście jako wzorzec społeczno-kulturowy w aspiracjach młodzieży licealnej.	25 000
3.	Fundacja Jutropera	Głos wykluczonych. Cykl warsztatów i spektakli teatralno-muzycznych w ramach Europejskiej Stolicy Kultury Wrocław 2016.	100 000
4.	Drama Way Fundacja Edukacji i Kultury	ART-GENERACJE – międzypokoleniowy projekt edukacji kulturalnej	72 500
5.	Stowarzyszenie Edukacyjno-Kulturalne „Venae Artis”	FILMOWA MAPA POKOLEŃ	60 000
6.	Gdański Teatr Szekspirowski	Teatralny pasjans	75 000
7.	Towarzystwo Kultury Czynnej	Zapamiętane – Odkryte – Głos Pokoleń	87 500
8.	Centrum Spotkań Europejskich Światowid	TWÓRCZA TERAPIA	43 000
9.	Stowarzyszenie na Rzecz Edukacji Artystycznej EduArt	„CUDA WIANKI”	26 000
10.	Opera na Zamku w Szczecinie	„Szukając Leara: Verdi” – edycja Szczecin 2015	96 000

Źródło: dane MKiDN.

Przedsięwzięcia adresowane do seniorów uzyskiwały wsparcie także w ramach Programu Ministra Kultury Dostępna. Często celem dofinansowanych zadań jest przygotowanie przez wnioskodawcę (np. instytucję kultury) oferty kulturalnej skierowanej do seniorów z lokalnej społeczności; osoby starsze są włączane w proces tworzenia tej oferty.

**Tabela 89. Projekty dofinansowane w roku 2015 w ramach Programu Ministra Kultury Dostępna adresowane bezpośrednio do osób starszych i 50+**

Lp.	Organizator	Nazwa zadania	Kwota dotacji
1.	Bialskie Centrum Kultury w Białej Podlaskiej	Aktywna Jesień Bialskich Seniorów	27 000
2.	EDUCARE ET SERVIRE	TEATR NIE JEDNĄ MA TWARZ. 250-LECIE TEATRU NARODOWEGO	24 000
3.	Stowarzyszenie Jędrzejowski Uniwersytet Trzeciego Wieku	Seniorzy w drodze do kultury	24 000

Źródło: dane MKiDN.

Kolejnym Programem Ministra, w ramach którego wspierane są także zadania uwzględniające w sposób szczególny osoby starsze jest zarządzany przez Instytut Książki Program Promocja Literatury i Czytelnictwa – Partnerstwo Publiczno-Społeczne, w którym organizacje pozarządowe uzyskują środki na projekty integrujące lokalną społeczność wokół biblioteki.

Inicjatywy na rzecz seniorów podejmowano również w ramach programów własnych Narodowego Centrum Kultury: „Dom Kultury+ Inicjatywy lokalne” oraz „Kultura – Interwencje”. Pierwszy z nich ma na celu zwiększenie zaangażowania domów kultury, ośrodków kultury oraz centrów kultury i sztuki w życie społeczności lokalnych poprzez odkrywanie i wspieranie oddolnych inicjatyw kulturotwórczych, realizowanych przez mieszkańców gmin miejskich, miejsko-wiejskich i wiejskich, drugi – tworzenie warunków dla wzmacniania tożsamości i uczestnictwa w kulturze na poziomie regionalnym, lokalnym i krajowym poprzez finansowe wsparcie realizacji projektów upowszechniających dorobek kultury i zwiększających obecność kultury w życiu społecznym.

### Włączanie seniorów w życie kulturalne

Niektóre instytucje kultury realizują programy wolontariatu skierowane do seniorów lub umożliwiające seniorom udział w bieżącej działalności instytucji (m.in. Teatr Polski we Wrocławiu, Muzeum Narodowe w Warszawie, Narodowe Muzeum Morskie w Gdańsku).

### Współpraca ponadsektorowa

Kluczowa dla udziału osób starszych w kulturze jest współpraca nawiązywana pomiędzy sektorem kultury a środowiskami pozarządowymi, w których działają seniorzy. Najważniejszą rolę w tym współdziałaniu odgrywają Uniwersytety Trzeciego Wieku, UTW. Duża część instytucji kultury stale współdziała z UTW z danej miejscowości. Współpraca ta może przybierać formę zarówno likwidacji barier uczestnictwa (tanie lub darmowe bilety), jak i dostosowywania oferty kulturalnej do potrzeb seniorów, czy nawet przygotowania oferty specjalnie dla UTW.

Część instytucji kultury realizuje działania dla seniorów, opierając się również na współpracy z organizacjami pozarządowymi reprezentującymi środowiska seniorów (np. związkami kombatanów, klubami seniora, fundacjami (np. Fundacją „Zaczyn”) oraz domami pomocy społecznej.

**Tabela 90. Działalność instytucji prowadzonych i współprowadzonych przez Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego**

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
Narodowe Centrum Kultury	<p><b>Program dotacyjny NCK Dom Kultury+ Inicjatywy lokalne 2015:</b> 50 beneficjentów, z czego 8 projektów dedykowanych osobom starszym i 50+</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ośrodek Kultury Samorządowej w Żółkiewce – Księga opowieści ślubnych mieszkańców Gminy Żółkiewka</li> <li>2. Miejski Dom Kultury w Zduńskiej Woli – Radość najpiękniejszych lat</li> <li>3. Gminny Ośrodek Kultury w Krypnie – Carving rzeźbimy w owocach</li> <li>4. Centrum Kultury i Promocji Gminy Głusk – Klub Aktywni 50+</li> <li>5. Centrum Kultury w Łomiankach – Podróż z tańcem przez kraje Unii Europejskiej dla seniorów z Łomianek</li> <li>6. Miejski Ośrodek Kultury w Wojkowicach – Wojkowicki Bank Czasu</li> <li>7. Miejski Ośrodek Kultury w Wojkowicach – Senior – młodziak dwa bratanki</li> <li>8. Gminny Ośrodek Kultury, Sportu i Rekreacji w Baranowie – Uczynimy jesień życia złotą”</li> </ol>

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	<p><b>Program dotacyjny NCK Kultura – Interwencje 2015:</b> 193 beneficjentów, z czego 4 projekty dedykowane osobom starszym i 50+:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fundacja Gaudeamus, „Festiwal twórczości Uniwersytetów Trzeciego Wieku”</li> <li>2. Regionalna Organizacja Turystyczna Województwa Łódzkiego, 2 etap Konkursu Literackiego na Fraszkę</li> <li>3. Gminny Ośrodek Kultury z siedzibą w Długołęce, Kulturalny Pakiet Startowy</li> <li>4. Gminny Ośrodek Kultury w Dywitach, Sztukmistrzynie –Wiejska Pracownia Kobiet Kreatywnych</li> </ol> <p><b>Kultura Dostępna w kinach:</b> od 30.04.15 do 17.03.16 odbyły się 44 seanse, w 38 kinach w Polsce. Łącznie wzięło w nich udział ponad 52 500 widzów. Osoby 55+ są drugą co do wielkości grupą uczestników tego projektu – 12 170 (23,18%);</p> <p><b>portal kulturadostepna.pl:</b> w okresie 24.06.2015 – 17.03.2016 odnotowano 965 000 odsłon portalu oraz 161 000 zarejestrowanych użytkowników, w tym: <b>27% osób powyżej 45 roku życia.</b></p> <p><b>Program MKiDN – Kultura dostępna 2015</b></p>
<p><b>Narodowy Instytut Audiowizualny</b></p>	<p>Od 2015 r. odbywają się <b>popołudniowe spotkania dla seniorów</b> w Archiwum Instytutu, podczas których prezentowane są zasoby dostępne w Archiwum NiNA oraz w NINATECE – portalu z materiałami audiowizualnymi poświęconymi kulturze.</p> <p>Od czerwca 2015 r. realizowany jest cykl warsztatów „<b>Domowe Archiwum – Akcja Digitalizacyjna</b>”. W każdy poniedziałek oraz czwartek odbywają się zbiórki prywatnych nagrań wideo, które są następnie digitalizowane. Dodatkową ofertą dla seniorów przy zbiorce digitalizacyjnej były warsztaty „Ostry dyżur montażowy”, realizowane raz w tygodniu w listopadzie i grudniu 2015 r. Podczas spotkań, osoby chcące przemontować swoje domowe nagrania, mogły skorzystać z infrastruktury NiNA i nauczyć się podstaw obsługi służącego do tego programu.</p> <p>We wrześniu 2015 r. Narodowy Instytut Audiowizualny, w ramach <b>Warszawskiego Tygodnia Seniora</b>, zapraszał na zwiedzanie swojej siedziby, zorganizował sąsiedzkie śniadania oraz zaprezentował archiwalne koncerty Zbigniewa Wodeckiego z 1976 r. Również w tym roku planujemy włączyć się we współpracę podczas obchodów tego wydarzenia.</p>
<p><b>Biblioteka Narodowa</b></p>	<p>BN prowadzi portal cyfrowej Biblioteki Narodowej <b>Polona.pl</b>, który ma na celu zapewnienie szerokiego, powszechnego i bezpłatnego dostępu do zasobu cyfrowych Narodowej Książnicy. Portal nie tylko nie wprowadza żadnych ograniczeń podmiotowych, ale umożliwia korzystanie ze zgromadzonych w niej zasobów przedstawicielom grup mających utrudniony dostęp (np. przez niepełnosprawność, odległość od miejsca zamieszkania, wiek) do tych samych zasobów prezentowanych w klasycznej formie. Portal jest wyposażony w technologie wspomagające wyszukiwanie i dodatkowe funkcjonalności oraz m.in. w narzędzie umożliwiające płynne przybliżanie obrazu tzw. „infinity zoom”.</p> <p>Budynek BN jest przystosowany do osób starszych i niepełnosprawnych mających problemy z poruszaniem się czy osób niedowidzących.</p>
<p><b>Instytut Książki</b></p>	<p>Wszystkie działania Instytutu Książki dotyczące promocji czytelnictwa w Polsce obejmują także grupę wiekową 50+. Są to działania skierowane zarówno do instytucji (np. bibliotek), jak i działania promujące czytelnictwo w mediach; np. według danych „struktura wieku słuchaczy” nadesłanych przez Polskie Radio, 40,8 % odbiorców Programu I PR, gdzie IK dofinansował 448 audycji literackich jest w wieku powyżej 60 lat.</p> <p><b>Szkolenia dla bibliotekarzy – program dotacyjny dla bibliotek wojewódzkich 2016.</b> W ramach szkoleń biblioteki organizują m.in. szkolenia integrujące społeczność lokalną wokół bibliotek. Poniżej przedstawiono przykłady szkoleń integrujących seniorów: Wojewódzka i Miejska Biblioteka Publiczna w Bydgoszczy: – Biblioteka dobrym miejscem dla seniorów, – Biblioteka dobrym miejscem na działania międzypokoleniowe Biblioteka Śląska w Katowicach: – Seniorzy w działaniu Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Kielcach: – Działania międzypokoleniowe w bibliotece Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Olsztynie: – Biblioterapia – jak wrócić do życia z pasją</p>

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	<p><b>Program Dyskusyjne Kluby Książki</b> W 2015 r. działało 945 klubów dla dorosłych, których członkowie to w ok. 38% emeryci (odsetek ten oszacowano w ramach badania działalności klubów w 2012 r.)</p> <p><b>Program Ministra KiDN Promocja literatury i Czytelnictwa Priorytet Partnerstwo Publiczno-Społeczne 2016</b></p>
<p><b>Centrum Sztuki Współczesnej Znaki Czasu</b></p>	<p>Dzień na Plus – cykl warsztatów dla seniorów podzielony na kilka bloków tematycznych. W 2015 r. zrealizowano następujące bloki: Facebook dla początkujących; Facebook dla zaawansowanych; Zakupy przez Internet; Awatary, <b>zdjęcia profilowe – tożsamość sieci; Bezpieczny Internet „Bloggerzy i vlogerzy”</b>; <b>ponadto regularnie odbywały się wykłady z filozofii sztuki i historii sztuki</b> oraz oprowadzania po aktualnych wystawach. Seniorzy brali także udział w muzycznym eksperymencie „Strunofonie” oraz w cyklu spotkań „Spójrz! miejsce” skoncentrowanym wokół świadomego oglądania, przeżywania i współtworzenia przestrzeni miasta. Wspólnie z Kinem Centrum Dział Edukacji CSW Znaki Czas zrealizował również cykl spotkań „Rozmowy o kinie”. Wszystkie spotkania pod hasłem „Dzień na Plus” cieszyły się dużą frekwencją. Uczestniczyło w nich w sumie 845 osób.</p>
<p><b>Centrum Sztuki Współczesnej Zamek Ujazdowski</b></p>	<p>Dzień Seniora – cykliczne, edukacyjne wydarzenie, skierowane do osób w wieku powyżej 60 r.ż. Zawsze w drugą środę miesiąca, zawsze w samo południe. <b>Warszawski Tydzień Seniora</b> – spacer, oprowadzanie, wykład, warsztat i pokaz filmowy We współpracy z Biurem Pomocy i Projektów Społecznych, Urzędu st. m. Warszawy Para Seniorów – Organizowana na terenie Zamku Ujazdowskiego przez Fundację Zaczyn wielki festyn dla osób 60+.</p>
<p><b>Europejskie Centrum Muzyki Krzysztofa Pendereckiego</b></p>	<p>W 2015 r. w siedzibie instytucji oraz podczas małopolskiego festiwalu Emanacje na terenie całego województwa odbyło się ok. 70 ogólnodostępnych koncertów muzyki symfonicznej, kameralnej, wokalne, jazzowej, jak również kilka spektakli teatralnych (m.in we współpracy z Teatrem Wielkim oraz baletem dworskim Cracovia Danza). Wydarzenia w CENTRUM cieszą się dużym zainteresowaniem ze strony grup zorganizowanych, jak również grup formalnych i nieformalnych osób starszych. Wejście na każde wydarzenie organizowane przez Centrum jest bezpłatne. Dla wyżej wymienionych zarezerwowana jest odrębną pulą biletów, co umożliwia im prostszy dostęp do oferty kulturalnej CENTRUM. Poszczególne osoby starsze, nie będące członkami klubów, stowarzyszeń czy fundacji i nie posiadające komputera lub nie mające dostępu do internetu, mają możliwość rezerwacji miejsc telefonicznie. Oprócz możliwości wysłuchania koncertów, wyżej wymienione organizacje miały możliwość zwiedzania obiektu oraz obejrzenia towarzyszące koncertom wernisaże prac plastycznych. Aby dotrzeć ze swoją ofertą koncertową do seniorów Centrum współpracuje z następującymi organizacjami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klubem Seniora „Pogodni” działającym przy Stowarzyszeniu Promocji i Rozwoju Gminy Zakliczyn KLUCZ</li> <li>• Tarnowskim Klubem Seniora „Wiosna Życia”</li> <li>• Kolpingowskim Klubem Seniora w Brzesku</li> <li>• Uniwersytetem III Wieku przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Tarnowie</li> <li>• Uniwersytetem III Wieku z Dąbrowy Tarnowskiej</li> <li>• Klubem Seniora Przyszań w Wierzchosławicach</li> <li>• Fundacją „Wyjdz Z Domu”</li> </ul>
<p><b>Filharmonia Pomorska im. I.J. Paderewskiego w Bydgoszczy</b></p>	<p>Filharmonia Pomorska kieruje do osób 50+ także oferty koncertów kameralnych i symfonicznych, na które mogą zakupić bilety w cenach ulgowych (zniżki do 50%). Ponadto w celu aktywizacji osób w wieku emerytalnym, skupionych w różnych stowarzyszeniach, związkach, klubach, które mają na co dzień utrudniony, nieraz wręcz niemożliwy dostęp do Filharmonii, np. pochodzą z najuboższych lub odległych miejscowości, oferujemy przystępną cenę biletu (od 5 zł do 10 zł). Na podstawie uzasadnionego wniosku realizowana jest także częściowa refundacja kosztów przejazdu autokarem na koncert.</p> <p>Od wielu lat regularnie FP współpracuje z uniwersytetami trzeciego wieku, działającymi w Regionie Kujawsko-Pomorskim. Na koncerty organizowane przez FP słuchacze UTW mogą nabyć bilety w cenie specjalnej (do 60% zniżki) w kasie biletowej FP, ale także, w celu ułatwienia dostępu do ofert FP, kolporter rozprowadza bilety słuchaczom bydgoskich UTW w miejscu zjazdu.</p>

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	<p>Seniorzy 70+ mogą nabywać bilety w cenie 1zł (do wykorzystania limitu z wyłączeniem koncertów specjalnych).</p> <p>Od 2007 r. działa przy FP Klub Przyjaciół Filharmonii Pomorskiej, którego członkami są przede wszystkim seniorzy i uczestniczą regularnie w spotkaniach edukacyjnych, z wykonawcami koncertów i jako aktywni Klubowicze mogą nabywać bilety w cenie specjalnej.</p> <p>Poranki Muzyczne dla Seniorów. Cykliczne spotkania z seniorami w formie koncertu, w porannych godzinach, podczas których w kameralnej atmosferze omawiane są zagadnienia z zakresu historii muzyki, twórczości różnorodnych kompozytorów, budowy instrumentów etc.</p>
<b>Filharmonia Zielonogórska</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Zgrani Zielonogórzanie 50+</b>, w ramach programu na wybrane koncerty można kupić bilet ulgowy w wysokości 50% normalnego biletu</li> <li><b>Stała współpraca z UTW</b>, w ramach której słuchacze UTW mogą korzystać z wejściówek do Filharmonii</li> </ol>
<b>Filharmonia Narodowa</b>	Oferta biletowa przewiduje 25% zniżki dla emerytów.
<b>Narodowe Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego</b>	<p>Chór Melomana</p> <p>Oferty dedykowane Uniwersytetom III Wieku</p> <p>Udział Seniorów w koncertach testowych</p> <p>Dzień Seniora w Narodowym Forum Muzyki</p>
<b>Narodowy Instytut Fryderyka Chopina, Dział edukacji</b>	<p><b>Święto Muzyki w Muzeum Chopina 21.06</b> koncert utworów-opowieści (Ballada g-moll op. 23 F. Chopina, <i>Etiuda transcendentalna</i> Des-dur <i>Harmonie wieczorne</i> nr 11 F. Liszta) w wykonaniu Jakuba Kitowskiego dla dzieci, rodziców i dziadków z komentarzem</p> <p><b>Warsztaty dla seniorów <i>Gra salonowa</i> w ramach programu edukacyjnego do wystawy czasowej <i>Wirtuoz</i> w Muzeum Fryderyka Chopina</b> Warsztaty muzyczno-teatralne, podczas których uczestnicy wcielili się w role bywalców XIX-wiecznego salonu romantycznego odtwarzając elementy salonowej rzeczywistości (improvizacja taniec, gry salonowe, flirt, poezja) i pogłębiając wiedzę na temat realiów epoki, procesu tworzenia romantycznej miniatury instrumentalnej oraz treści wystawy czasowej <i>Wirtuoz</i>)</p>
<b>NOSPR</b>	<p>Zniżki 30% dla emerytów i rencistów na koncerty NOSPR</p> <p>Darmowe koncerty dla miasta Katowice</p> <p>Cykl koncertów Środa Młodych (koncerty w wykonaniu najbardziej uzdolnionych i utytułowanych młodych adeptów sztuki muzycznej – od uczniów, po studentów i młodych absolwentów uczelni muzycznych) – bilety w cenie 1 PLN</p>
<b>Opera i Filharmonia Podlaska – Europejskie Centrum Sztuki w Białymstoku</b>	<p><b>Spektakle z audiodeskrypcją.</b> Do spektaklu „Carmen” G. Bizeta i bajki „Adonis ma gościa” F. Apke został przygotowany opis audiodeskrypcyjny. Ze spektakli tych korzystały w przeważającej mierze osoby niedowidzące i niewidome, ale informacja była też kierowana do osób starszych, które chętnie uczestniczyły w spektaklach z możliwością odbioru audiodeskrypcji.</p> <p><b>Kultura dostępna. 26–27 września 2015 r.</b> OiFP włączyła się do akcji „60+kultura” realizując „Pierwszy weekend jesieni – weekend seniora z kulturą”, podczas którego osoby objęte programem pod opieką kustosa Opery mogły obejrzeć nieodpłatnie wystawę Opera HauteCouture.</p> <p><b>Warsztaty baletowe. 10 maja 2015 r.</b> W ramach Dni Otwartych Funduszy Europejskich OiFP zaprosiła seniorów do udziału w Warsztatach Baletowych. Była to już kolejna tego typu inicjatywa. Osoby starsze (emeryci i renciści oraz osoby bezrobotne) uprawnione są do zakupu biletów ulgowych. Ponadto częstymi bywalcami wydarzeń w OiFP są uczestnicy Uniwersytetu Trzeciego Wieku, którzy powiadamiani są regularnie o ofercie OiFP i możliwościach skorzystania z niej. Pod względem architektonicznym budynku OiFP są także przyjazne osobom starszym z różnymi ograniczeniami fizycznymi, co poświadczają przyznawane certyfikaty i statuetki, a także test dostosowania budynku przeprowadzony w 2015 r. przez Fundację Inicjatyw Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych IMPULS.</p>

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
<p><b>Opera Nova w Bydgoszczy</b></p>	<p>Opera Nova w Bydgoszczy prowadzi wieloletnią, stałą współpracę z organizacjami, klubami, stowarzyszeniami skupiającymi seniorów na terenie Województwa Kujawsko-Pomorskiego a także województw ościennych.</p> <p>Dla seniorów (emerytów, rencistów) obowiązują 40–50% zniżki na bilety na spektakle z bieżącego repertuaru bydgoskiej Opery. Okazjonalnie stosowane są jeszcze większe upusty dla grup stale współpracujących.</p> <p>Jako instytucja uczestniczyliśmy każdorazowo w ogólnopolskich akcjach typu Kultura60+, Dotknij Teatru, podczas których można było nabyć bilety w specjalnych cenach.</p> <p>Dodatkowe formy reklamy, upowszechniania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– reklama muzyczna (fragment operowy) w tramwajach zatrzymujących się na przystanku w pobliżu Opery Nova</li> <li>– drobne upominki, kwiaty na przedstawieniach odbywających się np. w Dzień Kobiet, Dzień Dziadka</li> </ul> <p>Ponadto proponowane jest zwiedzanie gmachu, czasowe wystawy na foyer. Przedsięwzięcia te są realizowane przez pracowników Opery Nova, nie angażują środków finansowych.</p> <p>Gmach Opery Nova jest klimatyzowany, dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych (miejsca parkingowe dla inwalidów, bezkolizyjne podjazdy, specjalne toalety, winda na poziom górnego foyer i dużej sali, wypożyczanie indywidualnych urządzeń nagłaśniających.</p> <p>Seniorzy stanowią ok. 30–40% widowni każdego spektaklu.</p> <p>Mając na uwadze wygodę, konieczność dojazdu do/z Bydgoszczy i bezpieczeństwo tej części publiczności, niektóre spektakle grane są także o godz. 17.</p> <p>Poniżej przedstawiamy przykładowych współpracujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stowarzyszenie z Potrzeby Serca przy Domu Dziennego Pobytu „Senior” w Bydgoszczy</li> <li>• Klub Kobiet Aktywnych ze Świecia</li> <li>• Uniwersytety Trzeciego Wieku</li> <li>• Uniwersytet dla Aktywnych (Włocławek, Ciechocinek)</li> </ul> <p>Koła Emerytów przy: Związku Nauczycielstwa Polskiego//Powiatowej Straży Pożarnej//Komendzie Wojewódzkiej Policji// Kołach Gospodyń Wiejskich</p>
<p><b>Teatr Wielki im. Stanisława Moniuszki w Poznaniu</b></p>	<p>11.01.2015 r., Noworoczne spotkanie z emerytami.</p> <p>09.12.2015 r. Spotkanie okolicznościowe z emerytami dotyczące włączenia się do współpracy. Współpraca z Miejską Radą Seniorów oraz Centrum Inicjatyw Senioralnych oraz emerytami Teatru Wielkiego dotycząca udostępniania zniżkowych biletów na poszczególne przedstawienia teatralne.</p> <p>„Za kulisami Teatru” – spotkanie odkrywające tajemnice poznańskiej opery.</p>
<p><b>Centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku</b></p>	<p>Oprowadzanie po wystawach stałych i tymczasowych CRP (z przewodnikiem) grup z Uniwersytetu Trzeciego Wieku.</p> <p>Głównym celem zadań było zapoznanie się z ofertą CRP</p>
<p><b>Dom Pracy Twórczej w Radziejowicach</b></p>	<p>Ulgowe bilety wstępu druk w większym formacie zniżki dla emerytowanych pracowników sektora kultury kompleksowa organizacja upowszechnianie i ułatwianie dostępu do kultury wysokiej</p>
<p><b>Teatr im. Stefana Jaracza w Olsztynie</b></p>	<p>26 i 27 września o godzinie 19.00 – spektakl „ŚWIĘTOSZEK” Moliere. Bilety dla seniorów 60+kultura, w cenie 15 zł.</p> <p>Współpraca z Uniwersytetami III Wieku z całego regionu. Organizowane spektakle, premiery i koncerty – bilety w cenach promocyjnych.</p> <p>Współpraca ze Związkami Emerytów i Rencistów z całego regionu. Organizowane spektakle, premiery i koncerty – bilety w cenach promocyjnych.</p> <p>Podczas 9 edycji Międzynarodowego Festiwalu Teatralnego Demoludy NOWA EUROPA – 13 olsztyńskich seniorów, członków grupy teatralnej wystąpiło jako aktorzy w spektaklu Bał, czyli wieczór zapoznawczy. Gra zespołu Varietè. Próby do spektaklu trwały 3 dni.</p> <p>Bezpłatne zwiedzanie kulis teatralnych, wizyty w pracowniach krawieckich, modelatorskich, w garderobach, na scenie i muzeum techniki teatralnej.</p>

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	Czytania performatywne na Scenie Margines w ramach festiwalu Demoludy – Nowa Europa : „Drapanie albo jak zabiła się moja babcia”, „Matkawojna”, „Piątek”, „Rosyjska ballada o miłosiernym Samarytaninie” oraz poza festiwałem: „Skarpety i papiloty”, „Ludobójstwa”, „Szumu” Współpraca z Wydziałem Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta w Olsztynie w zakresie organizacji spektakli w promocyjnych cenach dla osób 50+
Teatr Narodowy	Dni Seniora – projekt skierowany do emerytów i rencistów. Teatr zaprasza seniorów do kupna biletów na wybrane spektakle w specjalnych, promocyjnych cenach.
Teatr Polski we Wrocławiu	1. Współpraca z Uniwersytetami III wieku przy Uniwersytecie Wrocławskim i Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu – oferta na bilety w preferencyjnych cenach. 2. Współpraca z Klubem Seniora Nowy Dwór – organizowanie wspólnie quizów dla członków Klubu; oferta na bilety w preferencyjnych cenach  Aktywizacja osób starszych poprzez wolontariat teatru – w grupie wolontariuszy współpracujących z Teatrem Polskim są osoby 50+
Narodowy Stary Teatr im. H. Modrzejewskiej w Krakowie	W Narodowym Starym Teatrze seniorzy: emeryci i renciści oraz osoby niepełnosprawne i ich opiekunowie mają możliwość zakupu biletów ulgowych na wszystkie spektakle prezentowane na scenach naszego teatru. Teatr pozostaje w kontakcie z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej oraz działającymi w Krakowie Domami Pomocy Społecznej i – w miarę możliwości – na warunkach preferencyjnych ich podopiecznym udostępniane są wejściówki na wybrane spektakle. We wskazanym okresie Stary Teatr nie realizował wydarzeń artystycznych adresowanych wyłącznie do grup 50+
Teatr Wybrzeże	bilety ulgowe dla seniorów bilet rodzinny Z okazji dni Babci i Dziadka seniorzy mogli skorzystać z promocji Współpraca z Uniwersytetem III Wieku, Akademią 30+, dziennymi domami opieki społecznej, Dyskusyjny Klub Teatralny
Teatr Żydowski	„ <b>Bagaż Kultury</b> ” – cykl spotkań (pełne wspomnień i opowieści, rękopisów, książek, taśm filmowych, teatralnych fotosów, po bagaże emigrantów, wyrzuconych, podróżników, poszukiwaczy) „ <b>Mistrzowie sceny żydowskiej</b> ” – Podczas comiesięcznych spotkań, przypomnimy widzom sylwetki twórców, którzy na przestrzeni wieków przyczynili się do rozwoju teatru i kultury żydowskiej. <b>Przystanek Poezja</b> – wieczory poświęcone tuzom żydowskiego pióra, ale także współczesnym poetom tworzącym w jidysz. Aktorzy Teatru Żydowskiego przybliżą życie i twórczość autorów tworzących w języku jidysz. <b>Prezentacja filmu „Ida Kamińska”</b> <b>Spektakle</b> w ramach akcji wewnętrznej „ <b>Dni Seniora</b> ” z ulgowymi cenami biletów (25–30 zł) dla emerytów i rencistów.
Teatr Wielki – Opera Narodowa	Wykłady Uniwersytetu Wiedzy Operowej, Warsztaty taneczne
Teatr Wierszalin	Przystąpienie do Programu Karta Aktywnego Seniora (bilety w cenie 20 zł)
Zachęta – Narodowa Galeria Sztuki	Cykl spotkań „Patrzyć/Zobaczyć”. Sztuka współczesna i seniorzy. Są to spotkania na wystawach w Zachęcie i Miejscu Projektów Zachęty połączone z dyskusją. Odbywają się na każdej wystawie. Prowadzone są przez Barbarę Dąbrowską, Marię Kosińską i Alicję Korpysz
Zamek Królewski w Warszawie – Muzeum. Rezydencja Królów i Rzeczypospolitej	<b>Działania systemowe nakierowane na zwiększenie aktywności osób starszych w kulturze:</b> a) wykłady i seminaria dla uczestników Uniwersytetów III wieku 247 wykładów, w tym 7 spotkań połączonych z prezentacją tekstów i spektaklem teatralnym. W wykładach i seminariach dla Uniwersytetów III wieku wzięło udział 8 252 seniorów; b) wykłady towarzyszące wystawom prezentowanym w salach zamkowych, konferencjom naukowym organizowanym w Zamku oraz dziełom sztuki ze zbiorów zamkowych; c) zajęcia prowadzone w domach opieki, domach dziennego pobytu, ośrodkach wsparcia seniorów, szpitalach; d) warsztaty malarstwa i rysunku.

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	<p><b>Współpraca podejmowana z organizacjami lub instytucjami działającymi na rzecz aktywności społecznej i kulturalnej seniorów (np. Uniwersytety Trzeciego Wieku, kluby seniora);</b></p> <p>a) Zamek stale współpracuje z Uniwersytetami Trzeciego Wieku: Marymont, Żoliborz, Wschód, Wilanów, Wesoła, Wawer, Ursynów, Ursus, Szwarz, SGGW, Politechnika, Saska Kępa, Przymierze Rodzin, Praga Płd., Ożarów, Modlin, Grochów, Fundacja Emeryt;</p> <p>b) Zamek współpracuje z Ośrodkiem Wsparcia dla Seniorów przy ul. Wrzeciono oraz Domem dziennego pobytu dla Seniorów przy ul. Brzeskiej;</p> <p>c) Zamek współpracuje z Towarzystwem Przyjaciół Zamku – stowarzyszeniem zrzeszającym emerytów–byłych pracowników Zamku, byłych powstańców warszawskich oraz innych seniorów zainteresowanych działalnością Zamku.</p>
<p><b>Muzeum Lubelskie w Lublinie</b></p>	<p>Seniorzy przez cały rok korzystają z biletów ulgowych w Muzeum Lubelskim w Lublinie. Planowane są spotkania Uniwersytetu Trzeciego Wieku (w ramach Towarzystwa Wolnej Wszechnicy Polskiej Oddział w Lublinie).</p> <p>W Muzeum Lubelskim prowadzone są działania dla seniorów od 1985 r. w oparciu o zbiory i kadre naukową muzeum.</p> <p>W 2015 r. podobnie jak w latach ubiegłych, zajęcia dla 2 grup, liczących ok. 170 osób, odbywają się raz w tygodniu.</p> <p>W roku akademickim 2015/16 rozpoczęła zajęcia sekcja LUTW – sekcja muzealna. Spotkania dla tej sekcji, liczącej około 50 osób odbywają się podobnie jak dla grup już działających w muzeum, w systemie semestralnym od października do maja. Są to wykłady, pogadanki, spotkania na ekspozycjach i w pracowniach muzealnych, wieczory jednego obrazu; a także wycieczki, w czasie których słuchacze mają możliwość poznania najciekawszych zabytków, wystaw, zjawisk artystycznych, wydarzeń kulturalnych.</p> <p>W ramach zajęć warsztatowych Ferie w Muzeum Lubelskim w 2015 r. odbyły się 4 spotkania dla wnuków z dziadkami – udział wzięło w nich 100 osób.</p> <p>Lubelska Szkoła SuperBabci i SuperDziadka powstała w 2008 r. w Towarzystwie Wolnej Wszechnicy Polskiej Oddział w Lublinie we współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Kultury a od trzech lat z Muzeum Lubelskim. W ramach wspólnych działań seniorzy wraz z wnukami mają okazję uczestniczyć aktywnie w życiu kulturalnym miasta.</p> <p>Projekt „Dni Seniora” który Muzeum Lubelskie zrealizowało, miał już swoją kolejną edycję. Seniorzy mogli bezpłatnie zwiedzać wystawy muzealne Na ekspozycjach odbyły się 2 spotkania dla 35 osób:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 09.06.2015 r. – „Jedwabne opowieści z Krainy Orientu” – warsztaty rodzinne dla seniorów i wnuków – 20 osób;</li> <li>2) 11.06.2015 r. – „Śladami znanych postaci” wykład połączony ze spacerem po starym mieście – 15 osób.</li> </ol> <p>Kolejna edycja projektu 60+ Kultura miała miejsce w Muzeum Lubelskim w dniach 26–27 września 2015 r. Odbyły się 2 spotkania na wystawach dla seniorów, udział w nich wzięło 30 osób. Ponadto seniorzy mogli bezpłatnie zwiedzać wystawy muzealne w dniach 26–27 września.</p> <p>Od 2015 r. posiadacze Karty Seniora 60+ mogą korzystać ze specjalnych ulgowych biletów (od stycznia 2015 r. sprzedano 25 biletów).</p> <p>Wszystkie ww. projekty są cykliczne i mają na celu zaktywizowanie seniorów oraz stworzenie warunków do częstych odwiedzin w placówkach kultury w szczególności w Muzeum Lubelskim w Lublinie.</p>
<p><b>Muzeum Łowiectwa i Jeździectwa w Warszawie</b></p>	<p>Muzeum Łowiectwa i Jeździectwa w Warszawie przystąpiło do programu realizowanego w 2015 r. przez MKiDN „60+kultura”. W dniach 26 i 27 września 2015 r. został udostępniony bezpłatny wstęp na teren całego Muzeum osobom po 60 r.ż.</p>
<p><b>Muzeum Narodowe w Warszawie</b></p>	<p>Zajęcia dla seniorów prowadzone w Muzeum Narodowym w Warszawie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) muzealne wtorki: Cotygodniowe spotkania w Kinie MUZ, przeznaczone głównie dla seniorów. Poruszane są zawsze dwa tematy, dotyczące dzieł z kolekcji MNW. Spotkania prowadzone przez edukatorów Działu Edukacji, trwają około 50 min. W poprzednich edycjach programu spotkania odbywały się w galeriach stałych. W 2015 r. w 76 spotkaniach wzięło udział ok. 5 970 osób. WSTĘP WOLNY.</li> <li>2) Wykłady Wykłady prowadzone są przez najbardziej doświadczonych edukatorów; z oferty tej korzystają głównie Uniwersytety Trzeciego Wieku. Jest również możliwość zamówienia wykładu w miejscu wskazanym przez zamawiającego. W 2015 r. przeprowadzono 50 wykładów</li> </ol>



INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	<p>3) Muzealne Studium Dziejów Sztuki Jest to oferta dla zorganizowanych grup seniorów. Uniwersytety Trzeciego Wieku, Fundacje i Kluby Seniora mogą wykupić cykl spotkań w galeriach MNW. Są to spotkania z dziedziny historii sztuki, oparte na zbiorach Muzeum. W 2015 r. odbyło się 29 spotkań (ok. 830 osób).</p> <p>4) Sztuka dla wnuka Cykl otwartych spotkań dla seniorów chcących uczestniczyć w zajęciach edukacyjnych z wnukami w wieku 5–12 lat. Spotkania oparte są o wymianę międzypokoleniowych doświadczeń – dziadkowie, przy wsparciu edukatorów Muzeum, stają się przewodnikami wnuków po świecie sztuki i tradycji. Cykl trwa od października do maja. Obejmuje 8 spotkań raz w miesiącu, we wtorki o godz. 15.30. Każdorazowo grupa liczy ok. 25 dzieci z opiekunami. W 2015 r. odbyły się dwa spotkania, wzięło w nich udział 50 dzieci wraz z opiekunami.</p> <p>5) Wolontariat Wolontariat prowadzony jest od 2012 r. Obecnie z Muzeum współpracuje ok. 60 wolontariuszy. Wolontariuszami są gimnazjaliści, licealiści, studenci, młodzi dorośli, dorośli oraz SENIORZY. Obecnie z Muzeum współpracuje 6 wolontariuszy-seniorów.</p> <p>6) Archipelag pokoleń Cykl seminariów, warsztatów i wizyt w organizacjach pozarządowych i instytucjach kultury oraz dyskusji międzypokoleniowych, trwający od maja do października 2015 r.. Archipelag Pokoleń to platforma edukacyjna 50+ stworzona i realizowana przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „ę” oraz Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, we współpracy z Muzeum Narodowym, Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie i TR Warszawa. Grupa pracująca w Muzeum Narodowym w Warszawie liczyła cztery osoby. Przez trzy miesiące odwiedzali oni Muzeum i uczestniczyli w wydarzeniach edukacyjnych. Zwieńczeniem projektu było wydarzenie „Ożywienie obrazu Zawieszenie dzwonu Zygmunta Jana Matejki”, przygotowane w całości przez uczestników projektu, na które zaproszono ok. 200 gości.</p>
<p><b>Muzeum Piastów Śląskich w Brzegu</b></p>	<p>Muzeum Piastów Śląskich w Brzegu w zakresie propagowania i działalności na rzecz osób starszych i 50+ zrealizowało w 2015 r.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) cykl 7. specjalistycznych wykładów (historia, sztuka) dla słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego wieku – w zajęciach uczestniczyło średnio 25–35 osób;</li> <li>2) w 26 koncertach muzycznych ponad 50% stanowiły osoby w przedziale wiekowym 50+ – szacunkowo uczestniczyło ok. 2.500 osób;</li> <li>3) również większość w/w osób uczestniczyło w innych, 20. imprezach naukowych (spotkania autorskie, Dni Kresowe, Dni Flagi, 11 listopada, otwarcie wystaw, itp. – szacunkowo ok. 1200 – 1500 osób).</li> </ol> <p>Jest dobrą wieloletnią tradycją, iż udział we wszystkich imprezach muzealno- zamkowych – organizowanych lub współorganizowanych przez Muzeum – jest bezpłatny.</p>
<p><b>Muzeum Stutthof w Sztutowie</b></p>	<p>Muzeum Stutthof w Sztutowie w 2015 r. zrealizowało następujące działania na rzecz osób starszych i 50+:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zakupiono schodofaz, 2 wózki inwalidzkie oraz zlikwidowano bariery architektoniczne dla osób niepełnosprawnych odwiedzających Muzeum (zamontowano podjazdy i platformy przy wejściach do baraków i do kina);</li> <li>2) z Powiatowym Urzędem Pracy podpisano dwie umowy na zorganizowanie prac interwencyjnych dla osób 50+ (umowy o pracę dla 2 osób z częściową refundacją kosztów wynagrodzenia i składek ZUS).</li> </ol>
<p><b>Muzeum Literatury im. Adama Mickiewicza w Warszawie</b></p>	<p>Muzeum Literatury im. Adama Mickiewicza w Warszawie w 2015 r. zrealizowało następujące działania na rzecz wskazanej grupy wiekowej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) cykl bezpłatnych wykładów dla warszawskich i mazowieckich Uniwersytetów Trzeciego Wieku (problematyka: losy Charlotte i Emily Brontë, twórczość Edgara Allan Poego i Stefana Grabińskiego, Johna Maxwella Coetzee, Zuzanny Ginczanki i innych);</li> <li>2) udostępnienie bezpłatnych biletów wstępu na ekspozycje Muzeum Literatury słuchaczom Uniwersytetów Trzeciego Wieku;</li> <li>3) udział w akcji Kultura 60 + (coroczna „Majówka na skarpie”).</li> </ol> <p>Gościom Muzeum Literatury należącym do ww. grupy wiekowej mogą służyć także:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) uaktualniane wystawy multimedialne dostępne online: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) „List 34” pół wieku później: <a href="http://muzeumliteratury.pl/list-34-pol-wieku-pozniej-wystawa-internetowa/">http://muzeumliteratury.pl/list-34-pol-wieku-pozniej-wystawa-internetowa/</a>;</li> <li>b) Fotomania. Wirtualna wystawa starej fotografii: <a href="http://muzeumliteratury.pl/fotomania-wirtualna-wystawa-starej-fotografii/">http://muzeumliteratury.pl/fotomania-wirtualna-wystawa-starej-fotografii/</a>;</li> </ol> </li> <li>5) projekt Usłyszeć i zobaczyć Adama Mickiewicza <a href="http://muzeumliteratury.pl/uslyszec-i-zobaczyc-adama-mickiewicza-2/">http://muzeumliteratury.pl/uslyszec-i-zobaczyc-adama-mickiewicza-2/</a>.</li> </ol>

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
<p><b>Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie</b></p>	<p>1) Działania dotyczące zniesienia bariery finansowej w dostępie do zasobów i oferty instytucji: Wstęp na wszystkie wystawy i wydarzenia organizowane przez Muzeum jest bezpłatny. W soboty i niedziele organizowane są stałe, bezpłatne, otwarte oprowadzania po bieżących wystawach.</p> <p>2) Każdej wystawie towarzyszyła oferta bezpłatnych oprowadzeń tematycznych. Oferta była rozesłana do organizacji i instytucji zajmujących się aktywizacją i edukacją seniorów (w tym do Uniwersytetów Trzeciego Wieku, fundacji, portali dla seniorów, warszawskich Klubów Seniora) Muzeum utrzymuje stałą współpracę z Fundacją Zaczyn, która również kieruje grupy zorganizowane do Muzeum.</p> <p>3) W ramach współpracy Muzeum z Towarzystwem Inicjatyw Twórczych „E”:</p> <p>a) W ramach programu „Archipelag pokoleń” Towarzystwa „E” odbywały się w Muzeum warsztaty i spotkania (m.in. bezpłatnie udostępniana jest przestrzeń, zapewniona jest współpraca merytoryczna muzealnych edukatorów), skierowane do publiczności międzypokoleniowej lub 50+;</p> <p>b) W 2015 r. Muzeum podjęło współpracę z „Archipelagiem pokoleń” – projektem Towarzystwa Inicjatyw Twórczych „E”, mającym na celu zaangażowanie osób w wieku 50+ w działalność instytucji kultury oraz wypracowanie rozwiązań uwzględniających potrzeby tej grupy odbiorców.</p> <p>W ramach ww. projektu grupa 50+ współpracująca z Muzeum zrealizowała autorskie działania edukacyjne na wystawie Zofia Rydet. Zapis 1978–1990, wspierała Muzeum w akcji informacyjnej podczas spotkania na Placu Defilad dotyczącego budowy przyszłej siedziby Muzeum, oraz zrealizowała z Muzeum krótki film promujący Muzeum skierowany głównie do osób 50+.</p> <p>4) Organizowane w przeszłych latach cykle weekendowych warsztatów „Tylko dla dorosłych”, a w 2015 r. włączające oprowadzania po wystawie to zajęcia przeznaczone dla osób dorosłych niezwiązanych zawodowo czy akademicko ze sztuką współczesną.</p> <p>5) W 2015 r. działalność Muzeum została doceniona i wyróżniona przez obywatelskich audytorów programu certyfikowania „Kreatorzy Standardów” prowadzonego przez Fundację Zaczyn i Urząd m. st. Warszawy przy wsparciu środków Funduszu Inicjatyw Obywatelskich i z tej okazji Muzeum otrzymało obowiązujący na rok certyfikat „Miejsce przyjazne seniorom”.</p> <p>6) W ramach współpracy z inicjatywą Warszawiacy Międzypokoleniowa, jesienią 2015 r. odbyły się warsztaty międzypokoleniowe „Warszawa międzypokoleniowa” towarzyszące festiwalowi ‘Warszawa w budowie’.</p> <p>7) Muzeum wzięło udział w akcji – Weekend seniora z kulturą w ramach akcji ‘60+ kultura’. W ramach tego wydarzenia odbyło się spotkanie z kuratorami wystawy „Zofia Rydet. Zapis 1978–1990”.</p>
<p><b>Narodowe Muzeum Morskie w Gdańsku</b></p>	<p>Działania systemowe (jednorazowe i długofalowe), ukierunkowane na zwiększenie aktywności osób starszych w kulturze:</p> <p>a) Warsztaty plastyczne „Lubię poniedziałki. Warsztaty plastyczne 60+”. Warsztaty przeznaczone są dla seniorów pragnących rozwijać swoje umiejętności plastyczne, odbywają się dwa razy w miesiącu; w 2015 r. przeprowadzono 17 zajęć dla grupy 13 osób;</p> <p>b) W dniu 26 września 2015 r. zorganizowano plener malarski dla seniorów na nabrzeżu Ołowianki w ramach akcji propagowanej przez MKiDN „60+Kultura”. Dodatkową ofertą dla seniorów był bezpłatny wstęp na wystawy w gdańskich oddziałach NMM;</p> <p>c) Wykłady z zakresu historii sztuki marynistycznej dla słuchaczy Akademii Seniora organizowanej przez Fundację Inicjatyw Społeczno-Kulturalnych FORUM. W 2015 r. wygłoszono 3 wykłady dla 210 osób;</p> <p>d) Kino pod Żaglami – cykl otwartych seansów filmowych w Ośrodku Kultury Morskiej, prezentujący najciekawsze filmy żeglarskie zrealizowane w ostatnim czasie w Polsce. W 2015 r. odbyły się 4 seanse dla 195 osób;</p> <p>e) ulga w opłacie za wstęp do Muzeum przysługuje osobom powyżej 65. roku życia, emerytom, rencistom, rencistom socjalnym, a także osobom niepełnosprawnym wraz z opiekunami</p> <p>f) Towarzystwo Przyjaciół Narodowego Muzeum Morskiego w Gdańsku. Wielu członków Towarzystwa to aktywni seniorzy współpracujący przy różnych wydarzeniach muzealnych i uczestniczący w muzealnej ofercie;</p>
<p><b>Muzeum Żup Krakowskich Wieliczka w Wieliczce</b></p>	<p>W 2015 r. seniorzy stanowili grupę docelową następujących wydarzeń organizowanych przez Muzeum:</p> <p>a) koncerty „Popołudnie ze Straussem”;</p> <p>b) Plener Artystów Niepełnosprawnych;</p> <p>c) Spotkanie Uniwersytetu III wieku w Sali Gotyckiej Zamku Żupnego;</p> <p>d) Spotkania Towarzystwa Przyjaciół Muzeum.</p>

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
<b>Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha</b>	Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha organizuje co roku jedno, dedykowane Seniorom wydarzenie – Keiro no Hi – Japoński Dzień Szacunku dla Osób Starszych. W 2015 r. odbył się w dniu 26 września. W programie znalazły się: oprowadzania kuratorskie po aktualnych wystawach, warsztaty ikebany i pokaz ceremonii parzenia herbaty. Dla Seniorów – wstęp wolny.
<b>Muzeum PRL-u (w organizacji)</b>	Działaniem dedykowanym osobom starszym oraz 50+ jest akcja „podwieczerek w Muzeum”, odbywająca się co miesiąc. Podczas spotkań odbywa się dyskusja na temat PRL-owskich zagadnień takich jak szkoła, czas wolny, wczasy itp. Akcją dedykowaną dla wspomnianej grupy wiekowej było również przygotowanie ekspozycji „Czas wolny wczoraj i dziś. PRL mieszka w nas?”. Podczas niej nagrywano międzypokoleniowe rozmowy seniorów z młodymi podopiecznymi fundacji „Ukryte skrzydła” na temat czasu wolnego za czasów PRL i dziś.
<b>Muzeum Narodowe we Wrocławiu</b>	W 2015 r. w Muzeum Narodowym we Wrocławiu odbyły się następujące imprezy adresowane do seniorów ( wstęp wolny, wykłady tematyczne, atrakcje): 1) Dzień Dziadka i Babci; 2) Dzień Kobiet; 3) Dzień Seniora; 4) Spotkania Uniwersytetu III Wieku (11 spotkań dwóch Uniwersytetów: z Wrocławia i Obornik Śląskich); Wzięło w ww. imprezach udział ok. 400 osób. Ponadto znaczący był udział widzów w starszym wieku w programach edukacyjnych Muzeum skierowanych do dorosłych w soboty i niedziele (można przyjąć, że stanowią ok. 50% wszystkich widzów). W 2015 r. zorganizowano ogółem 91 wykładów, prelekcji, w których brało udział ok. 4000 seniorów. Troje seniorów brało w 2015 r. udział w zorganizowaniu 4 imprez z cyklu „Dni Wolnej Sztuki”. Muzeum zatrudniało seniorów czasowo. W 2015 r. współpracowało z Muzeum na tych zasadach 8 emerytów.
<b>Muzeum II Wojny Światowej w Gdańsku</b>	1) zasady udziału w imprezach – do tej pory udział w realizowanych przez Muzeum projektach nie był związany z koniecznością ponoszenia opłat; 2) stała wystawa plenerowa „Kurort, Bastion, Symbol” na Westerplatte: dostęp dla osób starszych/z dysfunkcjami ruchu. Elementy wystawowe dostępne są bezpośrednio z poziomu chodników: wykonano nawierzchnie utwardzone z kostki granitowej lub zamiennie betonowej na podbudowie; 3) strona www: dostępność dla osób starszych/niedowidzących. Strona www jest przystosowana dla osób starszych/niedowidzących i spełnia standardy WCAG 2.0. na poziomie wyższym niż minimalny;
<b>Muzeum Narodowe w Kielcach</b>	Muzeum Narodowe w Kielcach realizowało w 2015 r. następujące działania na rzecz osób starszych: Oferta stała: 1) Wykłady Niedziela w Muzeum są tworzone na podstawie działalności naukowej pracowników oddziałów oraz działów MNK. Zorganizowano 49 tematów dla 868 osób. 2) Seminaria i prezentacje multimedialne poświęcone historii sztuki – wraz ze Świętokrzyskim Uniwersytetem III Wieku w Kielcach, organizowane są co dwa tygodnie w roku akademickim seminaria dla słuchaczy tej Uczelni (zrealizowano 7 wykładów, uczestniczyło 906 osób) 3) Realizacja projektu Muzeum bliżej nas. Podmioty będące partnerem w tym projekcie mają możliwość bezpłatnego zwiedzania z przewodnikami wystaw stałych oraz czasowych Muzeum Narodowego w Kielcach. Oddział Dawny Pałac Biskupów Krakowskich, 4 warsztaty dla 30 osób; Oddział Muzeum Dialogu Kultury, 2 lekcje muzealne dla 42 osób, 13 wykładów, prelekcji dla 671 osób).
<b>Państwowe Muzeum na Majdanku w Lublinie</b>	Państwowe Muzeum na Majdanku w Lublinie od wielu lat współpracuje z Polskim Związkiem Byłych Więźniów Politycznych Hitlerowskich Więzień i Obozów Koncentracyjnych, który zrzesza m.in. byłych więźniów Majdanka, i wspiera go w realizacji licznych przedsięwzięć. Współpraca polega m.in. na udostępnianiu Związkowi pomieszczeń muzealnych, udzielaniu pomocy przy organizacji jego wydarzeń, uwzględnianiu byłych więźniów we wszystkich przedsięwzięciach muzealnych (biorą w nich czynny udział, ale też stanowią w wielu przypadkach główną grupę odbiorców). Ponadto od wielu lat Muzeum angażuje się w działalność Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W 2015 r. pracownicy Muzeum – Miejsca Pamięci w Bełżcu wygłosili wykład dla słuchaczy UTW w Tomaszowie Lubelskim. Od 2013 r. PMM może pochwalić się tytułem „Miejsce Przyjazne Seniorom”. Wyróżnienie przyznawane jest przez Prezydenta Miasta Lublin i Społeczną Radę Seniorów. Komisja konkursowa

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	doceniła m.in. ofertę edukacyjną Muzeum, która skierowana jest do osób starszych, a także dbałość o godne upamiętnienie losów najstarszego pokolenia mieszkańców Lublina.
<b>Muzeum Narodowe w Poznaniu</b>	<p>Podstawową ofertą dedykowaną seniorom, przygotowaną przez Dział Edukacji Muzeum Narodowego w Poznaniu jest sekcja historii sztuki. Jest ona prowadzona w oparciu o długoletnią współpracę z Towarzystwem Uniwersytet Trzeciego Wieku w Poznaniu. Zajęcia odbywają się w 8 grupach w przestrzeniach muzealnych, trzy razy w tygodniu w ciągu całego roku akademickiego. Są to wykłady na temat historii sztuki światowej i polskiej. Program ten prowadzony jest od wielu lat, tak więc był realizowany w 2015 r., jest realizowany także w 2016 r.</p> <p>Oprócz wyżej wspomnianej sekcji historii sztuki dedykowanej tylko seniorom, Muzeum organizuje programy dla osób dorosłych, w których licznie biorą udział seniorzy. W 2015 r. były to cykle wykładów: Świat obrazów, Miejsca i ludzie oraz warsztaty plastyczne pod tytułem Minikurs rysunku i malarstwa oraz program Konteksty dzieła sztuki. W roku bieżącym Muzeum nadal realizuje cykl Świat obrazów oraz Minikurs rysunku i malarstwa.</p> <p>Znaczną część członków Towarzystwa Przyjaciół Muzeum stanowią seniorzy. W ramach działalności Towarzystwa organizowane są spotkania na wystawach, wykłady i spotkania okolicznościowe organizowane w Muzeum Narodowym i jego Oddziałach.</p>
<b>Muzeum Śląskie w Katowicach</b>	<p>Działania zrealizowane w 2015 r.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Uczestnictwo w projekcie Województwa Śląskiego – Śląskie dla Seniora. Wprowadzenie umową z 17 grudnia 2015 r. Śląskiej Karty Seniora, na której podstawie do końca roku udzielono 95 zniżek.</li> <li>2) Działania systemowe (jednorazowe i długofalowe), nakierowane na zwiększenie aktywności osób starszych w kulturze. W 2015 r. odbywały się cyklicznie (raz w miesiącu), nieodpłatne spotkania i wykłady, których adresatami byli między innymi seniorzy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pytania o Górny Śląsk spotkania w formie paneli dyskusyjnych;</li> <li>b) Przemiesz(cz)anie. Sztuka polska po 1945 r. Wykłady z historii sztuki;</li> <li>c) W 4 strony... O sztuce. Wykłady z historii sztuki;</li> <li>d) Sztuka czytania – cykl spotkań autorskich w Bibliotece Muzeum Śląskiego;</li> <li>e) Wykłady z cyklu Ze Śląska na krańce świata. Odległe kultury w twórczości Alfreda Szklarskiego;</li> <li>f) Wykłady z cyklu Górny Śląsk. W sercu Europy, na granicy kultur;</li> <li>g) Popołudnia ze sztuką w tle. Muzealny klub dyskusyjny;</li> <li>h) Spotkania tematyczne Wokół fotoplastykonu;</li> <li>i) Oprowadzania kuratorskie i tematyczne po wystawach stałych i czasowych.</li> </ol> </li> <li>3) Stałe kontakty z byłymi (emerytowanymi) pracownikami kopalni „Katowice” i współpraca z Bractwem Gwarków.</li> <li>4) Warsztaty dla seniorów, słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku – odbył się cykl 3 warsztatów plastycznych oraz 3 warsztaty „Miasto moje, a w nim” dotyczące historii przemysłu na Górnym Śląsku.</li> </ol>
<b>Muzeum Sztuki w Łodzi</b>	<p>Dział Edukacji ms1 i ms2 prowadzi – w 2015 r. i 2016 r. – następujące cykle dedykowane dla publiczności w dojrzałym wieku:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Spotkania Towarzystwa Przyjaciół Muzeum Sztuki w Łodzi – wykłady poświęcone historii sztuki oraz wyjazdy zabytkoznawcze i na wystawy. Spotkania TPMS prowadzone są co tydzień – dwa; wykłady gromadzą ok. 90–100 osób;</li> <li>2) Wykłady z historii sztuki dla Uniwersytetu III Wieku im. Heleny Kretz, działającego przy Uniwersytecie Łódzkim. Wykłady prowadzone są co tydzień; gromadzą ok. 90–100 osób.</li> </ol> <p>Dział Edukacji Oddziału Muzeum Pałac Herbsta prowadziło w 2015 r. następujące działania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wykłady: Czwartkowe rozmaitości wokół sztuki – cykliczne wykłady przeznaczone m.in. dla seniorów. Ideą cyklu jest zaprezentowanie dzieł z różnych dziedzin sztuki, a znajdujących się w zbiorach MPH;</li> <li>2) Przygotowanie programu dla grup seniorów (wykłady), w ramach projektu organizowanego przez Urząd Miasta Łodzi – II ŁÓDZKIE SENIORALIA 2015 (16–24.05.2015);</li> <li>3) Udział w Targach Aktywnego i Zdrowego Seniora, w ramach projektu organizowanego przez Urząd Miasta Łodzi – II ŁÓDZKIE SENIORALIA 2015 (23–24.05.2015);</li> <li>4) Przygotowanie oferty edukacyjnej dla seniorów w ramach programu „Kultura 60+” – warsztat dla seniorów oraz wykład;</li> <li>5) Ponadto – oferta stała dla grup zorganizowanych z Uniwersytetów III wieku i Klubów Seniora.</li> </ol>

