



Elżbieta Trafiałek

Kapitał społeczny w starzejącym się społeczeństwie

DOI 10.24917/24500232.142.2

Słowa kluczowe: demograficzny wiek, srebrna gospodarka, kapitał społeczny

Keywords: demographic aging, silver economy, social capital

SOCIAL CAPITAL IN AN AGEING SOCIETY

Abstract:

The text discusses some of the challenges of social policy in the context of increasing demographic aging. Based on assumptions that in the unavoidable silver economy the growing population of seniors must be seen as valuable social capital- the major optimising its instruments have been pointed. They included: social security system and financing the retirement pensions, target funds, the development of social services, aid and medical care infrastructure- all solutions assessed against the respecting the European market economy rules, social justice, lifelong learning and active ageing.

Wprowadzenie

Malejące wskaźniki przyrostu naturalnego, zmiany w strukturze wiekowej ludności i wzrost liczebności populacji uprawnionej do otrzymywania świadczeń emerytalnych z jednej strony generują ryzyko powstawania coraz większych obciążeń dla gospodarki, z drugiej – skutkują potrzebami reformowania systemów zabezpieczenia społecznego, zmiany progów wieku emerytalnego, podejmowania innowacyjnych prób wykorzystania potencjału trzeciej generacji dla wzrostu gospodarczego. I choć coraz dłuższe życie jest ogromnym sukcesem cywilizacyjnym, to zdania na temat metod kształtowania jego jakości w fazie starości – podzielone. Poza wszelką dyskusją pozostaje jedynie fakt, że ranga *silver economy* przynajmniej w najbliższych kilku dekadach będzie rosnąć¹. Tak w Polsce, jak i całej Europie, Japonii czy

1 Precyzyjne wyjaśnienie zakresu i znaczenia pojęcia (Szukalski, 2012, s. 12 i n.).

Kanadzie, a ostatnio nawet w Stanach Zjednoczonych Ameryki Pn. i w Chile – objętych zjawiskiem narastającej starości demograficznej.

Wzrost liczebności populacji w wieku poprodukcyjnym, w wieku 60+/65+, w tym 80+, przewidywany w europejskich prognozach demograficznych przynajmniej do roku 2050, poza potrzebą uznania rangi „srebrnej gospodarki”, oznacza coraz większe zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną i infrastrukturę leczniczą. Na rozwój usług społecznych adekwatnych do potrzeb i możliwości skutecznego reagowania na takie zjawiska, jak: wielochorobowość, wypadkowość, niesprawność, samotność, osamotnienie (Tłokiński, 2016, s. 128–131; Rocznik Statystyczny 2016, s. 227–229) czy bezradność. Następane pokolenia seniorów będą lepiej wykształcone od obecnie żyjących, sprawne fizycznie, świadome znaczenia niezależności finansowej, zdrowego stylu życia, ale przecież także oczekujące na uznanie prawa do wszechstronnej aktywności, wypoczynku, pełnienia ról w rodzinie, środowisku, organizacjach społecznych, politycznych, do uczestnictwa w kulturze, kształceniu ustawicznym. Tym bardziej, że czas potencjalnej aktywności zawodowej z różnych powodów nierzadko jest obecnie skracany (wydłużona w czasie edukacja, bezrobocie, niepełnosprawność, renty, niższe progi emerytalne), a przestrzeń życia wymagająca odpowiedniego zagospodarowania – coraz większa. Z punktu widzenia odpowiedzialności za dostosowywanie instytucji, struktur i profesjonalnych kadr do nowych zadań generowanych zmianami demograficznymi, omawiany problem wymaga też zintegrowanych, długofalowych, interdyscyplinarnych i międzyresortowych inicjatyw, inwestycji, działań edukacyjnych i organizacyjnych. W tym także ukierunkowanych na wzmacnianie spójności między szeroko rozumianym kapitałem społecznym, a wyzwaniem współczesności sygnalizowanymi hasłami: *silver economy*, *lifelong learning*, *czy active ageing*.