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	Spotkania prowadzone w formie wykładów lub spacerów.
<b>Muzeum Zamek w Łańcucie</b>	<p>W Muzeum – Zamku w Łańcucie od kilku lat realizowany jest stały program dedykowany osobom starszym: „Zatrzymać czas” ze szczególnym uwzględnieniem słuchaczy Łańcuckiego Uniwersytetu III Wieku. Początkowo działania miały charakter okazjonalny i inicjowane były przez obie strony Muzeum i Uniwersytet w ramach sekcji Kulturoznawstwo. Trzy lata temu w 2012 r. wyodrębniła się z niej grupa Muzealnictwo, zrzeszająca osoby, które szczególnie zainteresowane są tematyką około muzealną. Dwukrotnie w ciągu roku akademickiego koordynator Grupy ustala szczegółowy program spotkań na nadchodzący semestr.</p> <p>W 2015 r. zrealizowano 11 działań: pogadanki, zwiedzań tematycznych i wykładów seminaryjnych. Ich tematyka obejmowała zagadnienia z dziejów miasta Łańcut, życia właścicieli Zamku od XVIII do 1944 r., jego zbiorów, obyczajowości dawnej i historii Muzeum. W omawianym okresie w programie uczestniczyło 200 osób.</p> <p>Dodatkowo w ramach działalności edukacyjnej Muzeum prowadzony jest blog „Odkrywaj Muzeum–Zamek w Łańcucie”, którego jednym z celów jest docieranie do osób, które z różnych względów nie mogą w sposób bezpośredni odwiedzić Zamku, w tym osób starszych. Również w 2015 r. w dniach 26–27 września Muzeum wzięło udział w akcji Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego „60+ kultura”, w ubiegłym roku odbywającej się pod hasłem „Pierwszy weekend jesieni, weekendem seniora z kulturą”. W czasie trwania akcji wydano osobom uprawnionym, na podstawie dokumentów potwierdzających ukończenie sześćdziesiątego roku życia, 935 biletów.</p> <p>W ramach działającej przy Muzeum Łańcuckiej Resursy Kultury Pamięci, której celem jest stworzenie platformy do debaty społecznej z zakresu historii i dziedzictwa kulturowego, organizowane są spotkania tematyczne, a ich odbiorcami jest przede wszystkim społeczność lokalna, w tym osoby starsze i 50+. To stwarza międzypokoleniową wymianę poglądów i doświadczeń w istotnych dla społeczności kwestiach.</p>
<b>Muzeum Narodowe w Gdańsku</b>	<p>Jedną z głównych grup odbiorców oferty kulturalnej Muzeum Narodowego w Gdańsku są osoby dorosłe, w tym osoby starsze i 50+. Muzeum organizuje szereg wystaw czasowych, jak i działań edukacyjnych (oferta stała i czasowa), a są to między innymi; wykłady w ramach programu „Kierunek Sztuka” w Oddziale Sztuki Dawnej, spotkania podróżnicze w Oddziale Etnografii, „Rozmowy o fotografii” w Gdańskiej Galerii Fotografii, jak również oprowadzania kuratorskie, realizowane przede wszystkim w Oddziale Sztuki Nowoczesnej, Oddziale Zielona Brama i Oddziale Gdańskiej Galerii Fotografii.</p> <p>Jednocześnie Muzeum realizuje tematyczne spotkania dla studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku (Gdański i Gdyński) i fundacji działających na rzecz osób starszych. Spotkania odbywają się w kameralnym gronie, dotyczą przede wszystkim wystaw stałych, a realizują je kustosz z wybranych pracowni, oddziałów.</p> <p>Na przełomie 2015/2016 r. do wystawy czasowej pt.: „Grzech. Obrazy grzechu w sztuce europejskiej od XV do początku XX wieku”, która prezentowana była w Oddziale Zielona Brama i Oddziale Sztuki Dawnej został przygotowany program, dedykowany osobom starszym i seniorom. Były to trzy alternatywne wycieczki z przewodnikiem obejmujące wstęp do oddziałów Muzeum, odwiedzenie wybranych kościołów i instytucji życia publicznego (po 2 spotkania). Przygotowano także; sześć wykładów tematycznych, omawiających poszczególne wątki wystawy, oprowadzania kuratorskie oraz niedzielne wykłady specjalistów z różnych dziedzin, pracujących w ośrodkach naukowych i muzealnych w kraju.</p>
<b>Muzeum Dom Rodzinny Ojca Świętego Jana Pawła II w Wadowicach</b>	<p>Muzeum Dom Rodzinny Ojca Świętego Jana Pawła II w Wadowicach w 2015 r. wzięło udział we wrześniowej akcji 60+Kultura. Akcja ta skierowana była do osób powyżej 60 roku życia. Celem akcji było to, aby w pierwszy weekend jesieni tj. 26–27 września 2015 r. seniorzy mogli bezpłatnie odwiedzić placówki kulturalne na terenie całego kraju lub nabyć bilet wstępu za symboliczną kwotę.</p> <p>We wrześniowej akcji 60+ Kultura osoby powyżej 60 roku życia otrzymały bezpłatny bilet wejściowy do Muzeum oraz drobną pamiątkę z Domu Rodzinnego Jana Pawła II. Z tej akcji skorzystało ok. 60 osób.</p>
<b>Muzeum Historii Żydów Polskich</b>	<p>Muzeum POLIN nie ma specjalnych otwartych programów dla seniorów i grupy 50+, natomiast ściśle współpracuje z Uniwersytetami Trzeciego Wieku i prowadzi dla nich wykłady w audytorium. W 2015 i 2016 r. odbyły się następujące wykłady:</p> <p>2015 r.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 08.01.15 r. – Joanna Fikus: Jak zbudowaliśmy wystawę główną MHZP – historia projektu.</li> <li>2) 12.02.15 r. – Maciej Gugała: Jak historie osobiste budują wielką historię – na przykładzie wystawy głównej MHZP.</li> <li>3) 16.04.15 r. – Anna Dybała: Ku powiększeniu chwały boskiej. Synagoga w Warszawie</li> </ol>

INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
	<p>4) 28.05.15 r. – Ewa Małkowska–Bieniek: Warsze – rekonstrukcja. Śladami warszawskich Żydów                      5) 29.10.15 r. – Beata Chomałowska o Muranowie: osiedlu–pomniku powstałym na gruzach getta i mieszkańcach osiedla,</p>
<b>Łazienki Królewskie w Warszawie</b>	<p>Muzeum Łazienki Królewskie uwzględnia działania na rzecz osób starszych we wszystkich kategoriach zajęć edukacyjnych oraz programach i wydarzeniach muzealnych organizowanych lub/i współorganizowanych na terenie Muzeum.                      Grupa wiekowa (60+) stanowi ok. 17% statystycznej populacji – zakresie działań edukacyjnych. Ogółem w 2015 r. na łączną liczbę 65 tys. uczestników zajęć edukacyjnych udział wzięło 11 tys. osób starszych (60+), podczas prawie 600 zajęć programowych adresowanych do tej grupy uczestników.                      Realizowane były m.in. następujące zajęcia:                      a) wykłady dla słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku – 20 zajęć – 914 uczestników;                      b) program spotkań literackich „Salony Poezji” – 26 spotkań, 2 617 uczestników;                      c) zajęcia edukacyjne w St. Kordegardzie – 354 zajęcia – 4 535 uczestników;                      d) lekcje muzealne – 157 lekcji – 3 459 uczestników;                      e) program spotkań „Artyści w Łazienkach” – 14 spotkań – 80 osób;                      Poza tym osoby starsze uczestniczyły w takich programach i wydarzeniach jak: NordicWalking, Piknik Europejski („Europa–Eureka”), Warszawski Festiwal Edukacji Kulturalnej itp.                      Zestawienie tematów wykładów dla Uniwersytetów Trzeciego Wieku:                      Tematyka zrealizowanych wykładów dla UTW 2015 r.                      1) "Działalność M. Bacciarellego na dworze St. Augusta", „Łazienki w guście chińskim”, „Życie codzienne w czasach Stanisława Augusta”, „Łazienki w tekstach kultury popularnej”, „Gwiazdy teatru XVIII wieku”, „Twórczość Jana Bogumiła Plerscha nadwornego malarza St. Augusta”, „Teatr XVIII wieku”, „Rośliny w sztuce Łazienek”, „Czytelnik–Korespondent–Kaligraf. Wokół pisma w XVIII wieku”, „Grand Tour. O podróżowaniu w nowożytnej Europie”.                      Zajrzeć do pracownicy – o najciekawszych pracach konserwatorskich prowadzonych w Łazienkach Królewskich</p>
<b>Muzeum Narodowe w Krakowie</b>	<p>Muzeum Narodowe w Krakowie ma stałą ofertę spotkań dla seniorów. Jest to cykl pod tytułem <i>Rozmowy o ...</i> w trakcie których odbywają się rozmowy o dziełach sztuki, o historii i o literaturze. Zapraszani są seniorzy dla których ważna jest rozmowa, dyskusja. Podejmowane są starania zrozumienia dzieła, jego autora oraz epoki, w której powstało. Są rozmowy, tworzenie, interpretacja. Spotkania organizowane są na wystawach stałych i czasowych.                      Rozmowy o sztuce – liczba spotkań/liczba uczestników: 10/285.                      Rozmowy o literaturze – 10/246.                      Rozmowy o historii – 8/239                      Rozmowy o archeologii – 9/195</p> <p>Mimo funkcjonowania w trudnych do dostosowania zabytkowych budynkach Muzeum stale poprawia warunki dostępności fizycznej oddziałów. Przewodnicy są przygotowani do oprowadzania grup o szczególnych potrzebach.                      Rozumiejąc, że część seniorów znajduje się w trudnej sytuacji finansowej Muzeum oferuje znaczną część oferty edukacyjnej bezpłatnie. Wystawy stałe we wszystkich oddziałach są dostępne bezpłatnie w każdą niedzielę, natomiast wystawy czasowe można oglądać bezpłatnie w czasie licznie organizowanych dni otwartych, nocy muzeów i przy innych okazjach. Muzeum stara się zdobywać środki na droższe w przygotowaniu warsztaty dla seniorów. Dzięki temu można było zaproponować seniorom udział w warsztatach za symboliczną złotówkę.                      Seniorzy doceniają starania Muzeum Narodowego w Krakowie licznie odwiedzając wystawy i towarzyszące im wydarzenia. Wielu z nich działa w Towarzystwie Przyjaciół Muzeum Narodowego w Krakowie. Seniorzy stanowią największy procent korzystających z oferty Muzeum. Muzeum bierze bardzo aktywny udział w Tygodniu Osób Niepełnosprawnych – oferując bogaty program zwiedzania z oprowadzaniem. W 2015 r. skorzystało z niego blisko 400 osób niepełnosprawnych (w większości seniorów).</p>
<b>Muzeum Zamkowe w Malborku</b>	<p>Muzeum Zamkowe w Malborku w ramach projektu 60+ KULTURA, w dniach 26–27 września 2015 r., obniżyło bilet wstępu dla uprawnionych osób do 1 zł.                      W programie 50+ realizowana jest stała współpraca z miejscowymi Uniwersytetami Trzeciego Wieku w Malborku, Sztumie i Tczewie cyklami spotkań z pracownikami naukowymi Muzeum i przewodnikami malborskimi.                      W ramach Otwartych Warsztatów Muzealnych odbywających się cyklicznie (raz w miesiącu), odbywały się spotkania z wybitnymi autorytetami w poszczególnych dziedzinach prezentowanych tematów. Do uczestnictwa w owych warsztatach Muzeum zaprosiło wszystkich chętnych.                      Z obserwacji Muzeum wynika, iż oferta ta cieszyła się ogromnym powodzeniem, szczególnie wśród osób w wieku starszym (w tym również studenci UTW).</p>

Nazwa instytucji	Opis działań zrealizowanych w 2015 r.
<b>Muzeum Pałacu Króla Jana III w Wilanowie</b>	Działania dotyczące zniesienia bariery finansowej w dostępie do zasobów i oferty muzeum: <ul style="list-style-type: none"> <li>- W jeden dzień w tygodniu wstęp do pałacu jest bezpłatny, w jeden dzień w tygodniu wstęp do parku jest bezpłatny</li> <li>- Porozumienia o współpracy, w ramach których udział w wydarzeniach edukacyjnych i kulturalnych jest bezpłatny (Centrum Alzheimer).</li> <li>- Wydarzenia bezpłatne ogólnomuzealne, w których uczestniczą m.in. seniorzy: Dzień Wolnej Sztuki, Dni Wilanowa, Noc Muzeów, Dzień Osób Niepełnosprawnych.</li> <li>- Koncerty ze wstępem wolnym: 6 koncertów w 2015 r.</li> <li>- W ramach programu „Jesień Kultury” przeprowadzono 20 wykładów w Domach Pomocy Społecznej. (600 uczestników)</li> <li>- Spacerory Uniwersytetu Trzeciego Wieku zarejestrowanych – 39 w 2015 r.</li> <li>- Współpraca z Uniwersytetem Trzeciego Wieku SGGW – październik 2015 – maj 2016 – 8 spotkań</li> </ul>
<b>Żydowski Instytut Historyczny im. E. Ringelbluma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniwersytet Trzeciego Wieku</li> <li>Cykl wykładów i spacerów edukacyjnych dla członków UTW, prowadzonych przez naukowców i edukatorów ŻIH oraz pracowników Działu Dokumentacji. W 2015 r. współpracowano z UTW Politechniki Warszawskiej i Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego.</li> <li>- Festiwal Singera i Festiwal Nauki</li> <li>Odbiorcami wydarzeń obu festiwali są, między innymi, osoby starsze, pasjonaci historii i varsavianistyki. W ubiegłym roku Instytut włączył się w działania festiwali, organizując spacerory edukacyjne, promocje książek i wykłady popularnonaukowe.</li> <li>- Cykl wykładów w Muzeum Żydów Mazowieckich w Płocku</li> <li>Wykłady popularnonaukowe, z których korzystają w większości osoby starsze – mieszkańcy Płocka.</li> </ul>

Źródło: dane MKiDN.

## II.1.8 Działania prowadzone przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Zgodnie z przyjętą w 2002 r. przez Polskę „Międzynarodową Strategią Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw” jednym z obszarów działania w stosunku do osób starszych jest zapewnienie ciągłości rozwoju w starzejącym się świecie m.in. dzięki edukacji.

Poziom wykształcenia jest jednym z istotnych czynników mających wpływ na poprawę sytuacji starszego pokolenia. Im wyższy poziom wykształcenia tym wyższy status społeczny, większy zasób wiedzy, i tym większy wpływ na:

- aktywność zawodową i społeczną;
- status ekonomiczny;
- umiejętność korzystania z pomocy różnych instytucji, korzystania z przysługujących uprawnień;
- umiejętność dbania o zdrowie (dieta, aktywność sportowa, korzystanie z usług służby zdrowia, w tym okresowe badania, rehabilitacja);
- rozwój zainteresowań szczególnie istotny po zakończeniu pracy zawodowej.

Ww. czynniki przekładają się na jakość życia, fizyczny i psychiczny stan zdrowia i utrzymanie samodzielności.

W związku z powyższym system szkolnictwa wyższego stwarza następujące możliwości poprawy sytuacji osób starszych:

- a) możliwość kształcenia na studiach wyższych (stacjonarnych i niestacjonarnych) bez ograniczeń wieku studenta;

- b) uwzględnianie w programach kształcenia zdobywania przez studentów umiejętności i kompetencji społecznych w zakresie uczenia się przez całe życie;
- c) możliwość potwierdzania przez uczelnie efektów uczenia się uzyskanych poza kształceniem formalnym, przewidziana dla osób dorosłych (w wieku wyższym niż tradycyjny wiek studenta);
- d) prowadzenie przez uczelnie i uruchamianie kolejnych kierunków studiów związanych z przygotowaniem kadr do zaspokojenia potrzeb starzejącego się społeczeństwa, takich jak kierunek lekarski i pielęgniarstwo przewidujące wiedzę i umiejętności w zakresie geriatry, a także takie kierunki jak: dietetyka, fizjoterapia, pomoc socjalna, itp.;
- e) możliwość prowadzenia przez uczelnie studiów podyplomowych, kursów dokształcających i szkoleń.

Zgodnie z zapotrzebowaniem rynku pracy na specjalistów związanych z potrzebami osób starszych uczelnie uruchamiają coraz więcej studiów podyplomowych, takich jak: „Geriatryka i opieka długookresowa”, „Gerontologia i opieka nad osobami starszymi”, „Neurorehabilitacja”, „Gerontologia i geriatryka”, „Fizjoterapia w geriatryce”, „Opieka geriatryczna”, itp.;

- f) zaangażowanie kadry akademickiej, a często także samych uczelni w prowadzenie uniwersytetów trzeciego wieku. Celem działalności UTW jest aktywizacja ludzi starszych. UTW stwarzają możliwość ciągłego poszerzania wiedzy, rozwijania zainteresowań, pobudzają do aktywizacji społecznej w interesie jednostki i ogółu, ułatwiają nawiązywanie przyjaźni, zapewniają możliwość dbania o kondycję fizyczną i psychiczną;
- g) prowadzenie przez uczelnie tzw. uniwersytetów otwartych. Celem Uniwersytetu Otwartego jest zapewnienie osobom dorosłym, bez względu na wiek i wykształcenie, różnych form kształcenia się na wysokim poziomie, zgodnie z ich zainteresowaniami i potrzebami oraz dostosowanych do ich indywidualnych możliwości.

## II.1.9 Działania prowadzone przez Ministerstwo Skarbu Państwa

W zakresie kompetencji Ministerstwa Skarbu Państwa nie znajdowały się bezpośrednio działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych. Jednakże, w Ministerstwie Skarbu Państwa opracowywane są dokumenty takie jak: zasady nadzoru właścicielskiego, akty prawne oraz dokumenty o charakterze dobrych praktyk, jak na przykład *Dobre praktyki w zakresie zapewnienia zrównoważonego udziału kobiet i mężczyzn w organach spółek z udziałem Skarbu Państwa* oraz *Dobre praktyki w zakresie społecznej odpowiedzialności biznesu w spółkach z udziałem Skarbu Państwa* mimo, iż nie odnoszą się wprost do zagadnienia wieku, mogą w sposób pośredni, między innymi poprzez zachęcanie do równomiernego wykorzystania potencjału intelektualnego całej populacji, jak również do zwiększania inwestycji w zasoby ludzkie, przyczynić się do poprawy sytuacji osób starszych w Polsce.



### II.1.10 Działania prowadzone przez Ministerstwo Sportu i Turystyki

Zapewnienie warunków i oferty dla powszechnego podejmowania aktywności fizycznej na każdym etapie życia to jeden z głównych celów określonych w rządowym dokumencie *Program Rozwoju Sportu do roku 2020*, przyjętym przez Radę Ministrów 31 sierpnia 2015 r. Jednym ze zdefiniowanych w tym dokumencie priorytetów jest *Wspieranie działań na rzecz integracji społecznej osób starszych poprzez aktywność fizyczną*.

Minister Sportu i Turystyki wychodząc naprzeciw zachodzącym zjawiskom, zdecydował o wzmocnieniu wsparcia zadań z zakresu upowszechniania aktywności fizycznej i promowania sportu, kierowanych do osób starszych, realizowanych w latach poprzednich w ramach działań:

- „wspieranie przedsięwzięć w zakresie upowszechniania sportu różnych grup społecznych i środowiskowych” oraz
- „wspieranie działań promujących sport dla wszystkich”.

#### Obiekty sportowe Orlik

Minister Sportu i Turystyki ściśle współpracował w tej dziedzinie z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, czego wyrazem było podpisanie w dniu 28 stycznia 2014 r., wspólnego listu Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Sportu i Turystyki, dotyczącego zwiększenia aktywności ruchowej wśród seniorów, w oparciu o środki finansowe z Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych oraz m.in. z wykorzystaniem potencjału infrastruktury sportowej kompleksów sportowych Orlik.

Obiekty Orlik są unikalną bazą ponad 2600 kompleksów boisk zlokalizowaną na terenie wszystkich 16 województw, wykorzystywaną przez wszystkich, niezależnie od wieku i umiejętności. Dlatego Ministerstwo Sportu i Turystyki, w ramach projektu „Akademia Animatora”, od 2013 r. wyposaża Animatorów pracujących na Orlikach w wiedzę i umiejętności z zakresu prowadzenia zajęć ruchowych dla różnych grup wiekowych, w tym seniorów. W 2015 r., seniorzy odwiedzili Orliki 762 539 razy (2,5% wszystkich użytkowników). W 2015 r., w ramach działań Akademii Animatora, przeszkolonych zostało 7000 osób.

#### Projekt „Aktywność Fizyczna Osób Starszych” („AFOS”)

Mając na uwadze konieczność aktywizowania różnych grup społecznych oraz szerokiej promocji aktywności ruchowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki uruchomiło jako oddzielne zadanie ogólnopolski projekt „Aktywność Fizyczna Osób Starszych” („AFOS”). Inicjatywa opracowania i wdrożenia projektu upowszechniania aktywności fizycznej osób starszych, pojawiła się w wyniku analizy i oceny aktualnej sytuacji stanu potrzeb i oczekiwań w sferze utrzymania odpowiedniego poziomu potencjału biologicznego człowieka, wobec wydłużającego się czasu trwania życia ludzkiego.

Projekt „Aktywność Fizyczna Osób Starszych”, stanowi rozwinięcie i kontynuację działań podejmowanych w ramach realizowanego w poprzednich latach zadania publicznego *Wspieranie prozdrowotnych programów aktywności fizycznej*, wykorzystując m.in. doświadczenia nabyte ze

współpracy z organizacjami pozarządowymi, działającymi na rzecz upowszechniania sportu wśród osób starszych. Projekt „AFOS” to propozycja systemowego rozwiązania w zakresie przeciwdziałania negatywnym efektom procesów starzenia oraz podtrzymywania aktywności społecznej, poprzez upowszechnianie aktywności fizycznej i promowanie sportu wśród osób starszych. Ludzie starsi wymagają różnorodnych form wsparcia, w celu usunięcia przyczyn marginalizacji z życia społecznego. Podstawowym problemem w tym zakresie, jest obniżająca się sprawność fizyczna i związane z nią często mocno ograniczone możliwości lokomocyjne. Promocja zdrowego stylu życia oraz oferta systematycznej aktywności fizycznej, mają wspierać seniorów w dążeniu do wydłużenia okresu utrzymywania dobrego stanu zdrowia, ogólnej sprawności i samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności ruchowych. Dzięki temu będą mogli kontynuować aktywność zawodową, jak i aktywnie uczestniczyć w wybranych formach życia społecznego.

Projekt zakłada organizację przedsięwzięć aktywizujących ludzi w starszym wieku w następujących formach:

- aktywność rekreacyjna – różne formy indywidualnego lub grupowego czynnego wypoczynku opartego na aktywności fizycznej;
- aktywność prewencyjna – mająca zapobiegać przedwczesnemu i patologicznemu starzeniu się, powiązana z prozdrowotnym stylem życia – właściwym odżywianiem i aktywnością społeczną;

Głównymi celami, które można osiągnąć poprzez systematyczną aktywność ruchową osób starszych jest:

- utrzymanie sprawności;
- utrzymanie samodzielności;
- utrzymanie niezależności.

Przyjmuje się, że skuteczną realizację projektu wspomagać powinny zadania polegające na promowaniu aktywności fizycznej osób starszych, wskazujące korzyści dla dobrego zdrowia, lepszego samopoczucia, pełnego udziału i akceptacji swej roli w życiu społeczeństwa. Wiele badań dowodzi, że nie ma granicy wieku, przy której aktywność fizyczna byłaby niemożliwa i nie przynosiła korzyści. W zakresie promocyjnym, projekt „AFOS” ma na celu przywrócenie starszym osobom „chęci” do uprawiania ćwiczeń fizycznych, adekwatnych do wieku i swoich aktualnych możliwości, ponieważ nie ma żadnych biologicznych barier, które by taką aktywność mogły jednoznacznie wykluczać.

Projekt jest adresowany do osób, które ukończyły 50 rok życia. Zakłada wsparcie przedsięwzięć o charakterze ogólnopolskim lub ponadregionalnym i szerokim zasięgu, realizowanych w formie programów aktywizacji ruchowej, kampanii profilaktycznych, akcji inicjujących aktywność fizyczną, imprez popularyzatorskich, profilaktycznych oraz działań promujących aktywność fizyczną osób starszych. Podstawową formą objętą działaniami promocyjnymi są zajęcia aktywności rekreacyjnej i aktywności prewencyjnej, dostarczające seniorom niezbędnej dawki ćwiczeń ruchowych.

W 2015 r. w ramach programu AFOS zostały zrealizowane wyłonione w otwartym konkursie, m.in. następujące zadania:

### **1. „Bądź w Olimpijskiej Formie”**

Znani sportowcy – olimpijczycy (Ambasadorem Programu jest Władysław Kozakiewicz oraz inni znani mistrzowie sportu) prowadzą pokazowe zajęcia z seniorami, promując aktywność fizyczną i zachęcając do podjęcia systematycznych ćwiczeń. Odbyło się już 28 spotkań w każdym z 16 województw, co dało liczbę 1 400 uczestników – seniorów, aktywnie uczestniczących w pokazowych ćwiczeniach.

### **2. „UTW bez granic: Seniorzy na Start!”**

Przez Fundację Instytut Łukasiewicza została przygotowana ogólnopolska kampania informacyjno-edukacyjna, skierowana do osób starszych będących słuchaczami uniwersytetów trzeciego wieku.

Polega ona m.in. na przygotowaniu i dostarczeniu 3 wydań (po ok. 22 tys. egzemplarzy każde) bezpłatnej gazety do ok. 71 tys. słuchaczy z ponad 400 UTW w całym kraju, w celu przekonania o korzyściach płynących z systematycznie uprawianej aktywności fizycznej.

### **3. Ogólnopolski Program Aktywizacji Osób Starszych Zmagających się z Otyłością 2015**

Są to ogólnopolskie programy aktywności z zakresu nordic walking dla osób starszych. Program obejmuje cykl spotkań rekreacyjnych na świeżym powietrzu w 5 miastach Polski, adresowany do osób w wieku 55+ mających problem z nadwagą.

Zajęcia odbywały się 2 razy w tygodniu pod okiem wykwalifikowanych trenerów, których zadaniem było dbanie o profesjonalny i bezpieczny przebieg zajęć, dostosowując go każdorazowo do potrzeb i możliwości grupy uczestniczącej w zajęciach. W ich trakcie odbywały się m.in. marszobiegi oraz gimnastyka. W programie udział wzięło łącznie 2000 osób, po 400 w każdym z miast. W programie uczestniczyły osoby po 55. r.ż., każdy z problemem nadwagi.

W programie wzięło udział 65% kobiet i 35% mężczyzn.

### **4. Program „Aktywny Senior”**

Ogólnopolski Program „Aktywny senior” to działalność mająca na celu przede wszystkim poprawę kondycji, koordynacji, gibkości, ogólnej sprawności Osób III wieku (po 55 roku życia).

W roku 2015 ZG TKKF realizował zadanie w 30 Ośrodkach. Praca każdego Ośrodka obejmowała zajęcia w wymiarze 3 godzin tygodniowo – 2 godz. na sali i 1 godz. na basenie oraz dodatkowo zajęcia w plenerze. Zajęcia rozpoczęły się w lutym, a zakończyły w grudniu 2015 r. W programie wzięło udział 944 uczestników.

Koszty realizacji projektu AFOS ze strony MSiT zostały zapewnione ze środków pochodzących z budżetu państwa. Na dofinansowanie realizacji projektu w 2015 r., w budżecie Ministerstwa przeznaczono kwotę w wysokości 1 mln złotych. Jednym z podstawowych wymogów w realizacji projektu jest współfinansowanie kosztów realizacji zadań ze środków pozyskanych przez organizacje pozarządowe. Podmiot ubiegający się o dofinansowanie musi wykazać we wniosku oraz w rozliczeniu zadania udział środków własnych lub środków pochodzących z innych źródeł w wysokości nie mniejszej niż 20% całości kosztów bezpośrednich realizacji zadania.

Udziału własnego nie można finansować ze środków przekazanych przez Ministerstwo w ramach dofinansowania innych zadań czy też udziału w innych programach i projektach. Na współfinansowanie powinny składać się środki własne, środki pozyskane od sponsorów publicznych, w tym w ramach innych rządowych programów senioralnych oraz z jednostek samorządów terytorialnych, a także ze środków pozyskanych z innych źródeł, w tym z Unii Europejskiej i od sponsorów prywatnych.

### **Rekreacja ruchowa osób niepełnosprawnych w starszym wieku**

W dążeniu do wypracowania efektywnego modelu integracji osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi, zgodnie z polityką rządu, Ministerstwo Sportu i Turystyki w sposób szczególny zwraca uwagę, aby osoby niepełnosprawne w zależności od możliwości i zainteresowań uczestniczyły w różnych formach sportu. W związku z czym realizowany jest **Program Upowszechnia Sportu Osób Niepełnosprawnych** adresowany do wszystkich, bez względu na wiek, w tym osób starszych.

W ramach Programu dofinansowywane są następujące działania skierowane do starszych osób niepełnosprawnych:

- organizacja zajęć sekcji sportowych osób niepełnosprawnych;
- organizacja imprez sportowych dla osób niepełnosprawnych;
- organizacja obozów sportowych dla osób niepełnosprawnych;
- zakup sprzętu sportowego.

Zajęcia prowadzone są w sekcjach systematycznie przez cały rok, w wymiarze 2–3 razy tygodniowo, po 2–3 godziny. Zajęcia i imprezy sportowe odbywają się w salach gimnastycznych, na basenach, a także na obiektach otwartych, boiskach i stadionach. Celem obozów jest przede wszystkim rozbudzanie zainteresowań sportowych w zależności od potrzeb i możliwości uczestnika oraz wyrabianie nawyków zdrowego, sportowego stylu życia. Sprzęt sportowy stanowi wsparcie w realizacji pozostałych zadań, podnosząc ich efektywność. Program realizowany jest przez jednostki terenowe dużych organizacji o zasięgu ogólnopolskim, a także przez mniejsze organizacje o zasięgu regionalnym, których zakres działania obejmuje rozwijanie sportu wśród starszych osób niepełnosprawnych.

W 2015 r. Ministerstwo Sportu i Turystyki przeznaczyło 14 898 000,00 zł ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej na wspieranie przedsięwzięć w zakresie upowszechniania sportu osób niepełnosprawnych.

W efekcie w 2015 r.:

- w cyklicznych zajęciach sportowych uczestniczyło około 475 osób niepełnosprawnych w starszym wieku (195 830,00 zł);
- odbyły się 3 imprezy, w których udział wzięło 382 osób niepełnosprawnych w starszym wieku (78 000,00 zł);
- zorganizowano 3 obozy sportowe, dla 151 osób niepełnosprawnych w starszym wieku (162 800,00 zł).

### **Pozostałe działania Ministerstwa Sportu i Turystyki**

Oprócz ww. projektów, zadania adresowane do osób starszych określone jako priorytety MSiT, dofinansowywane były w ramach różnorodnych działań możliwych do realizacji z udziałem środków budżetu państwa, z zakresu zadań dot. „upowszechniania sportu różnych grup społecznych i środowiskowych”. Na te działania, zaplanowano na 2016 r. środki w łącznej kwocie 18 813 000 złotych.

Wśród dofinansowanych zadań w tym zakresie, Ministerstwo Sportu i Turystyki wsparło w 2015 r., podobnie jak w 2014 r., m.in. międzynarodowe przedsięwzięcie pn. „Międzynarodowy Kongres Zdrowego Starzenia”.

Ponadto, od 2010 r. Ministerstwo realizuje przy udziale Europejskiego Stowarzyszenia Promocji Aktywności Ruchowej ESPAR 50+, programy dla osób starszych, ukierunkowane na upowszechnianie aktywności fizycznej w grupie osób po 60 r.ż. i aktywizowanie osób sportowo i społecznie nieaktywnych „Ogólnopolski Prozdrowotny Program Aktywności Seniorów Ja! 2015 (PAS-Ja!)” oraz Ogólnopolski projekt aktywizacji rekreacyjnej osób dorosłych: kobiet i mężczyzn 45+ oraz starszych, pod hasłem: „Program Rekreacji Ruchowej Osób 50+”. Programy przygotowane przez skupionych w ESPAR 50+ specjalistów z zakresu profilaktyki gerontologicznej, zapewniają uczestnikom zajęcia uwzględniające stan zdrowia i ograniczenia związane z wiekiem. Przy współpracy z ZG Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej, MSiT od wielu lat wspiera programy aktywności fizycznej seniorów, realizowane przez Ośrodki Terapii Ruchowej w wielu rejonach Polski. Takich i podobnych działań jest dużo więcej.

## **II.1.11 Działania prowadzone przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji**

### **Służba zdrowia MSWiA**

Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej MSWiA w 2015 r. realizowały poniższe działania skierowane do osób starszych:

- programy profilaktyki zdrowotnej z zakresu: raka piersi, chorób układu krążenia, wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz szczepień p/grypie;
- Program 60+ dla środowisk diabetologicznych;
- Program Zgrani Zielonogórzanie – realizacja zabiegów rehabilitacyjnych i badań diagnostyczno-laboratoryjnych.

Służba zdrowia MSWiA dysponuje:

- oddziałami o profilu geriatrycznym w trzech SP ZOZ MSWiA z siedzibą w Białymstoku, Bydgoszczy i Krakowie. Oddziały posiadają łącznie 66 łóżek. Z uwagi na duże potrzeby w tej grupie pacjentów planowane jest zwiększenie bazy łóżkowej;
- zakładami Pielęgnacyjno-Opiekuńczymi z siedzibą w czterech SP ZOZ MSWiA w Bydgoszczy, Koszalinie, Słupsku i Górznie, które dysponują łącznie 87 łóżkami.

W zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych skierowanych do osób starszych SP ZOZ MSWiA w 2015 r.:

- udzieliły 955 589 porad specjalistycznych, stomatologicznych i z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, co stanowiło 34% ogółu udzielonych porad;
- objęły 15 923 osoby leczeniem stacjonarnym uzdrowiskowym, co stanowiło 50% ogólnej liczby osób przebywających na leczeniu w SP ZOZ Sanatoriach Uzdrowiskowych MSWiA.

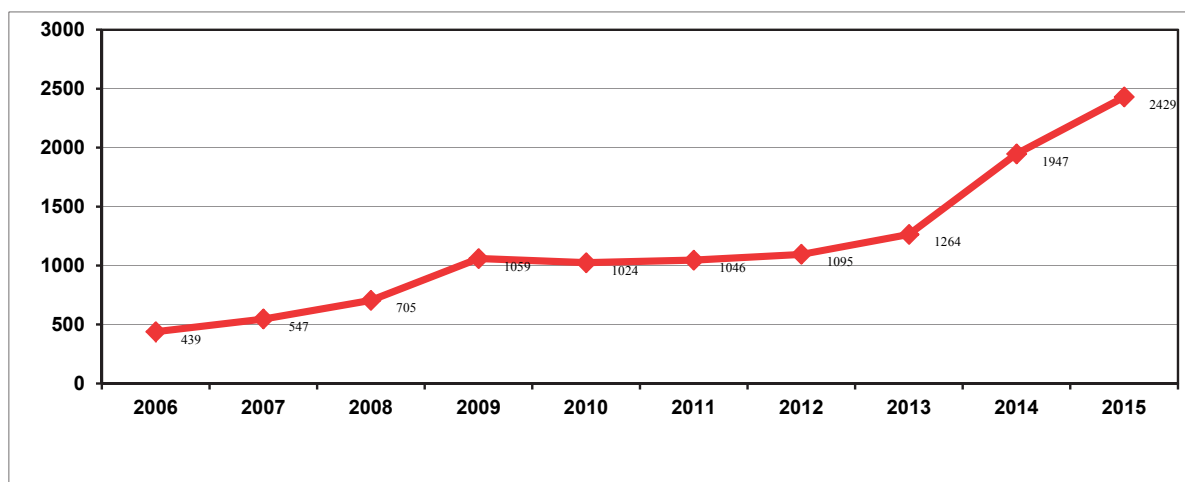
SP ZOZ MSWiA, celem poprawy i podwyższania jakości opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych, prowadzą szkolenia personelu medycznego, głównie lekarzy i pielęgniarek, w dziedzinie geriatry i opieki długoterminowej. Mając na względzie potrzeby kadrowe w grupie personelu medycznego dwa SP ZOZ MSWiA: w Białymstoku i Krakowie od szeregu lat prowadzą szkolenia specjalizacyjne lekarzy w dziedzinie geriatry. W 2015 r., w stosunku do 2014 r., zwiększono liczbę miejsc szkoleniowych z 14 do 27. Dotychczas szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie geriatry, w obu SP ZOZ MSWiA, ukończyło 17 lekarzy.

### Działania prowadzone przez Policję

W odniesieniu do działalności profilaktycznej Policji adresowanej do osób starszych należy wskazać, że bezpieczeństwo osób starszych szeroko wpisuje się w założenia ogólnopolskich i lokalnych programów profilaktycznych dedykowanych osobom starszym pn. „Bezpieczny senior”. Projekty te realizowane są zazwyczaj w partnerstwie międzyinstytucjonalnym i opierają się na wielokierunkowej współpracy z władzami samorządowymi, organizacjami pozarządowymi oraz środkami masowego przekazu.

Celem głównym realizowanych programów jest podniesienie świadomości osób starszych, ograniczenie liczby przestępstw popełnianych na szkodę osób starszych, ochrona interesów konsumentów (seniorów) oraz promocja zdrowego i bezpiecznego stylu życia wśród seniorów. Jednym z najbardziej dotkliwych przestępstw dokonywanych na szkodę osób starszych jest oszustwo tzw. „na wnuczka” i „na policjanta”. Przy tego rodzaju zdarzeniach ofiary tracą często oszczędności całego życia.

**Wykres 9. Liczba przestępstw popełnionych metodami „na wnuczka” i „na policjanta” w latach 2006–2015**



Źródło: dane MSWiA.

W celu poprawy bezpieczeństwa osób starszych rekomendowane przez MSWiA są następujące kierunki i formy współpracy z instytucjami pozapolicyjnymi:

A. samorząd terytorialny:

- a. umieszczanie informacji na temat prowadzonych działań na stronie internetowej administracji samorządowej;
- b. współorganizacja spotkań z seniorami, w trakcie których przekazywane są treści związane z zagrożeniami z jakimi mogą się oni codziennie spotkać;
- c. rozpowszechnianie materiałów profilaktycznych;
- d. promowanie i efektywne wykorzystanie możliwości technicznych, a w szczególności monitoringu wizyjnego miejsc publicznych, połączonego z odpowiednią organizacją służby Policji i straży gminnych (miejskich).

B. środki masowego przekazu:

- a. prowadzenie kampanii promocyjnych dotyczących bezpieczeństwa osób starszych;
- b. prowadzenie cykli reportaży, audycji radiowych, telewizyjnych poświęconych bezpieczeństwu w miejscach zamieszkania;
- c. umieszczanie informacji na temat kampanii na stronach internetowych środków masowego przekazu.

C. organizacje kościelne:

- a. odczytanie podczas mszy apelu do społeczności lokalnej na temat zabezpieczenia mienia przed kradzieżami zwłaszcza przez osoby starsze;
- b. umieszczanie na stronie internetowej parafii informacji o prowadzonych działaniach.

D. agendy pocztowe:

- a. umieszczanie informacji na temat prowadzonych działań na stronie internetowej oraz na tablicach informacyjnych w swoich placówkach pocztowych;
- b. rozpowszechnianie materiałów profilaktycznych wśród seniorów przez listonoszy;
- c. wspieranie i promowanie działań budujących więzi społeczne.

E. instytucje finansowe:

- a. umieszczanie informacji na temat prowadzonych działań na stronie internetowej oraz na tablicach informacyjnych w placówkach;
- b. rozpowszechnianie materiałów profilaktycznych wśród seniorów przez inkasentów spisujących stany liczników;
- c. szkolenia przedstawicieli banków i agencji pocztowych jak się zachować w przypadku wypłat/zlecenia przelewu dużych sum pieniędzy przez osoby starsze;
- d. wspieranie i promowanie działań budujących więzi społeczne.

Wymienione działania opierają się przede wszystkim na ograniczeniu zachowań wiktymologicznych i zapobieganiu zdarzeniom, których ofiarami są osoby starsze, m.in. poprzez:

- edukację seniorów w zakresie zapobiegania popełnianiu przestępstw, w tym metod działania sprawców;
- aktywizację osób w podeszłym wieku do działań w zakresie skutecznej pomocy sąsiedzkiej;

- edukację seniorów w zakresie przysługujących im uprawnień w przypadkach zawierania umów na odległość lub poza siedzibą przedsiębiorstwa;
- rozpowszechnienie wiedzy o Inspekcji Handlowej oraz Rzeczniku Praw Konsumenta, jako organów chroniącego każdego konsumenta;
- podniesienie świadomości seniorów w kwestii wpływu na własne bezpieczeństwo w wyniku prawidłowych zachowań w sytuacji zagrożenia;
- zapoznanie ze skutecznymi metodami zapobiegającymi negatywnym zjawiskom jak: oszustwa, kradzieże mienia, bezpieczeństwo w domu i na ulicy;
- zapoznanie seniorów ze specyfiką pracy urzędników i pracowników zakładu energetycznego, gazowni, poczty oraz używanymi przez te osoby identyfikatorami służbowymi, odzieżą służbową itp.;
- zachęcenie seniorów do informowania Policji o sytuacjach przestępczych, w których oni sami są lub mogliby stać się ofiarą.

Powyższe działania służą podnoszeniu świadomości osób starszych na temat zagrożeń związanych między innymi z przestępczością, patologiami, bezpieczeństwem na drodze oraz poszerzeniu umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, w tym reagowania i powiadamiania o zagrożeniach.

Działania profilaktyczne ukierunkowane na ograniczenie przestępstw popełnianych na szkodę osób starszych są bardzo istotnym zagadnieniem realizowanym przez Policję. Zakres działań nie ogranicza się tylko do lokalnych inicjatyw, ale jest również realizowany na poziomie centralnym, czego przykładem mogą być obchody Międzynarodowego Dnia Osób Starszych, które 1 października 2015 r. zostały zorganizowane w Sejmie RP. Podczas nich utworzono wiele punktów konsultacyjnych, m.in. policyjny punkt porad i konsultacji, gdzie policjanci rozmawiali z seniorami na temat bezpieczeństwa, w tym jak nie stać się ofiarą przestępstwa, a także przekazywali materiały profilaktyczne.

### **Przykłady działań realizowanych przez Policję**

**1.** Projekt Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie **„Bezpieczny senior”** realizowany przez wszystkie jednostki Policji województwa zachodniopomorskiego.

Od 1 października 2014 r. do końca września 2015 r. policjanci przy współpracy szeregu instytucji przeprowadzili 427 spotkań z 9405 seniorami. W 2015 r. w garnizonie zachodniopomorskim przeprowadzono 10 debat społecznych. Najczęściej poruszonymi tematami, które podjęto podczas spotkań i szkoleń były zagadnienia:

- związane z oszustwami na: „wnuczka”, „policjanta”, „prokuratora”, „komornika” „kominia-rza”, „inkasenta”, itp.;
- zasady komunikacji interpersonalnej z zachowaniem granic prywatności;
- jak zachować się w przypadku podejrzenia, że jest się ofiarą oszusta, złodzieja itp.?
- jak nie stać się ofiarą kradzieży dokumentów?;
- cyberzagrożenia (m.in. bezpieczne transakcje przez Internet);
- zasady bezpiecznej bankowości elektronicznej;



- transakcje bezgotówkowe;
- jak prawidłowo postępować i reagować w przypadku zauważenia niebezpieczeństwa, jakie stanowi nietrzeźwy kierowca pojazdu;
- jak zadbać o swoje bezpieczeństwo na drodze (rola elementów odblaskowych w ratowaniu życia ludzi i zwierząt) – z wykorzystaniem opasek „bezpieczny senior”;
- jak reagować w przypadku napadu, rozboju;
- jak unikać zagrożeń związanych z manipulacjami nieuczciwych osób;
- gdzie szukać pomocy w przypadku zagrożenia (różne formy przemocy wobec osób starszych: ekonomiczna, psychiczna, fizyczna itp.);
- gdzie szukać pomocy i jak reagować w przypadku uzależnienia od narkotyków i dopalaczy w przypadku najbliższych;
- jak reagować w sytuacji zagrożenia w przypadku pożaru, zatrucia tlenkiem węgla, szczególnie w sezonie grzewczym.

Poza ulotkami przekazywane były między innymi plakaty, trójdzielne kalendarze na 2016 r. oraz samozaciskowe opaski odblaskowe z tytułem projektu. Łącznie, w ramach realizacji inicjatywy wydrukowano 39 320 materiałów oraz wyprodukowano 2 500 opasek odblaskowych.

**2. Działania profilaktyczne Komendy Wojewódzkiej Policji w Kielcach realizowane ramach wojewódzkiego programu „Bezpieczne Świętokrzyskie”.**

Celem działań jest ograniczanie negatywnych zjawisk w postaci kradzieży, oszustw czy innych przestępstw i wykroczeń popełnianych na wyżej wymienionej grupie poprzez propagowanie bezpiecznych zachowań i przestrzeganie przed oszustami. W ramach programu nawiązano współpracę między innymi z następującymi partnerami: Świętokrzyski Urząd Wojewódzki, Świętokrzyski Uniwersytet III Wieku, Klubami i Domami Seniora, Ośrodkami Pomocy Społecznej i lokalnymi mediami. Działalność profilaktyczna jest realizowana głównie poprzez:

- seminaria, konferencje, szkolenia, wykłady i warsztaty;
- spoty telewizyjne i radiowe dotyczące zdarzeń kryminalnych mogących dotknąć osoby starsze,
- materiały profilaktyczne;
- rozdawanie ulotek profilaktycznych dot. oszustw oraz sposobów i metod ich unikania;
- rozdawanie elementów odblaskowych.

W dniu 1 czerwca 2015 r. z inicjatywy Komendy Wojewódzkiej Policji w Kielcach w auli Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach odbyła się Konferencja, podczas której rozmawiano na temat przestępstw, których ofiarami padają zarówno ludzie starsi, jak i młodsza część społeczeństwa. W debacie wzięli udział wykładowcy, przedstawiciele świata nauki, studenci kieleckich uczelni, słuchacze Świętokrzyskiego Uniwersytetu III Wieku, przedstawiciele samorządu, mieszkańcy oraz policjanci garnizonu świętokrzyskiego. W trakcie spotkania omówiono tematy: „Współczesny senior – potencjalna ofiara”, „Oszustwo, jako przestępstwo w kodeksie karnym”, „Charakterystyka oddziaływania wobec sprawców przestępstw oszustw”, „Normalność i podnormalność społeczna”, „Jak uchronić się przed inter-

netowym oszustwem”. Konferencję zakończono debatą na temat poprawy bezpieczeństwa. Patronat medialny nad Konferencją objęli: TVP Kielce, Radio Kielce i Echo Dnia. Opracowano materiały pokonferencyjne.

Ponadto, w województwie świętokrzyskim przeprowadzono 16 Konferencji Senioralnych oraz 2 Kongresy Zdrowego Starzenia, które zgromadziły prawie 4 000 seniorów. Celem Konferencji było wspieranie i przedstawienie możliwości starzenia się w zdrowiu, możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia oraz aktywne funkcjonowanie seniorów w społeczeństwie.

Co więcej, na bieżąco prowadzone są spotkania z seniorami z terenu województwa świętokrzyskiego, gdzie policjanci przekazują informacje z zakresu bezpieczeństwa w domu i poza domem, informują o metodach i sposobach działania sprawców oszustw oraz przekazują informacje dot. bezpieczeństwa w ruchu drogowym. W trakcie spotkań wyświetlane są spoty telewizyjne i radiowe.

**3. Kampania społeczna realizowana przez Komendę Wojewódzką Policji w Olsztynie pn. „Bezpieczny senior”.**

W dniu 1 października 2015 r., z okazji Międzynarodowego Dnia Osób Starszych, z inicjatywy Federacji Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa oraz Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego, odbyła się VII Wojewódzka Konferencja pn. „Senior – w poszukiwaniu i aktywizowaniu ukrytych potencjałów”. Celem konferencji było przede wszystkim zdefiniowanie różnych obszarów bezpieczeństwa osób starszych w rozumieniu poczucia bezpieczeństwa psychicznego, fizycznego i socjalnego w rodzinie i środowisku lokalnym. Konferencja była również inauguracją wojewódzkiej kampanii społecznej pn. „Bezpieczny senior”, której organizatorami, obok FOSy i Samorządu jest warmińsko-mazurska Policja.

Głównym celem kampanii „Bezpieczny senior” jest poprawa bezpieczeństwa osób starszych i zwiększenie ich aktywnego udziału w życiu społecznym w województwie warmińsko-mazurskim, oraz podniesienie świadomości środowisk seniorów na temat potencjalnych zagrożeń i sytuacji kryzysowych. Podstawową formą realizacji wymienionych celów są spotkania prowadzone przez policjanta oraz pracownika pomocy społecznej, bądź też innej instytucji pracującej z osobami starszymi. Inicjatorami i organizatorami spotkań są przedstawiciele wymienionych instytucji, a także same środowiska seniorów, zainteresowane włączeniem się w kampanię i zorganizowaniem spotkania. Spotkania dla seniorów odbywają się od października 2015 r.

Obszary, w jakich planowane są działania w ramach kampanii to przede wszystkim bezpieczeństwo w zakresie komunikacyjnym, prawnym (oszustwa, wyłudzenia, kradzieże) oraz przemocy w rodzinie (zadania Policji). Przedstawiciele instytucji pomocowych będą skupiać się na omawianiu zagadnień związanych z pomocą socjalną.

Kolejnym elementem kampanii jest stworzenie podstrony internetowej na stronie Ośrodka Pomocy dla Osób Pokrzywdzonych Przystępstwem [www.pomocpokrzywdzonym.pl](http://www.pomocpokrzywdzonym.pl) oraz linki na stronach partnerów.

### **Gminne Rady Seniorów**

Stosownie do przepisu art. 5c *ustawy o samorządzie gminnym*, rada gminy, z własnej inicjatywy lub na wniosek zainteresowanych środowisk, może utworzyć gminną radę seniorów jako ciało o charakterze konsultacyjnym, doradczym i inicjatywnym. W jej skład mogą wchodzić przedstawiciele osób starszych oraz przedstawiciele lokalnych podmiotów działających na rzecz osób starszych, w tym uniwersytetów trzeciego wieku. Rada gminy może również w statucie jednostki pomocniczej upoważnić ją do utworzenia rady seniorów jednostki pomocniczej.

Przeważnie są to gremia składające się ze znanych już sobie osób, a powołane rady odgrywają rolę integrującą i koordynującą już podejmowanych działań. Pozwala to koncentrować wysiłki i zasoby na stworzeniu wspólnego przedsięwzięcia, w miejsce kilku innych, na przykład poprzez zorganizowanie wspólnego, gminnego pikniku, czy zawodów dla osób starszych. Współpraca organizacji w ramach rady działającej na danym obszarze umożliwia sformułowanie wspólnego stanowiska, w ważnych dla osób starszych kwestiach, np.: profilaktyki zdrowotnej, zajęć aktywizujących czy organizacji pomocy prawnej. Podejmowanie wspólnych inicjatyw przynosi lepsze efekty, ponieważ rady posiadają możliwość wnioskowania o konkretne rozwiązania lub rozstrzygnięcia. Składane w ten sposób petycje i proponowane rozwiązania, często odnoszą się do zakresu lub sposobu świadczenia usług publicznych, na rzecz osób w wieku 60+, najczęściej w zakresie ochrony zdrowia, podniesienia aktywności fizycznej i jakości życia.

Na początku marca br. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji wystąpił do wojewodów o przedstawienie aktualnej informacji na temat funkcjonowania gminnych rad seniorów. Z uzyskanych danych wynika, że w kraju funkcjonuje obecnie 197 gminnych rad seniorów. Wykazują one dużą aktywnością. W odniesieniu do ogólnej liczby gmin w Polsce, która wynosi 2478, stanowi to prawie 8% (dane z Informacji z posiedzenia sejmowej Komisji Polityki Senioralnej, której posiedzenie odbyło się w dniu 19 maja 2016 r.).

## **II.1.12 Działania prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia**

### **Regulacje z zakresu dostępu do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych**

Dostęp do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych regulują:

- I. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz.U. 2016 r. poz. 694, z późn. zm.)

W § 6a tego rozporządzenia, zobowiązano świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym.

Intencją wprowadzanych przepisów jest zapewnienie prawidłowej opieki pacjentowi geriatrycznemu. Założono, iż przedmiotowa procedura będzie przeprowadzona w szpitalu niezależnie od faktu umiejscowienia w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego oddziału szpitalnego

o profilu geriatry. Procedura oceny geriatrycznej w danym podmiocie leczniczym powinna uwzględniać specyfikę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

*II. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej<sup>34</sup>*

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej są udzielane choremu wymagającemu, ze względu na stan zdrowia, całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej.

Oceny samodzielności pacjenta dokonuje:

- 1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego.

Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

**Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowane są w warunkach:**

**I. Stacjonarnych, w zakładach opiekuńczych.**

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują:

1. świadczenia udzielane przez lekarza;
2. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
3. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
4. świadczenia psychologa;
5. terapię zajęciową;
6. leczenie farmakologiczne;
7. leczenie dietetyczne;
8. zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia, stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym;
9. edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

---

<sup>34</sup> Szczegółowe dane w przedmiotowym zakresie są przedstawione w części I.5.6 Opieka zdrowotna na stronie 56.

II. **Domowych**, realizowane przez:

A. Zespół długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie.

Udziela on świadczeń choremu z niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy hełmy), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Świadczenia są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wyniki badań świadczeniobiorcy, kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych:

- w przypadku świadczenioborców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaną przez lekarza specjalistę anesteziologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy,
- w przypadku świadczenioborców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaną przez lekarza specjalistę anesteziologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy.

B. Pielęgniarską opieką długoterminową domową.

Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką długoterminową domową są:

- nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe;
- nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;
- nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
- niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia gwarantowane obejmują:

1. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
2. przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
3. świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
4. edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
5. pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
6. pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Świadczenia udzielane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00, a w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach. Warunkiem udzielania świadczenia jest skierowania lekarza, do którego dołącza się kartę oceny chorego do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

Istotnym jest, iż zgodnie z ww. rozporządzeniem, do realizacji przedmiotowych świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. lub dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie dopuszczone są również osoby, które uzyskały kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego – które rozpoczęły przed dniem 1 września 2012 r. i ukończyły zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej lub rozpoczęły po dniu 31 sierpnia 2012 r. i ukończyły kwalifikacyjny kurs zawodowy lub ukończyły szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskały dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, posiadają kwalifikacje do wykonywania czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji chorych i osób niesamodzielnych.

*III. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. poz. 1522)*

Należy zauważyć, iż osoby w podeszłym wieku mogą korzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, domowych, oddziału dziennego i stacjonarnych. Ponadto, w powyższych przepisach brak jest podziału świadczeń w zależności od wieku świadczeniobiorcy.

*IV. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. poz. 1916) i Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020*

W odpowiedzi na zachodzące zmiany demograficzne przygotowano *ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym*. Aktem wykonawczym do przedmiotowej regulacji jest aktualnie procedowany projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Z uwagi na dynamicznie zwiększającą się liczbą osób w grupie powyżej 60 roku życia, jako jeden z celów operacyjnych niniejszego dokumentu wskazano promocję zdrowego i aktywnego starzenia się. W ramach przedmiotowego celu zostaną podjęte działania profilaktyczne, edukacyjne oraz usprawniające system opieki zdrowotnej nad osobami w starszym wieku.

### **Dostęp do leków**

Minister Zdrowia podjął działania nad wprowadzeniem bezpłatnych produktów leczniczych dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75 rok życia. Ich celem jest zagwarantowanie obywatelom należytego dostępu do leków skutecznych i bezpiecznych, przy jednoczesnym zmniejszaniu udziału pacjentów w kosztach leczenia. *Ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 652)* ma przeciwdziałać zjawisku braku dostępu do leków z przyczyn ekonomicznych wśród osób, które ukończyły 75 r.ż.

Pacjenci w wieku starszym z powodu chorób towarzyszących zaawansowanemu wiekowi (zazwyczaj kilku chorób współistniejących) zmuszeni są przeznaczyć na leki dużą część swojego dochodu miesięcznego. Często rezygnują z zaleconego leczenia ze względów finansowych.

Ww. ustawa wychodzi więc naprzeciw potrzebom społecznym pacjentów 75+ związanym z zapewnieniem faktycznego dostępu do leków. Zgodnie z art. 5 ww. ustawy Minister Zdrowia ustali pierwszy wykaz bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych nie później niż do 1 września 2016 r.

### **Programy profilaktyczne**

Programy profilaktyczne realizowane w ramach polityki zdrowotnej dedykowane także osobom starszym:

- 1) Program wieloletni na lata 2016–2024 – Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, w tym działania profilaktyczne;
- 2) Program wieloletni na lata 2011–2020 – Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej;
- 3) Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego w latach 2013–2016 POLKARD;
- 4) Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012–2016;
- 5) Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012–2018;
- 6) Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020.

### **Wsparcie z funduszy europejskich**

Wsparcie osób starszych w ramach funduszy europejskich odbywa się zarówno z poziomu krajowego (w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, funduszy norweskich i EOG oraz Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy), jak i z poziomu regionalnego (w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych).

#### I. Podnoszenie kwalifikacji

W **Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki 2007–2013** realizowane były dwa projekty systemowe dotyczące podnoszenia kwalifikacji w zakresie opieki geriatrycznej, współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, których celem była poprawa opieki nad osobami starszymi w Polsce, tj:

**A.** Projekt pn. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, realizowany przez Ministerstwo Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego.

Celem projektu była poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. W ramach projektu przeszkolono w formie kursów doskonalących i specjalistycznych z zakresu opieki geriatrycznej lekarzy podstawowej opieki medycznej (POZ), pielęgniarki POZ, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, terapeutów środowiskowych. Realizację projektu zakończono 30 czerwca 2015 r.

Efektom realizacji projektu była poprawa opieki nad osobami w wieku starszym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej oraz wzrost świadomości kadr medycznych, jak i ogółu społeczeństwa, w tym osób odpowiedzialnych za realizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych na temat potrzeby sprawowania kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi na poziomie POZ.

Powyższe efekty osiągnięto poprzez realizację następujących działań w ramach projektu:

- opracowanie programów kształcenia dla lekarzy POZ, pielęgniarek POZ, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i terapeutów środowiskowych w ramach kursów doskonalących w zakresie opieki geriatrycznej;
- opracowanie jednolitego materiału szkoleniowego dla uczestników kursów z zakresu specyfiki starzenia się społeczeństwa;
- zorganizowanie 361 edycji szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej, którymi objęto łącznie 8 238 uczestników, w tym:
  - 87 edycji kursów doskonalących dla 1368 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej;
  - 139 edycji kursów specjalistycznych dla 4064 pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej;
  - 109 edycji kursów doskonalących dla 2176 fizjoterapeutów;
  - 19 edycji kursów doskonalących dla 467 opiekunów medycznych;
  - 7 edycji kursów doskonalących dla 163 terapeutów środowiskowych;
- opracowanie raportu ewaluacyjnego poświęconego opiece geriatrycznej i założeń kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wydrukowanie i rozdystrybuowanie na terenie Polski po 3.000 szt. każdego z tych dokumentów.
- realizację działań informacyjno-promocyjnych, mających na celu upowszechnianie problematyki dotyczącej osób starszych oraz zachęcenie kadr medycznych do udziału w kursach realizowanych w ramach projektu.

**B.** Projekt pn. „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarstwa w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa”, który realizowany był przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Celem projektu była poprawa jakości opieki pielęgniarstwa nad osobami starszymi poprzez organizację kursu specjalistycznego *Kompleksowa pielęgniarstwo opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego*.

W dniu 8 października 2015 r. ogłoszono konkurs na realizację projektów w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój dotyczących kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w formie kursów specjalistycznych oraz kwalifikacyjnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi (w tym kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek).



## II. Dzienne Domy Opieki Medycznej

W obecnej perspektywie finansowej (2014–2020) w ramach **Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)** także przewidziano wsparcie dedykowane w szczególności osobom starszym. W 2015 r. ogłoszono konkurs pn. *Dzienny dom opieki medycznej (DDOM)*. Przedmiotem konkursu było pilotażowe wdrożenie i przetestowanie standardu dziennych domów opieki medycznej. Według stanu na dzień 31.12.2015 r. trwa ocena formalno-merytoryczna wniosków o dofinansowanie projektów. Alokacja na konkurs wynosi 40 000 000 zł.

Ideą tworzenia i funkcjonowania DDOM jest wsparcie medyczne osób niesamodzielnych, w tym w szczególności osób starszych, w warunkach zbliżonych do domowych, w środowisku lokalnym, jak najbliżej miejsca zamieszkania. Wszyscy projektodawcy, którzy ubiegali się o dofinansowanie w ramach przedmiotowego konkursu to podmioty lecznicze funkcjonujące w publicznej opiece zdrowotnej. Były to zarówno szpitale publiczne, stowarzyszenia, fundacje, organizacje kościelne, jak i publiczne oraz niepubliczne podmioty lecznicze posiadające kontrakt z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Z uwagi na konieczność tworzenia takiej formy wsparcia w społeczności lokalnej, premiowane były podmioty lecznicze, które posiadają kontrakt w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Przedmiotowy konkurs miał na celu wsparcie tych podmiotów, które w systemie ochrony zdrowia świadczą podstawową opiekę zdrowotną, tak aby tworzyć przestrzeń przyjazną rozwojowi tego kluczowego dla poczucia bezpieczeństwa poziomu świadczeń usług zdrowotnych. Realizowane projekty przyczynią się do rozwoju środowiskowych form opieki medycznej, co umożliwi ich pacjentom funkcjonowanie w dotychczasowych warunkach środowiskowych z zapewnieniem odpowiedniego wsparcia. Oferowane rozwiązania pozwolą osobom sprawującym opiekę nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi na godzenie życia zawodowego z rodzinnym, np. poprzez podjęcie lub kontynuowanie zatrudnienia. DDOM mają być formą wsparcia państwa dla rodzin w opiece nad osobami niesamodzielnymi, przy jednoczesnym poszanowaniu ich prawa do pobytu w domu rodzinnym.

W DDOM wsparcie skierowane jest do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie osoby te nie wymagają całonocnego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane będą pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40–65 punktów.

Do DDOM mogą być przyjęci:

- pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielnności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;

- pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

### III. Regionalne Programy Operacyjne

W **Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO) 2014–2020** realizowane będą projekty mające na celu wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (modernizacja i doposażenie obiektów). Pierwsze nabory projektów już ogłoszono.

W 2015 r. w RPO woj. lubuskiego ogłoszono nabór konkursowy z alokacją w kwocie 4 mln PLN na inwestycje w infrastrukturę zdrowotną podmiotów leczniczych świadczących usługi w zakresie opieki geriatrycznej, długoterminowej, paliatywnej hospicyjnej. Konkurs ogłoszony został w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych i udział mogły w nim wziąć jedynie podmioty z Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Zielonej Góry. Procedura wyboru i oceny projektów nie została zakończona w 2015 r.

### IV. Programy pomocowe

Minister Zdrowia współfinansuje Program PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych i Program PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, dofinansowane ze środków **funduszy norweskich i EOG 2009–2014**. W Programie Operacyjnym PL07 dofinansowanym z funduszy norweskich i EOG 2009–2014 realizowane były projekty prozdrowotne dedykowane osobom starszym w obszarze wsparcia: *Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych*. W projektach tych finansowano:

- ośrodki teleopieki, tzn. teleporady oraz bezpośrednią pomoc pielęgniarek i innych kadr medycznych na życzenie;
- wypożyczanie sprzętu na potrzeby pacjenta i pielęgniarek oraz doradztwo dotyczące wyboru sprzętu, szkolenia w zakresie obsługi sprzętu i przygotowanie warunków do opieki domowej;
- zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym także dla ośrodków opieki długoterminowej;
- rozbudowę, przebudowę lub remont (modernizację) infrastruktury podmiotów prowadzących działalność leczniczą, łącznie z ośrodkami opieki długoterminowej;
- szkolenia dla pielęgniarek i innych kadr medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi;
- publikacje na temat standardów opieki długoterminowej;

oraz w ramach obszaru wsparcia: *Profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zmniejszenia wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów w Polsce*:

- programy profilaktyczne z uwzględnieniem badań przesiewowych oraz szkoleń dla personelu medycznego przeprowadzającego badania przesiewowe;
- edukację zdrowotną i promocję zdrowia związaną z badaniami profilaktycznymi i zdrowym stylem życia;

- rozbudowę, przebudowę lub remont (modernizację) oraz zakup sprzętu dla jednostek radio-terapii.

Dofinansowanie z Programu PL07 na kwotę 227 034 999 zł. otrzymało 37 projektów.

W ramach Programu Operacyjnego PL13, dofinansowanego z funduszy norweskich 2009–2014, powiaty realizowały projekty pilotażowe, dotyczące programów profilaktycznych oraz działań edukacyjnych o tematyce zdrowotnej w zakresie wskazanych w konkursie standaryzowanych wskaźników umieralności w kategoriach: nowotwory złośliwe ogółem, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu trawiennego, przyczyny zewnętrzne. Wśród tych projektów znajdują się również działania nakierowane na grupę osób starszych. Kwota dofinansowania 26 projektów pilotażowych z Programu PL13 to 68 686 678 zł.

W wyniku projektów realizowanych w ramach Celu 2 obszaru tematycznego Ochrona zdrowia Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy w latach 2012–2016 poprawie uległa infrastruktura w domach pomocy społecznej oraz poziom usług dla ich mieszkańców na terenie województwa lubelskiego, świętokrzyskiego, podkarpackiego i małopolskiego. Pozwoli to na świadczenie lepszej jakości usług kierowanych między innymi do osób starszych, które stanowią znaczną część mieszkańców domów pomocy społecznej. Łączna alokacja na projekty w Celu 2 wynosi ok. 65 mln zł. Środki pozwoliły na modernizację 35 domów pomocy społecznej oraz wyposażenie tych placówek w sprzęt rehabilitacyjny, co przyczyni się do poprawy sytuacji osób starszych przebywających w tych placówkach.

### **Świadczenia telemedyczne**

Ministerstwo Zdrowia, jako resort realizujący zadania dotyczące systemu informacji w ochronie zdrowia, pragnie wskazać na istotne, także z punktu widzenia osób wymagających opieki geriatrycznej, zmiany w przepisach prawnych, likwidujące bariery w udzielaniu świadczeń telemedycznych. *Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. z 2015 r. poz. 1991, z późn. zm.) wprowadzone zostały m.in. następujące zmiany:

- zniesiono wymóg osobistego badania pacjenta przez lekarza, wprowadzając możliwość pośrednictwa systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty);
- zniesiono – w odniesieniu do podmiotów udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w formule telemedycyny – obowiązek spełniania technicznych wymagań dotyczących pomieszczeń i urządzeń stawianych podmiotom udzielającym świadczeń w formule klasycznej (tj. przy osobistym kontakcie pacjenta i lekarza), a jednocześnie wprowadzono możliwość odrębnego określenia wymagań dla świadczeniodawców „telemedycznych” (art. 22 ust. 3a i 3b *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638));
- zmieniono definicję miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych wskazując, iż w przypadku udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów

łączności, ww. miejscem jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń (art. 24 ust. 2a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej);

- wprowadzono ogólne przepisy mówiące o możliwości wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej oraz świadczenia usług farmaceutycznych, a także wykonywania działalności leczniczej, w tym udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych oraz promocji zdrowia, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 3 ust. 1 i ust. 2a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).

Na chwilę obecną finansowanie telemedycyny ze środków publicznych odnosi się do świadczeń zdrowotnych w zakresie telekonsylium geriatrycznego i telekonsylium kardiologicznego. Zarządzeniem nr 63/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2015 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wprowadzono ww. zakresy świadczeń: (czyli telekonsylium kardiologiczne oraz telekonsylium geriatryczne), skierowane do osób cierpiących na schorzenia kardiologiczne oraz osób korzystających z opieki lekarza geriatry, w celu zapewnienia możliwości zdalnego konsultowania pacjentów w zakresie kardiologii i geriatry bez konieczności osobistej wizyty pacjenta w często odległym ośrodku specjalistycznym. Ww. zarządzenie Prezesa NFZ stało się podstawą do ogłoszenia przez oddziały wojewódzkie NFZ konkursów obejmujących ww. dwie nowe usługi.

Geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego jest świadczeniem dotyczącym osób po 65 r.ż. i obejmuje:

- zdalny wywiad;
- zdalną analizę zapisu EKG;
- zdalną analizę badań diagnostycznych;
- zdalną analizę leczenia farmakologicznego;
- optymalizację leczenia.

Zgodnie z treścią ww. zarządzenia, zespół lekarzy specjalistów zapewni konsultacje dla lekarzy rodzinnych w sytuacjach, gdy potrzebne będzie medyczne wsparcie w postępowaniu z pacjentem. Powyższe rozwiązanie powoduje m.in. że pacjenci nie będą już musieli sami szukać specjalisty i płacić za dojazd do często odległego ośrodka.

## **Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji**

### **im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher**

Z dniem 15 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie reorganizacji Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie (Dz.U. poz. 1376). Zmianie uległa nazwa Instytutu na Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher. Rozszerzono także zakres działalności Instytutu o geriatrię i dziedziny pokrewne (psychogeriatricę, neurogeriatricę, neuro-

ortopedię, onkologię, chirurgię ogólną, chirurgię onkologiczną, diabetologię, gastroenterologię i kardiologię dla osób powyżej 60 r.ż.).

Zgodnie ze Statutem Instytutu, przedmiotem jego działania w zakresie geriatry i gerontologii jest:

- prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz ich przystosowywanie;
- prowadzenie studiów podyplomowych i doktoranckich;
- kształcenie kadry medycznej;
- uczestniczenie w systemie ochrony zdrowia.

Ponadto do zadań Instytutu należy m.in. opracowywanie standardów medycznych i wytycznych w zakresie:

- procedur geriatrycznych, reumatologicznych, rehabilitacyjnych i ortopedycznych;
- opieki nad osobami starszymi, chorymi przewlekle i niesamodzielnymi;
- farmakoterapii osób starszych, chorych przewlekle i niesamodzielnymi;
- warunków udzielania świadczeń zdrowotnych m.in. w geriatry.

Dostosowanie pomieszczeń i oddziałów Instytutu do potrzeb w dziedzinie geriatry ukończone zostało w grudniu 2015 r. – aktualnie w nowoutworzonej Klinice Geriatry – Pododdziale Geriatry są już udzielane świadczenia zdrowotne. Z informacji przekazanych przez Dyrekcję Instytutu wynika, że Klinika i Poliklinika Geriatry wraz z Pododdziałem Geriatry liczy łącznie 31 łóżek geriatrycznych.

## **II.1.13 Działania prowadzone przez Ministerstwo Sprawiedliwości**

### **Nieodpłatna pomoc prawna oraz edukacja prawna**

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 6 *ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej* (Dz.U. z 2015 r. poz. 1255) nieodpłatna pomoc prawna przysługuje osobie fizycznej, która ukończyła 65 lat, jednakże osoby starsze w rozumieniu *ustawy z dnia 11 września 2015 r.* mogą ją uzyskać również w oparciu o inne ustawowe przesłanki określone w art. 4 ust. 1. Jak wynika z § 7 ust. 3 i 4 *rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 grudnia 2015 r. w sprawie sposobu udzielania i dokumentowania nieodpłatnej pomocy prawnej* (Dz.U. z 2015 r. poz. 2186), osoba uprawniona do uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej może wyrazić zgodę na umieszczenie w karcie nieodpłatnej pomocy prawnej danych zbiorczych dotyczących jej osoby, a odmowa ujawnienia tych danych nie stanowi podstawy odmowy udzielenia nieodpłatnej pomocy prawnej, o czym osoba uprawniona zostaje pouczone. Dane zbiorcze dotyczące osoby uprawnionej, które mogą być zawarte w karcie nieodpłatnej pomocy prawnej, obejmują informacje o jej wieku, płci, wykształceniu, średnim miesięcznym dochodzie, liczbie członków gospodarstwa domowego, miejscu zamieszkania, posiadania orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Natomiast zgodnie z treścią § 8 ust. 1 ww. rozporządzenia, starosta sporządza zbiorczą informację dla Ministra Sprawiedliwości oraz właściwego wojewody, na podstawie kart

nieodpłatnej pomocy prawnej przekazanych mu za okres danego roku, ze wszystkich punktów nieodpłatnej pomocy prawnej zlokalizowanych na obszarze powiatu. Starosta, zgodnie z treścią art. 12 *ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej* oraz § 8 ust. 3 rozporządzenia wykonawczego, nie później niż do końca pierwszego kwartału roku następnego, zbiorczą informację o wykonaniu zadania. Ostateczny termin do przekazania informacji zbiorczej o wykonaniu zadania polegającego na udzielaniu nieodpłatnej pomocy prawnej za rok 2016 upływa wraz z końcem marca 2017 r.

### **Osadzone osoby starsze**

*Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy* (zwana dalej „k.k.w.”), nie wyodrębnia kategorii osadzonych powyżej 60 roku życia. Skazani będący w tym wieku podlegają więc takim samym oddziaływaniom penitencjarnym, jak pozostała populacja osadzonych. Różnicowania nie przewidują także przepisy wykonawcze do k.k.w. Naczelną jednak zasadą jest stosowanie indywidualizacji procesu wykonania kary pozbawienia wolności. W tym przypadku wiek powyżej 60 roku życia i wynikające z tego faktu możliwe ograniczenia determinują stosowane wobec tej grupy oddziaływania penitencjarne. U skazanych, u których stwierdzono określone deficyty, stosowane są oddziaływania w zakresie programów edukacyjnych i readaptacyjnych. Zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe dostosowane są do możliwości psychofizycznych. Bardzo istotnym obszarem działań to oddziaływania terapeutyczne. W przypadku stwierdzenia uzależnienia od środków psychoaktywnych, bądź zdiagnozowania niepsychotycznych zaburzeń psychicznych, kierowani są do właściwych oddziałów terapeutycznych. Podobna sytuacja obejmuje obszar zatrudniania osadzonych. Według obowiązujących przepisów, wiek nie stanowi kryterium kierowania do zatrudniania. Każdorazowo przed zatrudnieniem, brak przeciwwskazań do wykonywania pracy określa lekarz medycyny pracy. W myśl tej zasady, każdy osadzony ma możliwość świadczenia pracy, zarówno na terenie, jak i poza terenem zakładu karnego. Osadzeni mają również zapewniony stały i nieograniczony dostęp do służby zdrowia, która dba o zachowanie ich dobrego stanu fizycznego, jak i psychicznego. Zabezpieczone jest też prawo do ubiegania się o świadczenia emerytalne i rentowe. W przypadku, kiedy osadzony jest osobą niepełnosprawną, kierowany jest do jednostek penitencjarnych przystosowanych do jego rodzaju niepełnosprawności. W procesie przygotowania skazanego do zwolnienia, analiz podlega jego sytuacja mieszkaniowa, rodzinna i materialna. Ma to na celu podjęcie takich działań, aby pomóc skazanemu już w trakcie odbywania kary w przygotowaniu do właściwego funkcjonowania w środowisku otwartym oraz udzielenie właściwych form pomocy postpenitencjarnej – adekwatnych do zdiagnozowanych deficytów. Istotnym elementem tych działań, w przypadku skazanych, którzy mają np. problemy z poruszaniem się, jest przewożenie ich do miejsca zamieszkania na koszt Służby Więziennej po odbyciu kary.

Tematyka podejmowania przez Służbę Więzienną oddziaływań na terenach zakładów karnych i aresztów śledczych wobec osób, które ukończyły 60 rok życia, była przedmiotem kontroli przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji. Wskazywane uwagi i rekomendacje zostały na bieżąco poddawane analizie, a zalecenia wdrażane przez właściwych dyrektorów jednostek penitencjarnych.

## Alimentacja

Należy wskazać, iż istotnym obszarem informacji o sytuacji osób starszych jest alimentacja, która służy eliminacji ubóstwa oraz realizuje prawo każdego człowieka do odpowiedniego poziomu życia. Zgodnie z art. 87 *ustawy z dnia 25 lutego 1964 – Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz.U. z 2015 r. poz. 2082, z późn. zm.), zwanej dalej „k.r.o.”, rodzice i dzieci są obowiązani do wzajemnego szacunku i wspierania się. Oznacza to obowiązek dostarczania środków utrzymania i w miarę potrzeby – środków wychowania, czyli obowiązek alimentacyjny – art. 128 k.r.o. Szczegółowo kwestię alimentacji reguluje art. 133 k.r.o.: § 1. *Rodzice obowiązani są do świadczeń alimentacyjnych względem dziecka, które nie jest jeszcze w stanie utrzymać się samodzielnie, chyba że dochody z majątku dziecka wystarczają na pokrycie kosztów jego utrzymania i wychowania.* § 2. *Poza powyższym wypadkiem uprawniony do świadczeń alimentacyjnych jest tylko ten, kto znajduje się w niedostatku.* Rodzice mogą domagać się od dzieci alimentów jedynie w sytuacji pozostawania w niedostatku. O pozostawaniu w niedostatku, o jakim mowa w art. 133 § 2 k.r.o., można mówić w sytuacji, kiedy osoba ta ma kłopoty z zaspokojeniem przynajmniej części swoich usprawiedliwionych i koniecznych potrzeb życiowych. Zaspokojenie takich potrzeb z własnych środków może uniemożliwiać wiek, choroba lub niepełnosprawność.

W Ministerstwie Sprawiedliwości gromadzone są dane statystyczne w zakresie prawomocnych orzeczeń w sprawach o alimenty z powództwa rodziców, które jednak nie zawierają informacji dotyczącej wieku tych osób.

### **II.1.14 Działania prowadzone przez Pełnomocnika Rządu ds. Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego i Równego Traktowania w 2015 r.**

W 2015 r., działając w trosce o przestrzeganie praw osób starszych w szpitalach i jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej, Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania zainicjował kampanię informacyjną, której celem było dotarcie do szerokiego grona seniorów i uświadomienie im przysługujących praw. W ramach kampanii przygotowana została ulotka „Prawa starszego pacjenta/starszej pacjentki” zawierająca sformułowane w sposób czytelny i jasny ich najważniejsze prawa. Dzięki zawartym w ulotce informacjom osoby starsze mogły zwrócić uwagę na sytuacje, w których naruszane są ich prawa i będą mogły sprzeciwić się niewłaściwemu traktowaniu. Ulotka została przesłana do oddziałów geriatrycznych na terenie całej Polski oraz przekazana kilku organizacjom działającym na rzecz osób starszych: Federacji Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Polskiemu Związkowi Emerytów, Rencistów i Inwalidów oraz Fundacji Projekt Starsi.

Do Biura Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania w 2015 r. wpłynęło także pismo od osoby prywatnej w sprawie braku możliwości uczestnictwa w programach finansowanych przez Europejski Fundusz Społeczny przez osoby, które ukończyły 65 r.ż. W swoim piśmie wnioskodawca zaznaczył, iż mimo bycia osobą 69-letnią nadal czuje się osobą aktywną na rynku pracy, w związku z czym odmowa możliwości uczestniczenia w ww. szkoleniach stanowić

może dyskryminacje ze względu na wiek. W związku z powyższym Biuro Pełnomocnika Rządu wystąpiło do Departamentu Europejskiego Funduszu Społecznego w b. Ministerstwie Infrastruktury i Rozwoju z prośbą o przeanalizowanie sprawy. Z udzielonej przez Ministerstwo odpowiedzi wynika, iż z uwagi na fakt, że osoby powyżej 64 r.ż. chcą nadal być aktywne zawodowo oraz uczestniczyć w różnego rodzaju szkoleniach i kursach podnoszących kompetencje i umiejętności oraz ze względu na potrzebę wydłużania aktywności zawodowej osób starszych decyzją Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju ze wsparcia EFS w latach 2007–2013 mogły korzystać również osoby powyżej 64 r.ż. i ze względu na samo przekroczenie 64 r.ż. nie powinny być wykluczone z możliwości udziału w projektach EFS.

Do Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania wpłynęła również prośba o interwencję w związku z działalnością jednego z operatorów telefonii komórkowej. Zainteresowany poinformował, że przedstawiciel operatora odmówił zawarcia umowy z jego 84-letnią babcią twierdząc, że nie zawiera się umów z klientami będącymi powyżej 80 roku życia. W związku z powyższym Pełnomocnik zwrócił się do operatora z prośbą o przeanalizowanie opisanej sprawy oraz przesłanie informacji dotyczących zasad obsługi starszych klientów. W odpowiedzi na ww. wystąpienie, przedstawiciel zarządu operatora zapewnił, że operator oferuje usługi dla wszystkich klientów – bez względu na wiek. Jednakże klienci, którzy ukończyli 80-ty rok życia obsługiwani są jedynie w salonach. Dzieje się tak dlatego, aby uniknąć nadużyć oraz sytuacji, w której bliscy lub rodzina namawiali osoby starsze do podpisania umowy, a osoby te nie zdawały sobie sprawy z konsekwencji finansowych. W salonach sprzedaży konsultant jest w stanie wytłumaczyć wszelkie zawiłości oraz konsekwencje podpisania umowy oraz zobowiązań finansowych z nią związanych.

### **Regulacje prawne**

*Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania* (Dz.U. 2016, poz. 1219) zakazuje nierównego traktowania osób fizycznych ze względu na wiek, ale także ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne lub narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność lub orientację seksualną w zakresie:

- podejmowania kształcenia zawodowego, w tym doksztalcania, doskonalenia, przekwalifikowania zawodowego oraz praktyk zawodowych;
- warunków podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej lub zawodowej, w tym w szczególności w ramach stosunku pracy albo pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- przystępowania i działania w związkach zawodowych, organizacjach pracodawców oraz samorządach zawodowych, a także korzystania z uprawnień przysługujących członkom tych organizacji;
- dostępu i warunków korzystania z instrumentów rynku pracy i usług rynku pracy określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oferowanych przez instytucje rynku pracy oraz instrumentów rynku pracy i usług rynku pracy oferowanych przez inne podmioty działające na rzecz zatrudnienia, rozwoju zasobów ludzkich i przeciwdziałaniu bezrobociu.



Ustawa przewiduje, również że odmienne traktowanie osób fizycznych ze względu na wiek nie jest dyskryminacją, gdy jest to obiektywnie i racjonalnie uzasadnione celem zgodnym z prawem, w szczególności celami kształcenia zawodowego, pod warunkiem, że środki służące realizacji tego celu są właściwe i konieczne. Nie jest również dyskryminacją różnicowanie ze względu na wiek przez ustalanie dla celów zabezpieczenia społecznego różnych zasad przyznawania lub nabycia prawa do świadczeń, w tym różnych kryteriów wieku do obliczania wysokości świadczeń, również w przypadku pracowniczych programów emerytalnych pod warunkiem, że nie stanowi dyskryminacji ze względu na płeć.

Zgodnie z art. 11 *ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania* podejmowanie działań służących zapobieganiu nierównemu traktowaniu lub wyrównywaniu niedogodności związanych z nierównym traktowaniem u podstaw których leży min. wiek, nie stanowi naruszenia zasady równego traktowania.

Jednocześnie art. 13 ust. 1 ww. ustawy przyznaje osobie, wobec której zasada równego traktowania została naruszona, uprawnienie do dochodzenia odszkodowania od podmiotu, który dopuścił się naruszenia. Uprawnienie to ma charakter roszczenia cywilnoprawnego dochodzonego na zasadach określonych w prawie cywilnym. Przy czym, postanowienia wskazanej ustawy modyfikują ogólne, przewidziane w Kodeksie cywilnym i Kodeksie postępowania cywilnego, zasady dotyczące ciężaru dowodu, nakładając na dochodzącego odszkodowania jedynie obowiązek uprawdopodobnienia naruszenia zasady równego traktowania (art. 14 ust. 2 *ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania*). Obowiązek wykazania, że nie doszło do naruszenia zasady równego traktowania spoczywa natomiast na pozwanym (odwrócony ciężar dowodu). W przypadku uprawdopodobnienia naruszenia zasady równego traktowania, to ten, któremu zarzucono naruszenia tej zasady, jest obowiązany wykazać, że nie dopuścił się jej naruszenia.

### **Krajowy Program Działań na Rzecz Równego Traktowania**

*Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 roku o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania* zobowiązała Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania do opracowania i przedkładania Radzie Ministrów Krajowego Programu Działań na Rzecz Równego Traktowania, określającego cele i priorytety działań na rzecz równego traktowania, w szczególności w zakresie:

- podnoszenia świadomości społecznej w zakresie równego traktowania, w tym na temat przyczyn i skutków naruszenia zasady równego traktowania;
- przeciwdziałania naruszeniom zasady równego traktowania;
- współpracy z partnerami społecznymi, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami w zakresie równego traktowania.

Z realizacji tego programu Pełnomocnik Rządu do Spraw Równego Traktowania zobowiązany jest składać Radzie Ministrów raport wraz ze sprawozdaniem z własnej działalności za poprzedni rok kalendarzowy.

Krajowy Program Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013–2016 wyznaczył średniookresowe cele oraz narzędzia polityki rządu na rzecz równego traktowania i stanowi podstawę realizacji zadań państwa w zakresie niedyskryminacji.

W kwestii przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na wiek w Programie zaplanowano szereg działań w następujących obszarach: rynek pracy i zabezpieczenie społeczne, system edukacji, ochrona zdrowia, dostęp do dóbr i usług oraz przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Przykładowe cele do realizacji na przestrzeni lat 2013–2016 to m.in.:

- wspieranie osób starszych w pełnieniu roli liderów społecznych;
- równy dostęp do edukacji na poziomie uczelni niezależnie od wieku;
- zwiększenie świadomości społecznej na temat zjawiska przemocy wśród osób starszych;
- przeciwdziałanie dyskryminacji osób starszych i osób z niepełnosprawnością poprzez ograniczanie barier uniemożliwiających im właściwe funkcjonowanie w przestrzeni publicznej;
- przeciwdziałanie dyskryminacji w mediach, w tym dyskryminacji ze względu na wiek.

## **II.1.15 Działania prowadzone przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów**

### **Działania władcze**

Zgodnie z *ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz.U. z 2015 r. poz. 184, z późn. zm.), dalej jako *ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów*), Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej jako Prezes Urzędu) posiada kompetencje m.in. do prowadzenia postępowań administracyjnych w sprawach praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów.

W myśl art. 24 ww. ustawy, przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy, w szczególności:

- naruszenie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji;
- nieuczciwe praktyki rynkowe lub czyny nieuczciwej konkurencji;
- proponowanie konsumentom nabycia usług finansowych, które nie odpowiadają potrzebom tych konsumentów ustalonym z uwzględnieniem dostępnych przedsiębiorcy informacji w zakresie cech tych konsumentów lub proponowanie nabycia tych usług w sposób nieadekwatny do ich charakteru.

Prezes Urzędu, w ramach przysługujących kompetencji, eliminuje problemy, które dotyczą konsumentów (a w szczególności osoby starsze) w związku z uczestnictwem w pokazach organizowanych poza lokalem przedsiębiorstwa, podczas których oferowane są towary (np. sprzęt kuchenny, pościel, sprzęt rehabilitacyjny). Do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wpływają sygnały od osób kupujących towary poza lokalem przedsiębiorcy, które częstokroć dają podstawę do podjęcia przez Prezesa Urzędu działań mających na celu ochronę zbiorowych interesów konsumentów.

Bezprawnym działaniem przedsiębiorców, które może zostać uznane za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, jest np. zaniechanie dotyczące informowania konsumentów

o handlowym celu praktyk stosowanych przez przedsiębiorcę. Przykładowo, za praktykę taką, decyzja Prezesa Urzędu Nr RPZ 14/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., zostało uznane działanie przedsiębiorcy Ogród Zdrowia sp. z o.o. z siedzibą w Gorzowie Wielkopolskim. Przedsiębiorca organizował pokazy, którym nadał formę badań. Były one organizowane a terenie całej Polski w ośrodkach sportu i rekreacji, hotelach, czy centrach handlowych. Konsumenci otrzymywali zaproszenia, które miały formę zawiadomienia o badaniu układu kostnego. W treści zaproszeń brak było informacji o organizatorze badań, a także ich handlowym celu. Zaproszenia były wysyłane pocztą. Przedsiębiorca na początku spotkania przeprowadzał badania, następnie odbywała się prelekcja na temat samych badań. W jej trakcie prelegent krótko je omawiał, po czym przeprowadzał właściwą prezentację produktów znajdujących się w ofercie przedsiębiorcy. Przedstawienie oferty następowało poprzez prowadzenie wykładu na temat schorzeń kręgosłupa i metod walki z nimi, w trakcie którego prelegent zachęcał do zakupu urządzeń masujących, a także innych produktów znajdujących się w ofercie przedsiębiorcy.

Inna decyzja Prezesa Urzędu (Nr RPZ 10/2015 z dnia 11 września 2015 r.) dotyczy przedsiębiorców Piotra Chojnackiego i Mariusza Adamczyka prowadzących działalność gospodarczą w ramach spółki cywilnej pod nazwą Sunnvitt w Grodzisku Wielkopolskim. Przedsiębiorcy kierowali zaproszenia do konsumentów na organizowane przez siebie pokazy, podczas których przeprowadzano badania kręgosłupa połączone z krótką konferencją prozdrowotną. Podczas konferencji konsumenci byli zachęceni do skorzystania z oferty przedsiębiorców i zakupu sprzętu medycznego. Przedsiębiorcy wprowadzali przy tym konsumentów w błąd rozpowszechniając nieprawdziwe informacje dotyczące ceny produktu. Konsumenci byli informowani, iż zakupiony podczas pokazu materac jest refundowany, pod warunkiem złożenia przez konsumenta wniosku o udzielenie refundacji. Wniosek ten był rozpatrywany niezwłocznie. Ponadto przedsiębiorcy informowali, że środki na refundacje pochodzą z funduszy Unii Europejskiej. W istocie refundacją były upusty i rabaty udzielane przez przedsiębiorców, a pojęcie „refundacja” miało na celu zachęcenie konsumentów do skorzystania z oferty Spółki.

### **Działania kontrolne**

Ochrona seniorów jest w centrum uwagi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Przykładem działań dotyczących tej grupy konsumentów jest przeprowadzona w latach 2014–2015 kontrola wzorców umów stosowanych w prywatnych domach opieki (placówkach świadczących usługi opiekuńcze dla osób w podeszłym wieku). Urząd przeprowadził kontrolę wzorców umów, w oparciu o które domy opieki zawierają z konsumentami umowy. Najważniejszymi nieprawidłowościami, które wykryto w ramach przeprowadzonej analizy były:

1. możliwość rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym – postanowienie uprawniało świadczeniodawcę do rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia, przy czym do rozwiązania mogło dojść w wyniku pogorszenia stanu zdrowia, bądź kondycji psychicznej podopiecznego. Postanowienie to godziło w dobre obyczaje, ponieważ niejednokrotnie pociągało za sobą konieczność opuszczenia placówki przez podopiecznego;

2. niezwracanie pieniędzy w przypadku niezrealizowania usługi – domy opieki przyznawały sobie prawo do zatrzymania opłat, które były wnoszone z góry, w przypadkach niezrealizowania przez dom opieki usługi w całości. Prawo to było stosowane przykładowo w sytuacji rezygnacji z pobytu z niezachowaniem okresu wypowiedzenia umowy lub w sytuacjach losowych, takich jak śmierć podopiecznego;
3. zmiana ceny usługi bez zgody konsumenta lub treści umowy bez prawa do jej wypowiedzenia – zmiany te, zgodnie z postanowieniami umownymi nie stanowiły zmiany umowy i do ich wejścia w życie wystarczało pisemne powiadomienie podopiecznego o wprowadzanych zmianach. Zgodnie z prawem, przy zmianie warunków umowy, konsument może umowę wypowiedzieć lub nie wyrazić zgody na nowe warunki i żądać od przedsiębiorcy wykonania zobowiązania w oparciu o pierwotne postanowienia;
4. wyłączenie odpowiedzialności za szkody na osobie lub za rzeczy pozostawione w domu opieki – domy opieki wyłączały swoją odpowiedzialność za urazy podopiecznych, tłumacząc ich występowanie samowolą pensjonariuszy. Odpowiedzialność przedsiębiorcy za szkody na osobie nie może zostać wyłączona. Ponadto, dom opieki jest instytucją, która ma zapewnić odpowiednie warunki dla pobytu podopiecznych w sposób niezagrażający ich zdrowiu i życiu, a także zapewniający bezpieczeństwo pozostawionych rzeczy osobistych;
5. wygórowane kary umowne lub odsetki – stosowanie kar umownych, czy też żądanie przez przedsiębiorcą odsetek jest jak najbardziej zgodne z przepisami, natomiast nie mogą one być wygórowane, czyli przysparzające przedsiębiorcy nadmierne zyski kosztem konsumentów. W prowadzonych przez UOKiK badaniach zdarzało się, że opłaty wynosiły nawet 150 zł za jeden dzień opóźnienia w spełnieniu świadczenia.

W wyniku powyższego badania UOKiK wszczął 15 postępowań wyjaśniających i skierował blisko 80 wystąpień do przedsiębiorców z wezwaniem do zmiany treści stosowanych wzorców umów. W większości przypadków zakwestionowane postanowienia zostały wyeliminowane.

## **Regulacje prawne**

### **A. Ustawa o prawach konsumenta**

W dniu 25 grudnia 2014 r. weszła w życie *ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta* (Dz.U. poz. 827, z późn. zm), zwana dalej jako „ustawa o prawach konsumenta”. Podstawowym celem wprowadzenia ww. ustawy była transpozycja *dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/83/UE z dnia 25 października 2011 r. w sprawie praw konsumentów*.

Ustawa o prawach konsumenta ujednocila i doprecyzowuje przepisy dotyczące umów konsumenckich zawieranych w okolicznościach typowych (w lokalu przedsiębiorstwa) w zakresie obowiązków informacyjnych oraz przepisy dotyczące umów konsumenckich zawieranych w okolicznościach nietypowych (poza lokalem przedsiębiorstwa oraz na odległość), a także w zakresie obowiązków informacyjnych, wymogów formalnych związanych z zawieraniem takich umów oraz prawa odstąpienia od nich. W opinii Prezesa Urzędu, przepisy te podwyższają standard ochrony konsumentów w przypadku sprzedaży poza lokalem przedsiębiorstwa oraz na odległość.

Ustawa o prawach konsumenta zawiera jednak katalog umów, do których nie znajdują zastosowania jej przepisy. Zgodnie z art. 3 i 4, przepisy ustawy o prawach konsumenta nie znajdują zastosowania do m.in. umów dotyczących usług socjalnych, mieszkań socjalnych, opieki nad dziećmi, wsparcia dla rodzin i osób znajdujących się stale lub czasowo w potrzebie, w tym opieki długoterminowej oraz umów dotyczących usług zdrowotnych świadczonych przez pracowników służby zdrowia pacjentom w celu oceny, utrzymania lub poprawy stanu ich zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, bez względu na to, czy są one oferowane za pośrednictwem placówek opieki zdrowotnej.

Należy dodać, iż dyrektywa w sprawie praw konsumentów wprowadza harmonizację zupełną, co oznacza, że państwa członkowie nie mogą utrzymać ani wprowadzać do swojego prawa krajowego przepisów wprowadzających odmienny poziom ochrony od tych, które zostały ustanowione w dyrektywie. Przepisy ustawy transponujące dyrektywę muszą więc co do zasady (tj. z wyjątkiem tych kwestii, co do których dyrektywa wprowadza opcje regulacyjne) ściśle korespondować z rozwiązaniami przyjętymi w dyrektywie. W związku z powyższym kraje członkowskie nie mogą rozszerzyć poziomu ochrony konsumentów według własnego uznania. Niemożliwym jest również zastosowanie przepisów *ustawy o prawach konsumenta* w drodze analogii prawnej. Wszelkie naruszenie tego zakazu mogłyby rodzić konsekwencje prawne, wynikające z naruszenia przepisów unijnych i samej dyrektywy. Jednocześnie katalog wyłączeń przewidziany przez ustawodawcę unijnego utrudnia pełną ochronę konsumentów wrażliwych. Szczególną uwagę należy zwrócić na wyłączenie spod mocy ustawy umów dotyczących usług zdrowotnych. W ostatnich latach nasiliło się zjawisko powstawania podmiotów, które same nie świadczą opieki zdrowotnej, ale ją organizują. Całkowite wyłączenie szeroko rozumianych „usług zdrowotnych” ze stosowania *ustawy o prawach konsumenta* może spowodować, że podmioty które dotychczas tylko organizowały system udzielania świadczeń zdrowotnych, a same ich nie świadczyły stworzą pojedyncze stanowisko, np. pielęgniarka, która będzie pobierała krew i wtedy ich działalność zostanie wyłączona spod regulacji *ustawy o prawach konsumenta*. Podobna sytuacja ma miejsce w jednym z prowadzonych przez Prezesa Urzędu postępowań. Przedsiębiorca telefonicznie zapraszał konsumentów na spotkania, podczas których mieliby możliwość poddania się bezpłatnym badaniom spirometrem. Podczas tego spotkania odbywać miał się wykład, przed którym konsumenci mieli być poddawani badaniom, a podczas którego słuchaczom prezentowane były treści dotyczące znaczenia regularnych badań w kontekście zdrowia seniorów. Po zakończonym wykładzie, z każdym z uczestników, miały odbywać się indywidualne konsultacje, podczas których zwracano uwagę na zły stan zdrowia i konieczność podpisania umowy z Przedsiębiorcą, który miał umożliwiać nieograniczony dostęp do badań i konsultacji lekarskich. Konsumenci mogli nie być informowani o zakresie przysługujących im świadczeń oraz o warunkach ich świadczenia. Ponadto, Przedsiębiorca odmawia prawa do odstąpienia od zawartych przez konsumentów umów, powołując się na katalog wyłączeń z ustawy o prawach konsumenta, zwracając przy tym uwagę, iż oferowane przez niego usługi należą do pojęcia „usługi zdrowotne”.

Powyższe może stanowić poważne zagrożenie dla interesów konsumentów, z właściwym uwzględnieniem konsumentów w wieku 60+, czyli grupy szczególnie podatnej na nieuczciwe praktyki przedsiębiorców. Potrzeba uregulowania tej kwestii powinna być priorytetem ustawodawcy

polskiego, mającego na uwadze ochronę interesów osób starszych, uwzględniając jednocześnie normy wynikające z przepisów unijnych.

#### B. Przepisy dotyczące usług finansowych

Ustawodawca wprowadził nowe instrumenty prawne służące eliminacji nieuczciwych praktyk, które mogą dotknąć seniorów w obszarze usług finansowych. Należy zwrócić uwagę na zmiany dotyczące działalności polegającej na udzielaniu kredytu konsumenckiego, wprowadzone *ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. poz. 1357 i 1830). Są to m.in. przepisy, które dotyczą:

- ustanowienia wymogów w odniesieniu do podejmowania i wykonywania działalności polegającej na udzielaniu kredytów konsumenckich przez instytucje pożyczkowe (forma spółki kapitałowej z min. Kapitałem zakładowym 200 000 zł, niekaralność osób zarządzających);
- obowiązku zwrotu konsumentowi wszystkich pobranych opłat w przypadku niezawarcia umowy lub nieudzielenia kredytu w terminie (*ratio legis* wprowadzenia ww. regulacji była między innymi poprawa sytuacji konsumentów poszkodowanych przez nieuczciwych przedsiębiorców, których istotą działalności nie było uzyskiwanie dochodów z udzielanych kredytów konsumenckich, lecz pobieranie jednorazowych opłat poprzedzających odmowę wypłaty kredytu);
- wprowadzenie maksymalnej wysokości pozaodsetkowych kosztów kredytu;
- wprowadzenie mechanizmu zapobiegającego obchodzeniu przepisów w przypadku tzw. rolowania „chwilówek”;
- ustanowienie limitu odsetek karnych oraz opłat związanych z nieterminową spłatą (sześciokrotność stopy kredytu lombardowego NBP).

Dodatkowo, *ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym* (Dz.U. z 2016 r. poz. 892), utworzona została instytucja Rzecznika Finansowego, do którego zadań należy między innymi podejmowanie działań w zakresie ochrony klientów podmiotów rynku finansowego, których interesy reprezentuje, a w szczególności rozpatrywanie wniosków w indywidualnych sprawach, wniesionych na skutek nieuwzględnienia roszczeń klienta przez podmiot rynku finansowego w trybie rozpatrywania reklamacji.

Warto także podkreślić, że na podstawie ww. ustawy Rzecznik Finansowy może prowadzić pozasądowe postępowanie w sprawie rozwiązania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego na wniosek klienta. Udział przedsiębiorcy w takim postępowaniu jest obowiązkowy. Wniosek klienta podlega opłacie 50 zł.

Przepisami *ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym* wprowadzono także termin na udzielenie odpowiedzi na reklamację klienta (30 dni od dnia otrzymania reklamacji, przy czym w szczególnie skomplikowanych przypadkach możliwe jest przedłużenie terminu) oraz sankcję za jego niedotrzymanie w postaci uznania reklamacji za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.

#### C. Nowelizacja ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów

W celu zapobiegania niekorzystnym zjawiskom na rynku, w 2015 r., została znowelizowana *ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów*. Nowelizacja ustawy o prawach konsumenta, która

weszła w życie 17 kwietnia 2016 r., wprowadza szereg nowych instrumentów prawnych wzmacniających ochronę konsumentów oraz pozwalających Prezesowi Urzędu na jeszcze skuteczniejsze działania.

Nowe rozwiązania prawne, które mają poprawić sytuację konsumentów obejmują m.in.:

- rozszerzenie katalogu nazwanych praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów;
- zabronione będzie oferowanie konsumentom usług finansowych, które nie odpowiadają ich potrzebom oraz oferowanie usług finansowych w sposób nieadekwatny do ich charakteru;
- wprowadzenie instytucji tajemniczego klienta – pozwalającej na uzyskanie dowodów w toku postępowania prowadzonego przez Prezesa Urzędu;
- możliwość wyrażenia poglądu istotnego w sprawie – Prezes Urzędu będzie mógł wyrazić swój pogląd w indywidualnej sprawie przed sądem powszechnym, jeżeli przemawia za tym interes publiczny;
- wydłużenie okresu przedawnienia dla praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów do lat 3.

Nowe regulacje wprowadzające zakaz oferowania konsumentom usług inkasowych nieodpowiadających potrzebom konsumentów lub w sposób nieadekwatny do charakteru tych usług, mają na celu doprowadzenie do etycznego postępowania przedsiębiorców w zakresie oferowania konsumentom produktów finansowych. Powinni oni dokonywać oceny swoich produktów pod kątem ich przydatności dla określonych grup konsumentów i kierować je do tych konsumentów, dla których dany produkt jest rzeczywiście przeznaczony, w sposób niewprowadzający w błąd, zgodny z dobrymi obyczajami. Tylko w ten sposób może być zapewnione na rynku usług finansowych bezpieczeństwo konsumentów z natury słabszych – przede wszystkim osób starszych, gorzej sytuowanych, mniej pewnie poruszających się w tej tematyce i bardziej przez to narażonych na nieuczciwe działania przedsiębiorców.

Zwiększenie bezpieczeństwa konsumentów sprzyjać będzie również możliwość bezpłatnego publikowania przez Prezesa Urzędu ostrzeżeń i komunikatów w publicznym radiu i telewizji. Pozwoli to na możliwie skuteczne ostrzeżenie jak największej liczby konsumentów przed praktykami, które istotnie zagrażają ich interesom, co ma kluczowe znaczenie zwłaszcza w przypadku osób starszych.

### **Działania edukacyjno-informacyjne**

W dniu 13 maja 2015 r. został opublikowany raport pt. *Domy opieki. Badanie wzorców umownych stosowanych w placówkach świadczących usługi w zakresie zapewniania opieki osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku*. Kontrola była prowadzona od 2014 r. i objęła placówki z dwóch województw. Ustalenia z raportu znalazły się w komunikacie prasowym. Natomiast 5 maja 2016 r. został wydany drugi raport z danymi z placówek opiekuńczych z całego kraju. Raporty dostępne są na stronie internetowej Urzędu i na dzień 8 lipca 2016 r. pobrano je w sumie 875 razy.

W 2015 r. pracownicy Urzędu brali udział w spotkaniach z seniorami prezentując tam najważniejsze zagadnienia związane z prawami konsumenta i sprzedając bezpośrednio np.

15 czerwca 2015 r. – prezentacja w Akademii Każdego Wieku działającej przy Gminnym Ośrodku Kultury w Komornikach (pod Poznaniem).

Poza tym w 2015 r. zostały podjęte również działania edukacyjno-informacyjne, których odbiorcą są m.in. osoby starsze:

- 1) Kampanie informacyjne:
  - a. *Praktyki akwizytorów: poznaj swoje prawa;*
  - b. *Nie daj się nabrać. Sprawdź zanim podpiszesz.*
  - c. *Kampania promująca prawa konsumentów związana z wejściem w życie ustawy o prawach konsumenta.*
- 2) Konferencja z okazji Światowego Dnia Konsumenta (15 marca 2015 r.) *Jak powinny wyglądać dobre reklamy usług finansowych?*
- 3) Komunikaty prasowe:
  - a. 22 o charakterze poradnikowym;
  - b. 22 informujące konsumentów o podejmowanych przez UOKiK działaniach takich jak: postępowania wyjaśniające i właściwe, decyzje zobowiązujące i nakładające kary na przedsiębiorców.

Urząd monitoruje stronę [www.uokik.gov.pl](http://www.uokik.gov.pl) oraz [www.prawakonsumenta.uokik.gov.pl](http://www.prawakonsumenta.uokik.gov.pl) pod kątem liczby pobrań publikacji. W 2015 r. pobrano:

- *Vademecum konsumenta* – 4418 razy;
- *Jak kupować* – 1700 razy;
- *Zakupy przez Internet* – 2263 razy;
- *Rękojmia* – 6256 razy.

## **II.2 Polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu regionalnym**

Polityka społeczna wobec osób starszych stanowi także istotny element programowanych polityk publicznych na poziomie regionalnym. Urzędy wojewódzkie, a także pozostałe jednostki samorządu terytorialnego prowadzą działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych oraz monitorują sytuację osób starszych w Polsce. W ramach prac nad niniejszym dokumentem zebrane i uporządkowane zostały informacje przekazane przez Urzędy Wojewódzkie wszystkich województw.

### **II.2.1 Województwo dolnośląskie**

#### **Sytuacja demograficzna**

Starzenie się populacji stanowi jedną z istotnych konsekwencji procesów demograficznych zachodzących w społeczeństwie polskim. Tendencje demograficzne obserwowane w kraju mają również odzwierciedlenie w poszczególnych gminach Dolnego Śląska.



Trwający od kilkunastu lat niski wskaźnik liczby urodzeń, przy jednoczesnym wydłużaniu się średniego okresu trwania życia pogłębia proces starzenia się społeczności. Z danych statystycznych wynika, że w 2015 r. liczba osób po 60 r.ż. wynosiła 700 729, co stanowiło 24% społeczności województwa, w tym ilość mężczyzn kształtowała się na poziomie 286 741 (20%), a kobiet na poziomie 413 988 (27%). Zdecydowana większość osób starszych zamieszkiwała na terenie miast, stanowili oni 26% populacji miejskiej, a na terenach wiejskich osoby po 60 r.ż. stanowiły 20% społeczności.

Prognozuje się, iż w 2035 r. osoby po 60 r.ż. stanowiąc będą 31% społeczności województwa dolnośląskiego. Stan ten wymaga podejmowania działań wspierających odpowiednie funkcjonowanie tej grupy osób. Istotnym problemem w kontekście pogarszających się wskaźników demograficznych, wskazujących na postępujący proces „starzenia się” ludności staje się nasilenie chorób charakterystycznych dla tej grupy populacji. Do najczęściej występujących problemów ludzi starszych należy również zaliczyć ubóstwo, samotność, inwalidztwo i poczucie wykluczenia społecznego.

### **Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych**

Samorządy gmin na terenie województwa dolnośląskiego starają się zapewnić najstarszym mieszkańcom odpowiednią pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. W tym celu osobom starszym, samotnym, niepełnosprawnym przyznawane są różne formy pomocy tj. świadczenia pielęgnacyjne, zasiłki okresowe, celowe i stałe, dodatki mieszkaniowe i energetyczne, nieodpłatna pomoc w zakresie dożywiania, usługi opiekuńcze w tym również specjalistyczne, a także bezpłatna pomoc prawna.

Ponadto, działające na terenie poszczególnych gmin Domy Pomocy Społecznej, Dzielne Domy Pobytu, Zakłady Opiekuńczo Lecznicze, a także Związki Kombatantów, Związki Sybiraków, Związki Emerytów i Rencistów zapewniają niezbędną pomoc i aktywują tę grupę społeczną. W wielu gminach funkcjonuje także, a w innych jest planowany do wdrożenia, program „Senior-Wigor”, który adresowany jest do osób niepracujących w wieku 60+.

Na terenie województwa funkcjonują uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniorów, koła gospodyń wiejskich oraz przeprowadzane są różnego rodzaju projekty socjalne dla osób po 60 r.ż. np. „Aktywna Jesień” czy „Senior=Aktywny Obywatel”. W wielu gminach działają zespoły ludowe, chóry, zespoły taneczne, których działalność jest częściowo dofinansowywana przez samorząd, a w których czynny udział biorą osoby starsze. Funkcjonujące przy współpracy z Klubami i Radami Seniorów fundacje wspierania osób starszych organizują szereg atrakcji takich jak kursy języka, warsztaty malarskie i plastyczne, dni seniora, olimpiady sportowe, wyjścia na basen czy wyjazdy turystyczno-krajoznawcze. Aktywizacja osób po 60-tym roku życia następuje również poprzez szeroki dostęp do bibliotek oraz bibliotek multimedialnych, w których organizowane są kursy obsługi komputera jak również opanowanie umiejętności sprawnego poruszania się po stronach internetowych.

### **Dobre praktyki**

Dokonując analizy sytuacji osób starszych na podstawie danych z poszczególnych gmin województwa dolnośląskiego i mając na uwadze działania, jakie są podejmowane w kierunku poprawy sytuacji osób starszych, wyszczególnić należy kilka dobrych praktyk stosowanych przez jednostki, tj. organizacja kolacji wigilijnych z okazji Świąt Bożego Narodzenia dla osób starszych i samotnych, wspólne świętowanie z Okazji Międzynarodowego Dnia Seniora, wspólne spotkania dzieci, młodzieży i seniorów pod tytułem „łączymy pokolenia”.

W kilku gminach zainicjowano tradycję polegającą na podtrzymaniu pamięci o najstarszych mieszkańcach gmin, dlatego też pracownicy socjalni odwiedzają te osoby i wręczają drobne upominki najczęściej w postaci produktów żywnościowych. Utworzono również kluby czytelnicze oraz kluby dyskusyjne dla seniorów, a biblioteki zaopatrywane są w serie książek zwaną „Duże Litery”. W trosce o osoby samotne, zwłaszcza niepełnosprawne, wprowadzono „Koperty Życia”. Jest to akcja, której celem jest zaopatrzenie osób starszych w kartę informacyjną, w której umieszczone są najważniejsze informacje o stanie zdrowia, przyjmowanych lekach, alergiach ułatwiające ratownikom medycznym tworzenie wywiadu osoby chorej, do której interwencji zostali wezwani.

Mając na uwadze osoby chore i niepełnosprawne, gminy szczególną wagę przywiązują również do usuwania przeszkód architektonicznych stosując m.in. windy czy podjazdy dla wózków inwalidzkich. Na uwagę zasługuje również Karta Seniora, która pozwala korzystać z promocji i ofert przygotowanych przez firmy i instytucje specjalnie z myślą o osobach starszych.

W celu poprawy bezpieczeństwa tej grupy osób prowadzone są również akcje we współpracy z policją pt. „Bezpieczny Senior” czy projekt socjalny pn. „Fałszywy wnuczek – nie dam się oszukać!”. Samorządy starają się również zapobiegać przemocy wobec osób starszych. W tym celu dla rodziny, w której występuje zjawisko przemocy zakładana jest „Niebieska Karta”, która ułatwia rozpoznawanie i dokumentowanie takich przypadków oraz organizowanie pomocy w środowiskach lokalnych.

## **II.2.2 Województwo kujawsko-pomorskie**

### **Sytuacja demograficzna<sup>35</sup>**

Województwo kujawsko-pomorskie liczy 2 087 720 mieszkańców, z czego 51,5% stanowią kobiety, a 48,5% mężczyźni. W latach 2002–2015 liczba mieszkańców wzrosła o 0,9%. Średni wiek mieszkańców wynosi 40,3 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców Polski. Województwo kujawsko-pomorskie charakteryzuje się dodatnim przyrostem naturalnym wynoszącym 3. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu 0,0 na 1000 mieszkańców kujawsko-pomorskiego. 63,3% mieszkańców kujawsko-pomorskiego jest w wieku produkcyjnym, 18,3% w wieku przedprodukcyjnym, a 18,4% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym.

---

<sup>35</sup> Opracowanie na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Bydgoszczy.

Według prognozy demograficznej GUS liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego w 2050 r. wyniesie niespełna 1799 tys.; w porównaniu z 2013r. bazowym oznacza to zmniejszenie o blisko 294 tys. osób, tj. o 14,0% (w kraju spadek o 4545 tys. osób, tj. o 11,8%).

**Tabela 91. Prognoza ludności województwa kujawsko-pomorskiego**

Wyszczególnienie	2014	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
<b>Ludność ogółem w tys.</b> (31 XII)	2089,5	2065,4	2039,0	2003,9	1959,7	1908,8	1854,5	1799,0
Rok 2013 = 100	99,9	98,7	97,4	95,8	93,6	91,2	88,6	86,0
<b>Struktura ludności według miejsca zamieszkania</b>								
<b>Ogółem</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Miasto</b>	59,8	58,7	57,7	56,7	55,7	54,7	53,7	52,7
<b>Wieś</b>	40,2	41,3	42,3	43,3	44,3	45,3	46,3	47,3
<b>Struktura ludności według wieku</b>								
<b>Ogółem</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>0-14</b>	15,1	14,8	13,7	13,0	12,5	12,1	12,0	12,0
<b>15-64</b>	70,2	66,7	64,7	63,7	63,0	61,4	58,6	55,3
<b>65 i więcej</b>	14,7	18,5	21,6	23,2	24,5	26,6	29,4	32,8

Źródło: Demografia dziś i jutro. Prognoza ludności województwa kujawsko-pomorskiego do 2050 roku, Urząd Statystyczny w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2015.

Przewiduje się, że liczba urodzeń będzie systematycznie zmniejszać się, osiągając w 2050 r. wielkość 13,4 tys., a więc o blisko 33% mniej niż w wyjściowym roku prognozy. Spadek liczby urodzeń będzie obserwowany zarówno w miastach, jak i na wsi. Zmieniają się nieco relacje między liczbą urodzeń na terenach miejskich i wiejskich. W 2013 r. urodzenia w miastach stanowiły ponad 56% urodzeń ogółem. Przewiduje się, że do 2050 r. ich udział zmniejszy się o blisko 7 p.p. W perspektywie najbliższych dwudziestu kilku lat z uwagi na gwałtowny proces starzenia się ludności wyrażony m.in. wzrostem udziału osób w zaawansowanym wieku można spodziewać się znacznego wzrostu liczby zgonów. Przewiduje się, że liczba zgonów będzie rosła stopniowo do 2043 r. Potem nastąpi niewielki spadek – ostatecznie w 2050 r. liczba zgonów wyniesie 23,2 tys., a więc o 2,7 tys. więcej, niż w 2013 r.<sup>36</sup>.

Ponadto prognozuje się, że w regionie liczba mieszkańców miast zmniejszy się w latach 2013–2050 o 24,4%, natomiast liczba mieszkańców wsi wzrośnie w tym okresie o 1,6%. Co więcej, do 2050 r. oprócz ujemnego przyrostu naturalnego, w województwie kujawsko-pomorskim będziemy obserwować dalsze niekorzystne zmiany w strukturze ludności według wieku: w 2050 r.

- prawie 1/3 populacji będą stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, a ich liczba podwoi się i wzrośnie w porównaniu z 2013 r. o 294,9 tys.;
- na 1 osobę w wieku poprodukcyjnym będą przypadały mniej niż 2 osoby w wieku produkcyjnym (w 2013 r. były to blisko 4 osoby);

<sup>36</sup> Zob.: Demografia dziś i jutro. Prognoza ludności województwa kujawsko-pomorskiego do 2050 roku, Urząd Statystyczny w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2015.

- zmniejszy się o 202,1 tys. liczebności kobiet w wieku rozrodczym, które w 2050 r. będą stanowiły jedynie 60,3% stanu z 2013 r.

### **Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych**

Postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa, a tym samym zwiększająca się liczba osób starszych wywołują potrzebę podejmowania działań nakierowanych na zapewnienie seniorom godnej i aktywnej starości. Priorytetem jest możliwie jak najdłuższe pozostawienie seniorów w miejscu zamieszkania, zapewnienie im pomocy środowiskowej w formie usług opiekuńczych, czy też dostępu i uczestnictwa w zajęciach dziennych domów pomocy. Seniorom w gorszej kondycji fizycznej i zdrowotnej zapewniane są miejsca w wyspecjalizowanych i wystandaryzowanych całodobowych domach pomocy społecznej.

Do instytucjonalnych form pomocy osobom starszym w obszarze pomocy społecznej należą m.in. domy pomocy społecznej, natomiast formami środowiskowymi są m.in. dzienne domy pomocy. W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonuje 48 domów pomocy społecznej, w tym 11 dla osób w podeszłym wieku oraz 9 dziennych domów pomocy i 3 filie.

Probleмами, z jakimi najczęściej muszą zmierzyć się osoby w podeszłym wieku, są problemy ze zdrowiem. W województwie kujawsko-pomorskim podejmowane są działania profilaktyczne, rozwijające dziedzinę medycyny jaką jest geriatryka, która ukierunkowana jest na profilaktykę przedwczesnego starzenia się i niedołęstwa. Stąd leczenie geriatryczne nie jest leczeniem określonej choroby, lecz oddziaływaniem na cały starzejący się organizm. Istotny jest także rozwój całodobowych instytucji świadczących opiekę, pielęgnację i rehabilitację osób starszych. Nie należy zapominać, że pomimo działań profilaktycznych, aktywizujących i wspierających seniorów, nieuniknione są przypadki poważnych stanów zdrowia, wymagających pomocy i opieki ze strony wyspecjalizowanych instytucji.

W województwie kujawsko-pomorskim działają 4 poradnie geriatryczne, katedra i klinika geriatryki oraz otwarty w październiku 2015 r. oddział geriatryki przy Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Rana świadczenie usług przez łącznie 27 zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonuje 9 hospicjów stacjonarnych.

Planując przedsięwzięcia na rzecz osób starszych nie należy zapominać o sferze edukacyjnej i kulturalnej. Stały rozwój, możliwość realizacji swoich pasji, zdobywanie wiedzy czy też kontakty interpersonalne i międzypokoleniowe pozwalają seniorom pozostać jak najdłużej aktywnym, z poczuciem ważności, własnej wartości i chęci do działania. Z roku na rok oferta edukacyjno-kulturalna dla osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim jest coraz bogatsza i różnorodna, co daje większe możliwości wyboru konkretnych zajęć, działań, inicjatyw najbardziej bliskich oczekiwaniom i zainteresowaniom seniorów.

Wśród instytucji edukacyjnych, kulturalnych czy też artystycznych skierowanych do osób starszych najpopularniejszymi są uniwersytety trzeciego wieku oraz kluby seniora. Na terenie województwa województw kujawsko-pomorskiego działają 33 uniwersytety trzeciego wieku oraz 29 filii, a także funkcjonuje 181 klubów seniora.

W ostatnim czasie coraz więcej uwagi w województwie kujawsko-pomorskim poświęca się potrzebie tworzenia warunków do korzystania z dobrodziejstw kultury przez możliwie jak najszersze kręgi seniorów. Jest to tematyka aktualnie nie tylko podejmowana w formie różnego rodzaju debat publicznych, ale przede wszystkim poprzez liczne działania wdrażane w praktykę życia codziennego. Od 2011 r. Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego realizuje akcję „60+ Kultura” jako jeden z elementów programu „Kultura dostępna”, służącego przybliżaniu kultury zwłaszcza grupom narażonym na wykluczenie, wśród których znajdują się też osoby starsze. W edycji 2015 (w ostatni weekend września 2015 r.) w akcji udział wzięło ponad 200 ośrodków z całej Polski, w tym 14 placówek z województwa kujawsko-pomorskiego.