1. Ludzie starzy jako kapitał społeczny

Konieczność dostrzegania potencjału trzeciego pokolenia będzie narastać równolegle do potrzeb rozwoju gospodarczego i ograniczania wydatków na świadczenia społeczne - adekwatnie do poziomu chłonności rynków pracy, do zmian demograficznych zachodzących w obrębie struktury społecznej i zmian diagnozowanych w obrębie modelu rodziny. Odchodzące od aktywności zawodowej kolejne roczniki będą stanowić cenny kapitał ludzki o potencjale:

- kulturowym – pokoleniowy przekaz tradycji, wartości uniwersalnych;
- opiekuńczym i samopomocowym – zredukowane role społeczne, potrzeba afiliacji i współuczestniczenia w życiu społeczności lokalnej, udzielania wsparcia, angażowania się w prace wspólnot rodzinnych, sąsiedzkich i lokalnych;
- integracyjnym i emocjonalnym – dążenie do kompensacji utraconych ról społecznych, do udziału w życiu społeczności lokalnych, aktywność w organizacjach społecznych, politycznych, pozarządowych;

– edukacyjnym – dostrzeganie rangi kształcenia ustawicznego i edukacji całościowej, korzystania z sieci internetowej, dostępu do mediów i nowych technologii przekazu;

– i najważniejszym ze społecznego punktu widzenia – ekonomicznym oraz politycznym (Klimczuk, 2012).

Politycznym, bo populacja seniorów to nie tylko najliczniejszy, ale i najbardziej zdyscyplinowany elektorat o znaczącym wpływie na kształt przyszłej polityki, struktur władzy i w konsekwencji – modelu państwa. Ekonomicznym, bo jako uzyskujący stałe, ewidencjonowane dochody, emeryci stanowią znaczącą grupę płatników w systemie podatkowym, ubezpieczeń oraz na rynku konsumpcji dóbr i usług, w tym: prawnych, socjalnych, administracyjnych, organizacji gospodarstwa domowego, informacyjnych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych, medycznych, kulturalnych, turystycznych.

Optymalne wykorzystanie potencjału zawartego w kapitale ludzkim seniorów przynajmniej w najbliższych kilku dekadach stanowić, zatem powinno priorytet zadaniowy polityki społecznej. Planowanie i wdrażanie zmian wymaga prospektywizmu i konsekwencji w realizacji strategii na rzecz skuteczności szeroko rozumianej polityki senioralnej (Worach-Kardas, 2015, s. 13). Wiąże się też z przekształceniami w sferze instytucjonalnej i funkcjonalnej. Kompleksowe działania wymagają planowania i realizacji z uwzględnieniem prakseologicznej triady: diagnoza, prognoza, strategia działań długofalowych. Warto tu wymienić przynajmniej kilka z nich. To: promocja zasad aktywnego starzenia się i samodzielności w miejscu zamieszkania; ograniczanie rozwoju instytucjonalnych form opieki na rzecz lokalnych sieci wsparcia; rozwój wolontariatu i innych inicjatyw środowiskowych; budowa dialogu międzypokoleniowego; wsparcie materialne i organizacyjne rodzin sprawujących opiekę nad starszymi i niepełnosprawnymi; upowszechnianie edukacji gerontologicznej (wiedza o starości i przygotowanie do tej fazy życia tak własnej, jak i bliskich), rozbudowa systemu kształcenia w zawodach towarzyszących pracy socjalnej (opiekunów osób starszych, asystentów osób niepełnosprawnych, asystentów rodzinnych, pielęgniarek i opiekunów środowiskowych).