Fakt starzenia się społeczeństwa zaczął być dostrzegany również z perspektywy samorządów, co odzwierciedla się w coraz większej skali funkcjonowania rad seniorów. Są one narzędziem do obywatelskiego angażowania seniorów oraz zapewnienia ich uczestnictwa w życiu publicznym.

Pod koniec 2014 r., zarządzeniem Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, powołana została Wojewódzka Rada ds. Polityki Senioralnej przy Marszałku Województwa Kujawsko-Pomorskiego. W skład Rady wchodzi 19 członków będących przedstawicielami organizacji pozarządowych działających na rzecz seniorów, środowisk senioralnych (zwłaszcza klubów seniora i UTW) oraz innych podmiotów zajmujących się problemami osób starszych. Kadencja członków trwa 5 lat, licząc od dnia powołania. Misją Rady jest zagwarantowanie partycypacji osób starszych w życiu społecznym i w działaniach, które mają zaspokoić ich potrzeby oraz rozwiązywać istotne problemy. Celem funkcjonowania Rady jest dostarczanie informacji na temat specyficznych potrzeb i problemów osób starszych, możliwych do realizacji przedsięwzięć zmierzających do przebudowy przestrzeni społecznej na bardziej przyjazną dla starszych mieszkańców regionu. Rada pracuje na posiedzeniach, które odbywają się według potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz na kwartał.

W województwie kujawsko-pomorskim (dane na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego w listopadzie 2015 r. przez Regionalne Centrum Rozwoju Społecznego w Toruniu) funkcjonuje 10 gminnych rad seniorów. Pierwszy tego typu organ w regionie powstał w Bydgoszczy w 2011 r. W 2015 r. powołani zostali członkowie na drugą kadencję działalności Bydgoskiej Rady Seniorów. Systematycznie powstają nowe tego typu ciała doradcze, co wskazuje na coraz bardziej priorytetowe traktowanie potrzeby kreowania lokalnej polityki społecznej wobec osób starszych.

### **Dobre praktyki**

W 2015 r. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu przeprowadził badanie pn. *Uwarunkowania rozwoju usług opiekuńczych i alternatywnych form pomocy środowiskowej dla osób starszych w gminach województwa kujawsko-pomorskiego*. Celem badania było uzyskanie kompleksowych informacji na temat zakresu realizacji niespecjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania świadczonych w gminach regionu. Uzyskane w ten sposób informacje posłużyły diagnozie stanu realizacji oraz standardu świadczenia tej formy wsparcia. Ponadto, ze względu na planowanie działań projektowych ze środków RPO WKP, badanie zostało poszerzone o kwestie w zakresie zapotrzebowania na inne alternatywne formy opieki nad osobami niesamodzielnymi i starszymi.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu opracował II wydanie Informatora dla Seniora. Publikacja została sfinansowana ze środków Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego i wydana w nakładzie 3000 egzemplarzy. Materiał zawiera informacje pozwalające osobom starszym jak i instytucjom sprawnie poruszać się, w zakresie pomocy społecznej, służby zdrowia oraz oferty edukacyjno-kulturalnej. Publikacja stanowi kompendium wiedzy nt. oferty dla osób starszych oraz instytucji działających na rzecz osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim. Zawarto w nim podstawowe informacje nt. pomocy i wsparcia dla osób starszych, wykaz danych teleadresowych takich instytucji jak: Domy Pomocy Społecznej, Dienne Domy Pomocy, poradnie/oddziały/kliniki geriatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze/pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja stacjonarne, uniwersytety trzeciego wieku i kluby seniora oraz przegląd aktualnych ofert kulturalnych.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu prowadzi i aktualizuje stronę internetową w ramach której utworzono podmenu „Dobre praktyki” w tym „Dobre praktyki na rzecz osób starszych”. Informacje dot. inicjatyw podejmowanych na rzecz osób starszych zamieszczane są cyklicznie co najmniej raz w roku. Swoim zasięgiem obejmują nie tylko województwo kujawsko-pomorskie ale i cały kraj. Zakładka została utworzona z myślą o upowszechnianiu informacji wśród jednostek zajmujących się pomocą i wsparciem osób starszych. Wśród wszystkich praktyk, wyszczególniono te dot. osób starszych, które realizowano w 2015 r.:

### *I. Akcja „Koperta życia” – Kruszwica („Pudełko życia” – Toruń)*

Głównym celem akcji „Koperta życia” jest dbałość o zdrowie oraz bezpieczeństwo seniorów poprzez usprawnienie niesienia skutecznej pomocy (lekarzom, ratownikom medycznym) osobom przewlekle chorym, starszym i samotnym w stanach zagrożenia ich zdrowia i życia. „Koperta życia” to specjalnie przygotowany formularz zawierający istotne informacje o stanie zdrowia seniora, umieszczony w kopercie, w domowej lodówce.

Lodówka, w której znajdzie się koperta oznaczona jest naklejką podobną do tej na kopercie, co dla osoby udzielającej pomocy jest sygnałem, że znajdują się w niej ważne informacje. Ratownik lub lekarz na tej podstawie zapoznaje się z aktualnym stanem zdrowia pacjenta, co ułatwia mu dalszą diagnozę i pomoc osobie poszkodowanej.

Zestaw „Koperta życia” składa się z:

- plastikowej koperty,
- karty informacyjnej do wypełnienia,
- naklejki na lodówkę,
- naklejki na kopertę.

### *II. Dom Pogodnej Jesieni – Solec Kujawski*

Dom Pogodnej Jesieni składa się z ośmiu mieszkań, z których każde posiada pokój aneks kuchenny i łazienkę. Jedno z mieszkań jest przystosowane dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim. Mieszkania zapewniają podopiecznym maksimum intymności. Na parterze budynku do dyspozycji mieszkańców jest świetlica i kuchnia oraz pokój pielęgniarstwa. Na pierwszym piętrze

budynku usytuowany jest pokój gościnny, z którego w czasie odwiedzin mogą korzystać rodziny mieszkańców.

W świetlicy Domu Pogodnej Jesieni dwa razy w tygodniu odbywają się zajęcia terapeutyczne dla osób starszych, mieszkańców Domu oraz przychodzących z zewnątrz, którzy w ten sposób mogą nawiązać kontakt z osobami w tym samym wieku. Celem prowadzonych zajęć jest zaspokojenie potrzeb towarzyskich oraz rekreacyjno-kulturalnych, służy utrzymaniu sprawności psychofizycznej zgodnie z wiekiem i zainteresowaniami uczestników.

Jest to interesujące przedsięwzięcie, gdyż rozwiązuje problem osób, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy osób innych, bądź osób posiadających rodzinę, która nie jest w stanie zabezpieczyć im pomocy usługowej. Rozwiązanie to pozwala czuć się seniorom niezależnymi i daje poczucie bezpieczeństwa, pozostawiając ich w ich własnym środowisku.

Dom Pogodnej Jesieni powstał na bazie prywatnego jednorodzinnego budynku, przystosowany i rozbudowany ze środków budżetu gminy oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych. Koszty utrzymania budynku Domu ponoszą lokatorzy, natomiast opiekę sprawuje Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Solcu Kujawskim.

### *III. Miesięczny harmonogram lokalnych wydarzeń dla seniorów – Więcbork*

Harmonogram zawiera i jednocześnie łączy w sobie ofertę kulturalno-oświatową lokalnych podmiotów (urzędu miasta, ośrodka kultury, lokalnych NGO, biblioteki publicznej, uniwersytetu trzeciego wieku) skierowaną do seniorów. Dostępny jest on na lokalnych stronach internetowych, m.in. na stronie Miejsko Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Więcborku, a także przekazywany jest w formie papierowej zainteresowanym seniorom – mieszkańcom gminy.

### *IV. Spółdzielnia socjalna jako realizator usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych – Tuchola*

Przedsięwzięcie polega na realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi (m.in. z autyzmem) przez Spółdzielnię Socjalną „PROGRES” w Tucholi. Usługi te zlecane są przez MGOPS w Tucholi na podstawie konkursu.

Rozwiązanie to wyróżnia wykorzystanie podmiotów ekonomii społecznej w realizację działań na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w środowisku lokalnym. Z jednej strony praktyka ta zapewnia rozwój ww. podmiotów, w tym aktywizację społeczno-zawodową osób bezrobotnych na lokalnym rynku pracy, z drugiej rozwiązuje problem realizacji usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych. Promuje również realizację działań w partnerstwie podmiotów publicznych (ops, gmina) z organizacjami pozarządowymi.

### *V. Świadczenie pomocy sąsiedzkiej – Świecie*

Gmina Świecie, jak wiele gmin w Polsce, doświadcza problemu starzejącego się społeczeństwa, który stanowi duże wyzwanie dla polityki społecznej. Poszukując nowych rozwiązań, gmina Świecie stwarza nowe możliwości wsparcia seniorów poprzez realizację usług opiekuńczych w formie pomocy sąsiedzkiej.

Pomoc sąsiedzka polega na świadczeniu czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych przez sąsiada. Pomoc ta kierowana jest do osób samotnych, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Może być ona również przyznawana osobom, gdzie rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni, nie mogą takiej pomocy zapewnić. Pomoc, poza dniami roboczymi, realizowana jest także w dni wolne od pracy (soboty i niedziele oraz w przerwach świątecznych), w godzinach wieczornych, zarówno w środowisku miejskim, jak i wiejskim.

Opieka w formie pomocy sąsiedzkiej, realizowana w warunkach domowych, pozwala na pozostanie osób starszych we własnym środowisku, zapobiega izolacji tych osób i ogranicza poczucie ich osamotnienia. Poza tym z punktu widzenia ekonomicznego, jest to tańsza forma wsparcia, aniżeli pomoc instytucjonalna.

### II.2.3 Województwo lubelskie

#### Sytuacja demograficzna

Województwo lubelskie posiada 2 143 221 mieszkańców, z czego 51,5% stanowią kobiety, a 48,5% mężczyźni. W latach 2002–2015 liczba mieszkańców zmalała o 2,4%. Średni wiek mieszkańców wynosi 40,7 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców Polski. Województwo lubelskie charakteryzuje się ujemnym przyrostem naturalnym wynoszącym –2 279. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu –1,1 na 1000 mieszkańców lubelskiego. 62,4% mieszkańców lubelskiego jest w wieku produkcyjnym, natomiast 18,1% w wieku przedprodukcyjnym, a 19,5% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym.

Zgodnie z *Prognozą demograficzną na lata 2014–2050 dla województwa lubelskiego w 2050 r.*<sup>37</sup> w 2015 r. liczba ludności województwa lubelskiego wyniesie 1,7 mln, co oznacza zmniejszenie liczby ludności o 0,4 mln w porównaniu z 2013 r., tj. o 20,7%. Oprócz ujemnego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji wewnętrznych i zagranicznych, będą obserwowane dalsze niekorzystne zmiany w strukturze ludności według wieku oraz zmniejszanie się liczebności kobiet w wieku rozrodczym. Prognozuję się, że liczba ludności miast w województwie lubelskim w 2050 r. będzie o 27,6% mniejsza niż w 2013 r., a wsi – o 14,7%.

Według prognozy w 2050 r. (w porównaniu z 2013 r.) w miastach województwa lubelskiego najbardziej zmniejszy się liczba osób w wieku 25–29 lat – o 60,6% i 30–34 lata – o 60,7%, a na wsi w wieku 20–24 lata – o 49,5% oraz w wieku 25–29 lat – o 46,6%. Największy wzrost liczby ludności zarówno w miastach, jak i na wsi wystąpi natomiast wśród osób w wieku 85 lat i więcej (odpowiednio o 304% i o 126,4%) oraz w wieku 70–74 lata (odpowiednio o 78,8% i o 93,8%). Województwo lubelskie znajdzie się wśród województw, w których proces starzenia się społeczeństwa przebiegać będzie najszybciej. W 2050 r. notowany będzie tu czwarty

---

<sup>37</sup> *Prognoza demograficzna na lata 2014–2050 dla województwa lubelskiego w 2050 r.*, Urząd Statystyczny w Lublinie, Lublin 2015 (na podstawie na podstawie *Prognozy ludności na lata 2014–2050 dla województw (w podziale na część miejską i wiejską)*, opublikowanej przez Główny Urząd Statystyczny (GUS, Warszawa 2014).



z najwyższych wiek środkowy – 54,8 roku, tj. o 2,3 roku wyższy niż dla Polski ogółem. Liczba osób w wieku 65 lat i więcej zwiększy się o 78,7% do 593,9 tys. w 2050 r., a osób w wieku 80 lat i więcej o 113,0% do 196,9 tys., przy czym odsetek tych osób w regionie będzie jednym z najwyższych w kraju.

Proces starzenia się społeczeństwa w województwie lubelskim będzie postępował, przy czym bardziej będzie to widoczne w mieście, gdzie mediana wieku ludności w 2050 r. wyniesie 56,7 roku. Różnica wieku środkowego pomiędzy mieszkańcami miast a wsi zwiększy się z 1,5 do 3,3 roku. Indeks starości dla miast osiągnie wartość 360 (osób w wieku 65 lat i więcej na 100 osób w wieku 0–14 lat), a dla wsi mniej o 70. Przewiduje się, że zjawisko podwójnego starzenia się społeczeństwa będzie narastało. W województwie lubelskim udział ten zwiększy się zarówno w miastach z 23,4% w 2013 r. do 34,8% w 2050 r., jak i na wsi odpowiednio z 31,4% do 31,7%.

### **Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych**

W województwie lubelskim działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych, w tym działania Wojewódzkiej Rady ds. Polityki Senioralnej (powołanej w 2014 r.) koordynuje Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie. Głównym zadaniem Rady jest współtworzenie kierunków polityki społecznej wobec osób starszych w województwie lubelskim, opiniowanie projektów programów kierowanych do osób starszych, wspieranie działań organizacji pozarządowych oraz klubów i uniwersytetów 60+, inicjowanie propozycji rozwiązań na rzecz seniorów oraz wymiany międzypokoleniowej oraz monitorowanie realizacji programów polityki społecznej wobec osób starszych w województwie lubelskim. Działania samorządu województwa lubelskiego wynikają m.in. z ustawy o pomocy społecznej, Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego oraz Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego.

Kierunki działań w tym zakresie określone zostały również w *Wojewódzkim Programie na Rzecz osób Starszych na lata 2013–2015* (obecnie jest on kontynuowany pn. *Wojewódzki Program na Rzecz osób Starszych na lata 2016–2020*). Głównym celem *Wojewódzkiego Programu na rzecz Osób Starszych* jest poprawa jakości życia i funkcjonowania osób starszych oraz rozwój działań na rzecz integracji międzypokoleniowej i udziału osób starszych w życiu społecznym i zawodowym. Swoim zakresem obejmuje on cztery obszary problemowe: zdrowie i profilaktykę, system wsparcia – infrastruktura i usługi socjalne, aktywność i udział w życiu społecznym osób starszych oraz wzmocnienie integracji międzypokoleniowej. Program ma charakter interdyscyplinarny, a jego wdrażanie wymaga współpracy administracji rządowej i samorządowej oraz wielu partnerów tj.: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, instytucji naukowych, instytucji oświaty, kultury i edukacji, jednostek służby zdrowia, organizacji społecznych, a także podmiotów zajmujących się aktywizacją zawodową i społeczną. Na zakończenie pierwszej edycji Programu ROPS opracował, na podstawie ankiet skierowanych do gmin z terenu województwa, monitoring jego realizacji. Wynika z niego, że usługami opiekuńczymi zostały objęte 3 427 osoby a specjalistycznymi usługami opiekuńczymi 300 osób starszych.

Celem, który wymaga dalszych prac jest dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, szczególnie lekarzy geriatrów. Odzwierciedleniem zasobów w obszarze opieki geriatrycznej jest liczba

aktywnych zawodowo lekarzy geriatrów, szpitalnych oddziałów geriatrycznych oraz liczba poradni geriatrycznych, jak również wielkość nakładów finansowych poniesionych na opiekę geriatryczną. Na terenie województwa lubelskiego jest zarejestrowanych 18 poradni geriatrycznych z czego tylko 3 poradnie geriatryczne mają podpisany kontrakt z NFZ. Ponadto w regionie funkcjonuje 6 oddziałów geriatrycznych. Lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii we wszystkich umowach zawartych przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ w 2014 r. było 17 (w 2013 r. –16). Natomiast wszystkich lekarzy specjalistów geriatrii na terenie województwa lubelskiego jest 24 a w trakcie specjalizacji jest obecnie 10 lekarzy.

Z informacji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Geriatrii Województwa Lubelskiego wynika, że tylko 8 z nich pracuje w placówkach o profilu geriatrycznym. Na specjalizację w dziedzinie geriatrii zgłaszają się nowi chętni. Bark placówek geriatrycznych ogranicza natomiast ilość miejsc specjalizacyjnych.

**Tabela 92. Nakłady finansowe na świadczenia w zakresie geriatrii zgodnie z danymi NFZ**

Zakres świadczeń	Rok 2013	Rok 2014
Świadczenia w zakresie geriatrii	87 755,90 zł	36 546,35 zł
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym	26 605 734,75 zł	27 317 455,86 zł
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/ opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	128 000,00 zł	202 132 zł
Geriatrycja – hospitalizacja	8 140 466,36 zł	7 849 795,20 zł

Źródło: dane przekazane przez Urząd Wojewódzki Województwa Lubelskiego.

Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych w latach 2013–2014 wynosiła łącznie 88 (3 oddziały). Dodatkowo, w 3 podmiotach, z którymi Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ w 2014 r. zawarł umowę na udzielanie świadczeń w zakresie geriatrycja – hospitalizacja, miejscem realizacji świadczeń jest oddział inny niż geriatryczny (np. chorób wewnętrznych). Łączna liczba łóżek w tych podmiotach wynosi 104. Zdaniem Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Geriatrii Województwa Lubelskiego, aby spełnić wymogi WHO i Unii Europejskiej w województwie lubelskim powinno być co najmniej 420–440 łóżek geriatrycznych stacjonarnych, 350–360 łóżek na dziennych oddziałach geriatrycznych, 20 poradni geriatrycznych i około 100 geriatrów.

Kolejnym celem Programu było zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób starszych.

W obszarze wsparcia osób starszych funkcjonujących w środowisku bardzo ważną rolę aktywizującą spełniają różnego rodzaju placówki wsparcia dziennego takie jak: dzienne domy pomocy, mieszkania chronione, kluby seniora. Według danych otrzymanych od ankietowanych jednostek, takich placówek na terenie województwa lubelskiego funkcjonowało 110 (dzienne domy pomocy 14, mieszkania chronione 5; kluby seniora 51, inne 40). Natomiast zgodnie ze sprawozdaniem MRPiPS za rok 2015 w województwie lubelskim funkcjonuje 27 ośrodków wsparcia dla seniorów, w zajęciach których uczestniczyło 1077 osób oraz 14 dziennych domów pomocy spo-

łącznej w następujących gminach: Lublin (8), Krasnystaw, Józefów nad Wisłą, Świdnik, Parczew, Rejowiec Fabryczny, Tomaszów Lubelski.

W województwie lubelskim funkcjonują również inne jednostki organizacyjne pomocy i integracji społecznej, oferujące codzienne wsparcie osobom starszym. Są to zarówno formy bardziej zorganizowane takie jak Kluby Seniora, Koła Gospodyń Wiejskich czy Uniwersytety Trzeciego Wieku oraz mniej formalne tj.: koła i kluby zainteresowań działające najczęściej przy świetlicach wiejskich lub przy ośrodkach pomocy społecznej, a także grupy nieformalne. Z uzyskanych informacji wynika, że łącznie na terenie województwa lubelskiego znajduje się 150 świetlic i klubów dla seniorów. Najwięcej takich placówek wykazały powiaty: hrubieszowski, zamojski i lubelski grodzki. W województwie lubelskim znajduje się 5 mieszkań chronionych dla osób starszych prowadzonych przez gminy: Krasnystaw, Kodeń, Izbica, Stary Zamość, Tarnogród.

Kolejnym celem w ramach powyższego obszaru był rozwój systemu opieki nad osobami starszymi nie mogącymi samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku. Na podstawie sprawozdania MPiPS-05 (dot. placówek zapewniających całodobową opiekę i wsparcie) według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r., spośród 44 Domów Pomocy Społecznej funkcjonujących na terenie województwa lubelskiego:

- 3 przeznaczone są dla osób w podeszłym wieku,
- 14 – dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych,
- 2 – dla osób w podeszłym wieku oraz niepełnosprawnych fizycznie.

Ogółem w Domach Pomocy społecznej przebywa – 219 osób w podeszłym wieku, 52 oczekuje na umieszczenie.

Kolejną formą opieki instytucjonalnej dla osób w podeszłym wieku wymagających specjalistycznej opieki medycznej są zakłady opiekuńczo lecznicze. W regionie funkcjonuje 18 takich zakładów oraz 7 instytucji zajmujących się opieką nad pacjentem w terminalnym okresie choroby (hospicja). Hospicja znajdują się w m. Chełm, m. Lubartów, m. Puławy, m. Włodawa, m. Lublin (2 hospicja) oraz w gminie Łabunie w powiecie zamojskim.

W celu zapewnienia odpowiedniego poziomu usług socjalnych organizowane są działania zmierzające polegające na podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pracowników pomocy społecznej w zakresie potrzeb osób starszych (z dostępnych danych wynika, że 355 pracowników pomocy społecznej podniosło kwalifikacje w tym zakresie). Ponadto Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie realizuje projekt „Poprawa jakości usług świadczonych w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo wychowawczych w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Jednym z celów projektu jest poniesienie kwalifikacji, wzrost kompetencji i potencjału kadry zatrudnionej w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych w szczególności bezpośrednio pracującej z mieszkańcami na terenie województwa lubelskiego. W ramach projektu odbyły się:

- Kursy kwalifikacyjne w ramach których przeszkolono 109 pielęgniarek i pielęgniarzy w następującym zakresie:
  - w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej – 67 osób,
  - w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – 37 osób,
  - w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego – 5 osób.

- Kursy specjalistyczne – przeszkolono 141 pielęgniarki w następującym zakresie:
- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego – 61 osób,
- Leczenie ran – 80 osób.
- Szkolenia niemedycezne – przeszkolono 80 pielęgniarek w następującym zakresie:
- Komunikacja interpersonalna w relacji pracownik – mieszkaniec domu pomocy społecznej – 40 osób,
- Praktyka i etyka zawodowa pielęgniarek w domu pomocy społecznej – 40 osób.

W ramach realizacji kolejnego celu polegającego na rozwoju systemu informacji i poradnictwa Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie prowadził wiele działań informacyjnych dotyczących zagadnień związanych ze starością mających na celu m.in. zmianę stereotypów dotyczących nastawienia do ludzi starszych poprzez np.;

- Organizowanie konferencji poświęconych tematyce starości,
- Wydawanie publikacji i Biuletynów m.in. w ramach Obserwatorium Integracji Społecznej (Biuletyn nr:1/2012, 2/2012, 4/2012,4/2014),
- Organizowanie konkursów „Gmina przyjazna Seniorom”, „Animator Seniora” oraz „Solidarność Międzypokoleniowa w obiektywie”. Celem konkursów było promowanie innowacyjnych, wielozakresowych, działań na rzecz osób starszych, przez gminy i osoby fizyczne oraz ukazanie pozytywnych relacji międzypokoleniowych.

Samorząd województwa realizując cel szczegółowy polegający na zwiększeniu roli organizacji pozarządowych w realizacji usług świadczonych na rzecz osób starszych wspierał projekty skierowane do osób starszych realizowane przez organizacje pozarządowe udzielając dotacji w ramach otwartych konkursów ofert na zadanie: „Wspieranie inicjatyw służących aktywizacji i integracji społecznej osób starszych (realizacja działań wynikających z Wojewódzkiego Programu na rzecz Osób Starszych na lata 2013–2015)”. W 2015 r. wsparcie uzyskało 15 organizacji pozarządowych z terenu województwa lubelskiego.

Ponadto z danych otrzymanych od ankietowanych jednostek wynika, że na terenie województwa lubelskiego 27 organizacjom pozarządowym zlecono do realizacji zadania publiczne skierowane do osób starszych.

*1) Tworzenie i wspieranie organizacji działających na rzecz aktywizacji osób starszych.*

Według danych na terenie 167 gmin województwa lubelskiego funkcjonuje 231 organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych, zrealizowano także 143 programy i projekty skierowane do seniorów. Bardzo ważną rolę w procesie aktywizacji seniorów w życiu społecznym odgrywa wolontariat oraz działanie grup samopomocowych wśród osób starszych. Z danych otrzymanych od ankietowanych wynika że na terenie województwa działała w ramach wolontariatu 230 wolontariuszy powyżej 50 roku życia. Natomiast liczba wolontariuszy działających na rzecz osób starszych wynosi 529. W regionie funkcjonuje również 20 grup samopomocowych.

*2) Wspieranie istniejących i nowo powstających form aktywizacji osób starszych (uniwersytet trzeciego wieku, kluby seniora, domy dziennego pobytu, koła hobbistyczne) m.in. w ramach udzielanych dotacji z budżetu województwa lubelskiego.*

Celem tych działań było promowanie w środowisku seniorów form aktywnego spędzania czasu wolnego oraz zdrowego stylu życia, rozwój usług edukacyjnych adresowanych do osób starszych oraz zwiększenie oferty usług rekreacyjnych, mających na celu rozwój zainteresowań środowiska seniorów

Działaniami w zakresie aktywizacji osób starszych w województwie lubelskim zajmuje się szereg podmiotów: jednostki samorządu terytorialnego, ośrodki kultury, biblioteki, szkoły, jednostki organizacyjne pomocy i integracji społecznej, organizacje pozarządowe (w tym organizacje seniorskie, Uniwersytety III Wieku), grupy nieformalne. Jedną z najpopularniejszych oraz najbardziej istotnych form edukacji i aktywizacji osób starszych są Uniwersytety Trzeciego Wieku. Na terenie województwa funkcjonuje Lubelski Uniwersytet III Wieku z 11 filiami oraz 5 innych Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Ponadto przy Domu Kultury LSM w Lublinie działa Lubelski Uniwersytet II Wieku. Dużą aktywnością w powyższym zakresie wykazują się również miejskie i gminne ośrodki kultury wraz z bibliotekami.

W 2014 r. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie opracował i wydał informator „Miejsca przyjazne seniorom”. Informator powstał na podstawie danych o instytucjach kulturalnych oraz innych przydatnych informacji osobom starszym, zebranych ze wszystkich gmin i powiatów województwa. Wersja elektroniczna Informatora dostępna jest na stronie internetowej ROPS w Lublinie: [www.rops.lubelskie.pl](http://www.rops.lubelskie.pl) w zakładce Wojewódzka Rada ds. Polityki Senioralnej – Dokumenty.

Pobudzeniu aktywności kulturalnej seniorów miały służyć również różnego rodzaju przedsięwzięcia kulturalne kierowane do seniorów. Wydarzenia organizowane przez Centrum Kultury w Lublinie, które cieszyły się szczególną popularnością wśród osób po 50. roku życia to:

- Spotkania integracyjne, międzypokoleniowe
- Bombardowanie włóczęką: 37 spotkań; 512 osób.
- Projekty i inicjatywy międzypokoleniowe
- Festiwal Dźwięki Słów: 18 wydarzeń; 1.829 osób.
- Most Kultury: 105 wydarzeń ok. 10.000 osób.
- Muszla Koncertowa: 85 wydarzeń; 66.310 osób.
- Zwiedzanie Centrum Kultury: 42 zwiedzania; 938 osób.
- Zajęcia ruchowe „Vintage Ladies”: 10 zajęć; grupa otwarta ok. 15 osób.
- Wystawy w Galerii Białej – 7 wystaw.
- Przedsięwzięcia kulturalne skierowane do seniorów
- Koncert Rekreacyjny – muzykoterapia: 8 koncertów; 486 osób.

Działania najczęściej podejmowane na terenie gmin z obszaru aktywizacji oraz rozwoju zainteresowań to oferty turystyczno-rekreacyjne, zajęcia rękodzielnicze i artystyczne, spotkania z ciekawymi osobami, zajęcia ruchowe oraz inne zajęcia umożliwiające rozwój hobby a także imprezy integracyjne.

### **Dobre praktyki**

Przykładem dobrych praktyk realizowanych w województwie lubelskim są działające w 10 gminach województwa Gminne Rady Seniorów (tj. Miasto Krasnostaw, Gmina Lubartów,

Miasto Lubartów, Miasto Lubartów, Miasto Lublin, Miasto Międzyrzec Podlaski, Gmina Opole Lubelskie, Gmina Poniatowa, Gmina Miejska Świdnik, Miasto Tomaszów Lubelski, Miasto Zamość).

Gminne rady seniorów są organem doradczym, konsultacyjnym i inicjatywnym organów ww. jednostek samorządu terytorialnego w obszarach dotyczących osób starszych. Głównymi ich celami jest zapewnienie reprezentacji interesów i potrzeb ludzi starszych, stała współpraca z przedstawicielami władzy lokalnej w zakresie przedstawiania propozycji i działań na rzecz osób starszych, wspieranie wszelkich form aktywności tej grupy osób, umacnianie więzi międzypokoleniowych, budowanie pozytywnego wizerunku i autorytetu osób starszych, wydawanie opinii i wniosków oraz ustalanie priorytetów na rzecz seniorów.

Ponadto rady seniorów współtworzą programy i projekty lokalne, służące powstawaniu miejsc przyjaznych osobom w podeszłym wieku, m.in. tzw. uniwersytetów trzeciego wieku, klubów seniora, organizowaniu imprez kulturalnych oraz współpracy z instytucjami i organizacjami pozarządowymi. Innymi istotnymi zagadnieniami, jakimi te gremia się zajmują są: profilaktyka i ochrona zdrowia, inicjowanie powstawania specjalistycznych poradni medycznych, zabieganie o bezpieczeństwo seniorów w mieście i gminie oraz tworzenie przyjaznej infrastruktury osobom nie w pełni sprawnym. Wymiernymi efektami ich działalności są przełamywanie stereotypów dotyczących ludzi starszych aktywizacja ich życia oraz nawiązywanie relacji między członkami społeczności lokalnych.

Kolejnym przykładem dobrych praktyk na rzecz osób starszych są działania podejmowane przez miasto Lublin, który w ramach Programu „Lublin Strefa 60+” w czerwcu 2015 r. wprowadził Kartę Seniora. Uprawnia ona do korzystania z systemu zniżek oferowanych przez partnerów Programu, do których należą jednostki organizacyjne Miasta Lublin, instytucje kultury, sportu, rekreacji, nauki, zdrowia, organizacje pozarządowe oraz przedsiębiorstwa prywatne. Do 6 czerwca br., wydano 8 000 Kart. Sukcesywnie zwiększa się również liczba partnerów Programu. W ubiegłym roku było 60 podmiotów, obecnie jest już 90 partnerów, którzy poprzez propozycje różnorodnych zniżek, ułatwiają Seniorom aktywne spędzanie czasu wolnego. Zniżki są zróżnicowane – od 5 do 50%. Bogatą ofertę prezentują m.in. kina, teatry, muzea, salony urody, kluby sportowe. Wśród ofert wyróżnia się MOSiR, który proponuje zniżki na baseny (Słoneczny Wrotków, basen w strefie H2O przy al. Zygmuntońskich, basen w Centrum Sportowo-Rekreacyjnym przy ul. Łabędziej). Są też salony optyczne, ośrodki rehabilitacyjne, szkoły tańca, restauracje i cukiernie. W gronie Partnerów znajdują się również punkty usługowe m.in. zakład zegarmistrzowski, korporacja taxi, studio fotograficzne, kwaciarnia, księgarnia i wiele innych.

Ponadto w 2015 r. Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej ogłosiło rządowy program wieloletni „Senior Wigor” na lata 2015–2020. Dotację na realizację programu otrzymało 6 jednostek z terenu województwa lubelskiego: Gmina Gościeradów, Gmina Modliborzyce, Gmina Józefów, Gmina Krzywda, Miasto Zamość, Miasto Tomaszów Lubelski.

Dzięki realizacji polityki społecznej wobec osób starszych w województwie lubelskim nastąpił wzrost kompetencji kadry pracującej z osobami starszymi. Zaobserwowano wzrost liczby instytucji zajmujących się aktywizacją seniorów oraz ich wsparciem w środowisku. Kolejnym pozytywnym efektem działań stał się wzrost aktywności seniorów w obszarze kultury i edukacji a także wzmocnienie integracji międzypokoleniowej.

## II.2.4 Województwo lubuskie

### Sytuacja demograficzna

W województwie lubuskim w ostatnich latach liczba osób młodszych maleje wolniej niż wzrasta starszych. W porównaniu do 2011 r., w 2015 r. odnotowuje się spadek liczby mieszkańców o 5 083 osoby, natomiast zwiększył się wskaźnik liczby ludności województwa w wieku powyżej 60 roku życia o 1,9%. Największy wzrost zaobserwowano w grupie wiekowej 65–69 lat (o 74%). Wskutek zmian demograficznych i społecznych, dzięki poprawie warunków życia, lepszemu wyżywieniu, szerszemu dostępowi do usług ochrony zdrowia, następuje dynamiczny wzrost liczby ludności, określonej w statystykach struktury demograficznej jako ludności w wieku poprodukcyjnym (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej). Przewiduje się, że dalszej zmianie, tj. starzeniu podlegać będzie struktura wieku ludności. Prognoza liczby ludności woj. lubuskiego do 2050 r. przewiduje, że udział osób starszych (60 lat i więcej) w 2016 r. wyniesie 23,1%, a w 2050 r. – 40,6%.

W obszarze polityki społecznej odnotowano wzrost wskaźnika osób w wieku 60 r.ż. objętych środowiskową pomocą społeczną w stosunku do ogólnej liczby mieszkańców województwa lubuskiego – o 0,15 p.p. Również notuje się wzrost liczby osób w wieku powyżej 60 r.ż. korzystających z pomocy społecznej o 35% (w 2011 r. – 4389; w 2015 r. – 5921 osób). W tym czasie zmniejszeniu uległa liczba rodzin z dziećmi objętych środowiskową pomocą społeczną o 4.910 (tj. o 25%) oraz o 16% liczba rodzin emerytów i rencistów korzystających z środowiskowej pomocy społecznej.

W 2015 r. w porównaniu do 2011 r. odnotowano ogółem wzrost o 9,26 % liczby osób w wieku 65 lat i więcej, będących pod opieką czynną lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Z uwagi na rosnącą od kilku lat liczbę osób w wieku poprodukcyjnym oraz prognozowany systematyczny wzrost odsetka osób starszych w populacji województwa (w 2050 r. ponad 40% ludności województwa będą stanowiły osoby starsze) istotny staje się problem zabezpieczenia opieki geriatrycznej oraz długoterminowej, zarówno w formie opieki instytucjonalnej (DPS, ZOL i ZPO), jak i domowej (opieka pielęgnarska, usługi opiekuńcze). Realizacja tych świadczeń wymaga jednak stworzenia odpowiedniej infrastruktury. Problem stanowi niedostateczna liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry. W związku z powyższym wskazane jest przystosowanie oddziałów wewnętrznych do leczenia schorzeń charakterystycznych w wieku starszym. Konieczny jest rozwój infrastruktury pomocy społecznej świadczącej usługi opiekuńcze dzienne i całodobowe.

Stopniowy wzrost liczby osób starszych i wydłużenie średniej długości życia powoduje konieczność zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej i socjalnej osobom w podeszłym wieku, a także dostosowania oferty do potrzeb tych osób (rozwój domów pomocy społecznej), a możliwości finansowe powinny stwarzać warunki dostępności do tych usług. Szczególnym zakresem świadczeń skierowanym dla ww. grupy osób są realizowane na terenie województwa lubuskiego świadczenia w zakresie geriatry, rehabilitacji, opieki długoterminowej w rodzaju: opieki domowej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia stacjonarnego. Liczba łóżek oraz liczba specjalistów jest niewystarczająca. Z obszaru pomocy społecznej oferta dotyczy domów pomocy społecznej, usług

opiekuńczych, domów dziennego pobytu, rodzinnych domów pomocy, do których dostępność z różnych względów jest ograniczona.

### **Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych**

W województwie lubuskim funkcjonują 82 Ośrodki Pomocy Społecznej, które usytuowane są w każdej gminie. Ustawa o pomocy społecznej nakłada obowiązek organizowania i zapewnienia usług opiekuńczych osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób. Z danych statystycznych za 2015 r. wynika, że w województwie lubuskim usługi opiekuńcze przyznano dla 2 621 osób, udzielono 782 387 świadczeń na kwotę 9 634 006 zł (w 2011 r. z pomocy w formie usług opiekuńczych skorzystało 2 207 osób, przyznano 692 807 świadczeń na kwotę 7 711 488 zł.)

Prowadzone postępowania nadzorczo-kontrolne wykazały, że w 2015 r. zadań w formie usług opiekuńczych nie realizowało 12 gmin. Stwierdzono również, że występują rozbieżności w podejściu do ich realizacji, m.in. w wycenie kosztu usługi w poszczególnych gminach (kształtuje się od 1,61 zł do 54,27 zł za 1 godzinę) oraz zdarzają się też sytuacje, że gmina podwyższa cenę 1 h/usługi. Skutkiem wysokiego kosztu usługi, podopieczni ograniczają ich liczbę, bądź całkowicie rezygnują ze świadczenia. Zjawisko to jest bardzo niepokojące, ponieważ dotyczy jednej z najsłabszych grup społecznych, osób utrzymujących się z emerytury, czy renty a więc świadczeń, których wysokość w wielu przypadkach nie wystarcza na podstawowe potrzeby. Wzrost wysokości świadczenia przekłada się na ograniczenie dostępności do usług osobom, które ze względu na stan zdrowia powinny otrzymać wsparcie w tej formie, a z powodu znacznego obciążenia budżetu domowego z pomocy nie skorzystają. Ponadto, w trakcie czynności kontrolnych stwierdzono, że w większości gmin świadczenie usług ogranicza się do dni roboczych i usługobiorcy w dni wolne od pracy muszą radzić sobie sami. Częstą praktyką jest świadczenie usług w miejscu zamieszkania osobom wymagającym opieki, które ze względu na swoją głęboką niepełnosprawność i całkowity brak samodzielności (np. osoby ociemniałe ze schorzeniami narządu ruchu i starsze), powinny być kierowane do placówek całodobowych, typu dom pomocy społecznej.

W woj. lubuskim funkcjonują 23 domy pomocy społecznej i od kilku lat liczba ta utrzymuje się na tym samym poziomie (w 2011 r. – 24 DPS, spadek liczby DPS wynika z połączenia 2 DPS). Wśród wszystkich domów pomocy społecznej – 5 przeznaczonych jest dla osób w podeszłym wieku, w tym 4 DPS prowadzone są łącznie dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych posiadają profile łączone. Na przestrzeni lat 2011/2015 obserwuje się spadek ogólnej liczby miejsc w DPS (2%), w tym również tendencję malejącą w zakresie liczby miejsc przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku (27% spadek). Przyczyn zmniejszającej się liczby miejsc w tych placówkach upatrywać należy w ograniczaniu dostępności do tej formy pomocy przez coraz większą liczbę gmin woj. lubuskiego (obarczanie wysokim kosztem rodzin osób starszych). Tutaj zaobserwować można podobną sytuację, jak w przypadku usług opiekuńczych. Aktualnie do domów pomocy społecznej kierowane są osoby samotne, albo osoby z rodzin, których status materialny nie pozwala na partycypację w kosztach pobytu w domach pomocy społecznej. Konieczność partycypowania w kosztach przez zamożniejsze rodziny osób starszych, również na tyle obciąża ich budżet domowy, że nie pozwala na zapewnienie tej formy opieki. Gminy w takich przy-



padkach nie uczestniczą w ocenie możliwości rodzin zapewnienia całodobowej opieki. Ograniczenie dostępności do usług z tego powodu, może generować nowe społeczne zagrożenia dla osób starszych, tj. bezdomność tych osób, pozostawianie ich w innych placówkach, szpitalach, schroniskach itp.

Zmieniające się profile w domach pomocy społecznej natomiast, dostosowywane są na bieżąco do występujących stanów mieszkańców i związanych z nimi potrzeb. W domach pomocy społecznej następuje starzenie się dotychczasowych mieszkańców (wzrost liczby osób powyżej 60 roku życia o 3 p.p.), wzrasta odsetek liczby mieszkańców obłożnie chorych, wymagających pomocy w codziennych czynnościach oraz mieszkańców w pełni wymagających opieki personelu (tj. nie opuszczających łóżek) czy sklasyfikowanych w skali Barthel 0–40 pkt.

W woj. lubuskim rośnie zainteresowanie uruchamianiem prywatnych placówek świadczących całodobowe usługi dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych i w podeszłym wieku prowadzonych w ramach działalności gospodarczej/statutowej. Na przestrzeni lat 2011/2015 liczba ta zwiększyła się czterokrotnie. Wg stanu na koniec 2015 r. w rejestrze wojewody znajdują się 4 takie placówki oferujące łącznie 121 miejsc, w tym 111 miejsc przeznaczonych jest dla osób w podeszłym wieku (tj. 92% wzrost ogólnej liczby miejsc w porównaniu do 2011 r., w tym 76% wzrost dotyczy liczby miejsc przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku). Odnotowywana tendencja wzrostowa w zakresie liczby uruchamianych prywatnych placówek z jednej strony zwiększa dostępność do usług całodobowych oferowanych m.in. osobom w podeszłym wieku, z drugiej zaś niesie szereg zagrożeń z tego tytułu (brak ustawowo określonego minimalnego wskaźnika zatrudnienia w tego typu placówkach i brak zaangażowania gmin w stosunku do osób przebywających w tego typu placówkach). Ponadto, występują sytuacje działalności tego typu placówek bez właściwego zezwolenia wojewody oraz przebywanie osób wymagających całodobowej opieki w placówkach noclegowych, schroniskach itp., co ma wpływ na bezpieczeństwo, zdrowie a nawet życie tych osób.

W województwie lubuskim aktualnie działa 1 rodzinny dom pomocy oferujący w sumie 8 miejsc. Gminy wykazują brak zainteresowania na tworzenie tych form pomocy (koszt pobytu w rodzinnym domu pomocy jest porównywalny do kosztu w domu pomocy społecznej a dodatkowa jest odpowiedzialność za jakość świadczonych w placówce usług).

Osoby starsze samodzielne mają możliwość korzystania z usług świadczonych przez zorganizowane grupy wsparcia. Na terenie województwa lubuskiego gminne rady seniorów są obecne w przestrzeni publicznej od kilku lat. Tworzone są w celu zapewnienia osobom starszym wpływu na sprawy dotyczące lokalnej społeczności, stworzenia warunków do pobudzania aktywności obywatelskiej osób starszych, rozwijania więzi międzypokoleniowej, reprezentowania interesów osób starszych wobec władz samorządowych oraz reprezentacji ich interesów i potrzeb, stworzenia możliwości zaangażowania seniorów w życie społeczne oraz zapewnienia wpływu na sprawy dotyczące jakości ich życia. Gminne rady seniorów na obszarze województwa lubuskiego liczą od 7 do 15 członków. W skład rady wchodzi zwykle przedstawiciele osób starszych w wieku od 55 lat zamieszkałych na terenie danej gminy oraz przedstawiciele podmiotów działających na rzecz osób starszych. Województwo lubuskie liczy 82 gminy. W 8 z nich zostały utworzone gminne rady seniorów. Ponadto zarządzeniem Prezydenta Miasta Gorzowa Wlkp. z dnia 5 listopada 2015 r.

powołano zespół roboczy ds. opracowania zasad funkcjonowania Gorzowskiej Rady Seniorów składający się z mieszkańców 60+ oraz przedstawicieli środowiska działającego na rzecz gorzowskich seniorów.

Ponadto, na terenie województwa lubuskiego funkcjonują ośrodki wsparcia – Domy Dziennego Pobytu. Dom wspiera osoby, które ze względu na wiek, choroby lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki w zaspokojeniu niezbędnych potrzeb życiowych. W 2015 r. odnotowano wzrost liczby Domów Dziennego Pobytu o 1 placówkę. Obecnie z usług DDP korzysta 369 osób, to jednak mniej o 76 osób niż w 2011 r.

W ramach systemu świadczeń rodzinnych osoby starsze mogą otrzymać zasiłek pielęgnacyjny. Przyznaje się go w kwocie 153 zł miesięcznie, w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Zasiłek przysługuje m. in. osobie, która ukończyła 75 lat. Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego. W 2015 r. w woj. lubuskim gminy wypłaciły łącznie 5 853 zasiłki pielęgnacyjne dla osób powyżej 75 r.ż., średnio miesięcznie wypłacano 488 zasiłków.

Ponadto osoby nie podejmujące lub rezygnujące z zatrudnienia w celu sprawowania opieki nad niektórymi osobami niepełnosprawnymi mogą się ubiegać o specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna. Jednakże w sprawozdawczości nie są wyodrębnione dane nt. wieku osób, nad którymi sprawowana jest opieka, dlatego też nie można określić, ile z tych świadczeń jest wypłacanych dla osób opiekujących się osobami starszymi.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nakłada na Wojewodę obowiązek przedstawiania Pełnomocnikowi do Spraw Osób Niepełnosprawnych kwartalnych informacji o realizacji zadań powiatowych zespołów i wojewódzkiego zespołu. Wśród danych przesyłanych przez Powiatowe Zespoły do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności jest „Tabela III.1. Liczba wydanych orzeczeń wg przyczyn niepełnosprawności, stopni niepełnosprawności, wieku, płci, wykształcenia i zatrudnienia”. Z informacji tych wynika, że w 2015 r. osobom w wieku 60 lat i więcej wydano w województwie lubuskim 11619 orzeczeń. Dominującymi kodami chorobowymi był symbol 05-R – upośledzenia narządu ruchu (4245 orzeczeń), 07-S – choroby układów oddechowego i krążenia (2794 orzeczenia) oraz 10-N – choroby neurologiczne (1552 orzeczenia).

### **Dobre praktyki**

W województwie lubuskim funkcjonują Kluby Seniora i Uniwersytety Trzeciego Wieku, które są dostępne dla mieszkańców w gminach. Zauważa się tendencję wzrostową liczby zorganizowanych grup wsparcia osób starszych, funkcjonujących na terenie gminy, w tym: Klubów Seniora i Uniwersytetów Trzeciego Wieku prowadzonych przez gminę i organizacje pozarządowe – z liczby 101 w 2011 r. do liczby 149 w 2015 r. W zakresie aktywizacji osób starszych możemy mówić o zwiększającej się dostępności do usług.

Dostrzegając problemy z zapewnieniem opieki osobom starszym, Wojewoda Lubuski wspiera organizacje pozarządowe działające w obszarze pomocy społecznej w realizacji zadań,

na podstawie z art. 22 pkt 14 *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz.U. z 2016 r. poz. 930 i 1583). W ramach priorytetów wybranych na dany i ubiegły rok wyszczególnione zostały działania obejmujące wsparcie zadań skierowanych do osób starszych, niesamodzielnych. W 2015 r. jeden z priorytetów dotyczył wsparcia w opiece nad niesamodzielnym członkiem rodziny lub osoby samotnej, w tym w szczególności objął:

- 1) działania zmierzające do wypracowania zasad współpracy pomiędzy placówkami ochrony zdrowia, a jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia właściwego wsparcia osobom niesamodzielnym, opuszczającym placówki ochrony zdrowia;
- 2) pomoc osobom niesamodzielnym w ich miejscu zamieszkania, z uwzględnieniem wolontariatu;
- 3) działania nastawione na zapewnienie opieki i wsparcia osobom niesamodzielnym w dziennych formach pobytu.

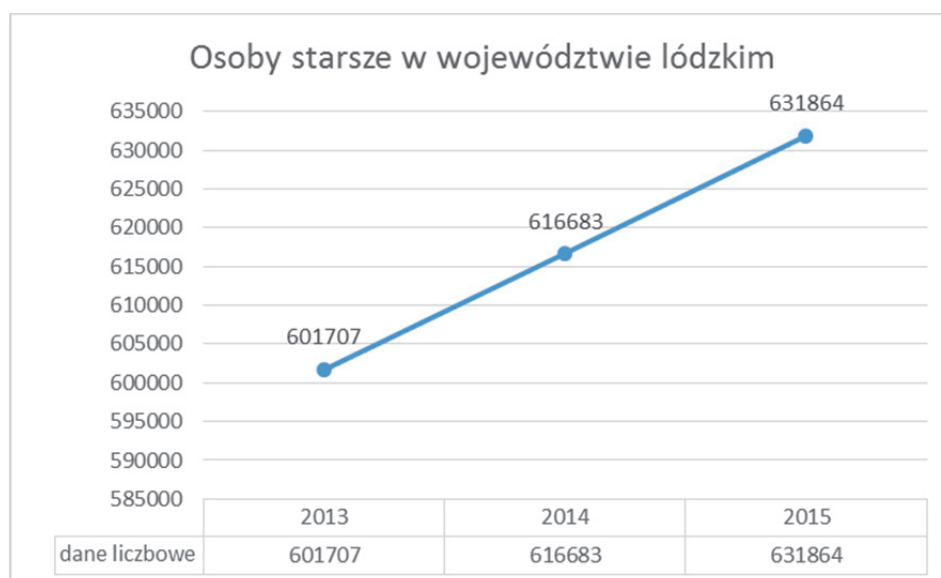
W tym priorytecie odnotowano największe zainteresowanie ze strony organizacji pozarządowych i rozwój w tym zakresie.

## II.2.5 Województwo łódzkie

### Sytuacja demograficzna

Województwo łódzkie jest jednym z najstarszych demograficznie regionów w Polsce. Wg danych z GUS zjawisko starzenia się społeczeństwa jest procesem postępującym w wyniku którego będzie następował wzrost liczby osób w podeszłym wieku przy jednoczesnym stosunkowo niższym przyroście naturalnym. Problematyka zapewnienia opieki i wsparcia osobom starszym nabiera szczególnego znaczenia w kontekście zmian demograficznych zachodzących w województwie łódzkim.

**Wykres 10. Liczba osób starszych w województwie łódzkim**



Źródło: opracowanie własne Urzędu Wojewódzkiego województwa łódzkiego na podstawie danych GUS.

Zgodnie z *Prognozą demograficzną na lata 2014–2050 dla województwa łódzkiego*<sup>38</sup>, w województwie łódzkim prognozuje się pogłębiający się z roku na rok spadek liczby mieszkańców. W okresie 2014–2050 r. utrzymywać się będzie ujemny przyrost naturalny. Wystąpią również niekorzystne zmiany w strukturze ludności – spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym, przy jednoczesnym wzroście liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. W latach 2014–2015 prognozuje się pogłębienie spadku liczby ludności, a niekorzystne zmiany demograficzne na wsi wystąpią począwszy od 2025 r. Prognozuje się, że liczba ludności miast w województwie łódzkim w 2050 r. będzie o 29,4% mniejsza niż w 2013 r., natomiast na wsi – o 5,0%. Według prognozy, w okresie 2013–2050 r., w miastach województwa łódzkiego najbardziej zmniejszy się liczba osób w wieku 30–34 lata – o 59,3%, a na wsi w wieku 20–24 lata – o 38,5%. Największy wzrost liczby ludności zarówno w miastach, jak i na wsi wystąpi natomiast wśród osób w wieku 85 lat i więcej (odpowiednio o 178,5% i o 152,4%) oraz w wieku 70–74 lata (odpowiednio o 68,5% i o 113,1%).

Proces starzenia się społeczeństwa w województwie łódzkim przebiegać będzie nieco wolniej niż w skali całego kraju. W 2050 r. notowany tu wiek środkowy – 53,9 roku będzie jednak wciąż wyższy (o 1,4 roku) niż dla Polski ogółem. W województwie łódzkim, w latach 2013–2050, liczba osób w wieku 65 lat i więcej zwiększy się o 64% do 684,0 tys., a osób w wieku 80 lat i więcej – o 97% do 218,0 tys. Z prognozy dla województwa łódzkiego do roku 2050 wynika, że proces starzenia się społeczeństwa będzie się pogłębiał – wzrastać będzie odsetek osób starszych, przy jednoczesnym zmniejszaniu się odsetka dzieci. Do 2050 r. prognozuje się 2,5-krotny wzrost indeksu starości, przy czym proces starzenia się społeczeństwa będzie przebiegać w równym stopniu w miastach i na wsi. Przewiduje się, że zjawisko podwójnego starzenia się społeczeństwa będzie narastało. W województwie łódzkim udział ten zwiększy się zarówno w miastach – z 25,4% w 2013 r. do 33,0% w 2050 r., jak i na wsi odpowiednio z 28,8% do 30,3%.

### **Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych**

W 2015 r. w województwie łódzkim 21 342 osoby, które ukończyły 60 r.ż. skorzystały ze świadczeń z pomocy społecznej, co stanowi tylko 3,4% wszystkich seniorów. Dane te pokazują, że w zdecydowanej większości osoby starsze nie korzystają ze świadczeń z pomocy społecznej. Powyższe świadczy o zaspokajaniu niezbędnych potrzeb samodzielnie lub przy wsparciu najbliższej rodziny. W ww. grupie znajdują się również seniorzy, którzy nie kwalifikują się do udzielenia pomocy finansowej w formie zasiłków ze względu na przekroczenie kryterium dochodowego oraz osoby, które nie chcą z różnych względów korzystać ze świadczeń z pomocy społecznej.

---

<sup>38</sup> Opracowanie na podstawie: *Prognoza demograficzna na lata 2014–2050 dla województwa łódzkiego*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2015 (na podstawie *Prognozy ludności na lata 2014–2050 dla województw* opublikowanej przez Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014).

**Tabela 93. Liczba osób starszych korzystających z różnych form wsparcia w ramach pomocy społecznej w województwie łódzkim**

Forma świadczenia	Osoby starsze w rodzinie	Osoby starsze samotnie gospodarujące
Zasiłek stały	729	4 437
Zasiłek okresowy	815	2 883
Schronienie	12	242
Posiłek	476	1 456
Ubranie	13	74
Usługi opiekuńcze ogółem	629	5 417
w tym specjalistyczne	19	94
Zasiłki celowe na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego	86	57
Zasiłki celowe w formie biletu kredytowanego	0	0
Inne zasiłki celowe i w naturze ogółem	2 386	7 662
w tym: zasiłki specjalne celowe	854	2161
Zasiłki celowe przyznane niezależnie od dochodu na podstawie art. 39a ust. 1 i 2	15	28
Poradnictwo specjalistyczne (prawne, psychologiczne, rodzinne)	503	569
RAZEM	4 581	16 761

Źródło: opracowanie własne Urzędu Wojewódzkiego województwa łódzkiego.

Domy pomocy społecznej stanowią najbardziej rozpowszechnioną formę opieki całodobowej nad osobami, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymagają wsparcia i opieki w formach i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb tych osób. Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. w województwie łódzkim funkcjonowały 64 domy pomocy społecznej, znajdujące się w 69 lokalizacjach (wraz z domami prywatnymi), posiadające 6 464 miejsca statutowe (w tym 257 miejsc w domach prywatnych). W tym, na terenie województwa łódzkiego funkcjonuje 12 domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku posiadających łącznie miejsca dla 959 osób i 10 domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych posiadających łącznie 723 miejsca statutowe. Faktem świadczącym o dużym zainteresowaniu tą formą pomocy jest liczba osób w podeszłym wieku oczekujących na przyjęcie do domów pomocy społecznej. Na dzień 31 grudnia 2015 r. na miejsce w domach pomocy społecznej oczekiwały 174 osoby, w tym 105 osób to mieszkańcy Miasta Łodzi.

Osoby starsze wymagające pomocy w podstawowych czynnościach dnia codziennego korzystają również z oferty placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. W województwie łódzkim na dzień 31 grudnia 2015 r., 20 podmiotów posiadało zezwolenie Wojewody Łódzkiego na prowadzenie placówki zapewniającej całodobową opiekę. Placówki te dysponowały łącznie 455 miejscami. Warto podkreślić, że placówki funkcjonujące na terenie województwa łódzkiego, poza obowiązującym standardem określonym w ustawie o pomocy społecznej coraz częściej świadczą dodatkowe usługi w postaci m.in. rehabilitacji, terapii zajęciowej.

Biorąc pod uwagę założenia polityki społecznej wobec osób starszych należy podkreślić, że umieszczenie osób starszych w ww. placówkach świadczących całodobową opiekę staje się

ostatecznością. Celem głównym polityki społecznej wobec osób starszych jest podjęcie takich działań, które umożliwią osobom starszym jak najdłuższe, w miarę samodzielne funkcjonowanie w środowisku. Formami wsparcia umożliwiającymi funkcjonowanie ww. osób w środowisku są między innymi usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, dzienne domy pomocy.

Na terenie województwa łódzkiego na dzień 31 grudnia 2015 r. działało 29 dziennych domów pomocy prowadzonych przez gminy, z których oferty łącznie skorzystało 1831 seniorów oraz 2 prowadzone przez podmioty prywatne, z których oferty skorzystało 108 osób. Dzielne domy pomocy funkcjonujące na terenie województwa łódzkiego zapewniają pomoc osobom w wieku poprodukcyjnym niepodlegającym zatrudnienia, niepracującym emerytom i rencistom w organizacji czasu wolnego i aktywizacji społecznej poprzez:

- umożliwienie pobytu i wypoczynku na terenie Domu;
- zaspokajanie potrzeb towarzyskich i kulturalnych;
- uczestnictwo w zajęciach służących utrzymaniu sprawności psychofizycznej.

Ponadto w ramach programu wieloletniego „Senior-WIGOR”, w 2015 r. powstało 8 ww. dziennych domów dla około 200 osób. W nowo utworzonych placówkach wsparcia dziennego osoby nieaktywne zawodowo w wieku 60+ mogły uzyskać wsparcie poprzez korzystanie z oferty społecznej aktywizacji, w tym prozdrowotnej, obejmującej także usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, kulturalnej, edukacyjnej oraz opiekuńczej.

W 2015 r. z pomocy w formie usług opiekuńczych skorzystały aż 5 933 osoby starsze, co stanowi 85,96% wszystkich osób (7 033), którym została przyznana pomoc w postaci usług opiekuńczych. Osoby, które ukończyły 60 r.ż. korzystały także ze specjalistycznych usług opiekuńczych, a mianowicie 113 osobom starszym przyznana została ta forma pomocy spośród 179 wszystkich osób otrzymujących pomoc w postaci specjalistycznych usług opiekuńczych.

Na terenie województwa łódzkiego funkcjonuje także 31 poradni geriatrycznych oraz 4 oddziały szpitalne, które posiadają miejsca geriatryczne. Ponadto w województwie funkcjonuje również 26 Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych i 7 Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych.

### **Dobre praktyki**

Dokonując analizy sytuacji osób starszych, należy również przedstawić szeroki zakres inicjatyw społecznych podejmowanych na rzecz seniorów. Bardzo ważnym czynnikiem wpływającym pozytywnie na jakość życia osób starszych jest bowiem aktywność społeczna. Istotnym jest, aby bez względu na zaangażowanie w życie rodzinne, zachęcać osoby w wieku przed jak i emerytalnym do budowania relacji społecznych poza rodziną. W celu poprawy jakości życia osób starszych na terenie województwa łódzkiego, przeciwdziałania ich izolacji i marginalizacji zostało podjętych wiele ciekawych inicjatyw, które zasługują na szczególne wyróżnienie:

#### **1. Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW)**

W 2015 r. w województwie łódzkim działało 29 UTW. Celem działalności tych uczelni jest aktywizacja osób starszych, a także wykorzystywanie ich potencjału, wiedzy, umiejętności i doświadczenia życiowego. Największą popularnością wśród zajęć prowadzonych na UTW w województwie łódzkim cieszyły się lektoraty z języków obcych oraz zajęcia informatyczne.

Udział osób starszych w tychże zajęciach jest nie tylko okazją do zaspokojenia potrzeb edukacyjnych, rozwijania umiejętności czy nawiązywania kontaktów z osobami z podobnej kategorii wiekowej, ale również powoduje wzrost uczestnictwa tych osób w życiu kulturalnym. Dzięki zorganizowanym przez UTW wyjazdom do kin, teatrów, muzeów, wiele osób po raz pierwszy od bardzo dawna miało możliwość kontaktu ze sztuką. Niestety w województwie łódzkim można zaobserwować tendencję do powstawania UTW tylko w większych aglomeracjach miejskich, miastach powiatowych.

## 2. Karta Seniora

Została wprowadzona przez 7 gmin, w tym: Miasto Bełchatów, Gminę Grabów, Miasto Łowicz, Miasto Łódź, Miasto Wieluń, Miasto Gmina Aleksandrów Łódzki, Miasto Zgierz. Łącznie wydano karty dla 24 947 seniorów. Osoby posiadające kartę mogą korzystać ze zniżek, specjalnych ofert przygotowanych przez partnerów programu.

## 3. Programy, projekty realizowane na rzecz osób starszych przez Miasto Łódź

➤ *Program „Aktywizacja 60+”* Miasta Łodzi realizowany w ramach „Polityki zdrowia dla Miasta Łodzi 2020+”, którego celem jest aktywizacja oraz poprawa jakości życia osób powyżej 60 roku życia mieszkających na terenie Miasta Łodzi.

Cele szczegółowe obejmują następujące zagadnienia: promowanie pozytywnego i aktywnego wizerunku seniora, rozwijanie idei wolontariatu oraz wspieranie liderów działających w lokalnych środowiskach wśród osób 60+, integracja międzypokoleniowa oraz międzypokoleniowy przepływ wartości. W ramach programu powstało pięć Dzielnicowych Centrów Aktywnego Seniora, w których realizowane są następujące bloki tematyczne: aktywny senior, nowe technologie, kultura. W 2015 r. Centra Aktywnego Seniora liczyły 46 000 uczestników. Ponadto

➤ *Projekt „60+ Wolontariat”*, w którym uczestniczyło 300 osób.

Projekt ma na celu rozwijanie idei wolontariatu oraz wspieranie liderów działających w lokalnych środowiskach wśród osób starszych. Inicjatywą zasługującą na szczególne wyróżnienie jest również powstanie Miejskiej Rady Seniorów. Została ona powołana uchwałą nr XXV/403/11 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 26 października 2011 r., następnie zmienioną uchwałą nr XXXV/660/12 z 14 marca 2012 r. oraz uchwałą nr VII/104/15 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 25 lutego 2015 r. Głównym celem Rady jest służenie seniorom poprzez reprezentowanie ich interesów wobec władz Miasta. Piętnastoosobowa Rada działa w takich obszarach jak: zapobieganie i przełamywanie marginalizacji seniorów, wspieranie aktywności ludzi starszych, mieszkalnictwo dla seniorów, profilaktyka i promocja zdrowia seniorów. W dniu 23 kwietnia 2015 r. odbyły się wybory do Miejskiej Rady Seniorów II kadencji. Miejska Rada Seniorów II kadencji w 2015 r. obradowała na 7 posiedzeniach.

➤ *Telefon Życzliwości dla Seniorów*

Jest to wspólne przedsięwzięcie Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych UMŁ, fundacji Subvenio oraz wolontariuszy, prawników i psychologów. Seniorzy wolontariusze dyżurują przy telefonie wsparcia, który może być antidotum na samotność, pomagać w rozwiązy-

waniu problemów prawnych, socjalnych i innych. W 2015 r. odebrano 600 połączeń telefonicznych. Ponadto w maju 2015 r. Miasto Łódź we współpracy z organizacjami pozarządowymi, instytucjami, podmiotami działającymi na rzecz osób starszych zorganizowało Dni Seniora „Łódzkie Senioralia”, których celem jest zachęcenie osób 60+ do aktywnego stylu życia. Oferta była przygotowana dla ok. 50 000 osób.

➤ *„Kawiarenka dla Seniora”*

Projekt realizowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomsku, którego głównym celem projektu jest aktywizacja i integracja osób starszych i samotnych, zwiększenie ich poczucia przynależności do społeczności lokalnej, przełamanie stereotypów na temat starości. Projekt adresowany jest do seniorów zamieszkujących na terenie miasta Radomska, kobiet w wieku powyżej 60 r.ż. oraz mężczyzn powyżej 65 r.ż., bez względu na wysokość ich dochodów. Głównym założeniem projektu jest współpraca z lokalnymi restauracjami i kawiarniami, które za okazaniem wydanych przez MOPS w Radomsku karnetów sprzedają uczestnikom projektu kawę/herbatę za symboliczną złotówkę, zachęcając tym samym do wspólnego spędzania czasu poza domem. W 2015 r. MOPS w Radomsku wydał 385 karnetów.

4. „Standard realizacji usług dla osób 55+” realizowany przez miasto Kutno

Miasto Kutno zarządzeniem nr 46/2015 Prezydenta Miasta Kutno z dnia 1.04.2015 r. przyjęło „Standard realizacji usług dla osób 55+”. Niniejszy standard jest odpowiedzią na rosnącą liczbę wyzwań związanych ze zwiększającą się populacją osób starszych w mieście Kutno, a także związaną z tym aktywnością organizacji pozarządowych realizujących usługi dla osób starszych w Kutnie.

5. „Program aktywności ruchowej 60+” realizowany przez miasto Sieradz

„Program aktywności ruchowej 60+” realizowany przez Miasto Sieradz jest działaniem, które ma na celu poprawę jakości życia i zdrowia osób powyżej 60 r.ż. poprzez prowadzenie zajęć ruchowych oraz edukacji zdrowotnej. Jest to program cieszący się dużym zainteresowaniem wśród mieszkańców. W 2015 r. ogółem w programie uczestniczyło 125 osób, w tym 110 kobiet i 15 mężczyzn.

6. Aktywność społeczna seniorów

Ponadto na terenie wielu gmin działają Koła Emerytów i Rencistów, chóry, kabarety skupiające seniorów. W bibliotekach publicznych tworzone są kółka literackie, organizowane są prelekcje, warsztaty dla osób starszych. W organizowaniu działalności kulturalno-edukacyjnej dla omawianej grupy osób biorą udział również domy kultury, które co najmniej kilka razy w roku organizują różnego rodzaju spotkania tematyczne. Warto również wspomnieć, że coraz więcej ośrodków sportowych ma w swojej ofercie zajęcia dla osób starszych, np. zajęcia pilates senior, gimnastyka rehabilitacyjna, aerobik wodny, wycieczki rowerowe, joga. Niestety na mapie województwa łódzkiego wciąż można znaleźć gminy, które nie widzą problemu bierności osób starszych i ich wyizolowania ze społeczeństwa. Nie podejmują żadnych działań, mających na celu aktywizację seniorów poza udzielaniem wsparcia określonego w ustawie o pomocy społecznej.



## 7. Bezpłatne badania

Dobłą praktyką, realizowaną przez wiele gmin w zakresie pro zdrowotnym było organizowanie kilka razy w roku bezpłatnych badań tj.: mammografia, badania wzroku, słuchu, osteoporozy, szczepień przeciw grypie. Tego typu akcje są niezwykle ważne zwłaszcza dla osób starszych mieszkających w małych miejscowościach, gdzie jest utrudniony dostęp do tego typu badań, a wizyta u lekarza wiąże się z koniecznością odbycia podróży do miejscowości oddalonej niejednokrotnie o kilkadziesiąt kilometrów.

## II.2.6 Województwo małopolskie

### Sytuacja demograficzna

Zgodnie z prognozą zawartą w dokumencie „*Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*” w obecnej dekadzie tj. do 2020 r. nastąpi największy wzrost wielkości grupy wiekowej<sup>39</sup> 60–69 aż o 122 tys. osób (z obecnych 229 tys. do 422 tys.). W ciągu następnych 10 lat (2020–30) wzrośnie zdecydowanie liczba osób w grupie 70–79, skutkiem czego grupa ta liczyć będzie 348 tys. osób (obecnie 221 tys. osób). Po roku 2025 rozpocznie się trwający aż do lat 40-tych obecnego wieku systematyczny wzrost liczby osób najstarszych, po 80-tym roku życia, w związku z czym liczebność tej grupy osiągnie poziom 240 tys. osób w stosunku do 110 tys. obecnie. Każda z tych grup wiekowych ma swoje specyficzne potrzeby, które powinny determinować działania podejmowane w ramach polityki społecznej. Małopolanie żyją dłużej niż statystyczni Polacy, średnio o ok. 1 rok. Zmiany struktury wieku ludności obrazują postępujący proces starzenia się ludności województwa. Widoczne jest to przede wszystkim w zmianie wskaźnika obciążenia demograficznego. W 2000 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 68 osób w wieku nieprodukcyjnym, natomiast w 2009 r. współczynnik ten uległ zmniejszeniu do wartości 57 (dla Polski wynosi on 55)<sup>40</sup>.

W Małopolsce wzrastać będzie również wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością starszą – na 100 osób w wieku produkcyjnym (15–64) w 2050 r. przypadać będzie już blisko 50 osób w wieku 65+ (w 2008 r. zaledwie 20). Stanowić to będzie duże wyzwanie dla systemu zabezpieczenia społecznego. W Małopolsce udział osób powyżej 80. roku życia w grupie wiekowej 65+ będzie wysoki w porównaniu z innymi województwami, tak więc szczególną uwagę zwrócić trzeba na tę najstarszą grupę wiekową z jej szczególnymi potrzebami.

Na podstawie informacji przekazanej przez samorządy gminne województwa małopolskiego ludność ogółem wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r., to 3 382 676 osób, z czego 703 569 to osoby w wieku 60+.

<sup>39</sup> Zob: Golinowska S., *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*, Departament Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2012.

<sup>40</sup> *Strategia województwa Małopolskiego w zakresie polityki społecznej na lata 2011–2020*, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2013.

## Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych

### I. Dostępność poziomu usług socjalnych.

Osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Jak wynika ze sprawozdawczości oraz wyników kontroli prowadzonych w 2015 r. w woj. małopolskim na 182 gmin, 61 gmin (33,5%) nie oferowało pomocy w formie usług opiekuńczych. W 2015 r. skorzystało z tej formy pomocy 6 505 osób<sup>41</sup>, w tym 5551 osób w wieku 60+.

Jedynie 15 gmin w województwie małopolskim oferowało osobom potrzebującym wsparcie w formie specjalistycznych usług opiekuńczych. W 2015 r. skorzystało z tej formy pomocy 212 osób w tym 103 osoby w wieku 60+. 74 gminy oferowały osobom potrzebującym, wsparcie w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W ciągu roku skorzystały z tej formy pomocy 873 osoby (w tym 372 osoby 60+).

### II. Wsparcie dla opiekunów nieformalnych

W Małopolsce w ramach *Badania opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego*, zrealizowanego przez Samorząd Województwa Małopolskiego w ramach projektu Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju, przygotowano opracowanie pn. *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej*<sup>42</sup>. Głównym celem badania była identyfikacja, charakterystyka oraz ocena rozwiązań i sposobów, które mogą systemowo wspierać opiekunów rodzinnych osób starszych w Małopolsce. Podjęta została w nim próba oszacowania liczby opiekunów rodzinnych w Małopolsce. Wyniki pokazują, że nawet co piąty Małopolanin opiekuje się osobą starszą, co w efekcie pozwala oszacować liczbę nieformalnych opiekunów na blisko 700 tysięcy. Respondenci wielokrotnie wspominali o obawach związanych z korzystaniem z formalnego wsparcia, w tym przede wszystkim o społecznym napiętnowaniu, a także biurokracji oraz wątpliwościach co do jakości oferowanych usług.

Badanie *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej*<sup>43</sup> wykazało także liczne problemy, z jakimi na co dzień zmagają się opiekunowie rodzinni osób starszych. Ta grupa opiekunów najczęściej sprawuje opiekę całodobową, co może powodować ich wykluczenie społeczne, dezaktywizację zawodową oraz przyszłe trudności w ewentualnym powrocie na rynek pracy. Sytuacja zawodowa opiekunów nieformalnych w znaczący sposób wpływa na ich sytuację materialną. Opieka nad chorą osobą często wiąże się z dużymi kosztami (leki, dostosowanie mieszkania, sprzęt ortopedyczny i pomocniczy), które mogłyby zostać w części zrekompensowane. Istnieje możliwość dofinansowania, jednak często jest ona nieznaną opiekunom,

---

<sup>41</sup> Dane na koniec 2015. Dane ze sprawozdania resortowego MPiPS-03.

<sup>42</sup> Zob: *Badanie opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego*, Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju, Kraków 2014.

<sup>43</sup> Raport dostępny na stronie: <http://www.rops.krakow.pl/publikacje/inne-wydawnictwa/opiekunowie-rodzinni-osob-starszych-problemy-potrzeby-wyzwania-dla-polityki-spoecznej-190.html>

bądź też nie potrafią oni poradzić sobie z formalnościami i nadmiarem dokumentów, nie dysponują czasem niezbędnym na prowadzenie długotrwałych procedur. Największym problemem w kontekście sprawowania opieki rodzinnej nad osobami starszymi wydaje się być brak informacji.

Zestawiając powyższe problemy opiekunów nieformalnych osób starszych ujawnione w badaniach z wiedzą o zasobach regionu należy stwierdzić, że potrzeby opiekunów rodzinnych osób starszych w znaczącej mierze przekraczają możliwości istniejącego już wsparcia w postaci pojedynczych „dobrych praktyk” wspierających opiekę domową i opiekunów (np. szkolenia dla rodzin prowadzone przez Podhalańskie Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum Jezusa Miłosiernego czy grupa wsparcia dla opiekunów Małopolskiej Fundacji Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera). Aby wyjść naprzeciw tym potrzebom w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego ujęte zostały działania wspierające opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych.

### *III. Placówki zapewniające dzienną opiekę i aktywizację osób starszych.*

Wsparcie mieszkańców w postaci placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych wpisuje się w Strategię Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2011–2020. W województwie małopolskim funkcjonują tylko 4 dzienne domy pomocy społecznej, z czego w Krakowie Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej z dwunastoma filiami. Ponad to tego typu placówki prowadzone są w Chrzanowie, Tarnowie i w Oświęcimiu.

### *IV. Dokumenty strategiczne Województwa Małopolskiego*

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w 2010 r. przygotował opracowanie pn. *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa*<sup>44</sup>. Głównym celem dokumentu jest określenie wizji rozwoju regionu, w której produkty i usługi dla starzejącej się populacji staną się jego dobrem, w tym także „eksportowym”, przyczyniając się do zdynamizowania rozwoju lokalnych gospodarek w regionie, wzbogacenia ilościowego i jakościowego regionalnego rynku pracy oraz udostępnienia zasobów naturalnych i wyspecjalizowanych sposobów ich wykorzystania na potrzeby zdrowia i dobrego życia także osób starszych. Zawarte w opracowaniu rekomendacje stały się inspiracją do stworzenia specjalnych zapisów w aktualizowanej w tym czasie Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2011–2020. Ta ostatnia wraz z pakietem programów strategicznych stanowią podstawy dla regionalnej polityki społecznej wobec osób starszych.

Elementy polityki społecznej wobec osób starszych obecne są w wielu dokumentach precyzujących zakres i charakter planowanych do realizacji przedsięwzięć w perspektywie roku 2020, m.in.:

- *Program Strategiczny „Włączenie Społeczne”*:
  - wdrożenie regionalnej strategii działań w kontekście starzenia się społeczeństwa,
  - kompleksowe przygotowanie Małopolski do zaspokojenia potrzeb społecznych pojawiających się z postępem procesu starzenia się społeczeństwa,

<sup>44</sup> Zob.: Golinowska S., *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa...*

- tworzenie warunków do maksymalnego wydłużenia czasu, w którym możliwe jest przebywanie osoby starszej we własnym środowisku i pozostanie w domu i organizacja wsparcia w ich codziennym funkcjonowaniu,
- objęcie oddziaływaniami opiekunów nieformalnych, by zapobiegać negatywnym skutkom społecznym, zdrowotnym i dotyczącym rynku pracy jakie niesie z sobą obciążenie opieką nad osobą niesamodzielną,
- tworzenie miejsc oraz oferowanie usług dostosowanych do potrzeb osób starszych, pozwalających na różnorodną ich aktywność,
- wzrost aktywności osób starszych w ich środowisku lokalnym, promocja usług adresowanych do seniorów, a także zapobieganie stygmatyzacji i marginalizacji osób starszych poprzez prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych oraz edukacyjnych.
- Dokumenty wykonawcze do *Programu Strategicznego Włączenie Społeczne*:
  - Rekomendacje do prowadzenia placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych na terenie Małopolski określające m.in. cele i sposób funkcjonowania placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych, charakterystykę odbiorców wsparcia, realizację podstawowych i dodatkowych usług, minimalne i rekomendowane standardy, w tym lokalowe jakie winny spełniać placówki oraz wymagania stawiane personelowi takich placówek.
  - Rekomendacje dla prowadzenia centrów wsparcia opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych w Małopolsce określające m.in. cele i sposób funkcjonowania centrów, charakterystykę adresatów wsparcia, zakres wymaganych usług i rekomendowane ich standardy, rekomendacje dotyczące personelu takich placówek.
- Program Strategiczny Kapitał Intelktualny i Rynek Pracy:
  - wsparcie efektywnej polityki zatrudnieniowej w Małopolsce
  - poszukiwanie i wdrażanie nowych rozwiązań w zakresie zarządzania wiekiem i wykorzystywania doświadczenia, kompetencji i potencjału pracowników 50+,
  - zindywidualizowanie działań wobec osób starszych ze względu na zróżnicowanie tej grupy i osobiste uwarunkowania (wiek, stan zdrowia),
  - promowanie wśród pracowników i pracodawców elastycznego podejścia do zatrudnienia i organizacji pracy.
- *Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020 – 9 Oś Priorytetowa Region spójny społecznie (Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2 (ZIT) oraz 9.2.3 (SPR) Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa, Typ projektu: A. działania wspierające opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych, B. wsparcie dla tworzenia i/lub działalności placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób niesamodzielnych)*. Dofinansowanie można otrzymać na:
  - uruchomienie subregionalnego centrum wsparcia opiekunów,
  - wsparcie dla tworzenia i/lub działalności placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób niesamodzielnych oferujących oddziaływania terapeutyczne i inne zapewniające utrzymanie optymalnego stanu psychofizycznego, samodzielności aktyw-

- ności uczestników i niedopuszczanie do pogłębiania się dysfunkcji, a także edukację osób niesamodzielnych i ich rodzin;
- wsparcie projektów z zakresu teleopieki. W przypadku zagrożenia system powinien zapewnić otrzymanie szybkiej pomocy. W pierwszej kolejności ma służyć osobom samotnym, niepełnosprawnym obawiającym się braku dostępu do podstawowej opieki w nagłej potrzebie.
  - *Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020 – 8 Oś Priorytetowa Rynek Pracy.*
    - Działanie 8.1 Aktywizacja zawodowa – projekty powiatowych urzędów pracy. W ramach działania realizowane będzie kompleksowe wsparcie na rzecz osób bezrobotnych, w tym należących grupy osób powyżej 50 r.ż. Realizowane projekty powinny ujmować element indywidualnej diagnozy potrzeb osób bezrobotnych oraz charakteryzować się kompleksowością i jak największą skutecznością wsparcia.
    - Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej. W obliczu przemian demograficznych, jakim ulega polski oraz – choć w wolniejszym tempie, także małopolski rynek pracy, konieczne staje się podejmowanie na szerszą niż do tej pory skalę, prewencyjnych działań skoncentrowanych na utrzymaniu zatrudnienia, szczególnie przez pracowników dojrzałych, wśród których ryzyko zaprzestania aktywności zawodowej jest wysokie.
  - Projekt Małopolski Inkubator Innowacji Społecznych (finansowany ze środków PO WER) – obejmujący inkubację innowacji społecznych dotyczących realizacji usług opiekuńczych na rzecz osób starszych w związku z potrzebą zapewnienia efektywnych ekonomicznie rozwiązań organizacyjnych w zakresie opieki nad osobami starszymi w miejscu ich zamieszkania, np. z zakresu wolontariatu i pomocy sąsiedzkiej w celu umożliwienia ich opiekunom aktywności zawodowej i społecznej.
  - Rozwijanie aktywności społecznej osób starszych w szczególności poprzez wspieranie lokalnych inicjatyw (w tym głównie z obszarów wiejskich) – za pośrednictwem Małopolskiej Rady ds. Polityki Senioralnej, Uniwersytetów Trzeciego Wieku (kluby seniora, organizacje seniorskie, miejsca i usługi przyjazne seniorom, wolontariat);
  - Działania, akcje, kampanie edukacyjne i informacyjne (zastosowanie najnowszych technologii na rzecz zdrowego i aktywnego starzenia, edukacja do starości, tworzenie pozytywnego obrazu późniejszej fazy życia);
  - Integracja działań informacyjno-promocyjnych w Internecie na rzecz Małopolskiej polityki senioralnej.
  - Województwo Małopolskie złożyło wnioszek o dofinansowanie projektu *ITHACA – InnoVaTion in Health And Care for All* („ITHACA – Innowacje w zdrowiu i opiece dla wszystkich”). Projekt będzie się skupiał na stymulowaniu wdrażania i rozwijania innowacyjnych rozwiązań i tworzenia ekosystemów na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia oraz utworzeniu modelu „triple win”, który pozwoli na poprawę stanu zdrowia i dobrobytu pacjentów indywidualnych oraz ich zdolności samodzielnej opieki i samodzielnego życia dłużej niż obecnie; zapewni

lepszą kondycję i zyski finansowe sektorom opieki zdrowotnej i społecznej; stworzy bardziej produktywne i konkurencyjne gospodarki regionalne, krajowe i europejskie.

- II edycja Małopolskiego Kongresu Srebrnej Gospodarki połączona z Targami Senioralnymi.

#### V. *Srebrna gospodarka*

Proces starzenia się społeczeństwa nie jest jedynie problemem z zakresu demografii, ale także wyzwaniem dla gospodarki. Dynamicznie zwiększająca się liczba osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do liczby osób w wieku produkcyjnym może stać się przyczyną załamania gospodarki, jeśli nie podejmiemy wysiłku współpracy międzysektorowej w celu wspólnego budowania nowej gałęzi biznesu, jaką jest srebrna gospodarka. Pokazuje ona, że proces starzenia ludności nie musi być jedynie obciążeniem dla systemu ekonomicznego kraju czy regionu, ale także szansą na wzrost gospodarczy i podniesienie konkurencyjności.

Wzrasta zapotrzebowanie na dobra i usługi zaprojektowane w sposób szczególny, tak by przystawały do potrzeb i możliwości osób starszych. Szybki wzrost procentowy udziału seniorów w społeczeństwie spowoduje powstanie i rozwój nowych rynków i miejsc pracy. Stworzy wiele możliwości biznesowych opartych o dotychczas nieznanne modele finansowe. Wymusi zmiany w sposobie i intensywności współpracy pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym. To stawia przed władzami regionalnymi nowe zadanie zainicjowania publicznej debaty na ten temat z udziałem przedsiębiorców, przedstawicieli organizacji pozarządowych i samorządu terytorialnego oraz naukowców.

Podejmowane działania w zakresie srebrnej gospodarki:

- Wydanie publikacji pn. „Srebrna Gospodarka szansą dla Małopolski”, adresowanej do organizacji stykających się ze środowiskiem seniorów, takich jak: samorządy lokalne, organizacje pozarządowe, firmy prywatne, instytucje służby zdrowia i opieki społecznej, ale także instytucje kultury, czy te wspierające zatrudnienie osób dojrzałych. Pozycja ma formułę poradnika zawierającego zalecenia i rekomendacje odnoszące się do różnych obszarów życia społecznego, w których poruszają się osoby w jesieni życia.
- Organizacja Małopolskiego Kongresu Srebrnej Gospodarki, którego celem jest podjęcie dyskusji na temat korzyści i wyzwań rozwoju srebrnej gospodarki w regionie. Głównym tematem spotkania będzie zwiększenie dostępności i poprawa jakości usług i produktów dla osób starszych. Zostaną przedstawione dobre rozwiązania z Polski i zagranicy, wraz z omówieniem możliwości ich wdrożenia we współpracy pomiędzy samorządem terytorialnym a przedstawicielami biznesu.

### **Dobre praktyki**

#### *I. Uniwersytety Trzeciego Wieku*

Istotnym uzupełnieniem działań służb publicznych na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu seniorów są Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). Prowadzą one w szczególności działalność edukacyjną lub aktywizującą na rzecz osób starszych albo działalność w zakresie ochrony praw osób starszych. W województwie małopolskim aktualnie (kwiecień 2016 r.) działa

56 UTW oraz Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Nowym Sączu.

Warto zauważyć, iż w ostatnich latach można zaobserwować dynamiczny rozwój UTW w regionie – w 2012 r. w Małopolsce funkcjonowało 30 UTW, w 2013 r. – 41, w 2014 r. funkcjonowało już 49 uniwersytetów na terenie Małopolski, w 2015 r. – 51, a z początkiem 2016 r. – już 56 jednostek tego typu<sup>45</sup>.

Obecnie małopolskie UTW działają w zasadzie na terenie wszystkich powiatów. Co prawda na terenie powiatu tarnowskiego nie funkcjonuje uniwersytet trzeciego wieku, jednak mieszkańcy tego powiatu mają możliwość uczestnictwa w zajęciach 2 UTW w Tarnowie. Najwięcej tego typu placówek działa w Krakowie (13 UTW). Po 4 UTW działa w powiatach: bocheńskim, krakowskimi wielickim, 3 UTW w powiecie olkuskim i chrzanowskim oraz po 2 UTW w powiatach: brzeskim, gorlickim, limanowskim, miechowskim, myślenickim, nowotarskim, oświęcimskim, proszowickim, suskim i, jak wspomniano wcześniej, w Tarnowie. W pozostałych powiatach, tj. w dąbrowskim, nowosądeckim, tatrzańskim, wadowickim oraz w Nowym Sączu działa po 1 UTW.

Pod względem liczby UTW województwo małopolskie plasuje się na III pozycji po województwach mazowieckim, i dolnośląskim. W całym kraju, wg danych Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Nowym Sączu obecnie działa 557 UTW.

## *II. Projekty i programy realizowane w województwie małopolskim z obszaru polityki społecznej przeznaczone dla osób 60+ (zakłada się ich kontynuację w kolejnych latach)*

W województwie małopolskim realizowane przez organizacje pozarządowe są projekty w ramach dotacji Województwa Małopolskiego udzielanych w drodze otwartych konkursów ofert na realizację zadań publicznych WM z obszaru pomocy społecznej w zakresie wspierania funkcjonowania społecznego oraz przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych. Projekty te najczęściej oferowały: zajęcia edukacyjne, warsztaty rękodzielnicze, nt. zdrowego stylu życia, bezpieczeństwa, przedsięwzięcia turystyczne, krajoznawcze, rekreację i rehabilitację ruchową, naukę obsługi komputera i korzystania z Internetu.

### ➤ Akcja „Miejsce przyjazne seniorom”

Celem akcji jest promowanie takich miejsc na terenie miasta Krakowa, w których osoby starsze mogą korzystać ze specjalnie dostosowanych do ich potrzeb i możliwości ofert. Kluczowe założenie akcji polega na zwróceniu uwagi na osobę starszą jako potencjalnego klienta i konsumenta, o którego należy w szczególny sposób zadbać.

### ➤ Małopolski Plebiscyt pn. „POZA STEREOTYPEM – Senior Roku”

Przedsięwzięcie ROPS w Krakowie aktywizujące osoby starsze i przyczyniające się do promocji aktywnych seniorów. Celem plebiscytu jest wyłonienie nietuzinkowych seniorów, którzy w sposób wyróżniający się działają w organizacjach pozarządowych, uniwersytetach trze-

<sup>45</sup> Opracowanie na podstawie na podstawie danych Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku (stan na styczeń 2016 r.) oraz strony internetowej stowarzyszenia Liszki.TV: <http://liszki.tv/liszki-tv/> (dostęp: 05.04.2016 r.).

kiego wieku czy są liderami lokalnych społeczności oraz promowanie ich postawy zaangażowania i aktywności. Plebiscyt jest pierwszą taką inicjatywą w kraju. Adresatami akcji są osoby w wieku emerytalnym, nieaktywne zawodowo, które uświadamiają młodszemu pokoleniu, że życie na emeryturze może być pełne pasji, działań i wypełnione licznymi obowiązkami.

➤ Projekt „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”

Projekt realizowany jest od 2012 r., w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy w celu podniesienia dostępu mieszkańców Małopolski do usług pomocy społecznej. Projekt zakłada waloryzację bazy infrastrukturalnej domów pomocy społecznej, doposażenie tych jednostek w sprzęt oraz profesjonalizację usług personelu (koniec rzeczowej realizacji projektu lipiec 2016 r.). W wyniku realizacji projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” powstało 160 nowych miejsc w domach pomocy społecznej, 2 mieszkania chronione, ponad tysiąc pracowników domów pomocy społecznej i placówek opiekuńczo-wychowawczych podniosło swoje kompetencje, zmodernizowano lub utworzono prawie 2 hektary terenów rekreacyjnych przy DPS-ach i placówkach oraz zakupiono ponad 2700 sztuk sprzętu i wyposażenia. Ponadto z możliwości zwiększenia kwalifikacji swojego personelu skorzystało 50 DPS-ów (kwalifikacje podniosło 226 pielęgniarek i pielęgniarzy), a z doposażenia w niezbędny sprzęt pielęgniarski skorzystało 47 DPS-ów (otrzymały one ponad 1500 sztuk sprzętu).

➤ „Małopolska Karta Seniora”

W 2013 r. w ramach otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych Województwa Małopolskiego z obszaru pomocy społecznej w zakresie wspierania funkcjonowania społecznego oraz przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych Stowarzyszenie „Manko” zrealizowało projekt „Małopolski Senior”, obejmujący. Początkowo pozyskano 60 partnerów oraz wydano tysiąc kart. Dziś (wg serwisu internetowego Stowarzyszenia „Manko”) do inicjatywy przystąpiło 220 partnerów i wydano już 20 tysięcy kart. Od 2015 r. Karta Seniora zmieniła swój charakter na ogólnopolski.

*III. Gremia opiniotwórczo-doradcze w obszarze polityki senioralnej*

**a) Małopolska Rada ds. Polityki Senioralnej**

Jest to organ opiniująco-doradczy Zarządu Województwa Małopolskiego w obszarze problematyki osób starszych oraz solidarności międzypokoleniowej. Rada została powołana uchwałą Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 31.12.2013 r. w celu wzmocnienia pozycji małopolskich seniorów w życiu społecznym, stworzenia warunków do realizacji potrzeb i poprawy jakości życia oraz realizacji wspólnych przedsięwzięć. W skład Rady wchodzi m.in. przedstawiciele Uniwersytetów Trzeciego Wieku, organizacji senioralnych, środowiska naukowego, służby zdrowia oraz samorządu województwa, a do jej zadań należy w szczególności:

- współtworzenie głównych kierunków polityki społecznej wobec osób starszych w województwie małopolskim;
- wspieranie rozwoju uniwersytetów trzeciego wieku i działań mających na celu rozwój kształcenia ustawicznego adresowanego do osób 60+;



- współpraca przy organizacji otwartych konkursów ofert na realizację zadań publicznych Województwa Małopolskiego z obszaru pomocy społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych;
- wypracowanie propozycji rozwiązań na rzecz środowiska seniorów województwa małopolskiego;
- proponowanie działań na rzecz integracji środowiska seniorów oraz wymiany i komunikacji międzypokoleniowej województwa małopolskiego.

Na posiedzeniach Rady powstały takie inicjatywy, jak:

- uchwała popierająca ideę tworzenia Gminnych Rad Seniorów, przekazana następnie do jednostek samorządu terytorialnego;
- badanie (przeprowadzone we wszystkich małopolskich gminach), którego celem była diagnoza już istniejących Gminnych Rad Seniorów, jak i możliwości powstania kolejnych;
- rozpowszechnienie w Małopolsce informacji na temat programów profilaktycznych dostępnych dla seniorów.

#### **b) Gminne rady seniorów**

Gminne rady seniorów tworzone są na podstawie art. 5c ustawy o samorządzie gminnym (obowiązuje od 30 listopada 2013 r.). Są to organy o charakterze konsultacyjnym, doradczym i inicjatywnym, reprezentujące środowiska osób starszych. Tworzenie gminnych rad seniorów ma sprzyjać solidarności międzypokoleniowej oraz tworzeniu warunków do pobudzania aktywności obywatelskiej osób starszych w społeczności lokalnej. Powołanie Gminnych Rad Seniorów ma pozwolić skuteczniej przedstawiać oczekiwania i potrzeby osób starszych wobec władz lokalnych.

Aktywność małopolskich samorządów w zakresie tworzenia gminnych rad seniorów diagnozowano w ramach badania przeprowadzonego w 2015 r. z inicjatywy Małopolskiej Rady ds. Polityki Senioralnej. Wzięły w nim udział wszystkie 182 gminy województwa małopolskiego. Zgodnie z wynikami badania w Małopolsce w 2015 r. funkcjonowało 11 gminnych rad seniorów (6% gmin), a 7 było w trakcie powoływania (4%).

#### *IV. Działania Wojewody na rzecz seniorów*

##### **a) Dofinansowanie realizacji projektów w zakresie tworzenia systemu pomocy osobom w wieku 60+, po przebytej hospitalizacji**

W trakcie hospitalizacji część osób traci dotychczasową sprawność w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Szczególną grupę, wśród osób opuszczających szpitale, stanowią seniorzy, niejednokrotnie wymagający pomocy już w momencie opuszczenia szpitala. W efekcie osoby te, po wyjściu ze szpitala, mogą wymagać wsparcia ze strony innych instytucji. Brak wiedzy na temat tego, do kogo powinny się zwrócić o wsparcie, jak postępować, czy też jaką pomoc mogłyby otrzymać uniemożliwia im właściwą i skuteczną rekonwalescencję, co w konsekwencji prowadzi często do pogorszenia stanu zdrowia i zaistnienia konieczności powtórnej hospitalizacji lub skierowania do placówki całodobowej.

Problem ten był sygnalizowany na jednym z cyklicznych spotkań Wojewody Małopolskiego z samorządami, w ramach cyklu prezentacji „Pomagać potrzebującym. Współdziałanie na rzecz

seniorów”. Zaproponowano, aby gminy przedstawiły pilotażowe projekty wsparcia niesamodzielnych seniorów opuszczających szpitale.

W rezultacie do dofinansowania zakwalifikowano projekty z 20 gmin, na łączną kwotę 1.599.194,00 zł. Dofinansowaniem objęto lokalne programy uwzględniające organizację, a następnie koordynację współpracy instytucji oferujących różne formy pomocy osobom starszym w sposób, który zapewni możliwie jak najdłuższe funkcjonowanie takich osób w swoim środowisku.

#### **b) Turnusy opiekuńcze dla osób starszych**

Jednym z istotnych problemów społecznych jaki można zaobserwować i jaki narasta w ostatnim czasie ze względu na starzejące się społeczeństwo jest sprawowanie stałej, całodobowej, domowej opieki nad osobami bliskimi, niezdolnymi do samodzielnej egzystencji ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność. Dlatego w roku 2008 r., Wojewoda Małopolski mając na uwadze duże zapotrzebowanie społeczne na usługi umożliwiające czasowe odciążenie opiekunów osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji w ich codziennych obowiązkach, podjął decyzję o zleceniu podmiotom pozarządowym w drodze otwartego konkursu ofert realizacji programu opieki krótkoterminowej nad osobami chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi pn.: *Wsparcie rodzin i opiekunów długotrwale zajmujących się osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność i wymagających stałej opieki, mające na celu odciążenie ich w codziennych obowiązkach, poprzez zorganizowanie podopiecznym całodobowego, okresowego pobytu w postaci turnusów opiekuńczych w ośrodkach wsparcia lub podobnych placówkach świadczących usługi opiekuńcze.*

Istotną przesłanką do realizacji tego typu zadania była również chęć zagwarantowania opiekunom osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, często nadmiernie obciążonym sprawowaniem opieki, niezbędnego czasu na załatwienie ważnych życiowych spraw, takich jak: wizyta u lekarza, pobyt w szpitalu, wyrobienie dokumentów czy remont mieszkania. Realizacja zadania miała również zagwarantować rodzinom chwilowy odpoczynek od codziennego wspierania podopiecznych.

Podczas dwutygodniowego pobytu na turnusach opiekuńczych uczestnikom zapewniono rzetelną, fachową, całodobową opiekę, pomoc medyczną i pielęgniarzką z uwzględnieniem zaleceń lekarskich, a także wyżywienie z uwzględnieniem posiłków dietetycznych. Uczestnikami turnusów opiekuńczych finansowanych w całości lub częściowo przez Wojewodę Małopolskiego były osoby wymagające stałej całodobowej opieki, w szczególności z porażeniem mózgowym, z chorobami neurologicznymi (stwardnienie rozsiane), cierpiące na zespół otępienny typu Alzheimer, osoby autystyczne, niedołążne, z ograniczoną sprawnością ruchową organizmu i poważnie chore somatycznie; niejednokrotnie nowotworowo. Od samego początku realizacja zadania cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. W 2008 r. z pilotażowego programu prowadzonego tylko przez 2 miesiące skorzystało 100 osób. W roku następnym były to 473 osoby. W 2010 r. z programu skorzystało 345 osób, a w 2011 r. skorzystało 727 osób. W roku 2014 na turnusach opiekuńczych przebywało 113 osób, natomiast w roku 2015 łącznie 294 osoby.

Z turnusów opiekuńczych finansowanych lub dofinansowanych z budżetu Wojewody Małopolskiego w latach 2008–2015 skorzystały w sumie 2052 osoby niezdolne do samodzielnej

egzystencji, tym samym tyleż rodzin lub opiekunów otrzymało realne wsparcie w codziennej opiece sprawowanej nad osobami niepełnosprawnymi.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r., we współpracy z podmiotami pozarządowymi oraz 96 gminami, które przystąpiły do projektu poprzez partycypacje w kosztach realizacji zadania, możliwe będzie zorganizowanie 387 pobyków na turnusach opiekuńczych, w tym:

- 222 pobyty zorganizuje – Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy,
- 165 pobyków zorganizuje – Stowarzyszenie im. Doktora Edmunda Wojtyły w Wadowicach.

### **c) Ośrodki wsparcia dla osób starszych**

Oferta dofinansowania ośrodków wsparcia dla osób starszych została do wszystkich gmin w Małopolsce. Zadanie jest realizowane od 2012 r. w dwóch wariantach:

1. Ośrodek wsparcia dla osób starszych nawiąże współpracę z funkcjonującą na terenie gminy placówką wsparcia dziennego lub świetlicą szkolną – wówczas finansowane są tylko miejsca dla osób starszych;
2. Ośrodek wsparcia prowadzi działania polegające na wspólnych zajęciach dla dzieci i osób starszych – finansowane są miejsca dla osób starszych i dzieci.

W ośrodkach prowadzone są działania o charakterze samopomocowym z akcentem na interakcję pomiędzy osobami starszymi i młodszym pokoleniem (młodzieżą i dziećmi w wieku szkolnym) oraz podejmowane są inicjatywy, których zadaniem jest międzypokoleniowa wymiana doświadczeń.

Do obszarów integracji międzypokoleniowej między innymi należą:

- inicjatywy rodzinne, wzmacniające więzi wielopokoleniowej;
- kształtowanie świata wartości (pozytywne normy i wzory zachowań);
- przekazywanie dziedzictwa kulturowego;
- edukacja regionalna;
- międzypokoleniowa wymiana umiejętności;
- praca ze wspomnieniami, lokalną historią, praca wokół tradycji, obrzędów;
- działania integrujące różne grupy wiekowe;
- inicjatywy skupiające pasjonatów danej dziedziny w różnym wieku;
- inicjatywy artystyczne czy edukacyjne umożliwiające konfrontację spojrzeń i wymianę umiejętności osób w różnym wieku (np. teatralne, plastyczne, muzyczne);
- działania wokół nowych technologii (młodzi przewodnikami starszych po świecie techniki – np. obsługa telefonów komórkowych, aparatów cyfrowych, komputerów, sprzętu AGD i RTV).

Efektom prowadzonych działań jest między innymi:

- nawiązanie relacji i więzi międzypokoleniowych;
- integracja społeczna oraz zainicjowanie współpracy podmiotów niepublicznych z lokalnym samorządem (ośrodki prowadzą organizacje pozarządowe);
- edukacja międzypokoleniowa – dorośli pomagają dzieciom odrabiać lekcje, starsi uczą się od dzieci np. obsługi komputera, telefonu, korzystania z Internetu;
- przekazywanie młodzieży wiedzy o historii i tradycji regionu oraz ponadczasowych wartości;
- rozwijanie zainteresowań i umiejętności (np. plastycznych, kulinarnych, gawędziarskich).

## II.2.7 Województwo mazowieckie

### Sytuacja demograficzna

W województwie mazowieckim, podobnie jak w skali kraju, obserwuje się spowolnienie rozwoju demograficznego oraz istotne zmiany w strukturze wieku mieszkańców. Trwający proces starzenia się ludności województwa będący wynikiem korzystnego zjawiska jakim jest wydłużanie się trwania życia, jest pogłębiany niskim poziomem dzietności. Z danych pozyskanych z jednostek samorządu terytorialnego na potrzeby niniejszej informacji wynika, że w 2015 r. na terenie województwa mieszkały 1 166 452 osoby w wieku 60+, co stanowiło 19,72% ogólnej liczby ludności województwa w tym okresie. Należy jednak podkreślić, że sytuacja na terenie województwa jest mocno zróżnicowana – np. w wielu małych gminach wiejskich wskaźnik ten waha się od 25% do 30%.

### Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych

Najpowszechniejszymi usługami organizowanymi przez gminne ośrodki pomocy społecznej są usługi opiekuńcze, których celem jest zapewnienie pomocy osobom starszym niemogącym z powodu braku możliwości fizycznych i intelektualnych w pełni zaspokoić swoich potrzeb o charakterze gospodarczym, higienicznym i zdrowotnym, w ich miejscu zamieszkania. W 2015 r. w województwie mazowieckim świadczeniami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania objęto 8649 osób, a specjalistycznymi świadczeniami opiekuńczymi – 1152 osoby. Łączna kwota środków wydatkowanych na zapewnienie tych usług wyniosła 55 292 814 zł., z czego prawie połowa tej kwoty przypada na 3 miasta województwa – Warszawę (ok. 18 mln zł), Płock (ok. 3,5 mln zł) i Radom (ok. 3,4 mln zł). Niewielka liczba decyzji odmownych – 30, w stosunku do ogólnej liczby złożonych wniosków – 9831, oznacza zaspokojenie potrzeb w tym zakresie. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że 60 ośrodków pomocy społecznej spośród 332 działających w województwie mazowieckim (18%) nie realizowało w 2015 r. usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych.

Dzienne domy pomocy i ośrodki wsparcia, tym DD Senior-WIGOR – są jedną z ważniejszych form instytucjonalnej pomocy środowiskowej, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy. Wspierają one także rodziny w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad starszymi członkami rodzin, zapewniając osobom starszym funkcjonowanie w znanym sobie środowisku i zapobiegając umieszczeniu ich w placówkach wsparcia całodobowego, a także chronią osoby starsze przed wykluczeniem z życia społecznego. W 2015 r. na Mazowszu funkcjonowało 97 ośrodków wsparcia dla seniorów, w tym 10 DD Senior-WIGOR, w których objęto pomocą łącznie 4247 osób. W środowisku samorządowym Mazowsza Program Wieloletni „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020 został pozytywnie przyjęty, choć podkreślano, że krótki czas przeznaczony na prace adaptacyjne pomieszczeń na potrzeby domu, liczony od momentu podpisania umowy z MRPiPS (z reguły wrzesień–październik), stwarzał poważne ryzyko niewyłonienia wykonawcy bądź niezakończenia prac w terminie. Utworzone w 2015 r. 10 DD Senior-WIGOR rozpoczęło działalność z wykorzystaniem swojego pełnego potencjału od początku 2016 r. Dziś przebywa w nich 197 osób, którym zapewniono:

- pobyt i wyżywienie;
- wsparcie opiekuńcze;
- terapię zajęciową;
- aktywizację społeczną, w tym wolontariat międzypokoleniowy;
- terapię ruchową.

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić pomocy w postaci usług opiekuńczych, przysługuje prawo pobytu w domu pomocy społecznej. Na dzień 31 grudnia 2015 r. na terenie województwa mazowieckiego działało 106 domów pomocy społecznej, w których przebywały 9084 osoby. Ponadto, w oparciu o przepisy o działalności gospodarczej, 90 placówek posiadających zezwolenie wojewody na świadczenie usług zapewniało całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oferując łącznie 3334 miejsca.

Na rynku usług opieki całodobowej wyraźnie zarysowuje się tendencja wzrostu liczby wolnych miejsc w domach pomocy społecznej i stale rosnącej liczby niepublicznych placówek. Główną przesłanką do wyboru placówki niepublicznej jest bez wątpienia wysokość odpłatności, z reguły niższa niż w domach pomocy społecznej. Wysokość odpłatności wynika z różnych wymogów w zakresie poziomu zatrudnienia i kwalifikacji niezbędnych do sprawowania opieki nad osobami starszymi. Co prawda placówki niepubliczne muszą spełniać określone standardy świadczenia usług, ale wymogi w tym zakresie są niższe niż w odniesieniu do domów pomocy społecznej.

Odrębnym zagadnieniem jest funkcjonowanie placówek prowadzących działalność w zakresie całodobowej opieki nad osobami starszymi bez wymaganego zezwolenia. Jak wynika z Informacji NIK o wynikach kontroli „Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty”, KPS.410.002.00.2015, Nr ewid. 208/2015/P/15/044/KPS, w województwie mazowieckim, w 2015 r., w okresie prowadzenia kontroli, na 150 placówek prowadzonych przez podmioty niepubliczne w ramach działalności gospodarczej, tylko 86 (57%) posiadało zezwolenie wojewody i zostało wpisanych do rejestru. Niektóre podmioty niepubliczne próbują ominąć przepisy prawa i rejestrują działalność gospodarczą, np. jako działalność agroturystyczną, prowadzenie pensjonatu lub miejsc krótkotrwałego zakwaterowania. Obowiązujące przepisy nie przewidują jednak możliwości kontroli takiej placówki, mimo prowadzenia w niej całodobowej opieki nad osobami starszymi. W wyniku kontroli przeprowadzonych przez służby wojewody w domach pomocy społecznej i placówkach świadczących opiekę całodobową, figurujących w rejestrze wojewody stwierdzono, że generalnie placówki świadczyły usługi zgodnie z obowiązującymi standardami. Stwierdzone uchybienia nie miały wpływu na pozytywną ocenę ich działalności.

## **Dobre praktyki**

### *1. Gminne Rady Seniorów*

Głównym celem polityki społecznej wobec osób starszych w obszarze aktywności obywatelskiej jest zwiększenie zaangażowania osób starszych w życie społeczności lokalnych i sprawy kraju oraz wzrost roli obywateli seniorów w rozwiązywaniu problemów społecznych. Jedną z form tworzenia warunków na poziomie lokalnym dla rozwoju zaangażowania obywatelskiego wśród

seniorów są gminne rady seniorów. Analiza danych dotyczących gminnych rad seniorów działających na Mazowszu w 2015 r. pokazuje, że jest to nadal forum dialogu bardzo słabo rozpowszechnione. Gminne rady seniorów funkcjonowały zaledwie w 17 gminach, co stanowi 5,4% wszystkich gmin województwa. A spośród 29 rad – 13 działa na terenie m. st. Warszawy.

Do najbardziej aktywnych rad należą – Warszawska Rada Seniorów oraz miejski/gminne rady seniorów – w Grodzisku Mazowieckim, w Legionowie, w Ostrołęce, w Płocku, w Radomiu, w Serocku i Szydłowcu. Przedstawiciele wszystkich rad podkreślają dobrą współpracę z lokalnymi władzami oraz otrzymywane wsparcie organizacyjne i finansowe. Oznacza to świadome zwiększenie zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego w programy aktywizacji społecznej seniorów. Przykładami dobrych praktyk, które w przypadku ww. gminnych rad seniorów są stałym elementem planów pracy rad oraz współpracy z władzami lokalnymi i innymi instytucjami (np. organizacjami pozarządowymi) są:

- współdziałanie w tworzeniu długofalowych strategicznych dokumentów dotyczących działań na rzecz seniorów (np. strategii, polityki itp.);
- współorganizowanie cyklicznych imprez kulturalnych, prozdrowotnych i tematycznych spotkań/warsztatów edukacyjnych dla seniorów;
- realizacja kampanii pn. „Miejsca przyjazne seniorom” promującej miejsca i instytucje kulturalne, usługowe, edukacyjne i inne, odpowiadające na potrzeby starszych mieszkańców poprzez dostosowanie swojej architektury, oferty i standardów usług;
- „Zapytaj seniora” – projekt realizowany przez Warszawską Radę Seniorów;
- „Seniorzy–seniorom” – projekt zgłoszony przez Gminną Radę Seniorów w Szydłowcu;
- „Senioralne Centrum Wolontariatu” – projekt realizowany przez Miejską Radę Seniorów w Legionowie;
- „Seniorzy z inicjatywą” – projekt realizowany przez Miejską Radę Seniorów w Radomiu
- program „Warszawa też jest seniorką 2016” – spacer i spotkania warszawianistyczne skierowane przede wszystkim do osób starszych – Warszawska Rada Seniorów;
- program „Warszawska Integracja Międzypokoleniowa” – cykliczne spotkania integracyjne i edukacyjne z udziałem przedstawicieli różnych pokoleń warszawiaków służące budowaniu międzypokoleniowych więzi społecznych – Warszawska Rada Seniorów.

## 2. Uniwersytety Trzeciego Wieku

Umożliwienie osobom starszym uczenia się jest podstawowym czynnikiem wpływającym na rozwój ich aktywności oraz zachowanie dobrego zdrowia i niezależności do późnych lat, a tym samym wyraźnie przyczynia się do poprawy jakości ich życia. Podnoszenie kompetencji niezbędnych do życia we współczesnym świecie pozwala również przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu osób starszych. Przykładem rozwiązań w zakresie organizacji różnych form uczenia się w celu wzmocnienia aktywności osób starszych jest obywatelski ruch Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Według informacji zamieszczonej na stronie internetowej Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku w 2015 r. na terenie województwa mazowieckiego działały 72 Uniwersytety Trzeciego Wieku, w różnej strukturze organizacyjnej:

- w strukturach i pod patronatem wyższej uczelni – 12;
- przy jednostkach samorządu terytorialnego ( np. przy domach kultury, bibliotekach, ośrodkach pomocy społecznej – 15;
- jako samodzielne podmioty prawne ( np. stowarzyszenia, fundacje i ich filie) – 45.

### 3. Projekty dofinansowane w ramach Rządowego Programu ASOS na lata 2014–2020

Organizacje pozarządowe województwa mazowieckiego działające na rzecz zwiększenia aktywności osób starszych, w 2015 r. pozyskały z programu ASOS łącznie 5 219 135 zł na realizację zadań wpisujących się w poszczególne priorytety Programu:

- Priorytet I. Edukacja osób starszych – 17 ofert na kwotę 1 187 618 zł;
- Priorytet II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz-i międzypokoleniową – 18 ofert na kwotę 1 553 043 zł;
- Priorytet III. Partycypacja społeczna osób starszych – 10 ofert na kwotę 1 228 463 zł;
- Priorytet IV. Usługi społeczne dla osób starszych – 15 ofert na kwotę 1 250 011 zł.

## II.2.8 Województwo opolskie

### Sytuacja demograficzna

Struktura społeczeństwa na Opolszczyźnie, podobnie jak w całym kraju, zmienia się – stale przybywa osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu się ogólnej liczby ludności. Niepokojącym zjawiskiem jest przyrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym w stosunku do liczby osób w wieku produkcyjnym oraz zmniejszenie liczby osób w wieku przedprodukcyjnym. Szczegółowe dane odnośnie poruszanej kwestii, przedstawia tabela 95, obrazująca sytuację demograficzną ludności według ekonomicznych grup wiekowych na terenie województwa na przestrzeni czterech lat (2012–2015), a także prognozowaną liczbę ludności w poszczególnych grupach do 2050 r.

**Tabela 94. Sytuacja demograficzna ludności wg ekonomicznych grup wiekowych na terenie województwa opolskiego na przestrzeni lat 2012–2015**

LICZBA LUDNOŚCI WEDŁUG EKONOMICZNYCH GRUP WIEKOWYCH										
Wyszczególnienie		2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050	Spadek/ przyrost
Stan faktyczny					Prognoza					
Liczba ludności ogółem		1 010 203	1 004 416	1 000 858	996 011	966 600	902 000	825 800	744 600	– 251 411
W wieku	<b>Przedprodukcyjnym</b> (0–17 lat)	167 241	164 129	161 704	159 393	147 900	121 900	102 000	90 700	– 68 693
	<b>Produkcyjnym</b> (mężczyźni 18–64 lata; kobiety 18–59 lat)	657 955	650 157	643 277	635 551	592 500	521 600	445 600	354 400	– 281 151
	<b>Poprodukcyjnym</b> (mężczyźni 65 lat i więcej; kobiety 60 lat i więcej)	185 007	190 130	195 877	201 067	226 300	258 600	278 200	299 500	+ 98 433

Źródło: dane Urzędu Wojewódzkiego Województwa opolskiego.

Przemiany w procesach demograficznych, a szczególnie zjawisko depresji urodzeniowej istotnie wpływa na strukturę ludności w ujęciu ekonomicznych grup wiekowych. Sukcesywnie zmniejsza się liczba dzieci i młodzieży (0–17 lat). Szacuje się, że z końcem 2015 r. województwo zamieszkiwało 159 393 osób w wieku przedprodukcyjnym. Prognozuje się, że do 2050 r. w stosunku do 2015 r. liczba ta zmniejszy się o kolejne 68 693 osoby. Zmniejsza się także liczba i udział ludności w wieku produkcyjnym. Według prognoz do 2050 r. w stosunku do 2015 r. liczba osób w wieku produkcyjnym zmniejszy się o 281 151 osoby. Udział ludności w wieku poprodukcyjnym w 2015 r., w stosunku do ogólnej liczby mieszkańców wyniósł 20,19%. Prognozuje się, że w 2050 r. ludność w wieku poprodukcyjnym będzie stanowiła 40,23% populacji w województwie, a to oznacza, że od 2015 r. do 2050 r. liczba osób w tej grupie wzrośnie o 98 433 osoby.

W całym prognozowanym okresie 2015–2050, na terenie województwa opolskiego będzie następował systematyczny spadek liczby ludności. Pod koniec horyzontu prognozy liczba ludności województwa będzie mniejsza o 251 411 osób, tj. o około 25%. Wśród czynników wpływających na depopulację regionu wymienia się kilka wzajemnie powiązanych zjawisk demograficznych i społecznych, tj. niską dzietność, wyjątkową w skali kraju emigrację zarobkową oraz utrzymujący się od kilku lat ujemny przyrost naturalny – liczba zgonów przewyższa liczbę urodzeń żywych.

**Tabela 95. Przyrost naturalny na terenie województwa opolskiego na przestrzeni lat 2012–2015**

Wyszczególnienie		Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny
		w liczbach bezwzględnych			na 1000 mieszkańców		
Ogółem	2005	8496	9471	-975	8,1	9,0	-0,9
	2010	9163	9882	-719	9,0	9,7	-0,7
	2012	8939	10180	-1241	8,8	10,0	-1,2
	2013	8227	10267	-2040	8,2	10,2	-2,0
	2014	8593	9808	-1215	8,6	9,8	-1,2
	2015	8289	10468	-2179	8,3	10,5	-2,2

Źródło: dane Urzędu Wojewódzkiego Województwa opolskiego.

Czynnikiem istotnie wpływającym na proces starzenia się ludności województwa opolskiego są migracje zagraniczne. Zmiana modelu rodziny polegająca na przejściu od tradycyjnej rodziny wielopokoleniowej, w której problemy ludzi starszych były rozwiązywane przez rodzinę do rodziny zatimizowanej spowodowała ich przesunięcie w stronę instytucji pomocowych. Osłabienie więzi rodzinnych wynikające ze zmiany modelu funkcjonowania rodziny spotęgowane jest wyjazdami za granicę. Kontakty bezpośrednie mają charakter sporadyczny i krótkotrwały. Na ich częstotliwość zasadniczy wpływ ma odległość (im większa, tym kontakty rzadsze), ale też siła i charakter więzi rodzinnych przed wyjazdem. Komunikowanie się dzieci z rodzicami, jak i zbieranie informacji o ich stanie zdrowia, czy innych potrzebach odbywa się najczęściej telefonicznie, z częstotliwością kilku razy w roku.



### Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych

Aktualny stan wskazuje na słaby system opieki medycznej nad pacjentami w podeszłym wieku, brak wystarczającej liczby lekarzy geriatrów, a także specjalistycznych poradni i oddziałów szpitalnych, nie odpowiadający zapotrzebowaniu i prognozom demograficznym. W województwie opolskim funkcjonują podmioty o charakterze opieki długoterminowej m.in. zakłady/oddziały opiekuńczo lecznicze, hospicja stacjonarne, oddziały medycyny paliatywnej, zespoły długoterminowej opieki domowej, hospicja domowe oraz dzienne ośrodki opieki paliatywnej.

Na terenie województwa opolskiego znajduje się 13 oddziałów i poradni geriatrycznych natomiast działalność oddziałów geriatrycznych na terenie województwa w 2015 r. przedstawiony został w poniższej tabeli.

**Tabela 96. Działalność oddziałów geriatrycznych na terenie województwa opolskiego w 2015 roku**

Nazwa oddziału	Łóżka ogółem stan w 31.12.2015	Leczeni ogółem (przebywający w szpitalu co najmniej 1 dobę)	osobodni leczonych stacjonarnie (przebywających w szpitalu co najmniej 1 dobę)	Wskaźnik średniego wykorzystania łóżka (wyrażony w %)	Wskaźnik średniego pobytu chorego w szpitalu w dniach	Wskaźnik przelotowości
Oddział geriatryczny SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KĘDZIERZYNIE-KOŻŁU	30	920	6812	62,21%	7,40	30,7
Oddział geriatryczny STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE w KUP	36	736	6127	46,63%	8,32	20,4

Źródło: dane Urzędu Wojewódzkiego Województwa opolskiego.

Ponadto w 2016 r. w województwie opolskim powstał ośrodek opieki krótkoterminowej, zapewniający opiekę do 30 dni. Ośrodek liczy 11 miejsc i jest dedykowany osobom, które nie wymagają już hospitalizacji, ale stan ich zdrowia nie pozwala na samodzielne funkcjonowanie. Dodatkowo dwa podmioty znajdujące się na terenie województwa otrzymały dofinansowanie na pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie dziennych domów opieki medycznej dla osób niesamodzielnych, w tym w szczególności osób starszych. Dostęp do usług socjalnych na rzecz seniorów na terenie województwa opolskiego przedstawia tabela 97:

**Tabela 97. Dostęp do usług socjalnych na rzecz seniorów na terenie województwa opolskiego**

	Liczba jednostek	Liczba miejsc (ogółem)
W ramach całodobowego pobytu		
Dom pomocy społecznej	29	3 088
Placówka zapewniająca całodobową opiekę	11	398
W ramach dziennego pobytu w ośrodku wsparcia		
Dzienny dom pomocy	17	1 467
Środowiskowy dom samopomocy	12	647

Źródło: dane Urzędu Wojewódzkiego Województwa opolskiego.

W woj. opolskim udział osób niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym wyniósł 48,9%, natomiast średnio w Polsce wynosi 46,8%. W 2015 r. spośród 37 849 świadczeniobiorców pomocy społecznej tut. województwa 15,2% stanowią osoby w podeszłym wieku (w wieku poprodukcyjnym).

### Dobre praktyki

Na terenie województwa opolskiego podejmowanych jest szereg działań na rzecz seniorów w ramach tzw. „dobrych praktyk”, w których silnie pobudza się aktywność seniorów, w wielu sferach m.in.: zawodowej, społecznej, obywatelskiej, edukacyjnej, kulturalnej, zdrowotnej oraz rekreacyjno-sportowej. Do dobrych praktyk realizowanych w poszczególnych gminach na terenie województwa opolskiego można zaliczyć:

- organizowanie imprez okolicznościowych, z okazji: Świąt Bożego Narodzenia, Świąt Wielkanocnych, dnia babci i dziadka, dnia kobiet itp. Podobne spotkania i zabawy odbywają się we wszystkich gminach na terenie województwa opolskiego;
- organizowanie różnego rodzaju kursów, szkoleń oraz zajęć, w tym z zakresu: obsługi komputera i Internetu, szycia, fotografowania, obsługi aparatów cyfrowych, językowy, kulinarny, obsługi bankomatu, zajęcia z animatorami osób starszych, zajęcia umuzykalniające i teatralne, zajęcia rehabilitacyjne, zajęcia z fizjoterapeutą, aerobik (m.in. Brzeg, Chrząstowice, Dobrodzień, Gogolin, Kolonowskie, Krapkowice, Łambinowice, Ujazd, Namysłów, Nysa, Opole, Skarbimierz, Wilków Zębowice);
- zrzeszanie się seniorów w zespołach i organizacjach, w których mogą aktywnie, w grupie spędzać wolny czas, zaliczamy do nich:
  - Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów (w większości gmin województwa), jest to organizacja pozarządowa działająca na terenie całego kraju poprzez swoje oddziały okręgowe, rejonowe i koła. Związek działa na rzecz poprawy warunków życia osób starszych i niepełnosprawnych, przeciwdziała samotności, marginalizacji i wykluczeniu społecznemu. Terenowe oddziały współpracują z samorządem terytorialnym w rozwiązywaniu problemów lokalnych społeczności seniorów, prowadzą bogatą działalność kulturalną i artystyczną, organizują zajęcia sportowe, rekreacyjne i rehabilitacyjne, dostosowane do potrzeb i zainteresowań swoich członków, organizują wycieczki krajowe i zagraniczne;
  - Zespoły artystyczne, np.: „Chór Margaretki” (Baborów); kabaret „Nie do zdarcia” (Grodków); grupa taneczna „Single”, grupa teatralna „Kwiatki Magnolii” (Kędzierzyn-Koźle); zespół śpiewaczy „Frohsinn” (Leśnica), chór seniorów „Sami Swoi”, zespół muzyczny „Łosiwianie” (Lewin Brzeski); zespół wokalny „Słońce w kapeluszu”, zespół „Fantazja”, zespół chórny „Uśmiech” (Łambinowice); zespół „Dziewiętliczanki” (Paczków); zespół folklorystyczny „Walczanki”, chór mieszany „DKF Walce”, chór mieszany z Broźca, zespół śpiewający „Dobieszowiczanki” (Walce), Zespół Ludowy „Wilkowianie” (Wilków);
  - inne organizacje i zrzeszenia, takie jak: Koło Towarzystwa Społeczno-Kulturalnego Niemców na Śląsku Opolskim (Chrząstowice); Stowarzyszenie Akademia Trzeciego Wieku;

Centrum Aktywizacji i Wsparcia Fizycznego Dzieci i Młodzieży i Opiekunów Osób Niepełnosprawnych oraz Osób w wieku 50 plus, Centra Aktywizacji Wiejskiej (Gogolin); Związek Sybiraków, Sekcja niezależnego Ruchu Armii Krajowej, Związek Kombatantów RP i Byłych Więźniów Politycznych, Towarzystwo Miłośników Kresów (Grodków); Dyskusyjny Klub Książki, Stowarzyszenie Miłośników Turystyki w Drodze (Lewin Brzeski); Wałeckie Seniorki (Wałce); Koła Gospodyń Wiejskich (Paczków, Wilków, Jemielnica, Lewin Brzeski, Paczków);

- Kluby Seniora – ośrodki, które zajmują się rozwojem życia kulturalnego, oświatowego, towarzyskiego i rekreacyjnego osób starszych. W ramach Klubu organizowane są takie formy aktywności jak: zajęcia edukacyjne oraz profilaktyczne na temat zdrowego stylu życia i chorób wieku starczego, koła zainteresowań, gry towarzyskie, dyskusyjne spotkania o filmie i książce. Kluby Seniora funkcjonują w gminie: Głuchołazy, Gogolin, Grodków, Gorzów Śląski, Kietrz, Kolonowskie, Łambinowice, Nysa, Olesno, Paczków, Prudnik, Rudniki, Skarbimierz, Strzelce Opolskie, Tarnów Opolski, Tułowice, Zawadzkie;
- Uniwersytety/Instytuty Trzeciego Wieku (funkcjonuje 17), są to placówki dydaktyczne dla osób w podeszłym wieku, które działają w celu poprawy jakości życia osób starszych. Uniwersytety Trzeciego funkcjonują w: Brzegu, Dobrodzieniu, Głuchołazach, Kędzierzynie-Koźlu, Kluczborku, Korfantowie, Krapkowicach, Namysłowie, Niemodlinie, Nysie, Oleśnie, Opolu, Prudniku, Strzelcach Opolskich, Zawadzkiem;
- pomoc sąsiedzka, jest to dobrze funkcjonująca i sprawdzona „pomoc” wzajemna na rzecz osób samotnych, starszych, nie radzących sobie z codziennymi obowiązkami w sprawach życiowych. W lokalnych społecznościach, które tworzą mieszkańcy kamienic, bloków, małych miejscowości, ciągle można spotkać pozytywne relacje między ufającymi sobie mieszkańcami. Świadczą sobie wzajemnie drobne przysługi, starają się pomagać. Przy odpowiedniej motywacji i odpowiednim ukierunkowaniu, można te relacje rozwijać i wzmacniać;
- wolontariat – na terenie niektórych gmin utworzyły się grupy wolontariuszy zarówno formalne jak i nieformalne (najczęściej w szkołach), które pomagają osobom starszym w codziennych, drobnych obowiązkach, odwiedzają seniorów w Zakładach opiekuńczych oraz domach pomocy społecznej. Z inicjatywy władz gminy w zakresie wolontariatu senioralnego powstało stowarzyszenie „Wolontariat 50+ Senior dla Seniora”. Celem stowarzyszenia jest wspieranie osób dorosłych 50+ oraz ich rodzin w trudnej sytuacji zdrowotnej lub życiowej, a także prowadzenie działalności edukacyjnej i kulturalnej zwłaszcza w zakresie inicjowania, wspierania i pomocy w przedsięwzięciach z zakresu pomocy społecznej, w szczególności na rzecz osób dorosłych w wieku 50+. Stowarzyszenie deklaruje również wsparcie osób starszych objętych opieką Hospicjum ziemi Kluczborskiej Św. Ojca Pio oraz usługami opiekuńczymi Ośrodka Pomocy Społecznej. W strukturach Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Opolu jest prowadzone Biuro Wolontariatu, w którym wolontariusze aktywnie uczestniczą w pomocy dla osób starszych. W biurze propagowane są różne formy wsparcia w tym pomoc sąsiedzka. W ramach wolontariatu prowadzi się różnego rodzaju zajęcia edukacyjne, organizuje zabawy, występy i inne spotkania dla seniorów (m.in. w gminie: Dobrodzień, Głuchołazy,

Gogolin, Kluczbork, Kolonowskie, Nysa, Olesno, Opole, Prudnik, Tułowice, Wołczyn, Zawadzkie, Zębówice);

- „Koperta życia”/„Koperta na jesień życia”/„Pudełko życia – akcja społeczna skierowana do osób przewlekle chorych, starszych, samotnych i polega na umieszczeniu w specjalnie przygotowanych kopertach najważniejszych informacji o stanie zdrowia, przyjmowanych lekach, alergiach na leki, kontaktach do najbliższych, danych osobowych, w tym nr pesel. Pakiet z takimi informacjami powinien być przechowywany w lodówce, czyli miejscu, które jest prawie w każdym domu i zarazem jest łatwo dostępne (m.in. Branice, Dobrodzień Gogolin, Kietrz, Prószków, Prudnik, Rudniki, Kędzierzyn-Koźle, Strzelce Opolskie, Krapkowice);
- „Teleopieka” – jest to usługa adresowana do osób starszych i schorowanych. Teleopieka to inaczej sieć komunikacyjna, której użytkownik otrzymuje przycisk alarmowy, znajdujący się na wisiorze bądź przy bransoletce. W sytuacji wymagającej pomocy dana osoba naciska przycisk, który wysyła sygnał do centrum teleopieki. Jej pracownik oddzwania natychmiast do osoby potrzebującej pomocy (Prószków, Kluczbork, Niemodlin, Opole);
- Opolska Karta Rodziny i Seniora – jest jednym z narzędzi w ramach Programu Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim do 2020 r., posiadacze karty (seniorzy 65+) mogą korzystać ze zniżek na różnego rodzaju usługi (większość gmin województwa opolskiego).

Ponadto na 71 gmin województwa opolskiego w 15 utworzono gminne rady seniorów. Praktyka funkcjonowania gminnych rad seniorów w województwie opolskim jest zróżnicowana. W przeważającej liczbie przypadków ze względu na powiązanie rad z organami wykonawczymi, obowiązują je analogiczne, czteroletnie kadencje. Zazwyczaj to wójt lub prezydent zaprasza konkretne organizacje do wystawienia swoich kandydatów, którzy następnie tworzą radę. Przeważnie są to gremia składające się ze znanych już sobie osób, a powołane rady odgrywają rolę integrującą i koordynującą już podejmowanych działań. Pozwala to koncentrować wysiłki i zasoby na stworzeniu wspólnego przedsięwzięcia, w miejsce kilku innych, na przykład poprzez zorganizowanie wspólnego, gminnego pikniku, czy zawodów dla osób starszych. Współpraca organizacji w ramach rady działającej na danym obszarze umożliwia sformułowanie wspólnego stanowiska, w ważnych dla osób starszych kwestiach, np.: profilaktyki zdrowotnej, zajęć aktywizujących czy organizacji pomocy prawnej. Podejmowanie wspólnych inicjatyw przynosi lepsze efekty, ponieważ rady posiadają możliwość wnioskowania o konkretne rozwiązania lub rozstrzygnięcia. Składane w ten sposób petycje i proponowane rozwiązania, często odnoszą się do zakresu lub sposobu świadczenia usług publicznych, na rzecz osób w wieku 60+, najczęściej w zakresie ochrony zdrowia, podniesienia aktywności fizycznej i jakości życia.

Członkowie gminnych rad seniorów biorą udział w różnego rodzaju konferencjach i targach, m. in. uczestniczyli w:

- targach „Senior Expo 2015” w Opolu;
- konferencji pn. „Integracja uniwersytetów trzeciego wieku, rad seniorów i organizacji senioralnych w województwie opolskim – stan obecny i perspektywy” zorganizowanej w Kędzierzynie-Koźlu z okazji XV-lecia działającego w tym mieście stowarzyszenia – Uniwersytet Trzeciego Wieku.;

- zorganizowanym przez marszałka województwa spotkaniu adresowanym do przewodniczących gminnych rad seniorów i przedstawicieli organizacji senioralnych działających na terenie naszego województwa, w celu wymiany zdobytych doświadczeń.

Jedną z najpowszechniejszych (obok obrad) form pracy rad seniorów są regularne dyżury otwarte dla starszych mieszkańców gminy. W trakcie tego typu dyżurów do członków rad zgłaszają się osoby oczekujące pomocy, w rozwiązaniu zgłaszanych przez siebie problemów. Bardzo często takie dyżury pełnią funkcję informacyjną, przedstawiciele rad, zazwyczaj lepiej zorientowani w strukturze urzędu gminy i kompetencji poszczególnych wydziałów, kierują mieszkańców do odpowiednich osób lub instytucji, informują ich o dostępnych możliwościach i rozwiązaniach.

Do dobrych praktyk, podejmowanych przez Gminne Rady Seniorów w województwie opolskim należy:

- doprowadzenie do cotygodniowych spotkań z cyklu „Żyjmy zdrowiej”. Są to spotkania ze lekarzami specjalistami, dietetykami, kosmetyczką, rehabilitantami, pracownikami sanepidu. Z inicjatywy przewodniczącej oleskiej Rady powstała również grupa wsparcia dla pań po mastektomii i pań z chorobą nowotworową;
- zorganizowanie „Białej Soboty”, tj. przeprowadzono badania lekarskie w pięciu dziedzinach medycyny, z których skorzystało 165 seniorów z Olesna oraz 200 z Kluczborka;
- zainicjowanie powstania siłowni zewnętrznej wraz z stolikiem do gry w szachy, w parku miejskim w Kluczborku;
- zakup sprzęt do ćwiczeń rekreacyjno-sportowych w celu podniesienia sprawności fizycznej;
- uruchomienie punktu wypożyczania sprzętu rehabilitacyjnego mieszczącego się w Domu Dziennego Pobytu w Głubczycach, w którym można nieodpłatnie przekazać albo wypożyczyć powyższy sprzęt;
- realizacja projekt „Pudełko Życia”, które umożliwia uzyskanie informacji niezbędnych przy ratowaniu życia. Pudełko to zostało wydane 500 osobom na terenie całej Gminy Głubczyce;
- złożenie wniosku o podjęcie uchwały o przystąpieniu miasta Głubczyce do sieci miast Cittaslow – czyli sieci miast „Dobrego Życia”;
- podjęcie tematu mieszkań serwisowanych dla seniorów oraz udogodnień komunikacyjnych dla seniorów;
- obrona likwidowanego punktu NFZ;
- składanie wniosków dotyczących rewitalizacji parku miejskiego;
- opracowanie koncepcji Centrum Informacji i Edukacji „Senior w Opolu”. W związku z realizacją tego projektu toczą się spotkania konsultacyjne, z organizacjami pozarządowymi;
- zorganizowanie spotkania środowisk senioralnych „Jak dotrzeć z informacją i zachętą do włączenia się w różne przedsięwzięcia do wszystkich mieszkańców 60+ w Opolu;
- zorganizowanie wraz z Klubem Seniora kursu obsługi komputera dla seniorów.

Najczęściej aktywność Rad skupia się na organizacji grupowych wyjazdów do teatrów, opery, wycieczek krajoznawczych, zajęć z nordic walking i fitness dla seniorów oraz organizacji imprez masowych, mających na celu integrację środowisk ludzi starszych w środowisku lokalnym, tzw. „Senioralii” w Głubczycach, „Dni Seniora” m.in. w Namysłowie, Opolu, Głuchołazach, „Dnia Solidar-

ności Międzypokoleniowej” w Głuchołazach, „Wiosennych Dni Seniora” w Nysie, na których podczas uroczystej sesji przyznawany jest tytuł „Przyjazny Seniorom”, osobom szczególnie zasłużonym dla osób starszych.

## **II.2.9 Województwo podkarpackie**

### **Sytuacja demograficzna**

Województwo podkarpackie zajmuje powierzchnię 7 846 km<sup>2</sup> i składa się 160 gmin: 16 gmin miejskich, 35 gmin miejsko-wiejskich oraz 109 gmin wiejskich. Według danych GUS na koniec 2015 r. liczba ludności województwa podkarpackiego wynosiła 2 129 187 osób co odpowiadało 5,5% populacji całego kraju. Wśród mieszkańców regionu 387 512 stanowią osoby w wieku powyżej 60 roku życia w tym 256 337 to kobiety, a 131 175 to mężczyźni. Na Podkarpaciu, podobnie jak na terenie całego kraju, obserwuje się niekorzystne zmiany, świadczące o starzeniu się społeczeństwa. Następuje zmniejszenie się udziału dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności województwa, przy jednoczesnym wzroście liczby osób po 60 roku życia. Wzrósł udział osób w wieku poprodukcyjnym z 17,7% w 2014 r. do 18,25 w 2015 r. Jednocześnie obniżył się odsetek ludności w wieku przedprodukcyjnym (poniżej 18 lat) z 18,8% w 2014 r. do 18,5% w 2015 r. oraz osób w wieku produkcyjnym z 63,5% w 2014 r. do 63,2 % w 2015 r.

### **Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych**

W 2015 r., z systemu pomocy społecznej w województwie podkarpackim skorzystało ogółem 192 769 osób. 125 557 osobom przyznano świadczenie w formie decyzji administracyjnej, z tego 75 921 osób to długotrwale korzystający z pomocy.

Wśród osób objętych długotrwałą pomocą 7% stanowiły osoby po 60 r.ż. (tj. 10 829 osób z czego 7 268 to kobiety i 3 561 to mężczyźni). Wśród osób starszych korzystających z pomocy społecznej przeważają osoby samotnie gospodarujące. Najczęstszym powodem udzielania wsparcia osobom starszym była długotrwała i ciężka choroba, niepełnosprawność a następnie bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego, co niejednokrotnie wiąże się z obniżoną sprawnością fizyczną i intelektualną tych osób. Osoby starsze głównie objęte były wsparciem w formie usług opiekuńczych, posiłku oraz specjalnego zasiłku celowego.

Większość ludzi starszych na terenie woj. podkarpackiego posiada zabezpieczenie finansowe w postaci świadczeń emerytalno-rentowych wypłacanych przez ZUS lub KRUS. Osoby starsze, niepełnosprawne które nie posiadają żadnego dochodu pobierają zasiłki stałe, bądź pozostają na utrzymaniu rodziny. Na terenie województwa nie zauważa się wśród osób powyżej 60 r.ż. większej aktywności zawodowej.

Sposobem na radzenie sobie z problemem starzejącej się populacji jest zapewnianie dostępu do kompleksowej, nowoczesnej opieki medycznej z zakresu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Na terenie województwa osoby starsze mają dostęp do usług medycznych (lekarzy rodzinnych, specjalistycznych poradni, całodobowej opieki szpitalnej). Problemem są często zbyt długie kolejki

oczekiwania do lekarzy specjalistów oraz badań specjalistycznych. Pomimo dużego zapotrzebowania na terenie woj. podkarpackiego brak jest specjalistów geriatrów, dziennych oddziałów diagnostyczno-leczniczych, zinstytucjonalizowanych form opieki domowej oraz instytucji świadczących seniorom długoterminową opiekę zdrowotną, tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych.

W sytuacjach, gdy z powodu stanu zdrowia i sytuacji rodzinnej osoby starszej nie można pozostawić w miejscu zamieszkania ma ona możliwość pobytu w domu pomocy społecznej. W województwie podkarpackim w 2015 r. funkcjonowało 47 domów pomocy społecznej, 1 prywatny dom pomocy społecznej oraz 4 placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. W ww. jednostkach mieszkańcom zagwarantowano 4810 miejsc regulaminowych z czego 4705 miejsc w domach pomocy społecznej, a w placówkach zapewniających całodobową opiekę 105 miejsc. We wszystkich tych jednostkach mogły zamieszkiwać osoby w podeszłym wieku zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Niemniej na terenie województwa działały 2 domy pomocy społecznej z przeznaczeniem wyłącznie dla osób w podeszłym wieku oraz 9 domów, w których mogły przebywać osoby w podeszłym wieku i osoby przewlekle somatycznie chore, ponadto funkcjonowało 6 domów pomocy społecznej z przeznaczeniem dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie. Należy dodać, że w pozostałych 31 domach pomocy społecznej działających na terenie województwa również zamieszkiwały osoby w podeszłym wieku, adekwatnie do innego typu występującego w danej jednostce.

Warto zaznaczyć, iż na terenie całego województwa istnieje także 125 klubów i innych miejsc spotkań dla seniorów oraz 15 Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Według zebranych danych na koniec 2015 r., na terenie województwa podkarpackiego funkcjonowało 14 Dziennych Domów Pomocy, z 386 miejscami. Z pobytu tam korzystało 349 osób.

W ramach realizacji polityki społecznej wobec osób starszych jednostki samorządu terytorialnego z terenu województwa podkarpackiego przystąpiły w 2015 r. do Programu Wieloletniego „Senior-WIGOR”. Dofinansowanie działań mających na celu rozwój sieci Dziennych Domów „Senior-WIGOR” otrzymało 10 gmin na łączną kwotę 2 094 892 zł. Zebrane informacje wskazują, iż w najbliższym czasie, związku z rosnącą liczbą starszych mieszkańców województwa, działania samorządów dotyczyć będą tworzenia nowych ośrodków wsparcia dziennego seniorów.

### **Dobre praktyki**

Jako przykład dobrych praktyk realizowanych w województwie podkarpackim należy wskazać, iż z budżetu Wojewody Podkarpackiego od kilku lat udziela się wsparcia finansowego organizacjom pozarządowym, prowadzącym działalność m.in. na rzecz osób starszych, w ramach otwartego konkursu ofert „na realizację programów z obszaru wsparcia działań innowacyjnych skierowanych do środowisk zagrożonych bezradnością w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych oraz aktywizacji osób starszych”.

W przypadku aktywizacji osób starszych dofinansowywane są projekty, których celem jest motywowanie osób starszych do podjęcia aktywności fizycznej, artystycznej i intelektualnej, do wysokości 80% całkowitego kosztu zadania, nie więcej jednak niż 40 000 zł. W 2015 r. na

realizację ww. programów przeznaczono kwotę 600.000 zł dla 50 podmiotów, w tym 21 otrzymało dofinansowanie na aktywizację osób starszych na łączną kwotę 179.000 zł. Dotacje zostały wykorzystane w szczególności na: zajęcia sportowe (m.in. basen, pilates, nordic walking, aerobik); warsztaty: kulinarne, komputerowe, taneczne, wokalne, plastyczne, fotograficzne; wyjazdy do kina, muzeum, teatru, filharmonii; wycieczki kulturoznawcze; konsultacje z prawnikiem; zakup materiałów do prowadzenia warsztatów.

Przykładem dobrej praktyki było ponadto upowszechnienie wydanego w 2015 r. przez Wojewodę Podkarpackiego – Poradnika „Bezpieczne Życie Seniorów” przeznaczonego dla osób starszych ich rodzin i opiekunów z terenu województwa podkarpackiego. Poradnik zawiera dane, które są dostosowane do specyfiki i potrzeb naszego województwa, jak też ważne informacje i wskazówki, dotyczące unikania zagrożeń w życiu codziennym.

## II.2.10 Województwo podlaskie

### Sytuacja demograficzna

Według danych Urzędu Statystycznego w Białymstoku województwo podlaskie nadzień 31.12.2015 r. zamieszkiwało ogółem 1 188 800 osób (w tym 579 499 mężczyzn oraz 609 301 kobiet).

Natomiast osób w wieku 60 lat i więcej ogółem – 266 791, co stanowi 22,44% wszystkich osób zamieszkujących województwo podlaskie, w tym 109 485 mężczyzn oraz 157 306 kobiet. Ponadto 156 544 osób (w tym 62 601 mężczyzn oraz 93 943 kobiet) w wieku 60 lat i więcej zamieszkuje w miastach, a 110.247 (w tym 46 884 mężczyzn oraz 63 363 kobiet) na wsi.

Prognozy na kolejne lata tj. 2016–2050 wskazują, że liczba osób w wieku 60 lat i więcej zamieszkujących województwo podlaskie wzrośnie do 423.502 osób w 2050 r. (2016 r.– 273.799 osób, w 2020 r. – 301.469, w 2025 r. – 323.901, w 2030 r. – 340.792, w 2035 r. – 360.512, w 2040 r. – 383.031, w 2045 r. – 408.289). Udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności w latach 2016–2050 wzrośnie z 23,12% do 43,11%, w tym mężczyzn z 19,60% do 39,92% , a kobiet z 26,47% do 46,19%.

### Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych

Na terenie województwa podlaskiego w 2015 r. utworzono 2 Dzielne Domy „Senior-WIGOR” (w gminie Łapy oraz Piątница), w ramach realizacji programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020:

- Dzielny Dom „Senior-WIGOR” w Łapach – funkcjonuje od 2 listopada 2015 r., celem działalności Domu jest wsparcie seniorów, aktywizacja społeczna i integracja wewnątrz i międzypokoleniowa. Grupę docelową stanowi 30 osób w wieku 60+ nieaktywnych zawodowo z terenu Miasta i Gminy Łapy. W ramach zadania realizowane są podstawowe usługi mające na celu udzielanie pomocy w czynnościach dnia codziennego, polegające na zapewnieniu minimum jednego gorącego posiłku oraz innych usług wspomagających, dostosowanych do potrzeb seniorów tj. usługi socjalne, edukacyjne, kulturalno-oświatowe, aktywności ru-



chowej lub kinezyterapii, sportowo-rekreacyjne, aktywizujące społecznie (w tym wolontariat międzypokoleniowy), terapii zajęciowej, trening kulinarny i samoobsługi,

- Dzienny Dom „Senior-WIGOR” w Górkach Sypniewo (gmina Piątница) – z usług świadczonych przez Dom korzysta 20 seniorów. W ramach działalności realizowane są m.in. zajęcia sportowe, kulinarne, wspomagające (łamigłówki, kalambury), warsztaty rękodzieła oraz organizowane uroczystości okolicznościowe.

Na terenie województwa podlaskiego funkcjonuje 21 domów pomocy społecznej, 16 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, które posiadają zezwolenie Wojewody Podlaskiego.

Na podstawie danych wygenerowanych z elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Osób Niepełnosprawnych (zarządzanego na poziomie województwa przez Wojewódzki Zespół Osób Niepełnosprawnych) ustalono, że w 2015 r. na 19 238 wydanych w I instancji ( tj. powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) orzeczeń o stopniu niepełnosprawności – 8 471 orzeczeń zostało wydanych osobom powyżej 60 roku życia, co stanowi 44,03%.

### **Dobre praktyki**

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) w Białymstoku prowadził działania na rzecz osób starszych poprzez:

- zlecanie organizacjom pozarządowym zadań publicznych w ramach otwartych konkursów; ofert – w 2015 r. ROPS ogłosił otwarty konkurs ofert w sferze pomocy społecznej w ramach priorytetu: „Wspieranie inicjatyw promujących kształcenie, edukację i integrację ludzi starszych, w tym Uniwersytetów III Wieku”. Zarząd Województwa Podlaskiego przyznał dotację pięciu organizacjom pozarządowym z terenu województwa podlaskiego na łączną kwotę 15 000 zł.;
- organizację konferencji/seminariów/warsztatów:
  - w dniu 16 kwietnia 2015 r. w Kawiarni Fama w Białymstoku odbyły się obchody Światowego Dnia Inwalidy. Organizatorem przedsięwzięcia był ROPS w Białymstoku wspólnie z Polskim Związkiem Emerytów, Rencistów i Inwalidów Oddział Okręgowy z siedzibą w Białymstoku. Podczas spotkania podjęto temat problemów oraz sytuacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych;
  - w dniu 19 maja 2015 r. w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego odbyła się konferencja pn.: „Wesołe jest życie seniora, czyli o społecznej aktywności osób starszych w województwie podlaskim” zorganizowana przez ROPS, skierowana do seniorów i przedstawicieli instytucji oraz organizacji pozarządowych podejmujących działania na rzecz osób starszych w województwie podlaskim. Konferencja miała na celu zainaugurowanie rozpoczęcia prac nad opracowaniem Programu na rzecz osób starszych w województwie podlaskim na lata 2016–2020;
  - w dniu 26 czerwca 2015 r. rozpoczęto cykl seminariów z zakresu przeciwdziałania przemocy wobec osób niepełnosprawnych i starszych, skierowanych do przedstawicieli kadry instytucji pomocy społecznej z terenu województwa podlaskiego;

- zorganizowano XIII Podlaskie Dni Rodziny pod hasłem „Obierz kurs na rodzinę”, skierowane do rodzin, w tym osób starszych;
- w dniu 12 listopada 2015 r. zorganizowano we współpracy ze stowarzyszeniem Dziennikarzy i Dokumentalistów „Koncentrat” bezpłatne warsztaty twórczego pisania „PISZEMY+ PO RAZ TRZECI” dla osób powyżej 60 roku życia z terenu województwa podlaskiego, których celem było rozwijanie umiejętności pisania – wykorzystując elementy autobiograficzne, wspomnienia i domowe archiwa w konstruowaniu swojej opowieści,
- pracę nad „Programem na rzecz osób starszych w województwie podlaskim na lata 2016–2020” – ROPS w Białymstoku w 2015 r. powołał Zespół ds. opracowania Programu na rzecz osób starszych w województwie podlaskim na lata 2016–2020. Następnie zorganizowano trzy spotkania Zespołu, podczas których wypracowano dokument, który został poddany konsultacjom społecznym, a jego przyjęcie planowane jest na sierpień 2016 r.;
- organizację Podlaskich Dni Seniora – przedmiotem spotkania była dyskusja i wymiana poglądów dotycząca najważniejszych problemów i potrzeb osób starszych z terenu województwa oraz proponowanych rozwiązań w ramach polityki społecznej wobec osób starszych. Poruszano temat powołania Rad Seniorów, kwestie bezpieczeństwa i praw osób starszych oraz profilaktyki i chorób kręgosłupa,

Na terenie województwa podlaskiego powołano 8 gminnych rad seniorów, zgodnie z art. 5c ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2016 r. poz. 446 i 1579) tj. w 2014 r. – 1 Miejską Radę Seniorów w Suwałkach, w 2015 r. – 5 rad seniorów tj. Gminną Radę Seniorów w Kuleszach Kościelnych, w Łapach, w Puńsku, Łomżyńską Społeczną Radę Seniorów, Augustowską Radę Seniorów, w 2016 r. – 2 rady seniorów tj. Miejską Radę Seniorów w Białymstoku oraz Sejnach.

Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku oraz jednostki terenowe Policji woj. podlaskiego w 2015 r. podejmowały szereg działań w obszarze bezpieczeństwa osób starszych, których głównym celem było podniesienie świadomości osób starszych, ograniczenie liczby przestępstw popełnianych na ich szkodę oraz promocja zdrowego i bezpiecznego stylu życia wśród seniorów. W przedmiotowym obszarze realizowano działania dotyczące:

- upowszechniania materiałów profilaktycznych m.in. w postaci notesów oraz toreb, przygotowanych w ramach współpracy z ROPS w Białymstoku;
- realizacji projektu „Akademia Seniora” – mającego na celu przeciwdziałanie wykluczeniu finansowemu osób starszych oraz kształtowania odpowiedzialności przy podejmowaniu decyzji finansowych, w tym zarządzaniu budżetem domowym i korzystaniu z usług finansowych (finansowanego przez Narodowy Bank Polski);
- obchodów Międzynarodowego Dnia Osób Starszych, podczas których propagowano zasady dotyczące bezpieczeństwa osób starszych w ruchu drogowym;
- cyklu 4 spotkań „e-portfel seniora” ukierunkowanych na uświadomienie zagrożeń ze strony oszustów telefonicznych, działających na szkodę osób starszych w siedzibie Centrum Promocji Innowacji i Rozwoju w Białymstoku;

- akcji informacyjno-edukacyjnej „Senior na czasie”, mającej na celu wzbudzenie zaufania do podmiotów stojących na straży prawa, w tym Policji oraz uświadomienie, że „senior-wie, potrafi, chce i również czuwa nad bezpieczeństwem swoim i innych”,
- spotkań profilaktycznych z parafianami podczas Mszy Świętych, które służyły przekazaniu podstawowych zasad związanych z szeroko rozumianym bezpieczeństwem seniorów;
- spotkania seniorów z Uniwersytetem Dziecięcym, organizowanym przez Politechnikę Białostocką na temat „Bezpieczeństwo w ruchu drogowym i ochronie mienia” (podczas spotkania dokonano kolportażu elementów odblaskowych i ulotek dot. oszustwa na wnuka);
- spotkań ze słuchaczami Uniwersytetu III Wieku, członkami Stowarzyszenia „Pasja” w Sejnach oraz Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów w Smolanach w ramach działań pn. „Senior w ruchu drogowym”, podczas których wykorzystano prezentację multimedialną do omówienia statystyk dot. wypadków na drodze z udziałem pieszych, zasad zachowania „Pieszy bezpieczny”, przypomniano o obowiązku noszenia odblasków poza terenem zabudowanym, zgodnie z zasadą „Widoczny – Bezpieczny”, omówiono postępowanie w przypadku, gdy pieszy jest ofiarą wypadku drogowego, zasady resuscytacji, udzielenia pierwszej pomocy oraz korzyści posiadania Karty ICE;
- spotkania ze studentami „Uniwersytetu III Wieku”, podczas którego policjanci przedstawili metody, jakimi posługują się sprawcy oszustw i omówili przykłady wyłudzeń pieniędzy „na wnuczka”, „na kuzyna”, „na policjanta” itp. oraz przypomniano o zwiększonej ostrożności w trakcie rozmów telefonicznych, a także z celem oraz informacjami zamieszczonymi na stronie: [www.nieskardzione.pl](http://www.nieskardzione.pl), „Bezpieczna tożsamość”, „Nieskradzione życie”;
- spotkania z pracownikami Kasy Rolniczego Ubezpieczenia, mającego na celu wypracowanie wspólnych form współpracy i zasad reagowania w przypadku uzyskania informacji o oszustwach wobec osób starszych (opracowano ulotki informacyjne ostrzegające przed oszustwami, które rozmieszczono na klatkach schodowych bloków mieszkalnych), cyklu spotkań w klubie seniora Związku Emerytów i Rencistów, podczas których omówiono zagrożenia, na jakie mogą być narażone osoby starsze m. in. zagrożenia ze strony oszustów podających się za funkcjonariuszy różnych służb lub „fachowców”, zagrożenia w ruchu drogowym oraz zagrożenia, jakie przynosi okres zimowy;
- rozpowszechniana wśród placówek bankowych apelu skierowanego do pracowników banków i placówek finansowych z prośbą o zwracanie uwagi na osoby starsze pobierające duże kwoty pieniędzy lub domagające się pilnych kredytów, aby przestrzegali ich przed oszustami,
- wydrukowania ulotki skierowanej do rodzin i opiekunów osób starszych i chorych podhasłem „Masz w rodzinie osobie starszą? Zadbaj o jej bezpieczeństwo! Apelujemy do Ciebie! Przeczytaj!”, „Podlaski Senior – Bezpieczny Senior” oraz zakładki do książek dot. przemocy w rodzinie;
- przygotowania kolorowanki „Wakacje u Babci/Dziadka” zawierające ostrzeżenia przed działaniami oszustów, które przekazywane były dzieciom podczas spotkań profilaktyczno-edukacyjnych;

- spotkania policjantów, strażaków i inspektorów sanitarnych ze słuchaczami Uniwersytetu III Wieku w ramach działań „Bezpieczne wakacje” i „Plaża” nad brzegiem jeziora „Pomorze” w Gibach w czerwcu 2015 r., podczas którego uczestnikom przypomniano zasady bezpiecznego wypoczynku nad wodą i w lesie, w czasie okresu letniego, przeprowadzono pokazy sprzętu używanego w przypadku niesienia pomocy osobie tonącej, uczono udzielania pierwszej pomocy przed medyczną, informowano o zagrożeniach wynikających z ukąszenia kleszcza oraz znakowano rowery celem ochrony przed ewentualną kradzieżą;
- rozdysponowania kalendarza na 2015 r., na których znalazły się wiersze i rymowanki seniorów – laureatów konkursu pt. „Bezpieczny senior”;
- prowadzono wspólnie z pracownikami ośrodków pomocy społecznej rozpoznanie pod kątem ustalenia osób zamieszkujących samotnie.

Z inicjatywy emerytów i Dyrektora Biblioteki Publicznej w Łapach, zostało powołane stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku, które obecnie liczy 115 osób. Stowarzyszenie działa w sekcjach tematycznych: turystyczno-krajoznawczych, miłośnicy muzyki, promocja zdrowia, religia bez tajemnic, klub dyskusyjny „Otwarty umysł”, spotkania z poezją. Raz w miesiącu większość członków spotyka się na wykładach, które przeprowadzają wykładowcy Uniwersytetu w Białymstoku, nauczyciele szkół, pracownicy banków. Ponadto członkowie wyjeżdżają na wycieczki krajoznawcze, na spektakle do Opery Podlaskiej czy do teatru.

## II.2.11 Województwo pomorskie

### Sytuacja demograficzna

W związku ze zmianami demograficznymi, społecznymi i zdrowotnymi zachodzącymi w naszym społeczeństwie także w województwie pomorskim następuje dynamiczny wzrost liczby ludności w wieku powyżej 60 roku życia.

Badania systemu polityki społecznej wobec osób starszych zamieszkałych na terenie województwa pomorskiego wskazują, że stopa starości w 2011 r. wynosiła 18,9% (odsetek osób w wieku 60+) i stale rośnie. Prognozy wskazują, że do 2020 roku w województwie pomorskim stopa starości wyniesie około 24% a w tej grupie osób coraz większy odsetek stanowić będą osoby powyżej 75 roku życia (przewidywany wzrost o 46%).

Ostatnie badania statystyczne przeprowadzone na bazie danych lokalnych w 2015 r. wykazały, iż najwyższy odsetek osób w wieku powyżej 60 r.ż. odnotowują największe miasta województwa pomorskiego (Gdańsk 23,75%, Gdynia 24%, Sopot 27,25%, Słupsk 23,7%, Tczew 23,12%).

### Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych

Z usług socjalnych w tym opiekuńczych korzystają następujące grupy seniorów:

- przewlekle somatycznie chorzy,
- psychicznie chorzy,

- niepełnosprawni intelektualnie,
- wymagający częściowej opieki,
- wymagający całodobowej opieki,
- pełnosprawni w starszym wieku.

Usługi opiekuńcze świadczone są w miejscu zamieszkania seniora i uzależnione są od indywidualnych potrzeb osoby starszej. Od 2014 r. są zlecane do realizacji organizacjom pozarządowym w drodze otwartego konkursu ofert. W Gdańsku świadczone są przez Gdańską Spółdzielnię Socjalną, Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Pomocy Społecznej oraz Stowarzyszenie Krokus, w Gdyni przez Centrum Usług Opiekuńczych.

W 2015 r. w województwie pomorskim funkcjonowały 44 domy pomocy społecznej posiadające łącznie 4.269 miejsc dla mieszkańców, w tym 20 domów pomocy społecznej z miejscami przeznaczonymi dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych lub niepełnosprawnych fizycznie, posiadających razem 1.682 miejsca (39,4% wszystkich miejsc w domach pomocy społecznej w województwie pomorskim).

Analiza wieku osób przebywających w domach pomocy społecznej w województwie pomorskim, wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. wykazuje, że wśród wszystkich mieszkańców domów, bez względu na ich przeznaczenie, przebywa: w przedziale wiekowym od 61 do 74 lat – 1.093 osób, powyżej 74 lat – 930 osób (ogółem 47,3% wszystkich mieszkańców w domach pomocy społecznej w województwie pomorskim stanowią osoby powyżej 61 r.ż.).

W prowadzonym przez Wojewodę Pomorskiego Rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku mających siedzibę w województwie pomorskim, na koniec 2015 r. zarejestrowano 54 placówki zapewniające całodobową opiekę posiadające łącznie 1.674 miejsca.

Z uwagi na niewystarczające środki finansowe, przekazywane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych nie jest niestety możliwe zaspokojenie wszystkich potrzeb w zakresie dofinansowań, zgłaszanych przez osoby niepełnosprawne (w tym starsze). Dotyczy to przede wszystkim wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych (np. dostosowanie łazienki do potrzeb osoby niepełnosprawnej, zakup komputera) oraz uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. Z roku na rok rośnie także liczba osób starszych z chorobą Alzheimera oczekujących na przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy. Z uwagi na rosnącą liczbę osób z tą chorobą wymagających wsparcia, koniecznym jest utworzenie kolejnych tego typu placówek.

Negatywne stereotypy, uprzedzenia odnoszące się do osób starszych leżą u podstaw dyskryminacji wiekowej, są barierą w wykorzystywaniu potencjału starszego pokolenia i nierównego ich traktowania. Seniorzy doświadczają różnego rodzaju przejawów przemocy (znieważanie, przezywanie, ośmieszanie, zabieranie lub używanie własności osoby starszej bez jej zgody, zastraszanie, szantażowanie, popychanie i szturchanie a niekiedy bicie, kopanie, okaleczanie). Najczęstszymi sprawcami przemocy wobec osób starszych są: osoby przypadkowe, nieznajome, sąsiedzi i znajomi, członkowie bliższej i dalszej rodziny. W Gdańsku założono 53 Niebieskie Karty osobom w wieku 60 i więcej lat, które doświadczyły przemocy.

W województwie pomorskim tworzeniem systemu oparcia społecznego dla osób starszych i kombatantów poprzez rozwój usług i różnych form wsparcia dziennego w środowisku lokalnym

oraz zapobieganiem skrajnym formom wykluczenia społecznego seniorów zajmują się organizacje pozarządowe, prowadzące działalność pożytku publicznego, które otrzymały dofinansowanie z budżetu wojewody pomorskiego w wysokości 442.200 zł. na realizację powyższych zadań. Są to Stowarzyszenia i Fundacje, Związki Kombatanckie oraz lokalne ośrodki integracji.

W dużych miastach działania na rzecz osób starszych realizowane są na podstawie przyjętych programów:

- Gdyńskiego Programu Senioralnego na lata 2015–2020 (Miasto Gdynia)
- Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych (Miasto Słupsk),
- Sopotcki Program Strategiczny na rzecz Seniorów (Miasto Sopot),
- Strategii Rozwoju Gdańska 2030 plus.

W województwie pomorskim działa także 13 Gminnych Rad Seniorów, które reprezentują środowisko osób starszych, przedstawiają obywatelskie oczekiwania i potrzeby tych osób wobec władz lokalnych

## Dobre praktyki

W województwie pomorskim dla seniorów organizuje się:

### *I. Pomoc medyczną i psychologiczną:*

- badania wzroku, mammobusy (GOPS Bobowo);
- spotkania z psychologiem w siedzibie GOPS lub w miejscu zamieszkania (Gmina Kwidzyn);
- specjalne programy dla osób powyżej 60 r.ż.: „Pudełko życia w gminie Bytów”, „Guzik życia” (Gmina Sztum, Miasto Malbork), „Bezpieczni Podopieczni” (Gmina Żukowo), „Koperta życia” (Miasto Słupsk, Miasto Ustka), „Kawa i herbata dla seniora” (Miasto Chojnice, Miasto Sopot, Miasto Ustka), dostęp do aptek i punktów aptecznych, „Ćwicz na zdrowie”, „Rehabilitacja usprawniająca 50+” „Rehabilitacja osób z ograniczeniami ruchowymi po 55 roku życia” (Miasto, Tczew), w tym Stacji Joannitów mieszczącej się w siedzibie (MOPS Kwidzyn, MOPS Malbork), „Spróbuj sam” (MOPS Chojnice);
- „Teleopieka system przywoławczy” działający 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu i zapewniający natychmiastową pomoc osobie zgłaszającej (upadek, nagłe pogorszenie stanu zdrowia, lęk, awaria, pożar – Miasto Sopot);
- wsparcie psychologa dla osób starszych, członków ich rodzin, możliwość uczestniczenia w grupach wsparcia dla rodzin i opiekunów osób z otępieniem (Miasto Sopot);
- programy: „Zapobiegania niepełnosprawności osób w podeszłym wieku”, „Wczesnego wykrywania chorób narządu wzroku związanych z wiekiem”, „Zdrowi i Aktywni”, „Domy Sąsiedzkie” (Miasto Sopot);
- Program „Zdrowe życie–Dobre życie”, wdrożenie E-recepty – narzędzie, które umożliwia zamawianie leków w przychodni przez moduł internetowy (Miasto Słupsk).

### *II. Przystosowanie infrastruktury dla osób starszych:*

- dostosowanie obiektów użyteczności publicznej do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, tworzenie miejsc sprzyjających integracji społeczności lokalnej (ławki wśród ciągów pieszych, podjazdy dla wózków inwalidzkich Gmina Suchy Dąb);

- prowadzenie bezpłatnej wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego. Pozyskiwanie sprzętu rehabilitacyjnego z darów sprowadzonych z Niemiec. (Miasto Malbork);
- projekt „Przyjazne mieszkanie” wspierający samodzielność osób starszych i niepełnosprawnych, niesamodzielnych (Miasto Sopot).

*III. Pomoc transportową:*

- uruchomienie dodatkowych autobusów w ramach komunikacji gminnej na dojazd osób starszych do Ośrodka zdrowia oraz Szpitala Specjalistycznego (Gmina Kościerzyna).

*IV. Usługi:*

- usługi opiekuńcze: wprowadzanie powszechnego Pomorskiego Systemu TELEOPIEKI na wypadek zagrożenia życia;
- program osłonowy Miasta Malborka pt. „Teleopieka dla osób potrzebujących”, Malborski program na rzecz osób starszych na lata 2015–2018” (na mocy uchwały Rady Miasta Malborka);
- Telefon Tel-Sen, który pełni funkcję doradczo-informacyjną i przeciwdziała izolacji społecznej seniorów. Służy do wysłuchania, wspierania, aktywizowania, interweniowania i wyłaniania osób pozostałych samych sobie (Miasto Słupsk);
- projekt „Bądź dobrym sąsiadem” w celu zapewnienia osobom samotnym, w podeszłym wieku wsparcia i pomocy w podstawowych czynnościach dnia codziennego ułatwiających pozostanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania oraz promowanie pozytywnych postaw społecznych propagujących działania na rzecz seniorów (Miasto Gdańsk);
- projekt „Opiekun też jest ważny II” zapewniający terapię, zajęcia kulturalno-towarzyski „wsparcie specjalistyczne dla osób z chorobą Alzheimera i innymi demencjami w lekkim i umiarkowanym stadium choroby (Miasto Sopot );
- wolontariat seniorów dla osób dysponujących wolnym czasem (Miasto Sopot);
- wsparcie w formie pozyskania sprzętu rehabilitacyjnego i niezbędnego wyposażenia mieszkania (Gmina Kwidzyn);
- uruchomienie Pomorskiego Ośrodka Kompetencji w Gdańsku (pierwszy w Polsce) poszerzającego usługi poradnictwa zawodowego o innowacyjne usługi doradcze i diagnostyczne dla osób 50+ oraz osób niepełnosprawnych.

W 2015 r. wsparto seniorów województwa pomorskiego poprzez dofinansowanie działań jednostek samorządu terytorialnego w rozwoju sieci Dziennych Domów „Senior-WIGOR” ze szczególnym uwzględnieniem jednostek samorządu, charakteryzujących się niskimi dochodami lub wysokim odsetkiem seniorów w populacji ogółem lub brakiem infrastruktury pomocy społecznej służącej do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania. W ramach rozstrzygniętego konkursu, dofinansowanie otrzymało 6 jednostek samorządu terytorialnego województwa pomorskiego na kwotę 1.061.193,33 zł (Miasto Gdańsk, Gminy: Czersk, Pelplin, Puck, Skarszewy, Tuchomie).

## II.2.12 Województwo śląskie

### Sytuacja demograficzna<sup>46</sup>

Województwo śląskie posiada 4 577 925 mieszkańców, z czego 51,8% stanowią kobiety, a 48,2% mężczyźni. W latach 2002–2015 liczba mieszkańców zmniejszyła się o 3,2%. Średni wiek mieszkańców wynosi 41,5 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców Polski. Województwo śląskie ma ujemny przyrost naturalny wynoszący –5 111. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu –1,1 na 1000 mieszkańców śląskiego. 63,2% mieszkańców śląskiego jest w wieku produkcyjnym, 16,8% w wieku przedprodukcyjnym, a 20,0% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym.

Zgodnie z *Prognozą demograficzną na lata 2014–2050 dla województwa śląskiego*<sup>47</sup>, w województwie śląskim prognozuje się systematyczny spadek liczby ludności do 2050 r. Utrzymywac się będzie ujemny przyrost naturalny, wystąpią także niekorzystne zmiany w strukturze ludności. Obserwowany spadek liczby ludności miejskiej będzie się pogłębiał do 2050 r. Prognozuje się, że w województwie śląskim w 2050 r. zarówno liczba ludności miast, jak i wsi będzie niższa niż w 2013 r. odpowiednio o 25,0% i 2,8%. Według prognozy, w miastach województwa śląskiego najbardziej zmniejszy się liczba osób w wieku 30–34 lata o 55,6% oraz w wieku 25–29 lat o 55,1%, a na wsi w wieku 25–29 lat – o 39,8% oraz w wieku 22–24 lat – o 37,3%. Wzrost liczby ludności (zarówno w miastach, jak i na wsi) wystąpi wśród osób w wieku 85 lat i więcej (odpowiednio o prawie 273% i ponad 280%).

W województwie śląskim proces starzenia się społeczeństwa będzie przebiegać stosunkowo szybko. W 2050 r. mediana wieku będzie wynosiła 53,4 lata i będzie wyższa o 0,9 roku niż dla Polski ogółem. W okresie 2013–2050 r. liczba osób w wieku 65 lat i więcej zwiększy się o 75,6% do 1249,6 tys. w 2050 r. (osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się o 151,4% do 413,4 tys. w 2050 r.). Odsetek tych osób w regionie w 2050 r. wyniesie 33,9% i będzie wyższy od średniej krajowej o 1,3 p.p. Przewidywany spadek liczby urodzeń w całym okresie objętym prognozą spowoduje znaczne pogorszenie proporcji między najmłodszymi a najstarszymi generacjami ludności, co znajdzie odzwierciedlenie w wartościach przyjmowanych przez indeks starości demograficznej. Do 2050 r. w województwie śląskim prognozowany jest ponad 2,5-krotny wzrost wartości wskaźnika w miastach i prawie 3-krotny na wsi. Przewiduje się, że zjawisko podwójnego starzenia się społeczeństwa będzie narastało. W województwie śląskim udział ten zwiększy się zarówno w miastach z 22,5% w 2013 r. do 33,6% w 2050 r., jak i na wsi odpowiednio z 25,4% do 31,6%.

<sup>46</sup> Opracowanie na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Katowicach.

<sup>47</sup> Opracowanie na podstawie: *Prognoza demograficzna na lata 2014–2050 dla województwa śląskiego*, Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice 2015 (na podstawie *Prognozy ludności na lata 2014–2050 dla województw opublikowanej przez Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014*).



### Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych

Do pakietu usług socjalnych dla osób starszych oferowanych w województwie śląskim przez instytucje pomocy i integracji społecznej należą:

- praca socjalna, z której skorzystały 22 282 osoby powyżej 60 r.ż.;
- usługi bytowe: mieszkaniowe, żywieniowe, pomoc rzeczowa (np. niezbędne ubranie, remonty, naprawy), z których skorzystało 11 756 osób starszych;
- usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze, z których skorzystało 7 920 osób starszych;
- usługi opiekuńcze w ośrodkach wsparcia dziennego i w całodobowych formach opieki objęły 5 646 osób starszych;
- interwencja kryzysowa – profesjonalne wsparcie 3 248 osób starszych pomocą psychologiczną, prawną oraz w grupach wsparcia;
- usługi integracyjne, w tym integracja społeczna i międzypokoleniowa, w której uczestniczyło 17 228 osób starszych;
- rzecznictwo: występowano w imieniu/ na rzecz istotnych spraw 1 183 osób starszych;
- usługi prozdrowotne i rehabilitacyjne to oferta umożliwiająca utrzymanie bądź polepszenie ogólnego stanu psychofizycznego, w tym zajęcia usprawniające, usługi geriatryczne i rehabilitacyjne, z której skorzystało 42 434 osób starszych;
- usługi informacyjne poprzez dostęp do informacji o uprawnieniach, zasobach i usługach z wykorzystaniem różnych technik i metod informacyjnych uzyskało 13 529 osób starszych;
- mediacje – pomoc uzyskało 211 osób starszych;
- usługi aktywizujące to zróżnicowana oferta umożliwiająca aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, a w tym:
  - usługi edukacyjne, w których uczestniczyły 254 osoby starsze;
  - sportowo-rekreacyjne, w których uczestniczyło 314 osób starszych;
  - indywidualne lub zespołowe treningi samoobsługi w zakresie czynności codziennych dla 21 osób starszych.

Jednym z najważniejszych instrumentów polityki społecznej wobec osób starszych jest funkcjonowanie gminnych rad seniorów. W województwie śląskim, składającym się ze 167 gmin, gminne rady seniorów zostały powołane uchwałami w 25 gminach.

Gminne rady seniorów powołano z inicjatywy:

- rady gminy wspólnie z grupą seniorów – 2,
- grupy seniorów – 4,
- organu wykonawczego gminy – 10,
- na wniosek innych zainteresowanych środowisk np. uniwersytetu trzeciego wieku, organizacji pozarządowych, stowarzyszeń – 9.

Zgodnie z art. 5c ust. 2 *ustawy o samorządzie gminnym*, rada gminy z własnej inicjatywy lub na wniosek zainteresowanych środowisk, może utworzyć gminną radę seniorów. Z nadesłanych informacji z 25 gmin wynika, że w większości wdrożenie procedury utworzenia gminnej rady seniorów odbyło się na wniosek organu wykonawczego gminy (10) oraz na wniosek zainteresowa-

ných środowisk tj. uniwersytetu trzeciego wieku (4), organizacji pozarządowych i stowarzyszeń (5) oraz grupy seniorów (4). Gminna rada seniorów została utworzona z inicjatywy rady gminy wspólnie z grupą seniorów w 2 gminach. Gminne rady seniorów działają w 24 gminach; w jednej gminie nie przeprowadzono jeszcze wyborów (Czechowice-Dziedzice).

Liczba członków rady w poszczególnych 24 gminach jest zróżnicowana i wynosi od 6 osób (Łazy) do 25 osób (Chorzów). Ogółem w województwie śląskim w pracę rad seniorów zaangażowane są 322 osoby, a w tym:

- 136 osób starszych,
- 110 przedstawicieli organizacji pozarządowych,
- 42 przedstawicieli podmiotów prowadzących uniwersytet trzeciego wieku,
- 34 przedstawicieli innych podmiotów tj. ośrodków pomocy społecznej, domów pomocy społecznej, Towarzystwa Miłośników Ziemi Zawierciańskiej, przedstawicieli prezydentów miast i rad miast, domów i ośrodków kultury, biblioteki, klubów seniora, spółdzielni mieszkaniowej, Chorzowskiej Grupy Plastycznej „Krajcok”, Towarzystwa Kultury Teatralnej.

Gminne rady seniorów są ciałem doradczo-konsultacyjno-inicjatywnym. Współpracują z samorządem gminnym w obszarach: profilaktyki i promocji zdrowia, opieki zdrowotnej, mieszkalnictwa, transportu publicznego, przestrzeni publicznej, integracji społecznej, kultury i sportu oraz bezpieczeństwa.

W ramach funkcji o charakterze konsultacyjnym gminna rada seniorów wyraża opinie w przedkładanych jej sprawach, istotnych z punktu widzenia funkcjonowania seniorów w społeczności lokalnej. Przykładowo można wymienić:

- konsultacje mapy bezpieczeństwa sporządzonej przez Policję i uzupełnienie o miejsca uważane przez seniorów za niebezpieczne oraz zwiększenie częstotliwości patroli Policji i Straży Miejskiej w Chorzowie;
- opiniowanie projektu budżetu partycypacyjnego na 2017 r. w Dąbrowie Górniczej oraz w Sosnowcu;
- konsultacje uchwały w sprawie przyjęcia sprawozdania w realizacji programu „Aktywni Seniorzy” i uchwały w sprawie Miejskiego Programu „Katowicki Senior w Mieście na lata 2016–2021” w Katowicach;
- zgłaszanie uwag w zakresie inwestycji drogowych dot. barier architektonicznych i bezpieczeństwa na przejściach dla pieszych w Lublińcu;
- konsultacje dot. strategii problemów społecznych i krajowej mapy zagrożeń i bezpieczeństwa w Piekarach Śląskich,
- konsultacje dot. programu „Rybnik Przyjazny Seniorom”,
- zaopiniowanie regulaminu programu „Żorska Karta Seniora”, opinia w sprawie opłat w Dziennym Domu „Senior-Wigor”, opinia w sprawie stworzenia żorskiego systemu teleopieki domowej i włączenia go do tworzonego krajowego samorządowego systemu teleopieki.

Uzupełnieniem funkcji konsultacyjnej jest kompetencja doradcza gminnej rady seniorów, w ramach której może ona formułować własne propozycje rozwiązań w przedkładanych sprawach oraz sugerować wprowadzenie korekt do przedkładanych propozycji:

- w sprawie rewitalizacji miasta w Bytomiu;
- w sprawie sporządzenia mapy zagrożeń na ścieżkach rowerowych oraz opracowanie harmonogramu wycieczek turystyczno-krajoznawczych w Chorzowie;
- w sprawie Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Dąbrowie Górniczej;
- w sprawie likwidacji barier architektonicznych, zorganizowania akcji „Koperta życia”, organizowania wolontariatu dedykowanego seniorom wspólnie z uniwersytetem trzeciego wieku w Łazach;
- doradztwo przy wyborze profilaktycznych programów w zakresie zdrowia w Mysłowicach;
- dział z głosem doradczym dla młodzieżowej rady miasta i młodzieżowego domu kultury w Piekarach Śląskich.

Funkcja inicjatywna pozwala na inspirowanie lokalnych władz do podjęcia nowych, konkretnych działań, mających na celu podniesienie jakości życia osób starszych we wspólnocie samorządowej: Rady seniorów wychodzą z własnymi inicjatywami związanymi z potrzebami osób starszych. Najczęściej są to różnego rodzaju zajęcia i wyjazdy: wycieczki autokarowe, zajęcia z nornic walking. Zdarzają się jednak także działania na szerszą skalę, mocniej związane z polityką miejską:

- w Bytomiu: organizacja I Seniorady, obniżenie wieku uprawniającego do zniżki na krytą pływalnię, organizacja programu pływania dla zdrowia, opracowanie regulaminu „Senior Roku”;
- w Chorzowie: współpraca przy organizacji Europejskiego Tygodnia Seniora, zorganizowanie cyklicznych spotkań dotyczących zdrowia seniorów, współorganizacja II Międzynarodowej Konferencji „Razem dla Seniorów”, przystąpienie do konkursu Towarzystwa Inicjatyw Twórczych „E” „Seniorzy w Akcji”;
- w Częstochowie: organizacja wspólnego wyjazdu seniorów na Kongres „Obywatel Senior 2015”, spotkania okolicznościowe seniorów;
- w Dąbrowie Górniczej: organizacja Konferencji Senioralnej;
- w Lublińcu: rozpoczęcie działań mających na celu wprowadzenie Krajowej Karty Seniora;
- w Łazach: zakwalifikowanie do III etapu ogólnopolskiego konkursu „Zoom na Rady Seniorów, udział w projekcie „Zoom na Rady Seniorów. Uniwersytet Obywatelski”, udział w projekcie „Dzisiaj skutecznie i rozważnie”;
- w Nędzy: utworzenie domu dziennego pobytu seniorów, podpisanie porozumienia w sprawie Krajowej Karty Seniora;
- w Piekarach Śląskich: przyjęcie do realizacji od 01.01.2016 r. Programu „Piekarski Senior 60+”;
- w Raciborzu pozyskanie z zasobów komunalnych lokalu na „Klub Seniora” i uzyskaniem z budżetu miasta środków finansowych na jego remont, przedłużenie trasy autobusu do ZUS;
- w Rudzie Śląskiej: wyznaczenie stałej daty obchodów Rudzkiego Dnia Seniora, wprowadzenie w życie Rudzkiej Karty Seniora od 01.06.2016 r.;
- w Rybniku: wydawanie Karty Seniora od września 2015 r., zorganizowanie I Dni Seniora w 2015 r., nawiązanie współpracy ze środowiskiem seniorów w Niemczech;
- w Sosnowcu: realizacja Programu Polityki Senioralnej;

- w Świętochłowicach: przystąpienie do projektu „Śląskie dla Seniora”, zniżka 40% na imprezy kulturalne i sportowe, cykliczne spotkania seniorów w Centrum Kultury Śląskiej, Miejskiej Bibliotece Publicznej oraz Muzeum Powstań Śląskich, realizacja wspólnie z ZOZ programu profilaktycznego „Senior z Wigorem”;
- w Tychach: udział w projekcie „Zoom na Rady Seniorów. Uniwersytet Obywatelski, artykuł w bezpłatnym tyskim tygodniku miejskim „Twoje Tychy”, uczestnictwo w Obywatelskim Parlamencie Seniorów.

Jedną z najpowszechniejszych (obok obrad) form pracy rad seniorów są regularne dyżury otwarte dla starszych mieszkańców gminy. W trakcie tego typu dyżurów do radnych zgłaszają się osoby oczekujące pomocy w rozwiązaniu zgłaszanych przez siebie problemów (na przykład lokatorskich). Bardzo często takie dyżury pełnią też funkcję „informatorium”. Radni – seniorzy, zazwyczaj lepiej zorientowani w strukturze urzędu gminy i kompetencji poszczególnych wydziałów, kierują mieszkańców do odpowiednich osób lub instytucji, informują ich o dostępnych możliwościach.

Przytaczając powyższe przykłady działań podejmowanych przez rady seniorów, wyraźnie widać różnorodność realizowanych działań. Tworzenie gminnych rad seniorów w województwie śląskim (167 gmin) jest obecnie na etapie wstępnym, bowiem powołano je w 25 gminach. Rady seniorów mają potencjał do aktywizowania osób starszych jako obywateli angażujących się w lokalne życie społeczne.

### **Dobre praktyki**

Wśród dobrych praktyk realizowanych na rzecz osób starszych w województwie śląskim należy wymienić:

- „Program AS-Aktywny Senior. Powiatowy Program dla Seniorów na lata 2014–2020” – powiat będziński;
- Bezpłatne szczepienia przeciw grypie dla osób 60+ – Chełm Śląski;
- „Chorzowska Akademia Seniorów” oraz „Dzielnicowe Akademe Seniora”: bezpłatne zajęcia aktywizujące w Chorzowie;
- Ulgowe ceny biletów dla emerytów i rencistów w Filharmonii Częstochowskiej i Teatru im. Adama Mickiewicza w Częstochowie;
- Wprowadzenie Karty Seniora w Dąbrowie Górniczej, Katowicach, Siemianowicach Śląskich;
- Kampania „Gliwicki Dzień dla Zdrowia” – bezpłatne konsultacje i badania w Gliwicach;
- „Gliwicki Senior 67 i 75+” – zniżki dla seniorów na imprezy w obiektach kulturalnych, sportowych, w placówkach medycznych i usługowych;
- Miejski System Powiadamiania Ratunkowego, sieć Klubów Seniora, Program „Babcia, Dziadek i Ja” w Katowicach;
- Projekt „Dziś ty, jutro ja, wszyscy chcemy godnej starości” w Lublińcu;
- Bytomska Karta Seniora w Bytomiu;
- Gminny program edukacji komputerowej dla Seniorów w Siemianowicach Śląskich;
- Beskidzkie Igrzyska Integracyjne Seniorada w Bielsku-Białej;

- Projekt „Koperta Życia” – kampania skierowana do osób chorych, starszych, samotnych w Częstochowie i Lublińcu;
- Program „Aktywny Senior 60+” – system ulg i rabatów na usługi oferowane przez jednostki miejskie w Sosnowcu.

Biorąc pod uwagę znane powszechnie prognozy dotyczące starzenia się polskiego społeczeństwa, aktywizacja osób starszych jest kluczowa dla sprawnego i dobrego funkcjonowania społeczności lokalnych. Dotychczas podejmowane działania kierowane do najstarszych mieszkańców (realizowane między innymi przez liczne uniwersytety trzeciego wieku) koncentrują się przede wszystkim na upowszechnianiu aktywności sportowej lub kulturalnej seniorów, pomijając często jeden z najważniejszych obszarów, jakim jest aktywność obywatelska.

## II.2.13 Województwo świętokrzyskie

### Sytuacja demograficzna

Na terenie województwa świętokrzyskiego zamieszkuje ogółem 1 263 176 mieszkańców, w tym 258 951 osób w wieku poprodukcyjnym. Liczba ta systematycznie wzrasta. Starzejące się w szybkim tempie społeczeństwo naszego województwa stawia nowe wyzwania przed samorządami i organizacjami pozarządowymi.

Zgodnie z *Prognozą demograficzną na lata 2014–2050 dla województwa świętokrzyskiego*<sup>48</sup>, w województwie świętokrzyskim prognozuje się systematyczny spadek liczby ludności, który wraz z upływem lat będzie się pogłębiać, szczególnie w społecznościach miejskich. Przyrost naturalny pozostanie ujemny w całym okresie. Nastąpią także niekorzystne zmiany w strukturze wiekowej ludności, a ich nawarstwianie w kolejnych latach spowoduje przyspieszenie procesu po 2025 r. Prognozuje się, że liczba ludności miast w województwie świętokrzyskim w 2050 r. będzie o 35,1% mniejsza niż w 2013 r., podczas gdy na wsi ubytek wyniesie 13,1%. Według prognozy, w 2050 r. w miastach województwa świętokrzyskiego najbardziej zmniejszy się liczba osób w wieku 30–34 lata (o 66,9%) oraz 25–29 lat (o 65,2%), a na wsi w wieku 20–24 lata (o 49,4%) oraz w wieku 25–29 lat (o 46,9%). Największy wzrost liczby ludności zarówno w miastach, jak i na wsi wystąpi wśród osób w wieku 85 lat i więcej – odpowiednio 3,5-krotnie i 2,4-krotnie. Znacznie przybędzie także osób w wieku 70–74 lata – kolejno o 66,1% i o 112,3%.

Województwo świętokrzyskie jest jednym z regionów, w których proces starzenia się społeczeństwa przebiegać będzie najszybciej. Według prognozy w 2050 r. wiek środkowy wyniesie 55,9 roku, tj. o 3,4 roku więcej niż dla Polski ogółem. Liczba osób w wieku 65 lat i więcej zwiększy się o 72,5% (do 351,8 tys. w 2050 r.), a osób w wieku 80 lat i więcej ponad dwukrotnie (do 116,6 tys.), przy czym odsetek tych osób w regionie pozostanie jednym z najwyższych w kraju.

<sup>48</sup> Opracowanie na podstawie: *Prognoza demograficzna na lata 2014–2050 dla województwa świętokrzyskiego*, Urząd Statystyczny w Kielcach, Kielce 2015 (na podstawie *Prognozy ludności na lata 2014–2050 dla województw* opublikowanej przez Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014).

Postępujący obecnie proces demograficznego starzenia się społeczeństwa ulegnie wyraźnemu nasileniu. Prognozowany poziom wzrostu mediany wieku ludności świętokrzyskiego będzie prawie największy wśród województw (poza opolskim). Przyczyni się do tego przede wszystkim dynamiczny spadek liczby urodzeń i w konsekwencji ograniczenie populacji osób do 18 r.ż. o blisko 44%. Proces starzenia ludności mocniej uwidoczni się w miastach, w których na końcu prognozowanego okresu wiek środkowy mieszkańców zwiększy się o 16,9 roku w stosunku do 2013 r., podczas gdy na wsi – o 15,2 roku. Tym samym na terenach miejskich szybciej będzie się pogarszać indeks starości. Przewiduje się, że zjawisko podwójnego starzenia się społeczeństwa będzie narastało. W województwie świętokrzyskim udział ten zwiększy się zarówno w miastach z 24,0% w 2013 r. do 35,1 % w 2050 r., jak i na wsi – odpowiednio z 31,1% do 31,7%.

### Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych

Z raportu opracowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Kielcach wynika, że 87% osób w wieku poprodukcyjnym posiada własne źródła utrzymania, tj. emerytury lub renty oraz pracę zawodową. Świadczenia emerytalno-rentowe otrzymywane przez seniorów są zbyt niskie, by zapewnić w miarę stabilne i znośne życie. Dodatkowo obciążone są one wydatkami związanymi z zakupem leków i pokryciem kosztów leczenia. Osoby w wieku poprodukcyjnym posiadają w większości własne mieszkania. Na terenach wiejskich osoby zamieszkują samotnie we własnych, często dużych domach, których utrzymanie znacząco obciąża budżet domowy.

Na terenie woj. świętokrzyskiego nie ma takich gmin, w których ośrodki pomocy społecznej nie przyznawałyby żadnych świadczeń osobom starszym. Najczęściej przyznawany jest zasiłek celowy z przeznaczeniem na zakup leków czy opału na okres zimowy, zaraz za nim sytuuje się zasiłek stały. Najmniej powszechną formą pomocy, z powodu nie spełniania przez emerytów/rencistów kryteriów jego przyznawania, jest zasiłek okresowy. Pozostałe formy pomocy, tworzone na potrzeby starszych, a w niektórych przypadkach jednocześnie chorych lub/i niepełnosprawnych mieszkańców, sprowadzają się głównie do usług opiekuńczych, usług specjalistycznych, a w sytuacji braku powyższych do uruchamiania pomocy sąsiedzkiej. Nadmienić należy, że coraz częściej udzielana jest pomoc w formie gorącego posiłku, który w bardzo wielu przypadkach dowożony jest do miejsca zamieszkania.

Osoby wymagające opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niezdolne do samodzielnego funkcjonowania w środowisku, którym nie można było zapewnić niezbędnej pomocy usługowej i opiekuńczej w miejscu zamieszkania, ośrodki pomocy społecznej kierowały do domów pomocy społecznej.

**Tabela 98. Podmioty lecznicze zarejestrowane w rejestrze Wojewody Świętokrzyskiego stan na 31.12.2015 r.**

Podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych	39
w tym:	
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki budżetowe	19
Podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami (dawne NZOZ-y)	20

## INFORMACJA O SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W POLSCE ZA ROK 2015

Podmioty lecznicze udzielające ambulatoryjnych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	205
w tym:	
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki budżetowe	74
Podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami (dawne NZOZ-y)	131
Podmioty lecznicze udzielające ambulatoryjnych świadczeń w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej	322
w tym:	
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki budżetowe	69
Podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami (dawne NZOZ-y)	253

Źródło: dane Urzędu Wojewódzkiego Województwa świętokrzyskiego.

Z oceny zasobów pomocy społecznej za 2015 r. wynika, iż ze wsparcia pomocy społecznej korzysta ogółem 13 029 osób w wieku poprodukcyjnym, w tym 3 363 osoby z pomocy w formie usług. Z pomocy w formie gorącego posiłku skorzystały w roku 2015 8 232 osoby.

Osoby starsze, które zostały zaliczone do osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym lub osiągnęły 75 r.ż. otrzymują zasiłki pielęgnacyjne. Rodziny osób, które posiadają stopień znaczny, mogą skorzystać ze specjalnego zasiłku opiekuńczego realizowanego przez ośrodki pomocy społecznej. Z „Oceny zasobów pomocy społecznej za rok 2015” wynika, że wypłacono 13 029 takich świadczeń.

Stale poprawia się oferta proponowana przez gminy w aspekcie możliwości spędzania wolnego czasu przez seniorów. Miejscem do odpoczynku nie jest już tylko działka czy ogród, zwiększa się dostępność do uczestnictwa w zajęciach artystycznych, rękodzielniczych, a przede wszystkim edukacyjnych (komputerowych, językowych). Biorąc pod uwagę wydłużającą się długość życia, aktywność seniorów i wychodząc naprzeciw ich potrzebom, na terenie województwa świętokrzyskiego powołano Uniwersytety Trzeciego Wieku, które mają siedzibę w Busku-Zdroju, w Kielcach, w Ostrowcu Świętokrzyskim, Starachowicach, Opatowie i Sandomierzu.

Ponadto w 2015 r. utworzonych zostało cztery domy „Senior-Wigor” – trzy o zasięgu gminnym (Słupia, Starachowice i Ostrowiec Św.) oraz jeden powiatowy w Opatowie. Dodatkowo funkcjonują trzy Dienne Domy Pomocy w Jędrzejowie, Końskich i w Kielcach dla chorych na Alzheimera. W 2015 r. łączna liczba świetlic i klubów uznawanych jako kluby seniora działających na terenie gminy, zajmujących się rozwojem życia kulturalnego, oświatowego, towarzyskiego i rekreacyjnego osób starszych wynosiła 138 placówek i zwiększyła się o 21% w porównaniu do 2014 r.

### **Dobre praktyki**

Samorządy coraz częściej dostrzegają konieczność podjęcia działań, które aktywizują seniorów i mają na celu „wyciągnięcie ich z domów”. W związku z tym w 5 gminach powołane zostały Gminne Rady Seniorów tj.: w Starachowicach, Końskich, Sandomierzu, Stąporkowie i Miedzianej Górze. Rady te wpływają na realizację przedsięwzięć, które miały duży wpływ na polepszenie sytuacji seniorów.

Ponadto Wojewoda Świętokrzyski corocznie ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację zadań publicznych z zakresu pomocy społecznej dla podmiotów uprawnionych, działających na terenie województwa świętokrzyskiego. W 2015 r. do konkursu przystąpiło 6 organizacji pozarządowych skupiających osoby starsze. Działania, które bezpośrednio dotyczyły seniorów miały na celu poprawę jakości ich życia poprzez:

- aktywizację społeczną i zawodową,
- integrację międzypokoleniową,
- przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.

W projektach konkursowych wzięły udział łącznie 283 osoby w podeszłym wieku. Ważnym celem działalności ww. organizacji była również możliwość przyjemnego spędzenia czasu wolnego, zaspokojenia potrzeb wyższego rzędu (np. wypoczynku, rozrywki i szeroko pojętej aktywności) oraz pogłębiania swoich zainteresowań.

Rezultatem ww. działań było pobudzenie aktywności intelektualnej, społecznej i fizycznej dzięki różnorodnym zajęciom, warsztatom i wyjazdom edukacyjnym, jak również promocja zdrowego stylu życia dla seniorów (np. prelekcje dotyczące zdrowego odżywiania się, warsztaty kulinarne, Nordic walking, wyjścia na basen). Istotnym elementem zrealizowanych projektów było angażowanie osób starszych do działalności wolontarystycznej z uwagi na fakt, iż osoby te dysponują dużą ilością czasu wolnego. Ponadto wielu seniorów ma ograniczone możliwości finansowe w zakresie dostępu do usług społecznych m.in. w obszarze edukacji, kultury, turystyki, a udział w projektach stwarza im warunki do korzystania z takich usług.

Prawie w każdej gminie organizowane są spotkania wigilijne, rozprowadzane są także „Koperty życia” czy organizowane okolicznościowe spotkania. W ramach obchodów Gminnych Dni Seniora w Radoszycach aktywni seniorzy uhonorowani zostali grawertonem „Super Senior” za działalność edukacyjną, promowanie i kształtowanie postaw patriotycznych i obywatelskich oraz szacunku dla tradycji wśród młodego pokolenia.

Przykładem dobrych praktyk jest także inicjatywa władz Kielc dotycząca tworzonego obecnie w mieście systemu mieszkań chronionych dla osób starszych. Pozostawieni sami sobie i często o dochodach, które nie pozwalają im na utrzymanie dużego mieszkania czy domu, starsi ludzie chętnie przenoszą się do bloku złożonego z mniejszych mieszkań. Zyskują na tym w sensie ekonomicznym, ale głównie w opiekuńczo-pielęgnacyjnym (możliwość natychmiastowego przywołania dyżurującej opiekunki) oraz społecznym – przenoszą się do swoistego rodzaju „wspólnoty” ze względu na wiek i stan zdrowia. Dzięki temu w sposób istotny wzrasta ich poczucie bezpieczeństwa i odczuwany stopień społecznej akceptacji. Jak podkreślają samorządowcy, zastosowane tu rozwiązanie jest o wiele tańsze niż domy pomocy społecznej. Na terenie Kielc oddano do użytku trzy bloki, w których znajduje się łącznie 67 mieszkań. Ponadto miasto angażuje się w tworzenie mieszkań typu aktywizującego dla seniorów.

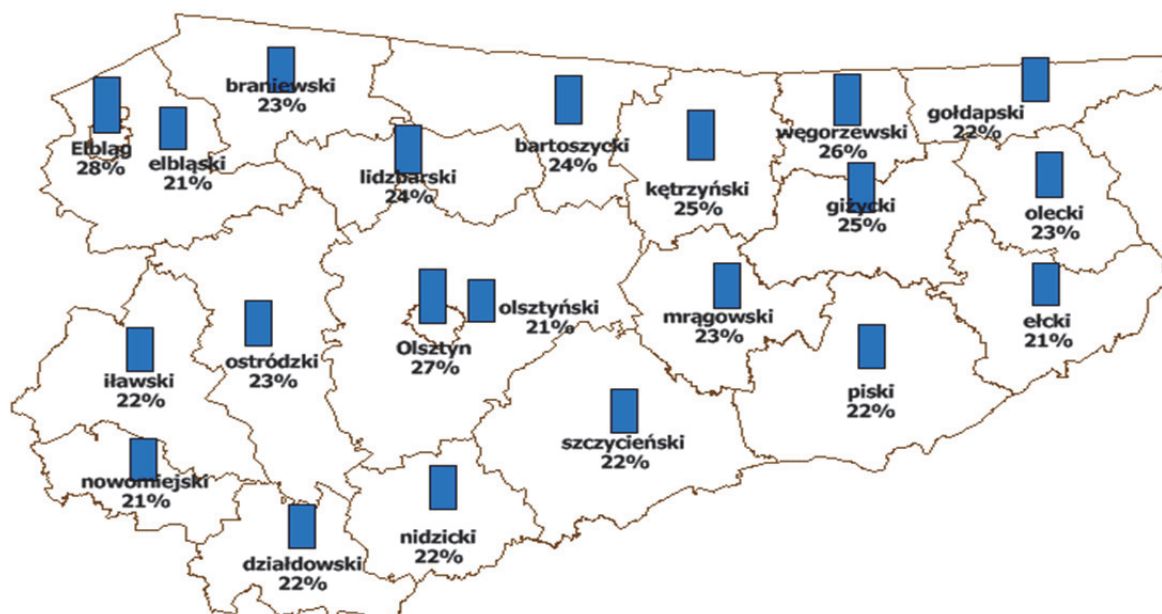


## II.2.14 Województwo warmińsko-mazurskie

### Sytuacja demograficzna

Ludność powyżej 60 r.ż. stanowi około 24% populacji województwa – 305 000 takich mieszkańców. W tym przedziale wiekowym obserwuje się nadwyżkę kobiet w stosunku do mężczyzn. Zgodnie z danymi województwo jest demograficznie młode – w najstarszych grupach wiekowych występuje niższy odsetek mieszkańców niż średnia ogólnopolska. Największa liczba seniorów zamieszkuje w powiatach: M. Olsztyn (13% ich ogólnej liczby) i M. Elbląg (10%), olsztyńskim, ostródzki i iławskim.

**Wykres 11. Odsetek ludności powyżej 60 roku życia wśród mieszkańców poszczególnych powiatów województwa.**



Źródło: dane Urzędu Wojewódzkiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Najstarszymi powiatami są miejskie Elbląg i Olsztyn, węgorzewski, kętrzyński, giżycki, do młodych należą: nowomiejski, olsztyński, elbląski.

Strukturę demograficzną osób starszych województwa warmińsko-mazurskiego według płci i oraz rozbiem na miasto i wieś przedstawia tabela 99.

**Tabela 99. Struktura demograficzna osób starszych w województwie warmińsko-mazurskim**

Województwa Powiaty Grupy wieku	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta			Wieś		
				razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
<b>WARMIŃSKO- MAZURSKIE</b>	<b>1439675</b>	<b>704893</b>	<b>734782</b>	<b>850385</b>	<b>405875</b>	<b>444510</b>	<b>589290</b>	<b>299018</b>	<b>290272</b>
<b>60-64</b>	<b>100287</b>	<b>47261</b>	<b>53026</b>	<b>65197</b>	<b>29194</b>	<b>36003</b>	<b>35090</b>	<b>18067</b>	<b>17023</b>
60	22022	10560	11462	14068	6457	7611	7954	4103	3851
61	20539	9823	10716	13320	6084	7236	7219	3739	3480
62	19892	9360	10532	12896	5690	7206	6996	3670	3326
63	19226	8863	10363	12622	5512	7110	6604	3351	3253
64	18608	8655	9953	12291	5451	6840	6317	3204	3113
<b>65-69</b>	<b>74885</b>	<b>33966</b>	<b>40919</b>	<b>49734</b>	<b>21932</b>	<b>27802</b>	<b>25151</b>	<b>12034</b>	<b>13117</b>
65	17879	8238	9641	11861	5269	6592	6018	2969	3049
66	16780	7769	9011	11161	5034	6127	5619	2735	2884
67	15394	6985	8409	10294	4504	5790	5100	2481	2619
68	13522	5982	7540	8996	3937	5059	4526	2045	2481
69	11310	4992	6318	7422	3188	4234	3888	1804	2084
<b>70 lat i więcej</b>	<b>127424</b>	<b>44251</b>	<b>83173</b>	<b>81029</b>	<b>28086</b>	<b>52943</b>	<b>46395</b>	<b>16165</b>	<b>30230</b>
<b>Wiek poprodukcyjny</b>	<b>255335</b>	<b>78217</b>	<b>177118</b>	<b>166766</b>	<b>50018</b>	<b>116748</b>	<b>88569</b>	<b>28199</b>	<b>60370</b>
65 lat i więcej mężczyźni	78217	78217	x	50018	50018	x	28199	28199	x
60 lat i więcej kobiety	177118	x	177118	116748	x	116748	60370	x	60370

Źródło: dane Urzędu Wojewódzkiego województwa warmińsko-mazurskiego.

## Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych

### I. Opieka zdrowotna

Jakość życia seniorów związaną ze zdrowiem w woj. warmińsko-mazurskim determinują ograniczenia finansowe, mnogość towarzyszących chorób współistniejących, ograniczona wydolność opiekuńcza rodziny lub jej brak, niezadawalająca dostępność do profesjonalnej opieki medycznej: lekarskiej, pielęgniarstwa, rehabilitacji, różnorodnych form terapii. Obserwuje się wzrastającą liczbę pacjentów hospitalizowanych w grupie ludzi starszych, którzy z tytułu różnych obciążeń zdrowotnych po zakończeniu procesu terapeutycznego na poziomie stacjonarnym nie mają zapewnionej ciągłości kompleksowej opieki, która powinna być kontynuowana w placówkach do tego przeznaczonych lub w środowisku domowym.

Na szczególną uwagę zasługuje potrzeba wprowadzenia działań profilaktycznych i edukacyjnych, które będą miały wpływ na utrzymanie sprawności i poprawę jakości życia osób starszych. Choroby wieku starszego wymagają często zwiększonych i kosztownych metod leczenia oraz zaplecza farmakologicznego, które powiązane są z długotrwałym procesem rekonwalescencji i rehabilitacji. W większości grupa osób starszych z ww. powodów znajduje się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej. Ponadto wzrost tych kosztów związany jest również z transportem osób starszych oraz z zapewnieniem dłuższej opieki pielęgnacyjnej w warunkach domowych. Członkowie rodzin niejednokrotnie nie są w stanie sprawować opieki nad osobą starszą z uwagi na wykluczenie z życia zawodowego i pełnionych ról społecznych. Wszystkie ww. czynniki powodują obniżenie poziomu jakości życia osób starszych w aspekcie nie tylko zdrowotnym, ale i socjalno-bytowym.

Najczęstszymi świadczeniami zdrowotnymi, z których korzysta grupa pacjentów w wieku 60+, są porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – w 2015 r. korzystało z niej ponad 275 000 osób, odbywając ponad 2,3 mln wizyt, co stanowi średnio prawie 9 porad na osobę w ciągu roku. Ze świadczeń pielęgniarki POZ skorzystało ponad 7 700 seniorów. Osoby starsze często korzystały również ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w sumie ponad 200 000 pacjentów, w tym: poradni okulistycznej (ponad 60 200 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (blisko 44 000 osób), kardiologicznej (blisko 40 000 pacjentów), chirurgii ogólnej (38 100 osób), otorynolaryngologicznej (35 400 pacjentów), neurologicznej (31 650 pacjentów), urologicznej (blisko 30 000 pacjentów), dermatologicznej (26 400 osób), ginekologicznej (22 700 kobiet), poradni gruźlicy i chorób płuc (blisko 22 000 osób)<sup>49</sup>.

Ze świadczeń poradni geriatrycznych skorzystało jedynie 130 pacjentów, przede wszystkim ze względu na utrudnioną dostępność do dwóch istniejących w regionie poradni usytuowanych w Olsztynie i Dobrym Mieście – województwo warmińsko-mazurskie jest województwem o bardzo małej liczbie specjalistów w zakresie geriatry – na koniec 2014 r. było ich tylko 2 (w 2016 r. – 4).

W województwie warmińsko-mazurskim w 2015 r. hospitalizowanych było prawie 94 000 pacjentów powyżej 60 r.ż. – najczęściej korzystali oni ze świadczeń oddziału chorób wewnętrznych (ponad 23 200 pacjentów), porad i krótkich pobytów w szpitalnych oddziałach ratunkowych (ponad 22 300 osób) i izbach przyjęć szpitali (ponad 17 000 pacjentów), hospitalizacji w oddziałach: chirurgii ogólnej (13 000 pacjentów), kardiologii (7 600 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (blisko 6 400 osób), okulistyki (prawie 6 100), neurologii (prawie 5 500 pacjentów), urologii (3 600), chorób płuc (prawie 3 000 osób) i ginekologicznych (blisko 2 900 pacjentek). Na terenie województwa nie działa żaden oddział geriatryczny, natomiast zgodnie z informacjami z Mapy potrzeb zdrowotnych (MZ), migracja do oddziału o takim profilu na zewnątrz województwa wyniosła w 2014 r. tylko 20 osób.

Ze świadczeń stomatologa w 2015 r. korzystało 58 000 chorych w tej grupie wiekowej, z rehabilitacji leczniczej – blisko 44 000, świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień – 13 500.

Ze świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych korzystało blisko 2 800 mieszkańców w wieku 60+, w tym: w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym – ponad 1 200, a w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie – 130. Opieka paliatywna i hospicyjna objęła ponad 3 100 mieszkańców. Ze świadczeń odrębnie kontraktowanych (dializy, żywienie) korzystało blisko 3 300 osób, a z zaopatrzenia w wyroby medyczne – blisko 29 000 chorych w tej grupie wiekowej. Ratownictwo medyczne udzieliło pomocy blisko 41 000 chorych powyżej 60 r.ż. Najczęstszą przyczyną udzielania świadczeń – poza rozpoznaniem związanymi z przedłużaniem recept i zleceń na wyroby medyczne – były: nadciśnienie tętnicze (107 000 pacjentów), próchnica zębów (stomatolog – 37 000 pacjentów), cukrzyca insulinozależna (blisko 35 000 osób), infekcje dróg oddechowych, choroby układu sercowo-naczyniowego i choroby zwyrodnieniowe układu kostno-mięs-

<sup>49</sup> Dane z raportów statystycznych NFZ i opinii konsultantów wojewódzkich województwa warmińsko-mazurskiego.

niowego. Z powodu choroby Alzheimera korzystało ze świadczeń w województwie w 2015 r. ponad 3 300 seniorów. Endoprotezy stawów wszczepiono osobom w wieku 60+ 2 200 razy, z tego w 183 wypadkach były to endoprotezoplastyki rewizyjne. Operacje zaćmy wykonano u 4 774 pacjentów.

Należy podkreślić, że opieka nad osobami starszymi w woj. warmińsko-mazurskim podobnie jak w całym kraju na przestrzeni ostatnich lat jest niedostosowana do potrzeb tej populacji – oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia, a także nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego-powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania zgłaszanych potrzeb. Zwłaszcza w woj. warmińsko-mazurskim, gdzie zła infrastruktura drogowa i ograniczenia w ilości połączeń komunikacyjnych, przy dużej rozległości terenu i konieczności dojazdu do placówek służby zdrowia do większych ośrodków (bo tam najczęściej występuje kumulacja świadczeniodawców), znacznie utrudnia profilaktykę, diagnostykę, leczenie, rehabilitację i opiekę nad chorymi, jest czynnikiem negatywnym w kontekście utrzymania/poprawy zdrowia.

Osoby starsze są grupą pacjentów znacznie różniących się między sobą stanem zdrowia, sprawności fizycznej oraz psychicznej. W związku z wydłużającym się okresem średniego życia, rośnie liczba występujących u tych pacjentów chorób przewlekłych związanych z procesem starzenia się. Dotyczy to między innymi chorób zwyrodnieniowych narządu ruchu, w szczególności zwyrodnień stawów biodrowych i kolanowych, prowadzących często do inwalidztwa z okresem przewlekłego bólu i utraty zdolności poruszania się. Okres oczekiwania na radykalne leczenie tych schorzeń czyli endoprotezy w ostatnim okresie (wyliczenia NFZ za I kwartał 2016) dla województwa warmińsko-mazurskiego wynosił średnio 451 dni. W praktyce jednak kolejki są dużo dłuższe i na leczenie w dużych ośrodkach okres oczekiwania wynosi ponad 2 lata. Kolejnym problemem osób starszych jest kolejka do zabiegów operacji zaćmy – wg statystyki NFZ obecnie 661 dni, w praktyce już teraz pacjenci zapisywani są na 2019 r.. Poszukiwanie miejsc na szybsze wykonanie zabiegów np. zaćmy w województwie mazowieckim czy nawet poza granicami, dla osób starszych obciążone jest znacznym obciążeniem, wynikającym z konieczności obecności opiekuna i utrudnieniami związanymi z dojazdem i poruszaniem się w obcym środowisku, a także dodatkowymi kosztami, które pacjent musi ponosić osobiście. Utrudniony jest dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie okulistyki: czas oczekiwania na przyjęcie do poradni okulistycznej to ok. 6 miesięcy.

Problemem osób starszych jest również dostęp do rehabilitacji zarówno w warunkach szpitalnych (średni okres oczekiwania 283 dni), a także ambulatoryjnej – dział fizjoterapii ze statystycznym okresem oczekiwania wg danych NFZ to 68 dni, jednak w niektórych powiatach np. w bieżącym roku brakuje już miejsc na wykonywanie jakichkolwiek zabiegów fizjoterapeutycznych refundowanych ze środków publicznych, a w części ośrodków kolejki są już zajęte na wiele miesięcy 2017 r. W związku z tym dostępność jest bardzo zła. Niestety dostęp do rehabilitacji domowej np. u pacjentów po udarach czy z chorobą Parkinsona też jest bardzo ograniczony, a dla mieszkających poza większymi miastami wręcz niemożliwy.

Problemem województwa jest również brak poradni geriatrycznych – działające 2 poradnie, w których świadczeń udziela po 1 lekarzu, nie zaspokajają potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa. Dodatkowo w województwie brak jest oddziału geriatrycznego. Tak mała liczba

poradni i oddziału geriatrycznego powoduje, iż pacjenci wymagający opieki wielu specjalistów lub oczekujący zbyt długo na świadczenia rezygnują z leczenia lub diagnozuje się/leczy się niesystematycznie, co wpływa negatywnie na proces terapeutyczny. W niektórych jednostkach chorobowych, np. pacjenci z zespołami otępiennymi przyjmowani są w poradniach zdrowia psychicznego, ale to wywołuje u wielu z nich, szczególnie tych w początkowym etapie choroby, dodatkowy stres i niepodejmowanie leczenia, w związku z brakiem powszechnej akceptacji społecznej leczenia psychiatrycznego.

Wobec opisanej sytuacji osób starszych, działalność samorządów w zakresie realizacji zadań i celów NPZ jest niewystarczająca. Jak wynika ze sprawozdań samorządów jeśli chodzi o realizację Celu operacyjnego 9 – Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych dalece niewystarczająca jest pomoc samorządów w organizacji różnych form aktywności prozdrowotnej dla osób po 64 roku życia. Niestety w tym zakresie niewiele gmin oraz powiatów (tylko 35) przejawiało inicjatywę. Zorganizowano łącznie 139 przedsięwzięć dla 4 090 osób w wieku 64+. Były to głównie zajęcia gimnastyczne lub w ramach rehabilitacji ruchowej. Trochę więcej podjęto działań na rzecz aktywizacji społeczno-kulturalnej osób starszych w formie np. uniwersytetów trzeciego wieku lub klubów seniora. Zorganizowano takich działań 236 i uczestniczyło w nich 8 383 osób po 64 roku życia. Najczęściej partnerem samorządów w tym zakresie były jednostki podległe samorządowi, organizacje pozarządowe, rzadziej placówki służby zdrowia.

## *II. Pomoc społeczna*

Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego funkcjonuje 18 Domów Pomocy Społecznej przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku (w tym 5 Domów Pomocy Społecznej przeznaczonych tylko dla osób w podeszłym wieku z liczbą miejsc 209 oraz 13 Domów Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku połączonych z innym typem domu – z liczbą miejsc 907). Łączna liczba miejsc w DPS dla osób w podeszłym wieku: 1116. Dodatkowo na terenie województwa funkcjonują 4 ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, z usług których korzysta 121 osób z chorobą Alzheimera.

Usługi opiekuńcze zaliczane do świadczeń niepieniężnych obejmują m.in. pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną i pielęgnację. W 2015 roku liczba osób, które skorzystały z usług opiekuńczych ogółem wyniosła 4 882, z czego 3 900 osób to odbiorcy będący w wieku poprodukcyjnym, co stanowi blisko 80% wszystkich osób korzystających z usług opiekuńczych.

W 2015 r. dwadzieścia jeden samorządów gminnych zleciło organizacjom pozarządowym realizację usług opiekuńczych o łącznej wartości przekazanych dotacji 10 527 tys. zł. Zawarto w tym celu umowy z 25 podmiotami trzeciego sektora. W kontekście zachodzących przemian demograficznych, skutkujących starzeniem się społeczeństwa, w kolejnych latach należy spodziewać się wzrostu zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, a w związku z tym rozwoju infrastruktury społecznej zapewniającej codzienne i całodobowe wsparcie osobom starszym. W tym obszarze należy upatrywać szans rozwoju dla organizacji pozarządowych oraz podmiotów ekonomii społecznej.

*III. Inne formy wsparcia osób starszych*

W 2015 r., na podstawie „Programu współpracy Wojewody Warmińsko-Mazurskiego w 2015 r. z organizacjami pozarządowymi oraz z podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, prowadzącymi działalność w zakresie pomocy społecznej”, ogłoszony został, w dniu 24 marca, otwarty konkurs ofert, w ramach którego, o wsparcie mogły ubiegać się organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 tej ustawy, prowadzące działalność w zakresie pomocy społecznej oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 tej ustawy, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności w zakresie pomocy społecznej, na realizację zadań związanych z:

- Aktywizacją i przeciwdziałaniem marginalizacji osób starszych, czego realizacja miała nastąpić poprzez:
  - tworzenie oraz wsparcie klubów samopomocowych,
  - włączenie osób starszych w działania na rzecz środowiska lokalnego,
  - umożliwienie rozwoju zainteresowań, organizacja zajęć edukacyjno-kulturalnych i sportowo-rekreacyjnych w miejscu zamieszkania.
- Kompleksowym wsparciem dla rodzin, w tym dotkniętych dysfunkcją i kryzysem, czego realizacja miała nastąpić poprzez:
  - profesjonalną pomoc edukacyjną, terapeutyczną dla rodziców w sytuacji rozpadu rodziny lub innej trudnej sytuacji życiowej,
  - warsztaty edukacyjne/grupy edukacyjno-terapeutyczne dla dzieci i osób dorosłych mające na celu wzmocnienie więzi w rodzinie i doskonalenie umiejętności wychowawczych rodziców sprzyjające korygowaniu postaw aspołecznych wśród dzieci i młodzieży,
  - rozwój zainteresowań, promocja zdrowego stylu życia jako profilaktyka uzależnień i zachowań agresywnych wśród dzieci i młodzieży,
  - rozwój specjalistycznego wsparcia dla rodzin dotkniętych przemocą, wspieranie podmiotów świadczących pomoc rodzinom i osobom ubogim.

Zgodnie z przyjętymi kryteriami konkursu, wnioskowana dotacja nie mogła być wyższa niż 25 000,00 zł, natomiast wymagany udział środków własnych w realizacji zadania nie mógł być niższy niż 20%. W ramach wymaganego 20% udziału środków własnych, kwotę minimum 50% wkładu własnego, stanowiły w całości lub częściowo środki finansowe, którymi dysponował podmiot uprawniony (własne lub pochodzące z innych źródeł), do których nie zaliczało się wkładu osobowego, rozumianego jako praca społeczna członków i świadczenia wolontariuszy. Na dofinansowanie działań organizacji pozarządowych, ubiegających się o wsparcie realizacji powyższych zadań, przeznaczonych zostało w ramach budżetu Wojewody Warmińsko-Mazurskiego 500 000,00 zł.

W przypadku zadań dotyczących aktywizacji i przeciwdziałania marginalizacji osób starszych, dofinansowanie w ramach powyższych środków otrzymało 10 projektów na łączną kwotę 143 432 zł, z której wykorzystano 143 417,95 zł a niewykorzystaną dotację w wysokości 14,05 zł zwrócono na konto Warmińsko-mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego.

IV. *Działania Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego w 2015 r. wynikające z wdrażania programu „Polityka senioralna województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2014–2020”<sup>50</sup>*

Zagadnienia dotyczące aktywizacji osób starszych uwzględnione zostały w rocznym Programie współpracy Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 *ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie* na 2015 r., przyjętym Uchwałą Nr II/28/14 Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 12 grudnia 2014 r., m.in. w obszarze pomocy społecznej, ochrony zdrowia, kultury i ochrony dziedzictwa kulturowego oraz kultury fizycznej.

W ramach dotacji udzielonych w 2015 r. z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego organizacjom pozarządowym i innym uprawnionym podmiotom dofinansowano łącznie 30 zadań na rzecz osób starszych w obszarach: edukacji i promocji zdrowia publicznego, rozwoju kultury fizycznej, integracji europejskiej oraz rozwijania kontaktów i współpracy między społeczeństwami, kultury i ochrony dziedzictwa kulturowego, pomocy społecznej, rozwoju sektora pozarządowego, rozwoju wolontariatu oraz integracji środowisk kombatanckich.

W ramach powyższych obszarów dofinansowano m.in.

- działalność Wojewódzkich Rzeczników Praw Osób Starszych,
- zrealizowano warsztaty/kursy aktywizujące seniorów, festiwale, biesiady, imprezy sportowe oraz okolicznościowe,
- zorganizowano imprezy integrujące środowiska osób starszych oraz spotkania budujące solidarność międzypokoleniową,
- promowano pozytywny wizerunek seniorów.

Łączna wartość przekazanych dotacji 133 500 zł.

17 czerwca 2015 r. – w Olsztynie odbyła się wojewódzka konferencja z okazji Światowego Dnia Praw Osób Starszych pt.: „Prawo osób starszych do ochrony zdrowia i usług socjalnych”. Podczas konferencji zainaugurowano kampanię „Bezpieczny senior”, której głównym realizatorem była Federacja Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa z Olsztyna we współpracy z Komendą Wojewódzką Policji w Olsztynie, Samorządem Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Siecią na Rzecz Seniorów Warmii i Mazur oraz innymi partnerami.

We wrześniu 2015 r. Samorząd Województwa ufundował nagrodę rzeczową dla laureata XII edycji konkursu Godni Naśladowania w kategorii: najlepsza inicjatywa na rzecz osób starszych – Stowarzyszenia Inicjatyw Społecznych „Nasze Prostki” za realizację projektu „Seniorzy na scenę!”.

23 września 2015 r. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej zrealizował w Olsztynie seminarium poświęcone zagadnieniom opieki i komunikacji z osobami starszymi dotkniętymi chorobami otępiennymi pt.: „Pamiętajmy o tych, którzy zapomnieli...”. Seminarium skierowane było do osób pracujących bezpośrednio z podopiecznymi, a zwłaszcza: pracowników socjalnych, instruktorów terapii zajęciowej, asystentów osoby niepełnosprawnej, opiekunów, pielęgniarek, fizjoterapeutów, pedagogów, psychologów. Wzięło w nim udział blisko 70 osób – zatrudnionych w środowiskowych domach samopomocy, dziennych domach pomocy oraz domach pomocy społecznej z terenu województwa warmińsko-mazurskiego, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe.

<sup>50</sup> Dane ROPS w Olsztynie.

1 października 2015 r. w Olsztynie odbyła się VIII Wojewódzka konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Osób Starszych pt.: „Senior – w poszukiwaniu i aktywizowaniu ukrytych potencjałów”. Wśród licznych gości przybyłych na konferencję byli m.in. przedstawiciele lokalnych samorządów, przedstawiciele uniwersytetów trzeciego wieku, przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy i integracji społecznej, reprezentanci instytucji rynku pracy, kultury, oświaty i edukacji oraz organizacji pozarządowych województwa warmińsko-mazurskiego, a także 25 przedstawicieli organizacji pozarządowych z Ukrainy. Łącznie ok. 120 osób. Konferencja została zrealizowana przez organizację pozarządową na zlecenie i we współpracy z Samorządem Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

12 października 2015 r. odbyło się posiedzenie Zespołu monitorującego wdrażanie Polityki senioralnej. Celem spotkania było przyjęcie raportu z monitoringu wdrażania w 2014 r. programu „Polityka senioralna województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2014–2020”, w opracowanie którego włączone były również organizacje pozarządowe działające na rzecz osób starszych. Dokument został przyjęty przez Zarząd Województwa 23 października 2015 r.

### Dobre praktyki

Wybrane podmioty działające na rzecz osób starszych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego obrazuje tabela poniżej stan na dzień 31 grudnia 2015 r.

W czasach postępującego starzenia się społeczeństwa ważną rolę odgrywają zarówno podmioty sprawujące całodobową opiekę nad osobami starszymi jak i podmioty i instytucje działające na rzecz szeroko rozumianej aktywizacji społecznej seniorów.

**Tabela 100. Organizacje senioralne funkcjonujące na terenie województwa warmińsko-mazurskiego**

Lp.	Rodzaj podmiotu (wybrane podmioty)	Liczba podmiotów na terenie województwa	Liczba uczestników
1	Uniwersytety i Akademie Trzeciego Wieku	32	5 866
2	Kluby Seniora	59	1 865
3	Koła Gospodyń Wiejskich	26	373
4	Świetlice wiejskie	27	348
5	Zarządy, oddziały, koła Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów	35	4 126
6	Fundacje i stowarzyszenia	29	740
7	Inne (grupy nieformalne, gminne ośrodki kultury, koła zainteresowań, kluby dyskusyjne, zespoły wokalne)	66	2 380
8	Dzienne Domy Pomocy (w tym sześć Dziennych Domów „Senior-WIGOR”).	24	935
9	Domy Pomocy Społecznej (dla osób starszych)	23	1 571
10	Rodzinne Domy Pomocy	10	57
11	Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku	16	561
<b>Ogółem</b>		<b>347</b>	<b>18 822</b>

Źródło: dane Urzędu Wojewódzkiego województwa warmińsko-mazurskiego.



Na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego w 2015 r. funkcjonowały różnego rodzaju podmioty podejmujące działania na rzecz osób starszych: od bardziej zorganizowanych – takich jak Uniwersytety i Akademie Trzeciego Wieku poprzez Kluby Seniora, Koła Gospodyń Wiejskich oraz koła zainteresowań i grupy nieformalne. Na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego funkcjonowało ok. 347 podmiotów działających na rzecz osób starszych, a liczba osób uczestniczących w zajęciach przez nich organizowanych wyniosła 18.822.

Najbardziej powszechną i zorganizowaną formą aktywizacji seniorów są Uniwersytety i Akademie Trzeciego Wieku. Prowadzono w nich głównie zajęcia edukacyjne w formie wykładów, seminariów, konferencji naukowych, dyskusji, warsztatów, szkoleń itp., z zakresu psychologii, ochrony zdrowia, sztuki, historii, medycyny oraz zagadnień społecznych z różnych dziedzin nauki, technologii IT, nauki języków obcych, zajęcia informatyczne/komputerowe. Odbywały się również warsztaty artystyczne, zajęcia z kultury fizycznej i rehabilitacji zdrowotnej, zajęcia sportowe, taneczne, muzyczne, rękodzielnicze, ceramiczne, spotkania kulturalne, turystyczno-krajoznawcze i inne.

*I. Działania Warmińsko-Mazurskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Olsztynie w roku 2015:*

W 2015 r. do ww. Uniwersytetu należało 1200 osób.

- 70% słuchaczy uczestniczyło w wykładach prowadzonych przez wykładowców UWM w Olsztynie. Tematyka wykładów była różnorodna: polityka, literatura, religia, historia, psychologia, medycyna, prawo i administracja, historia sztuki.
- Około 700 osób korzystało z nauki języków obcych ( angielski, niemiecki, włoski, hiszpański, rosyjski).
- Około 120 osób pobierało naukę obsługi komputera na różnym poziomie (kurs dla początkujących, kurs dla średniozaawansowanych i kurs dla zaawansowanych).
- Prowadzone były również :zajęcia na basenie, zajęcia z malarstwa, zajęcia gimnastyki i rehabilitacji, zajęcia nauki tańca, warsztaty artystyczne, turystyka piesza.

Dodatkowo w strukturach UTW działają: Koło miłośników astronomii, Klub podróżnika, Chór. W zajęciach tych bierze udział ok 50% słuchaczy WM UTW.

Organizowane są także:

- wycieczki zagraniczne, jednodniowe do Teatrów Muzycznych (w wycieczkach tych bierze udział ok 40% słuchaczy);
- spotkania integracyjne np. Wigilia oraz ogniska (na spotkaniach tych obecnych jest ok 120 osób).

*II. Działania Akademii Trzeciego Wieku przy Miejskim Ośrodku Kultury w Olsztynie w roku 2015*

Akademia Trzeciego Wieku przy MOK w Olsztynie w 2015 r. liczyła 270 słuchaczy. Do statutowych celów działania ATW należy m.in. aktywizowanie osób starszych poprzez uczestnictwo w różnych formach życia społecznego, a także upowszechnianie i popieranie różnych form aktywności intelektualnej, psychicznej i fizycznej adekwatnych do wieku, stopnia sprawności i zainteresowań członków.

W 2015 r. działalność obejmowała następujące dziedziny:

- organizację wykładów – w ciągu roku odbyło się około 55 wykładów. Tematyka wykładów obejmowała leczenie i profilaktykę zdrowia, psychologię, promocję zdrowego odżywiania, literaturę i sztukę oraz historię;
- aktywizację słuchaczy przez uczestnictwo w kołach zainteresowań (Miłośników Kresów, Fotograficzne, Klub Literacki, Chór „De Novo”, Grupa Twórcza ATW, Kółko Brydzowe, Koło Wolontariatu, Zespół Kroniki ATW, Koło Rękodzieła);
- lektoraty języków obcych dla seniorów;
- dbanie o formę fizyczną (ćwiczenia gimnastyczne, nauka tańca, zajęcia w Centrum AQUASFERA);
- cykl „Spotkania ze sztuką” (wyjścia do Galerii Sztuki Współczesnej BWA w Olsztynie).
- wydarzenia artystyczne organizowane przez Miejski Ośrodek Kultury w Olsztynie, a także Filharmonię i Teatr im. S. Jaracza;
- Chór „De Novo” i Grupa Twórcza występowały w Domach Opieki Społecznej
- Koło Wolontariatu uczestniczyło w świątecznej zbiórce żywności organizowanej przez Bank Żywności, ponadto kontynuowało współpracę z Olsztyńskim Centrum Pomocy Dziecku;
- organizacja corocznych Spotkań Polskich Uniwersytetów Trzeciego Wieku zza wschodniej granicy i krajowych (w 2015 r. odbyło się już IX Spotkanie, w którym uczestniczyły delegacje z Ukrainy, Białorusi, Łotwy i Litwy – razem 135 osób oraz 15 przedstawicieli z krajowych UTW).

W kwietniu 2015 r. w Olsztynie osiem Uniwersytetów i Akademii Trzeciego Wieku Województwa Warmińsko-Mazurskiego powołało do życia Federację Uniwersytetów Trzeciego Wieku Warmii i Mazur. Członkami i założycielami Federacji są Uniwersytety z: Działdowa, Ostródy, Ornety, Nowego Miasta, Szczytna, Węgorzewa oraz Akademia Trzeciego Wieku przy Miejskim Ośrodku Kultury w Olsztynie i Jarocka Akademia Trzeciego Wieku z Olsztyna. Według stanu na dzień sporządzenia niniejszej informacji trwa proces rejestracyjny ww. Federacji.

### *III. Działania Olsztyńskiej Rady Seniorów w okresie od 20 sierpnia 2015 roku do 15 czerwca 2016 r.*

Uchwałą Rady Miasta Olsztyna z dnia 27 maja 2015 r. została powołana Rada Olsztyńskich Seniorów oraz nadano jej Statut. Zgodnie z § 2 statutu Rada jest ciałem o charakterze inicjatywnym, doradczym i konsultacyjnym wobec organów Gminy Miejskiej Olsztyn, z którymi współpracuje we wszystkich obszarach dotyczących osób starszych. Zadania Rada realizuje poprzez przyjęte plany pracy powołanych zespołów merytorycznych.

Przedsięwzięcia dotychczas zrealizowane to:

- Działania z obszaru kulturalno-edukacyjnych i rekreacyjnych
  - Organizacja w dniu 22 grudnia 2015 r. przedsięwzięcia pn. „Gwiazdka dla Seniora” Koncert dla seniora w Olsztyńskiej Szkole Muzycznej, spotkanie przedświąteczne, prezenty w postaci cyprysików i ciasteczek. W przedsięwzięciu uczestniczyło około 350 seniorów Miasta Olsztyna.
  - Organizacja Dnia Babci i Dziadka w dniu 21 stycznia 2016 r., którego celem była integracja międzypokoleniowa oraz dowartościowanie osób starszych w rodzinie, które wy-

raziło się poprzez wręczenie napotkanym w tym dniu seniorom własnoręcznie wykonanych przez uczniów szkół olsztyńskich kartek z życzeniami.

- Organizacja w dniu 27 maja 2016 r. w ramach XVIII Warmińsko-Mazurskich Dni Rodziny „Olsztyńskich Dni Rodziny” – przy współudziale jednostek organizacyjnych Gminy Olsztyn oraz Samorządowej Rady Osiedla Pojezierze koncertu wspominkowego pt. „Mamy po 20 lat”, którego celem było konsolidacja środowiska senioralnego, zabawa familijna, integracja ponadpokoleniowa, wspólne spędzenie wolnego czasu. W wydarzeniu uczestniczyło około 300 osób.
- W ramach współpracy z Filharmonią Olsztyńską oraz Teatrem im. Stefana Jaracza zorganizowano przedsięwzięcie pod nazwą „Senior bliżej kultury”, którego celem było przybliżenie olsztyńskim seniorom repertuaru wymienionych placówek kultury. Z zaoferowanych propozycji skorzystało nieodpłatnie lub ze znaczna zniżką łącznie około 1000 osób.
- Działania z obszaru bezpieczeństwa
  - Organizacja w dniu 15 marca 2016 r. spotkania poświęconego bezpieczeństwu osób starszych pod nazwą „Bezpieczny Senior”. Podczas spotkania, w którym uczestniczyło 80 seniorów omówione zostały sytuacje, w jakich najczęściej osoby starsze stają się ofiarami przestępstw. Wykłady prowadzili przedstawiciele Komendy Wojewódzkiej Policji w Olsztynie, Komendy Miejskiej Straży Pożarnej w Olsztynie oraz Przedstawiciele Komendy Straży Miejskiej w Olsztynie. Uczestnicy spotkania dowiedzieli się, jak uniknąć sytuacji niebezpiecznych. Omówiono następujące tematy: przemoc wobec osób starszych, jak nie dać się oszustom, metody działania i techniki manipulacji stosowane przez sprawców oszustw, senior w ruchu drogowym, zgaś ryzyko – Nie dla czadu (Czad – cichy zabójca), jak uchronić się przed zatruciem tlenkiem węgla, rola i działanie strażnika w społeczności lokalnej.
- Działania z obszaru edukacji i profilaktyki prozdrowotnej
  - We współpracy z Okręgową Radą Lekarską w wymienionym obszarze zorganizowano dotychczas 4 spotkania z lekarzami specjalistami z zakresu: laryngologii – choroby słuchu, geriatry, diabetologii oraz kardiologii. Spotkania mają charakter cykliczny (comiesięczne), cieszą się dużym zainteresowaniem społecznym. Każdorazowo w spotkaniach uczestniczyło około 100 seniorów.
  - We współpracy z olsztyńskimi szkołami (Zespół Szkół Chemicznych, Liceum Ogólnokształcące Nr 11) od stycznia 2016 r. do końca czerwca 2016 r. zorganizowano gimnastykę rehabilitacyjną dla olsztyńskich seniorów. Pod okiem fachowców z zakresu rehabilitacji w zajęciach uczestniczyło około 70 osób.
  - Kontynuacja programu „Koperta życia”, w ramach którego 3000 seniorów otrzyma pakiety informacyjno-pomocowe zawierające informacje dotyczące numerów kontaktowych do rodzin i opiekunów, historie chorób, lista przyjmowanych leków i uczulenia na nie. Jest to niezwykle ważne w sytuacjach, gdy ratownicy muszą reagować szybko, a w mieszkaniu nie ma nikogo, kto mógłby udzielić tego typu informacji.
  - Współpraca z dziennymi domami pomocy społecznej, której celem jest rozeznanie możliwości świadczenia usług prosenioralnych potrzebującym osobom starszym.

- Starania o powołanie kolejnej placówki realizującej program Senior Wigor, którego celem jest aktywizacja i rehabilitacja dodatkowych 30 osób starszych z Miasta Olsztyna.

➤ Działania wolontarystyczne Rady:

- Telefon życzliwości dla seniora, w ramach , którego udzielane są bezpłatnie porady prawne. Propozycja ta cieszy się dużym zainteresowaniem społecznym.
- Pomoc w rozliczaniu deklaracji podatkowych za 2015 r., z której skorzystało około 70 seniorów.

➤ Działania z obszaru edukacji:

- Organizacja przy współudziale bibliotek i szkół (Wojewódzka Biblioteka, Liceum Ogólnokształcące Nr XI) kursów komputerowych, w których uczestniczyło około 60 seniorów.

Propozycje do dalszej pracy Rady Olsztyńskich Seniorów i przedsięwzięcia będące w toku realizacji: obchody światowego dnia seniora, konkurs fotograficzny, miejsca przyjazne dla seniora, współpraca z Rada Młodzieżową.

## II.2.15 Województwo wielkopolskie

### Sytuacja demograficzna

Według danych wykazanych przez Główny Urząd Statystyczny za 2015 r. średnia długość życia w Wielkopolsce wynosiła dla kobiet 81,2 (wobec 81,6 dla całego kraju), a dla mężczyzn – 73,7 wobec 73,6 lat). Różnica w średniej długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami wynosiła 7,5 lat (w stosunku do 8,0 lat w skali kraju). W województwie wielkopolskim zarówno kobiety jak i mężczyźni zamieszkali w miastach żyli dłużej w stosunku do tych zamieszkujących wsie. Sytuacja demograficzna województwa wielkopolskiego jest korzystna na tle kraju. Województwo jest jednym z niewielu, w którym przyrost naturalny nigdy nie był ujemny. W 2014 r. wynosił on 1,7%, co stawiało Wielkopolskę na 2 miejscu w kraju. Taki dodatni stan przyrostu naturalnego prognozowany jest także w najbliższej przyszłości, co najmniej do roku 2025.

Badania Pentor (Poznań, 2012 r.) pokazują, iż wraz z wiekiem zmienia się bardzo struktura rodzinna gospodarstw domowych. W największym procencie wzrasta liczba jednoosobowych gospodarstw kobiet. Przy czym badania PolSenior (Poznań, 2012 r.) dodatkowo pokazują, że liczba osób prowadzących samodzielne gospodarstwa domowe jest dwa razy większa w aglomeracjach miejskich aniżeli środowiskach wiejskich. Wieś natomiast zdecydowanie przewyższa ilością gospodarstw pokoleniowych, prowadzonych wspólnie z dziećmi czy wnukami (miasto 8%, wieś 29%). Zależności te są szczególnie ważne przy uwzględnianiu potrzeb w funkcjonowaniu ekonomicznym oraz pod względem zapotrzebowania na świadczenie pomocy opiekuńczej dla osób starszych.

Według badań Pentor około 60% osób starszych stwierdziło, że wystarcza im pieniędzy na bieżące wydatki . Jednak 23% przebadanych kobiet twierdziło, że co najmniej czasami nie wystarcza im środków na opłacenie podstawowych świadczeń (czynsz, energia elektryczna, pozostałe media). W badaniu 70% kobiet oraz 49% mężczyzn wykazywało chęć podjęcia pracy w niepełnym wymiarze godzin oraz wskazywali jako własną szansę w możliwości łączenia pensji z emeryturą.

Jeżeli chodzi o formy spędzania wolnego czasu – badania Pentor ukazują, że w wolnym czasie ponad 90% seniorów codziennie ogląda telewizję, ponad połowa słucha radia. W grupie wiekowej do 75 lat 40 osób codziennie spaceruje. W grupie wiekowej 75+ aktywnych jest znacznie mniej osób. Osób aktywnych zawodowo oraz społecznie jest znacznie więcej w młodszej grupie wiekowej – 59–60 lat.

W odniesieniu do sytuacji zdrowotnej badania PolSenior dają następujące wartości: w zakresie podstawowych czynności życiowych (np. kąpiel, toaleta, jedzenie) szacunkowo niesprawnych w województwie wielkopolskim jest 18,4 tys. osób, a w zakresie czynności złożonych (zakupy, sprzątanie, pobieranie leków) jest to 161 tys. osób. W grupie do 75 r.ż. 4% kobiet oraz 2% mężczyzn deklarowało, iż korzysta z pomocy socjalnej, w starszej grupie było już to odpowiednio 4% i 6%.

Pomimo tych niesprawności subiektywna ocena zdrowia Wielkopolskich seniorów jest stosunkowo dobra. Powołując się na badania Pentor – w grupie wiekowej do 75 lat zadowolonych jest 46% kobiet i 48% mężczyzn, a w grupie wiekowej 75+: nadal jest to 27% kobiet i aż 37% mężczyzn. Poprawa kondycji zdrowotnej oraz zmieniający się w społeczeństwie obraz seniora sprawiają, że zwiększa się aktywność osób starszych w życiu społecznym, zmieniają się jednak także potrzeby i oczekiwania co do jakości i różnorodności oferowanych przedsięwzięć.

Powyższe dane odnoszą się do obszaru województwa wielkopolskiego i zostały zaczerpnięte z badań przeprowadzonych przez Pentor Research International Poznań Sp. z o.o. na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej. Ponadto, skorzystano z materiałów zawartych w Programie PolSenior.

### **Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych**

Z zebranych i przeanalizowanych informacji nadesłanych przez 187 jednostek samorządu terytorialnego w województwie wielkopolskim wynika, iż 185 gmin podejmuje działania w ramach własnych możliwości, aby utworzyć właściwy system oparcia dla osób starszych. Dowodem tego jest fakt, iż w każdej niemalże gminie w strategii rozwiązywania problemów społecznych są zawarte priorytety związane z polityką senioralną i/lub realizowane są specjalnie opracowane programy dedykowane wyłącznie seniorom lub propagujące integrację międzypokoleniową.

Każda z gmin województwa wielkopolskiego daje możliwość osobom uprawnionym korzystanie z pomocy w formie usług opiekuńczych, oraz specjalistycznych usług opiekuńczych. Nie wszystkie gminy świadczą tę pomoc ze względu na brak zapotrzebowania. Na terenach wiejskich ze względu na uwarunkowania demograficzne i funkcjonujący model rodziny wielopokoleniowej osoby w wieku podeszłym częściej mają zapewnioną opiekę przez członków rodziny lub korzystają z „usług sąsiedzkich”.

Zdecydowanie większa część ośrodków pomocy społecznej zatrudnia etatowe opiekunki, które świadczą pomoc usługową, około 50 jednostek zleca wykonywanie ww. czynności firmom zewnętrznym. Z przekazanych informacji wynika, iż jednostki dokładają wszelkich starań, aby zatrudniane osoby posiadały odpowiednie wykształcenie, oraz specjalne predyspozycje do pracy na stanowisku opiekunki osoby starszej, przez co usługi świadczone były na wysokim poziomie.

Dostępność do usług opiekuńczych jest dobra, w całym województwie w 2015 r. wydano tylko 13 decyzji odmawiających tej formy pomocy. Usługi opiekuńcze swoim zakresem najczęściej obejmują: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze, według przekazanych danych oferuje ok. 60 gmin. Liczba ta wynika często z braku zapotrzebowania na tego typu usługi. Informacje takie częściej zgłaszają przedstawiciele małych, wiejskich gminach, gdzie częściej funkcjonuje model rodzin wielopokoleniowych. Usługi specjalistyczne świadczone są zarówno w ośrodkach wsparcia dziennego, jak i bezpośrednio przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Na terenie województwa wielkopolskiego polityka społeczna wobec osób starszych rozwinięta jest na wysokim poziomie. Można z niej wyłonić dwa widoczne podobszary. Pierwszy obszar to: aktywność społeczna i relacje międzypokoleniowe, drugi to zdrowie i samodzielność.

W pierwszym z nich zawiera się działalność dziennych jednostek domów pomocy społecznej, klubów seniora, kół emerytów i rencistów, centrów senioralnych, rad seniorów i wszelkich innych działań, których celem jest aktywizacja seniorów i włączanie ich w życie społeczności lokalnej.

Na terenie 187 gmin, które przekazały dane funkcjonuje 135 Klubów Seniora, 98 kół Związku Emerytów i Rencistów, i 34 Koła Gospodyń Wiejskich. Ponadto, utworzone są 32 Dienne Domy Pomocy Społecznej. W ośrodkach pobytu dziennego na co dzień realizowane są zajęcia tematyczne. Ważnym ich punktem, który cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem wśród seniorów jest organizowanie wycieczek turystycznych oraz spotkań okolicznościowych, takich jak Dzień Babci i Dziadka, spotkania wigilijne, bale karnawałowe itp. Spotkania takie dają możliwość wspólnego spędzenia czasu w grupie rówieśników oraz zaspokojenia potrzeb kulturalnych i towarzyskich.

W województwie wielkopolskim prowadzi swoją działalność około 50 Uniwersytetów III Wieku oraz 11 ośrodków w ramach Programu „Senior-WIGOR”. Utworzono około 20 Rad Seniorów pełniących rolę organu doradczego, opiniotwórczego w strukturze władz gminnych/miejskich. Władze gmin coraz częściej podejmują próby utworzenia gminnych kart seniora. Taką kartę posiadają już seniorzy z Ostrowa Wielkopolskiego w którym od lipca 2015 r. wydano już 5000 kart. Założeniem programu Ostrowska Karta Seniora jest wyrównanie poziomu aktywizacji społecznej seniorów, którzy w związku ze swoją trudną sytuacją materialną nie są w stanie ponieść wysokich kosztów związanych z własną aktywnością społeczną. Poprzez utworzony system ulg i preferencji seniorzy mają większy dostęp do produktów, usług, dóbr kultury, rozrywki i rekreacji. Karta ma także zachęcić do uczestnictwa w wydarzeniach społecznych, kulturalnych i sportowych.

Kluby Seniora stanowią bazę lokalową niezbędną do realizowania projektów, zajęć oraz pogadanek z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa seniorów. Ponadto, dają okazję do wspólnej integracji i spędzania wolnego czasu. Analiza danych ukazuje, iż seniorzy najchętniej biorą udział w zajęciach sportowych, muzycznych, tanecznych, teatralnych, plastycznych oraz turystycznych.

Uniwersytety III Wieku oferują swoim słuchaczom wykłady tematyczne, zajęcia językowe oraz komputerowe. Na tym polu widoczny jest wzrost zainteresowania seniorów tą formą aktywi-

zacji, którzy coraz chętniej sięgają po internetowe narzędzia komunikacji społecznej. Coraz prężniej działają stowarzyszenia na rzecz seniorów. Na terenie gminy Lubasz taką organizacją jest Stowarzyszenie „Blżej Siebie i Natury”, które podjęło się organizacji konferencji „Seniorzy w życiu publicznym, prawa i możliwości aktywnego uczestnictwa”.

Z inicjatywy Miejskiej Rady seniorów w Poznaniu powołano w roku 2009 Centrum Inicjatyw Senioralnych. Podstawowym celem działalności jednostki jest poprawa życia seniorów, zwiększenia ich aktywności w życiu społecznym, szczególnie w obszarze edukacji, zdrowia, kultury i sztuki. Do najważniejszych działań podejmowanych przez CIS można zaliczyć redagowanie broszur, artykułów w lokalnej prasie, audycji radiowych, współpracę z telewizją regionalną, koordynowanie programami wolontariackimi, współorganizowanie konferencji, czy włącznie się w organizację większych przedsięwzięć takich jak Targi Aktywni 50+, czy „Senioralni. Poznań”.

Służby społeczne przy współpracy z organizacjami pozarządowymi dbają także o integrację międzypokoleniową seniorów z dziećmi i młodzieżą. Wskazanych jest szereg inicjatyw w które włączane są wspólnie osoby starsze oraz młodsze. Powstają centra wolontariatu, gdzie to seniorzy stają się wolontariuszami dla starszych osób potrzebujących pomocy w opiece oraz dla dzieci. Taka inicjatywa powstała pod nazwą Centrum Wolontariatu w Gminie Kościan, gdzie 6 seniorów brało udział w programie „Pogotowie Szkolne” wspierając dzieci z problemami edukacyjnymi.

W podobszarze zdrowia działania ukierunkowane są na poprawę stanu fizycznego i psychicznego seniora. Na terenie Miasta Poznania w 2015 r. prowadzone były 2 ośrodki geriatryczno-gerontologiczne, odbywały się treningi pamięci, spotkania z dietetykiem. Podobnie pozostałe gminy wspierały swoich seniorów poprzez organizowanie pogadań zdrowotnych oraz dofinansowywanie podstawowych i specjalistycznych badań, w tym badań rentgenowskich, mammograficznych oraz profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.

Warto wspomnieć o programie pilotażowym realizowanym przez Miasto Ostrów Wielkopolski – usługę teleopieki. Zakres usługi obejmuje zapewnienie dla 30 mieszkańców Ostrowa Wielkopolskiego, którzy ukończyli 60 r.ż. telefonicznej opieki domowej – tzw. teleopieki, polegającej na elektronicznym całodobowym monitoringu i przyzywaniu natychmiastowej pomocy w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia. Coraz więcej gmin, nie tylko tak dużych aglomeracji jak Miasto Poznań włącza się w realizację akcji „Pudełko życia”, której celem jest podniesienie bezpieczeństwa osób starszych poprzez ułatwienie dostępu służbom medycznym do najważniejszych informacji o stanie zdrowia. Powstają Gminne Zespoły Geriatryczne, jak w gminie Czerwonak – skupiające specjalistów służb społecznych ze służbami medycznymi po to, aby podjąć wspólne działania na rzecz osób starszych, schorowanych. Systematycznie organizowane są grupy wsparcia, tak jak to dzieje się w Mieście Kaliszu, których celem jest niwelowanie poczucia samotności, zaspakajanie potrzeby przynależności i przeciwdziałanie alienacji i wykluczeniu osób starszych.

Nie można nie wspomnieć o szeroko rozumianej pracy socjalnej. Pracownicy socjalni biorą udział w szkoleniach i konferencjach, aby móc lepiej rozpoznawać potrzeby osób starszych i udzielać profesjonalnej pomocy i wsparcia. Często wsparcie pracownika socjalnego jest tym, czego osoba starsza, samotna potrzebuje najbardziej.

### **Dobre praktyki**

Najwięcej dobrych praktyk realizowanych jest w Poznaniu. Takie przedsięwzięcia jak Targi Aktywni 50+ czy „Senioralni. Poznań” zrzeszają seniorów z całego województwa i cieszą się ogromną popularnością. W 2015 r. podczas VI edycji Targów swoją ofertę przedstawiło około 100 wystawców (wystawcy społeczni oraz firmy prywatne), a imprezę odwiedziło około 3500 osób.

Niemniej ważnym jest jednak, że gminy znacznie mniejsze podejmują ogromne starania, wykazując się dużą oryginalnością pomysłów, aby stworzyć dla swoich seniorów takie inicjatywy, które będą zaspakajały potrzeby i oczekiwania ludzi starszych. W Gminie Chocz zorganizowano półkolonie dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych pt. „Bezpieczne wakacje z babcią i dziadkiem” na które zaproszono dzieci wraz ze swoimi dziadkami i babciami, a tematyka zajęć dotyczyła ogólnego bezpieczeństwa oraz uwrażliwiała na świadczenie sobie wzajemnej pomocy w sytuacjach zagrożenia. Gmina Swarzędz zaangażowała się Kampanię Edukacyjną „Obywatel – Aktywny Senior” w ramach której powstały 4 filmy pokazujące aktywnych seniorów oraz 2 billboardy ukazujące swarzędzkich seniorów pełnych pasji i chęci życia. Miasto Leszno we współpracy z Fundacją Jesienny Uśmiech realizowało projekt pt. „Zdrowy Senior” w ramach którego przez okres 10-ciu miesięcy, 60 seniorów uzyskało pomoc w postaci zakupu leków. Warto także wspomnieć o Leszczyńskim Portalu Senioralnym <http://senior.leszno.pl> który pełni rolę integracyjną środowiska leszczyńskich seniorów oraz edukacyjno-informacyjną. Natomiast seniorzy z Dniennego Domu Pobytu w Nowym Tomyślu wzięli udział w projekcie „Seniorzy Wspierają Motyli Wolontariat” angażując się w działania wolontarystyczne polegające na wykonaniu motyli na rzecz polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, Oddział w Poznaniu na rzecz Hospicjum Palium. W 2015 r. nowotomyscy seniorzy wykonali i przekazali 372 sztuk motyli, które następnie przekazane zostały na aukcje charytatywne.

Takich przykładów „dobrych praktyk” na terenie województwa wielkopolskiego można przytoczyć jeszcze wiele. W otrzymywanych przez Urząd Wojewódzki pismach z jednostek samorządu terytorialnego pojawiały się też informacje o chęci realizowania kolejnych, nowych projektów z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych. Niewątpliwym jest fakt, iż do wielkopolskich seniorów skierowana jest bogata oferta działań zarówno aktywizujących, pro kulturalnych jak i z zakresu zdrowia.

## **II.2.16 Województwo zachodniopomorskie**

### **Sytuacja demograficzna**

Na dzień 31 grudnia 2015 r. województwo zachodniopomorskie liczyło 1 712 623 mieszkańców. Liczba osób w wieku 60+ wynosiła łącznie 397 075, co stanowi 23% ogółu mieszkańców województwa, w tym:

- w wieku 60–64: 134 055 osób,
- w wieku 65–69: 104 581 osób,
- w wieku 70–74: 48 926 osób,
- w wieku 75–79: 45 896 osób,



- w wieku 80–84: 35 286 osób,
- w wieku 85–89: 20 262 osoby,
- w wieku 90–94: 6 989 osób,
- w wieku 95–99: 958 osób,
- w wieku pow. 100: 122 osoby.

Wśród seniorów przeważały kobiety: 229.664 osoby tj. 58% populacji osób starszych. Zgodnie z prognozą przedstawioną przez Urząd Statystyczny w Szczecinie przewiduje się, że w 2020 r. liczba mieszkańców województwa zachodniopomorskiego liczyć będzie 1 692 472, w tym liczba osób w wieku pow. 60 lat wynosić będzie 455 525 (tj. 27% ogółu mieszkańców województwa). Prognozuje się, że relatywnie wzrastać będzie liczba osób w wieku pow. 85 lat.

Podobne tendencje prognozowane są dla 2030 r., tj. liczba mieszkańców województwa zachodniopomorskiego wynosić będzie 1 634 836, w tym populacja osób starszych stanowić będzie 30% (tj. 489 213 osób). Zmienia się model rodziny, w której występuje spadek liczby urodzeń, natomiast wydłuża się średnia długość trwania życia.

### **Działania z zakresu polityki społecznej wobec osób starszych**

Jedną z konsekwencji demograficznego starzenia się społeczeństwa jest wzrost liczby osób o ograniczonej samodzielności. Osoby starsze są kategorią klientów pomocy społecznej, której liczba stale rośnie. Wiek podeszły sam w sobie nie stanowi podstawy do korzystania ze świadczeń, ale w połączeniu z samotnym gospodarowaniem, problemem z niepełnosprawnością, chorobami przewlekłymi i relatywnie niskim dochodem, wpływa w realiach demograficznych na wzrost liczby klientów korzystających z różnych form pomocy.

#### *I. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze*

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. W 2015 r. ośrodki pomocy społecznej funkcjonujące na terenie województwa zachodniopomorskiego objęły usługami opiekuńczymi 5 197 osób. Usługi świadczone są głównie przez opiekunki zatrudnione w ośrodkach pomocy społecznej lub podmiotach, którym gmina zleciła realizację zadania. Ponadto, zwłaszcza na terenach wiejskich, pomoc świadczona jest na zasadzie pomocy sąsiedzkiej, na podstawie umowy–zlecenia.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. W 2015 r. usługami specjalistycznymi objęto 345 osób oraz 514 osób z zaburzeniami psychicznymi. Brak szczegółowych informacji w jakim zakresie usługi te dotyczyły osób starszych.

#### *II. Domy Pomocy Społecznej*

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbęd-

nej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Na dzień 31 grudnia 2015 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowały 34 domy pomocy społecznej, w tym 1 dom pomocy społecznej przeznaczony dla osób w podeszłym wieku oraz 6 domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych. Jednostki te oferowały łącznie 1.019 miejsc. Dodatkowo, osoby starsze – przewlekle somatycznie chore – kierowane są do 12 domów pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, na łączną liczbę miejsc 1.084.

W 2015 r. w domach pomocy społecznej zostały umieszczone 134 osoby w podeszłym wieku oraz 442 osoby przewlekle somatycznie chore. Wśród osób oczekujących na umieszczenie najliczniejszą grupę stanowiły osoby przewlekle somatycznie chore (166 osób). Na umieszczenie oczekiwało także 49 osób w podeszłym wieku. Zmiany społeczno-demograficzne obserwowane na przełomie ostatnich dziesięcioleci przyczyniają się do konieczności podejmowania zintensyfikowanych działań zmierzających do rozbudowy sieci zabezpieczenia społecznego dla przedstawicieli społeczeństwa starzejącego się. Brak odpowiedniego zabezpieczenia polityki społecznej wobec osób starszych w powiązaniu ze wskazanymi czynnikami może stanowić odpowiedź na zbyt niski stopień zaspokojenia potrzeb w opisywanym zakresie, natomiast istnieje konieczność – podobnie jak w latach ubiegłych – weryfikacji listy osób oczekujących na umieszczenie w domu pomocy społecznej. Często bowiem zdarza się, że dom pomocy społecznej stanowi potencjalne zabezpieczenie na przyszłość, a osoby kwalifikowane do pobytu w nim nie wymagają bezwzględnie całodobowej opieki.

Całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym oraz osobom w podeszłym wieku zapewniało także (według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r.) 19 placówek prowadzonych w ramach działalności gospodarczej oraz w ramach działalności statutowej. W placówkach całodobowej opieki było 708 miejsc, a 408 osób przebywało na ich terenie. Placówki całodobowej opieki działają w oparciu o zezwolenie Wojewody Zachodniopomorskiego wydane na czas nieokreślony i wpisane są do rejestru wojewody. Należy zauważyć stopniowe zwiększanie się liczby tego typu placówek i wciąż obserwuje się zainteresowanie podmiotów zabezpieczaniem usług całodobowych.

### *III. Dienne Domy Pomocy*

Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia, którymi są m.in. dienne domy pomocy. Na dzień 31 grudnia 2015 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowało 10 dziennych domów pomocy na 350 miejsc.

### *IV. Dienne Domy „Senior-Wigor”*

W ramach Programu Wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020, w województwie zachodniopomorskim powstało 8 dziennych domów Senior-Wigor, na łączną liczbę 166 miejsc.

Dzięki utworzeniu Dziennych Domów „Senior-WIGOR” w ramach programu możliwe było zapewnić wsparcie seniorom – osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60+, poprzez umożliwienie im korzystania z oferty świadczonej w DDSW, w tym m.in. z zajęć ruchowych, edukacyjnych, rekreacyjnych itp.

*V. Praca socjalna i pozostałe świadczenia socjalne.*

Bardzo ważną rolę odgrywa realizacja pracy socjalnej z osobami starszymi, której istotnym kierunkiem jest motywowanie seniorów do aktywności i inspirowanie różnych jej form oraz angażowanie potencjału tej grupy w działania wspólnoty. Osoby starsze korzystają także ze świadczeń pomocy społecznej takich jak: zasiłek stały, posiłek, zasiłek celowy (w tym np. na dojazd do lekarza specjalisty, na zakup leków), zasiłek okresowy.

Świadczona jest także pomoc w formie rzeczowej: posiłek, produkty żywnościowe z banków żywności. Wielu osobom starszym przysługują również świadczenia wynikające z ustawy o świadczeniach rodzinnych np. świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy. Świadczenia opiekuńcze przeznaczone są na częściowe pokrywanie wydatków związanych z koniecznością zapewnienia osobie w podeszłym wieku opieki i pomocy innej osoby z uwagi na ich niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Osoby starsze korzystają również z dodatków mieszkaniowych oraz energetycznych. Wiele ośrodków pomocy społecznej realizuje projekty, których celem jest pomoc osobom starszym, głównie rzeczowa i np. z okazji świąt.

*VI. Sytuacja osób niepełnosprawnych i ich opiekunów.*

Do najważniejszych problemów ludzi starszych należy samotność i poczucie nieprzydatności. Prowadzą one do stopniowej marginalizacji i wykluczenia ze społeczności lokalnej. Wynika to z jednej strony z występujących współcześnie procesów demograficznych, z drugiej zaś ze zmian w tradycyjnym modelu rodziny (odejście od rodziny wielopokoleniowej) oraz wzrastającej liczby rodzin niepełnych. Spadek udziału opieki rodzinnej jest rekompensowany przez wzrost udziału opiekunów z ramienia pomocy społecznej.

Osoby starsze oraz ich opiekunowie mogą korzystać z usług socjalnych omówionych wcześniej. Zgodnie ze sprawozdaniem MPiPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych w naturze i usługach w 2015 r. pomocą społeczną objęto 9.990 rodzin emerytów i rencistów, przy czym głównie były to rodziny 1-osobowe, a zatem wyłącznie emeryci lub renciści (6.098 osób).

Ponadto, osoby starsze z orzeczoną niepełnosprawnością mogą ubiegać się o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Niestety potrzeby w tym zakresie znacznie przewyższają możliwości wynikające z wysokości przyznawanych przez PFRON środków finansowych.

Starsze osoby z niepełnosprawnością korzystają z różnych form specjalistycznego wsparcia, dostosowanych do wieku i niepełnosprawności, w tym m.in. z ośrodków wsparcia, usług opiekuńczych. Seniorzy niekorzystający z usług opiekuńczych pozostają pod opieką najbliższej rodziny.

Osoby sprawujące opiekę nad członkiem rodziny korzystają ze świadczeń pieniężnych tj. zasiłku dla opiekuna lub specjalnego zasiłku opiekuńczego oraz ze świadczeń w formie niepieniężnej – opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne. Sytuacja opiekunów, o ile zmuszeni są rezygnować z zatrudnienia dla sprawowania opieki jest trudna. Osoby starsze – niepełnosprawne mogą skorzystać z dofinansowania uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, likwidacje barier architektonicznych. Za największy problem uważa się wysoki koszt korzystania z usług, szczególnie stacjonarnych, całodobowych. Niewystarczający jest również dostęp do lekarzy specjalistów, w tym geriatrów.

### **Dobre praktyki**

Na terenie województwa zachodniopomorskiego realizowanych jest szereg przedsięwzięć wspierających aktywność społeczną i obywatelską na rzecz osób starszych. Kluczowymi partnerami są organizacje pozarządowe m.in.: Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku, Związek Sybiraków, Szczecińskie Stowarzyszenie „Złoty Wiek”, Stowarzyszenie RAZEM ŁATWIEJ, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Klub Aktywnego Seniora, Związek Kombatantów RP i Byłych Więźniów Politycznych, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Caritas, Polski Związek Wędkarski. Szereg działań podejmuje także Kościół Katolicki oraz inne kościoły i związki wyznaniowe. Osoby starsze są również aktywnymi członkami kół gospodyń wiejskich oraz lokalnych zespołów ludowych. Miejscem spotkań seniorów są świetlice wiejskie. Działania na rzecz seniorów obejmują m.in. usługi bezpłatnego poradnictwa i doradztwa prawnego. Należy jednak stwierdzić, że aktywność społeczna i obywatelska seniorów jest uzależniona od ich kondycji fizycznej i psychicznej.

Osobom starszym zrzeszonym w organizacjach pozarządowych są udostępniane pomieszczenia w obiektach użyteczności publicznej z przeznaczeniem na działalność administracyjno-biurową oraz w celu organizacji spotkań osób starszych.

Seniorzy mają możliwość aktywności edukacyjnej oraz kulturalnej poprzez działalność lokalnych wskazanych wyżej organizacji pozarządowych. Z informacji przekazywanych przez samorządy wynika, że zorganizowano szereg projektów związanych udziałem w przedsięwzięciach kulturalnych, dofinansowywanych z budżetów gmin i powiatów.

Uczelnie wyższe wspomagają działalność edukacyjną Stowarzyszenia Uniwersytet Trzeciego Wieku oraz podejmują inne działania edukacyjne dla osób starszych, np.: Pomorski Uniwersytet Medyczny prowadzi Medyczny Uniwersytet Seniora, Uniwersytet Szczeciński w 2015 kontynuował działalność Szczecińskiego Humanistycznego Uniwersytetu Seniora oraz uruchomił Ekonomiczną Akademię Seniora. Wydział Humanistyczny US dodatkowo umożliwia seniorom uczestnictwo w wykładach kursowych wspólnie ze studentami, prowadzi też Centrum Wolontariatu i Mentoringu Seniorów, prowadząc wolontariat w filharmonii, herbarium i bibliotekach. W ramach Latającego Humanistycznego Uniwersytetu Seniora prowadzi zajęcia w UTW w regionie.

Osoby starsze to dla wielu instytucji kulturalnych bardzo ważni odbiorcy, wśród których znajdują się osoby wierne instytucji od kilkudziesięciu lat. Instytucje te oferują seniorom ulgi w sprzedaży biletów lub organizują bezpłatne imprezy.

W wybranych punktach bibliotecznych realizowane są bezpłatne kusy komputerowe dla seniorów. Na zajęciach uczestnicy mogą zapoznać się na przykład z podstawami obsługi komputera, korzystania z poczty elektronicznej, wyszukiwania informacji w Internecie, bezpieczeństwa w sieci, korzystania ze strony internetowej biblioteki i katalogu elektronicznego. Seniorzy korzystają także z oferty domów kultury: kółek muzycznych, tanecznych i teatralnych oraz pracowni artystycznych. Organizowane są także uroczystości: Bale Seniora, koncerty noworoczne, wigilie oraz śniadania noworoczne.

Grupy seniorów są adresatami przygotowanej przez muzea oferty edukacyjnej. Niektóre z opracowanych tematów zajęć są możliwe do realizacji w czasie zajęć organizowanych w muzeum lub poza nim (np. podczas zorganizowanych spotkań w domach pomocy społecznej czy Klubach Seniora).

Seniorzy zainteresowani są także podejmowaniem różnych aktywności, niemniej skłaniają się ku otrzymaniu konkretnej oferty. Wspieranie i promowanie aktywności sportowej i rekreacyjnej osób starszych odbywa się głównie poprzez lokalne organizacje pozarządowe. Osoby starsze korzystają z licznych zniżek w miejskich obiektach sportowych i rekreacyjnych. Ponadto powstające na terenie wielu miast obiekty sportowe typu „siłownia pod chmurką”, boiska „Orlik”, dają możliwość aktywnego spędzenia czasu wolnego na świeżym powietrzu.

W ramach działań prozdrowotnych organizowane są imprezy promujące aktywność fizyczną takie jak: Dzień Bez Samochodu, Światowy Dzień Turystyki kierowane również do osób starszych.

Wiele samorządów prowadzi działania zmierzające do przeciwdziałania dyskryminacji osób z niepełnosprawnością oraz osób starszych poprzez ograniczenie barier uniemożliwiających im właściwe funkcjonowanie w przestrzeni publicznej, takich jak korzystanie z komunikacji publicznej lub załatwianie spraw urzędowych oraz niwelacja barier architektonicznych. Przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek odbywa się także poprzez rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechnienie wolontariatu, zwiększenie udziału osób starszych w życiu lokalnej społeczności – promowanie Budżetu Obywatelskiego, tworzenie Rad Seniorów itp. Dużą wagę przykładają także do edukacji i inicjatyw między pokoleniowych, które mają na celu zapobieganie niewłaściwemu traktowaniu osób starszych w środowisku lokalnym. Należy też podkreślić brak ofert pracy dla osób po 60 roku życia, zwłaszcza w mniejszych społecznościach.

W omawianym okresie do Pełnomocnika Wojewody Zachodniopomorskiego ds. Równego Traktowania nie wpłynęły skargi lub informacje o przypadkach nierównego traktowania lub działań dyskryminacyjnych ze względu na wiek.

Innymi przykładami dobrych inicjatyw podejmowanych na terenie województwa zachodniopomorskiego, ukierunkowanych na aktywizację i poprawę jakości życia osób starszych są:

- Karty Seniora oferujące beneficjentom dostęp na korzystnych warunkach do instytucji kultury, rehabilitacji i odnowy biologicznej oraz zniżek, ulg i ofert bezpłatnych w wybranych punktach usługowo-handlowych;
- tworzenie dedykowanych seniorom rozwiązań mieszkaniowych (np. mieszkania wspomagane dla osób starszych uruchomione w Szczecinie i Stargardzie, Program Rewitalizacji Społecznej w Kołobrzegu);

- realizacja projektów z zakresu bezpieczeństwa typu „Bezpieczny Senior”;
- tworzenie systemów informacji dla osób starszych z zakresu działania kilku instytucji;
- rozwój ośrodków dziennego pobytu i Klubów Seniora;
- monitoring stanu zdrowia i system alarmowy dla seniorów w miejscu zamieszkania z wykorzystaniem nowoczesnych środków technicznych i telełączności;
- Rady ds. Seniorów, funkcjonujące przy wielu samorządach lokalnych;
- realizowanie programów osłonowych np. wsparcie zakupu leków, „Posiłek dla Seniora” oraz programów profilaktyki zdrowotnej np. szczepienia ochronne przeciwko grypie dla osób starszych.

## **Część III**

### **Ocena realizacji polityki senioralnej**

#### **Wnioski i rekomendacje**

Na podstawie zebranych informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2015 r. oraz informacji na temat polityki społecznej wobec osób starszych realizowanej na poziomie centralnym oraz regionalnym sformułowane zostały następujące wnioski i rekomendacje. Realizacja rekomendowanych rozwiązań będzie wymagać każdorazowo akceptacji Rady Ministrów i powinna odbywać się w ramach środków ujmowanych w ustawie budżetowej na dany rok i nie powinna być podstawą wystąpień o dodatkowe środki.

#### **Zmiany demograficzne**

W Polsce trwa proces starzenia się ludności będący wynikiem wydłużania się trwania życia oraz niskiego poziomu dzietności. W końcu 2015 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,4 mln, z czego ponad 8,8 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. Wyniki Prognozy ludności na lata 2014–2050 wskazują na pogłębianie się procesu starzenia społeczeństwa. Przy czym, mimo przewidywanego spadku liczby ludności o 4,5 mln do 2050 r., spodziewany jest systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 miliona i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności Polski. W 2050 r. osoby w wieku 60 lat i więcej, zamieszkałe w miastach – będą stanowiły 23,5% ogólnej ludności kraju, zaś mieszkańcy wsi w tym wieku – 16,8%. W tym samym roku aż 42% mieszkańców miast i 38% mieszkańców wsi będzie miało co najmniej 60 lat.

Dane demograficzne wskazują także na proces jakim jest podwójne starzenie się społeczeństwa Polski. Począwszy od 2026 r. rozpocznie się dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej, co będzie efektem wchodzenia w wiek późnej starości bardzo licznej grupy osób urodzonych pomiędzy końcem drugiej wojny światowej, a początkiem lat sześćdziesiątych. Pomiędzy 2025 r. a 2040 r. liczebność osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się z 1,7 miliona do 3,4 miliona, czyli dwukrotnie.

**W związku z powyższym koniecznym jest nadanie priorytetu działaniom:**

- **z zakresu polityki publicznej mającym na celu zwiększenie współczynnika dzietności w Polsce;**
- **z zakresu polityki publicznej skierowanej wobec osób starszych zarówno realizowanej na poziomie centralnym, jak i regionalnym.**

**Co więcej, w związku z postępującym starzeniem się oraz podwójnym starzeniem się społeczeństwa koniecznym jest podjęcie działań związanych z redefinicją granicy wieku osoby starszej.**

### **Sytuacja materialna osób starszych**

Istotnym elementem monitorowania sytuacji osób starszych jest poziom ich życia mierzony przez sytuację materialną. Zebrane informacje wskazują, iż osoby w wieku 60 lat i więcej zamieszkują w większości w 1 i 2-osobowych gospodarstwach domowych. Gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej utrzymywały się przede wszystkim z emerytur lub rent, podczas gdy gospodarstwa domowe, w skład których wchodziły tylko osoby poniżej 60 lat, utrzymywały się głównie z pracy najemnej oraz pracy na własny rachunek.

Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę w gospodarstwach domowych z przynajmniej 1 osobą w wieku 60 lat i więcej w 2015 r. wynosił 1 407,47 zł i był on niewiele wyższy (o ok. 40 zł) od dochodu w gospodarstwach domowych bez osób w wieku 60 lat+. Jednakże, przeciętne miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych tylko przez osoby w wieku 60 lat i więcej wyniosły 1 459,97 zł i były o 35% wyższe niż w gospodarstwach, w skład których wchodziły wyłącznie osoby młodsze (co wynika z wyższych wydatków związanych ze zdrowiem). Głównym źródłem dochodu osób starszych były emerytury – a w 2015 r. przeciętna miesięczna wypłata emerytury realizowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wynosiła 2 096,55 zł. Drugim w kolejności źródłem dochodu osób starszych są renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2015 r. przeciętna miesięczna wypłata renty z tytułu niezdolności do pracy wynosiła 1 628,89 zł.

Kwoty najniższych gwarantowanych świadczeń emerytalno-rentowych od 1 marca 2015 r. (do końca lutego 2016 r.) wynosiły:

- emerytura, renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i renta rodzinna – 880,45 zł;
- renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy – 675,13 zł;
- renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową i renta rodzinna wypadkowa – 1056,54 zł;
- renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową – 810,16 zł.

**W związku z przedstawionym obrazem sytuacji materialnej osób starszych oraz prognozowaną sytuacją demograficzną (w szczególności w kontekście wysokości emerytur obliczanych na „nowych zasadach”) konieczne jest podjęcie działań mających na celu poprawę sytuacji materialnej osób starszych o najniższych dochodach.**

### **Sytuacja mieszkaniowa osób starszych**

W związku z dynamicznymi zmianami w strukturze demograficznej ludności w Polsce, w nadchodzących latach narastającym problemem będzie zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych osobom starszym. Lokale mieszkaniowe zamieszkiwane przez polskich seniorów obecnie są w dużej mierze niedostosowane do ich potrzeb oraz możliwości. Do najczęściej obser-



wowanych problemów należy zaliczyć m.in. wysokie koszty utrzymania, bariery dostępności ruchowej oraz ograniczony dostęp do sieci transportu publicznego.

**W związku z powyższym, w obszarze polityki mieszkaniowej konieczne jest podjęcie działań mających na celu wprowadzenie rozwiązań związanych z zagadnieniami odnoszącymi się do tzw. mieszkalnictwa senioralnego, jako zasobu dostosowanego przestrzennie, środowiskowo i technicznie do specyfiki potrzeb osób starszych.**

### **Funkcjonowanie pomocy społecznej**

Polski system pomocy społecznej gwarantuje szereg instrumentów skierowanych do osób starszych. W związku z rosnącą liczbą osób starszych w społeczeństwie prognozowany jest wzrost zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze skierowane do tej grupy osób.

**W związku powyższym konieczne jest podjęcie szeregu działań mających na celu usprawnienie funkcjonowania systemu pomocy społecznej, szerzej – polityki na rzecz włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa osób starszych, poprzez poprawę potencjału i efektywności instytucji pomocy społecznej. Wśród działań rekomendowanych do wprowadzenia należy wymienić:**

- **wprowadzenie rozwiązań prawnych regulujących minimalne standardy usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych;**
- **rozwój opieki formalnej w warunkach domowych i półstacjonarnych;**
- **upowszechnienie korzystania z usług opiekuńczych przy wykorzystaniu nowych technologii;**
- **rozwijanie szkół i promowanie nowych zawodów zajmujących się świadczeniem usług na rzecz osób starszych;**
- **wzmocnienie wizerunku pracowników socjalnych i systematyczne podnoszenie ich kwalifikacji.**

### **Aktywność zawodowa**

Osoby starsze w znaczącej większości są to osoby bierne zawodowo – około 87,5% ogółu ludności w wieku 60 lat i więcej. Główną, wskazywaną przyczyną bierności jest emerytura, którą wskazało aż 6 264 tys. osób. Drugą istotną przyczyną bierności była choroba lub niepełnosprawność, wskazana przez 726 tys. osób.

**W kontekście podnoszenia aktywności zawodowej osób starszych rekomendowane jest:**

- **kontynuowanie realizowanych oraz podejmowanie nowych działań i inicjatyw, zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym z zakresu aktywizacji zawodowej osób starszych;**
- **podejmowanie działań mających na celu pobudzenie przedsiębiorczości osób starszych będących niewykorzystanym zasobem kapitału ludzkiego w gospodarce Polski;**
- **podejmowanie działań mających na celu rozwój poradnictwa zawodowego adresowanego do osób starszych;**
- **wsparcie rozwoju sektora srebrnej gospodarki.**

### Sytuacja rodzinna i społeczna

Cechą charakterystyczną sytuacji rodzinnej osób starszych w Polsce jest zjawisko singularyzacji oraz feminizacji starości. Wśród osób starszych w analizowanym okresie czasu żyło w małżeństwie 78% mężczyzn i tylko 42% kobiet. Wśród osób w wieku sędziwym – aż 2/3 to osoby owdowiałe, w tym ponad 90% to samotnie żyjące kobiety. W miarę przechodzenia do starszych grup wieku proces nasila się – w rezultacie starsi mężczyźni najczęściej do końca życia pozostają żonaci, a starsze kobiety są wdowami.

**W związku z powyższym rekomendowane jest podejmowanie działań mających na celu:**

- **prowadzenie kampanii, programów, akcji promujących pozytywny wizerunek starości, współpracę międzypokoleniową, edukowanie młodego pokolenia o starości i problemach związanych z tym etapem życia, realizowanych przy współpracy samorządów, organizacji pozarządowych, przedsiębiorców oraz lokalnych społeczności;**
- **realizację kampanii informacyjnych i społecznych o osobach starszych, ich potrzebach oraz problemach;**
- **wzmacnianie więzi osób międzypokoleniowych.**

### Stan zdrowia

Zgodnie z wynikami Badania dochodów i warunków życia – EU-SILC co piąta osoba starsza (w wieku 60 lat i więcej) mieszkająca w Polsce oceniła swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. Co trzecia osoba starsza uznała, że jej zdrowie jest złe lub nawet bardzo złe. Z drugiej strony, dwie trzecie osób powyżej 60 r.ż. wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają już co najmniej 6 miesięcy. Poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności (trwająca już od co najmniej 6 miesięcy) dotyczyła w 2015 r. blisko połowy osób starszych (niezależnie od miejsca zamieszkania).

Ludzie starsi często poddają się podstawowym badaniom profilaktycznym. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przed terminem wywiadu w badaniu EHIS blisko 84% ludzi starszych miało wykonane profesjonalne badanie ciśnienia krwi; badanie poziomu cholesterolu oraz cukru we krwi wykonało ponad 70% ogólnej populacji ludzi starszych.

Częstość korzystania z usług medycznych jest uzależniona zarówno od przyjętego sposobu dbałości o swoje zdrowie, jak i od kondycji zdrowotnej człowieka w przypadku usług o charakterze leczniczym (naprawczym). Znaczna część populacji ludzi starszych boryka się z problemem nadwagi lub otyłości. Zbyt dużą masę ciała miało blisko 70% osób starszych, a co czwarta została zaliczona do grona osób otyłych. Z drugiej strony problem niedożywienia osób starszych dotyczy 5–10% ogółu populacji osób starszych.

**W związku z powyższym w obszarze poprawy stanu zdrowia osób starszych rekomendowane jest:**

- **promocja zdrowia i profilaktyka chorób, w tym rozwijanie oferty edukacyjnej dla osób starszych w zakresie: prowadzenia zdrowego trybu życia, prowadzenia aktywnego trybu życia, podniesienia świadomości w zakresie skutków niebezpiecznych zachowań oraz nowych rozwiązań technologicznych;**

- **podjęcie działań w celu poprawy dostępności programów profilaktycznych i badań profilaktycznych, oraz akcji promujących zdrowie.**

### **Opieka zdrowotna**

Osoby starsze są grupą społeczną najczęściej korzystającą z opieki zdrowotnej. Zgodnie z zebranymi informacjami 1/3 porad lekarskich udzielanych jest osobom starszym. W opiece stacjonarnej oddziałami szpitalnymi zapewniającymi kompleksową opiekę medyczną i usługi pielęgnacyjne dla osób w starszym wieku są oddziały geriatryczne. Na koniec 2014 r. oddziały geriatryczne dysponowały 853 łózkami, na których w ciągu roku leczono 21,8 tys. pacjentów, co stanowi prawie połowę więcej niż w 2010 r. Jednakże, **liczba oddziałów geriatrycznych w Polsce jest nadal niewystarczająca**. Prognozowany jest wzrost zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów powyżej 85 r.ż. (w ww. oddziałach) z 6,33 tys. w 2016 r. do 7,71 tys. w roku 2029.

W latach 2009–2015 następował systematyczny wzrost wartości umów zarówno dla poradni geriatrycznych, jak i dla oddziałów geriatrycznych. Systematycznie wzrasta również poziom finansowania świadczeń we wszystkich rodzajach, udzielanych pacjentom z chorobami naczyniowymi mózgu, chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera, które zgodnie z epidemiologią występują znacząco częściej wśród osób starszych.

Przyczyną zróżnicowania terytorialnego dostępu do świadczeń geriatrycznych, pomimo systematycznego wzrostu środków przeznaczonych przez Fundusz na finansowanie świadczeń z zakresu geriatry, jest przede wszystkim **zbyt mała liczba praktykujących lekarzy specjalistów geriatrów i ograniczona liczba oddziałów geriatrycznych**. Powyższe stanowi główną przyczynę niewystarczających możliwości zakontraktowania przedmiotowych świadczeń w niektórych województwach. **Kluczowym problemem jest także dostępność do lekarzy specjalistów oraz czas oczekiwania na zabieg specjalistyczny.**

**W związku z powyższym, w obszarze opieki zdrowotnej rekomendowane jest kontynuowanie oraz podejmowanie działań mających na celu:**

- **rozwój oddziałów i poradni geriatrycznych;**
- **poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych również przez poprawę finansowania/wyceny usług medycznych i koordynowaną opiekę zdrowotną;**
- **promowanie zawodu opiekuna medycznego, który będzie wsparciem dla pielęgniarstwa w realizacji zadań w opiece nad ludźmi starszymi;**
- **kształcenie zawodowe wszystkich profesjonalistów medycznych w zakresie geriatry oraz doskonalenia zawodowego personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych osobom starszym.**

### **Niepełnosprawność**

Według Eurostatu, w Polsce pod koniec 2014 r. blisko co druga osoba w wieku 60 lat i więcej została zaliczona do populacji osób niepełnosprawnych biologicznie, natomiast wśród siedemdziesięciolatków – trochę więcej niż połowa zbiorowości, zaś wśród najstarszych (85+) –

ponad 3/4 zbiorowości. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej rośnie znacząco po ukończeniu 70 roku życia. Starsze kobiety, zwłaszcza po ukończeniu 70 roku życia, zaliczane są do populacji osób niepełnosprawnych; jedynie wśród sześćdziesięciolatek częstość niepełnosprawności biologicznej u mężczyzn była wyższa niż wśród kobiet. Oceniając poziom niepełnosprawności biologicznej osób starszych w Polsce (w końcu 2013 r.) można stwierdzić, że kształtuje się ona na nieco wyższym poziomie niż średnia unijna.

Jak pokazują wyniki badania EHIS co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej miała trudności z wykonaniem codziennych czynności związanych z samoobsługą. Problemy z wykonaniem co najmniej jednej aktywności życia codziennego zadeklarowała co czwarta osoba w wieku 65 lat i więcej. Poziom codziennej samoobsługi maleje wraz z wiekiem, wśród osób najstarszych (80 lat i więcej) problemy z samoobsługą deklarowało już 6 osób na 10. O skali potrzeb w tym podstawowym aspekcie życia człowieka może świadczyć fakt, że **blisko 45% osób starszych mających problemy z podstawową samoobsługą musiało samotnie zmagać się z tymi problemami, bo nie miało żadnej pomocy ze strony osób lub urzędów. Prawie 28% starszych osób zgłaszających ograniczenia w prowadzeniu gospodarstwa domowego nie miało żadnej pomocy i musiało sobie radzić samodzielnie. Jednocześnie, przedmiotowa analiza wskazuje, iż w 2015 r. działania na rzecz osób starszych o ograniczonej sprawności były prowadzone w stopniu niewystarczającym.**

W rehabilitacji osób niepełnosprawnych ważną rolę pełni ich aktywność zawodowa. Oprócz tego, że pozwala ona osiągnąć większą niezależność ekonomiczną, to umacnia także uczucie przydatności społecznej i zapobiega izolacji tych osób. Z całą pewnością aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych jest powiązana z wiekiem i stopniem niepełnosprawności

**W związku z rosnącą liczbą osób starszych oraz rosnącym zapotrzebowaniem na usługi z zakresu opieki długoterminowej, rekomendowane jest kontynuowanie oraz podejmowanie działań na rzecz osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych oraz ich opiekunów.**

### **Aktywność społeczna, edukacyjna, kulturalna, sportowa**

**Aktywność społeczna osób starszych** w Polsce w zakresie kontaktów społecznych **jest niższa niż osób w młodszych grupach wiekowych**, o czym świadczą wartości wskaźników izolacji społecznej i uczestnictwa w świeckich organizacjach pozarządowych. **Osoby starsze charakteryzują się także niską aktywnością edukacyjną**, mierzoną udziałem w kształceniu formalnym lub pozaformalnym oraz uczeniu się nieformalnym. Zjawisko tak niskiego uczestnictwa starszych osób w kształceniu lub szkoleniu w Polsce trwa już od dłuższego czasu – w ostatniej dekadzie jest stale na poziomie poniżej 1%.

Osoby starsze biorą udział w formach działalności kulturalnej organizowanych przez centra kultury, domy i ośrodki kultury oraz kluby i świetlice. Z badania uczestnictwa ludności w kulturze w 2014 r. wynika, że **aktywność kulturalna osób w wieku 60 lat+ była znacznie niższa w większości form uczestnictwa niż całej badanej zbiorowości** (w wieku 15 lat lub więcej). **Osoby starsze stosunkowo rzadko uczestniczyły też w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej** – jedynie prawie co czwarta osoba (24,6%) wśród ogółu tej grupy wiekowej podjęła takie uczestnictwo.

**W związku z powyższym, w obszarze aktywności społecznej, kulturalnej, edukacyjnej i sportowej rekomendowane jest:**

- **kontynuowanie oraz podejmowanie działań zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym mających na celu zwiększenie uczestnictwa osób starszych w aktywności społecznej, edukacyjnej, kulturalnej i sportowej;**
- **podejmowanie działań mających na celu rozwój oraz promowanie wolontariatu osób starszych oraz na rzecz osób starszych.**

### **Równe traktowanie i dyskryminacja ze względu na wiek**

Na podstawie zgromadzonego materiału należy uznać, iż dyskryminacja ze względu na wiek w Polsce jest raczej incydentalna. Jednakże, do podmiotów stojących na straży równego traktowania docierają sygnały dotyczące dyskryminacji ze względu na wiek.

**W związku z powyższym, w przedmiotowym obszarze rekomendowane jest kontynuowanie monitorowania oraz podejmowanie działań mających na celu przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek.**

### **Realizacja polityki społecznej wobec osób starszych**

Na podstawie zebranych i przedstawionych informacji należy stwierdzić, iż polityka społeczna wobec osób starszych realizowana jest przez niemal wszystkie resorty oraz stanowi jeden z priorytetów polityki publicznej realizowanej w regionach.

- 1. W związku z postępującymi zmianami demograficznymi konieczne jest podjęcie działań mających na celu opracowanie dokumentu wyznaczającego cele instrumenty polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce.**
- 2. Funkcjonujące programy, realizowane zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym, na rzecz osób starszych powinny zostać zaktualizowane przez podmioty nimi zarządzające pod kątem aktualnych problemów i potrzeb osób starszych.**
- 3. W związku z dużą liczbą inicjatyw podejmowanych w zakresie polityki społecznej na rzecz osób starszych, zarówno przez podmioty publiczne jak i organizacje pozarządowe w zakresie polityki społecznej wobec osób starszych, rekomendowane jest stworzenie katalogu dobrych praktyk wypracowanych w ramach różnych programów oraz przygotowanie platformy ich wymiany, w celu umożliwienia multiplikacji dobrych praktyk.**
- 4. W związku z istotną rolą organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych rekomendowane jest:**
  - **promowanie współpracy (także finansowej) pomiędzy samorządami oraz lokalnymi organizacjami w celu wymiany dotychczasowych doświadczeń oraz rozszerzenia oferowanych usług z obszaru polityki społecznej wobec osób starszych;**
  - **pobudzanie aktywności społecznej seniorów poprzez realizowanie dobrych praktyk;**

- **nawiązywanie przez podmioty publiczne współpracy z seniorami i organizacjami senioralnymi np. poprzez tworzenie Rad Seniorów – jako organów opiniotawczo-doradczych, w celu tworzenia lokalnej polityki społecznej wobec osób starszych;**
- **popularyzowanie i rozwijanie działalności organizacji pozarządowych jako podmiotów kreujących różnorodną aktywność seniorów.**

**Spis tabel**

Tabela 1	Ludność według wieku w 2015 r. ....	12
Tabela 2	Ludność według płci w 2015 r. ....	13
Tabela 3	Współczynnik feminizacji w 2015 r. ....	13
Tabela 4	Współczynnik zgonów w 2015 r. ....	15
Tabela 5	Udział podstawowych przyczyn zgonów w 2014 r. ....	16
Tabela 6	Dalsze trwanie życia i dalsze trwanie życia w zdrowiu ....	16
Tabela 7	Prognozowana liczba osób w wieku 60 lat i więcej ....	17
Tabela 8	Udział (w %) osób w wieku 60 lat i więcej w populacji ogółem ....	18
Tabela 9	Udział (w %) osób w wieku 60 lat i więcej w danej populacji ....	19
Tabela 10	Współczynnik feminizacji (kobiety na 100 mężczyzn) ....	19
Tabela 11	Przeciętne miesięczne dochody na 1 osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2015 r. ....	20
Tabela 12	Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2015 r. ....	22
Tabela 13	Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2015 r. ....	23
Tabela 14	Warunki bytu gospodarstw domowych w 2015 r. ....	24
Tabela 15	Zasięg ubóstwa w gospodarstwach domowych w 2015 r. ....	25
Tabela 16	Dobowy budżet czasu według płci w 2013 r. ....	27
Tabela 17	Gospodarstwa domowe według liczby członków gospodarstwa domowego i wieku głowy gospodarstwa domowego ....	28
Tabela 18	Gospodarstwa domowe według własności mieszkania i wieku głowy gospodarstwa domowego ....	29
Tabela 19	Liczba ośrodków wsparcia funkcjonujących wg stanu na dzień 31.12.2015 r. ....	30
Tabela 20	Liczba ponadgminnych domów pomocy społecznej wg stanu na dzień 31.12.2015 r. ....	32
Tabela 21	Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 15 lat i więcej według płci i miejsca zamieszkania w 2015 r. ....	35
Tabela 22	Osoby starsze (po ukończeniu 60 roku życia) ubezpieczone w KRUS w podziale na płęć oraz ubezpieczone w KRUS z tytułu pobierania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna w 2015 r. ....	36
Tabela 23	Osoby pobierające emerytury i renty z tytułu niezdolności do pracy według płci i instytucji wypłacających w 2014 r. ....	39
Tabela 24	Osoby pobierające emerytury i renty realizowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w 2015 r. ....	39
Tabela 25	Liczba i wysokość nowo przyznanych emerytur wg starych i nowych zasad w 2015 r. ....	40
Tabela 26	Nauczycielskie świadczenia kompensacyjne (bez świadczeń realizowanych na mocy umów międzynarodowych) ....	40
Tabela 27	Emerytury pomostowe ....	40
Tabela 28	Osoby w wieku 60 lat i więcej według wieku i stanu cywilnego prawnego w 2011 r. ....	42
Tabela 29	Gospodarstwa domowe w 2011 r. ....	42
Tabela 30	Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi w wieku 60 lat i więcej w 2011 r. ....	43
Tabela 31	Gospodarstwa domowe z osobami w wieku 60 lat i więcej według samodzielności zamieszkiwania w 2011 r. ....	43
Tabela 32	Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym w 2011 r. ....	44
Tabela 33	Osadzeni w jednostkach penitencjarnych powyżej 60 roku życia. ....	44
Tabela 34	Osadzeni w jednostkach penitencjarnych powyżej 60 roku życia wg typu wykształcenia. ....	44

Tabela 35	Samooceena zdrowia w 2015 r. ....	45
Tabela 36	Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe w 2015 r. ....	46
Tabela 37	Ograniczona zdolność wykonywania czynności w 2015 r. ....	46
Tabela 38	Rezygnacje z wizyt u lekarzy rodzinnych, pierwszego kontaktu lub specjalistów w 2015 r. ...	47
Tabela 39	Choroby przewlekłe i dolegliwości według płci i grup wieku w 2014 r. ....	48
Tabela 40	Sprawność narządu wzroku, słuchu i ruchu według grup wieku w 2014 r. ....	50
Tabela 41	Możliwość wykonania czynności związanych z samoobsługą według grup wieku w 2014 r. .	51
Tabela 42	Możliwość wykonania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego według grup wieku w 2014 r. ....	52
Tabela 43	Badania profilaktyczne według płci i grup wieku w 2014 r. ....	54
Tabela 44	Korzystanie z usług medycznych według płci i grup wieku w 2014 r. ....	55
Tabela 45	Waga ciała według płci i grup wieku w 2014 r. ....	56
Tabela 46	Codzienne jedzenie owoców lub warzyw według płci i grup wieku w 2014 r. ....	57
Tabela 47	Palenie tytoniu według płci i grup wieku w 2014 r. ....	57
Tabela 48	Picie alkoholu według płci i grup wieku w 2014 r. ....	58
Tabela 49	Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2015 r. ....	59
Tabela 50	Pacjenci długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej stan w dniu 31.12.2014 r. ....	60
Tabela 51	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego leczeni w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym (bez cudzoziemców) w 2015 r. ....	60
Tabela 52	Ratownictwo medyczne w 2015 r. ....	61
Tabela 53	Wartość umów w oddziałach i poradniach geriatrycznych w latach 2009–2015 .....	62
Tabela 54	Liczba świadczeniodawców w oddziałach i poradniach geriatrycznych w latach 2009–2015 .....	63
Tabela 55	Wartości umów w zakresach <i>Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne</i> oraz <i>Świadczenia psychogeriatryczne</i> i liczba świadczeniodawców w latach 2014–2015 .....	64
Tabela 56	Liczba lekarzy specjalistów (tj. lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny) w poszczególnych dziedzinach medycyny, wykonujących zawód (stan na dzień 31 grudnia) .....	67
Tabela 57	Aktywność społeczna i obywatelska .....	70
Tabela 58	Aktywność edukacyjna osób w wieku 60–69 lat w 2011 r. ....	71
Tabela 59	Znajomość języków obcych wśród osób w wieku 60–69 lat w 2011 r. ....	72
Tabela 60	Udział osób w wieku 60 lat i więcej wśród słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku (dane z roku akademickiego 2014/2015) .....	72
Tabela 61	Wykaz badań prowadzonych na dużych próbach statystycznych osób dotyczących uczestnictwa osób dorosłych w kształceniu i szkoleniu .....	73
Tabela 62	Czytelnicy bibliotek publicznych .....	77
Tabela 63	Udział osób starszych w formach aktywności kulturalnej organizowanych przez domy, ośrodki i centra kultury, kluby i świetlice .....	78
Tabela 64	Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w kulturze w 2014 r. (w % danej grupy) ...	79
Tabela 65	Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej w 2012 r. ....	80
Tabela 66	Uczestnictwo osób starszych w podróżach w 2015 r. ....	81
Tabela 67	Liczba wpływających wniosków i interwencji Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania wg obszaru dyskryminacji .....	81
Tabela 68	Osoby niepełnosprawne w wieku 60 lat i więcej według płci, grup wieku i miejsca zamieszkania .....	82
Tabela 69	Deklarowane rodzaje aktywności .....	85
Tabela 70	Dyskryminacja osób starszych .....	86



Tabela 71	Niesamodzielne osoby starsze .....	87
Tabela 72	Deklarowane obszary pomocy przez niesamodzielnych respondentów .....	87
Tabela 73	Podmioty udzielające pomocy niesamodzielnym respondentom .....	88
Tabela 74	Rodzaj otrzymywanej pomocy .....	88
Tabela 75	Deklarowana wielkość gospodarstwa domowego .....	89
Tabela 76	Deklarowany skład gospodarstwa domowego .....	89
Tabela 77	Podejmowanie pracy zarobkowej .....	90
Tabela 78	Deklarowana sytuacja dochodowa .....	90
Tabela 79	Deklarowane warunki materialne gospodarstwa domowego .....	91
Tabela 80	Deklarowane przewidywania co do sytuacji materialnej .....	91
Tabela 81	Deklarowane źródło utrzymania .....	91
Tabela 82	Poglądy polityczne .....	92
Tabela 83	Deklarowane uczestnictwo w praktykach religijnych .....	92
Tabela 84	Deklarowana ocena stanu zdrowia .....	93
Tabela 85	Deklarowane zachorowanie na przewlekłą chorobę .....	93
Tabela 86	Poziom osiągnięcia wskaźników zaplanowanych w ramach edycji 2015 <i>Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020</i> .....	100
Tabela 87	Zestawienie usług dedykowanych osobom starszym na platformie ePUAP2 .....	117
Tabela 88	Przykłady zadań skierowanych do seniorów, jakie uzyskały dofinansowanie w roku 2015 w ramach priorytetu Edukacja kulturalna .....	129
Tabela 89	Projekty dofinansowane w roku 2015 w ramach Programu Ministra Kultury Dostępna adresowane bezpośrednio do osób starszych i 50+ .....	129
Tabela 90	Działalność instytucji prowadzonych i współprowadzonych przez Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego .....	130
Tabela 91	Prognoza ludności województwa kujawsko-pomorskiego .....	179
Tabela 92	Nakłady finansowe na świadczenia w zakresie geriatry zgodnie z danymi NFZ .....	186
Tabela 93	Liczba osób starszych korzystających z różnych form wsparcia w ramach pomocy społecznej w województwie łódzkim .....	197
Tabela 94	Sytuacja demograficzna ludności wg ekonomicznych grup wiekowych na terenie województwa opolskiego na przestrzeni lat 2012–2015 .....	215
Tabela 95	Przyrost naturalny na terenie województwa opolskiego na przestrzeni lat 2012–2015 .....	216
Tabela 96	Działalność oddziałów geriatrycznych na terenie województwa opolskiego w 2015 roku .....	217
Tabela 97	Dostęp do usług socjalnych na rzecz seniorów na terenie województwa opolskiego .....	217
Tabela 98	Podmioty lecznicze zarejestrowane w rejestrze Wojewody Świętokrzyskiego stan na 31.12.2015 r. ....	238
Tabela 99	Struktura demograficzna osób starszych w województwie warmińsko-mazurskim .....	242
Tabela 100	Organizacje senioralne funkcjonujące na terenie województwa warmińsko-mazurskiego .....	248

## Spis wykresów

Wykres 1	Uczestnictwo osób w wieku 55–74 lat w Europie w kształceniu i szkoleniu w okresie 4 tygodni przed badaniem w 2015 r. (w%) .....	73
Wykres 2	Uczestnictwo osób w wieku 55–74 lat w Polsce na tle średniej w UE i Danii (lidera w UE) w kształceniu i szkoleniu w okresie 4 tygodni przed badaniem w latach 2007–2015 (w%) ....	74
Wykres 3	Spadek poziomu umiejętności podstawowych w kolejnych grupach wiekowych po 30 roku życia w Polsce (linia ciągła) na tle średniej krajów OECD, które brały udział w badaniu PIAAC w latach 2011–2012 (linia przerywana) .....	75
Wykres 4	Spadek poziomu umiejętności podstawowych w kolejnych grupach wiekowych po 30 roku życia w Polsce (linia ciągła) na tle średniej krajów OECD, które brały udział w badaniu PIAAC w latach 2011–2012 (linia przerywana) – z uwzględnieniem płci .....	75
Wykres 5	Spadek poziomu umiejętności podstawowych w kolejnych grupach wiekowych po 30 roku życia w Polsce (linia ciągła) na tle średniej krajów OECD, które brały udział w badaniu PIAAC w latach 2011–2012 (linia przerywana) – z uwzględnieniem poziomu wykształcenia .....	76
Wykres 6	Spadek poziomu umiejętności podstawowych w kolejnych grupach wiekowych po 30 roku życia w Polsce (linia ciągła) na tle średniej krajów OECD, które brały udział w badaniu PIAAC w latach 2011–2012 (linia przerywana) – z uwzględnieniem statusu na rynku pracy .....	76
Wykres 7	Odsetek osób w wieku 16–65 lat wg poziomów umiejętności wykorzystywania TIK oraz wieku i płci w Polsce i OECD .....	77
Wykres 8	Sposób sprawowania opieki nad osobami starszymi .....	110
Wykres 9	Liczba przestępstw popełnionych metodami „na wnuczka” i „na policjanta” w latach 2006–2015 .....	150
Wykres 10	Liczba osób starszych w województwie łódzkim .....	195
Wykres 11	Odsetek ludności powyżej 60 roku życia wśród mieszkańców poszczególnych powiatów województwa .....	241