2. Kierunki zmian w polityce senioralnej

2.1. Finansowanie systemu emerytalnego

Podstawę zabezpieczenia społecznego osób starszych w Polsce stanowi system emerytalny. Od 1998 roku tworzą go dwa publiczne i obowiązkowe filary: repartycyjny i kapitałowy. W pierwotnej wersji za prowadzenie pierwszego odpowiadał Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), a drugiego - Otwarte Fundusze Emerytalne (OFE). Obecnie rozważana jest możliwość likwidacji OFE i zastąpienia ich funduszami prywatnymi oraz pracowniczymi programami emerytalnymi. Wcześniej, przez kilka lat zadania ZUS sukcesywnie rozbudowywano, a rolę OFE ograniczano. Szczególnie od czasu reformy z 2013 roku, kiedy nastąpiło przejęcie przez ZUS z OFE 153,2 mld zł.

Środki zostały przekazane do Skarbu Państwa na umorzenie obligacji skarbowych oraz do Funduszu Rezerwy Demograficznej (FRD) i Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) (Dz.U. z 2013 r., poz. 1442 ze zm.). Trzeci – kapitałowy filar systemu ubezpieczeń społecznych, oparty na składkach dobrowolnych, prowadzony przez instytucje prywatne pod nadzorem państwa, od czasu uruchomienia w 1998 roku cieszy się umiarkowanym zainteresowaniem gromadzących środki na starość. W 2016 roku skupiał 1,8 mln uczestników i dysponował kapitałem w wys. 17,4 mld zł. Problem płynności finansowej w systemie emerytalnym polega na równoległym pogłębianiu się dwóch procesów: narastania starości demograficznej i rosnących zobowiązań płatniczych ZUS oraz malejących wpływów ze składek na ubezpieczenia (emerytalne, rentowe, chorobowe, zdrowotne, społeczne).

W świetle ostatniego raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) – pływy do instytucji ubezpieczenia społecznego systematycznie maleją, a obligatoryjne wydatki na świadczenia i koszty obsługi rosną (2016, s. 211). Na spadek przychodów wpływają niższe wpływy „z tytułu poboru i dochodzenia składek innych niż na FUS, w szczególności na OFE” (ibidem). W końcowej części raportu wyraźnie podkreślono, że w 2015 roku kondycja finansowa ZUS uległa pogorszeniu.

Do roku 2016, w czasie wdrażania tzw. „reformy67”, w wersji optymistycznej formułowanej przez analityków rynku i ekonomistów zakładano, że przynajmniej do roku 2021 braki w kasie ZUS corocznie będą mieściły się w granicach 48,7-50,5 mld zł. W wersji pesymistycznej przewidywany deficyt miał systematycznie narastać aż do poziomu 90 mld zł w 2021 roku; a w wersji katastrofalnej przyjęto, że po przekroczeniu poziomu 66% niewydolności systemu – ZUS będzie potrzebował w ciągu pięciu lat ponad 380 mld dofinansowania do gwarantowanych świadczeń emerytalno-rentowych (Stańczyk, 2017). Według obliczeń resortu finansów, przywrócenie progów wieku emerytalnego do poziomu 60/65 lat – już w 2017 roku będzie wymagało dodatkowych dopłat z budżetu w wysokości 8,6 mld zł, w 2018 – 10,2 mld, w 2019 – 11,9 mld zł i w kolejnych latach coraz wyższych dotacji systemu (Kostrzewski, Miączyński, 2016, s. 1). W debatach emerytalnych, prowadzonych w ramach konsultacji społecznych przed obniżeniem progów wieku emerytalnego do poziomu 60/65 lat, podkreślano, że ani podniesienie wysokości składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe, ani ustawowe zmuszanie potencjalnych świadczeniobiorców ZUS do odchodzenia od aktywności zawodowej nie zapobiegą wówczas przynajmniej dwóm złym następstwom zmiany: złamaniu reguł społecznych i zrujnowaniu finansów publicznych. Kontrreforma systemu została jednak przeprowadzona i już 1 października 2017 roku prawo do świadczeń emerytalnych uzyskało dodatkowo 330 tys. osób, czyli 80-90 tys. osób więcej niż zakładano wcześniej (Solska, 2017, s. 20-23). Obecnie dofinansowanie do gwarantowanych wypłat świadczeń emerytalnych z ZUS kształtuje się na poziomie 25%, ale w najbliższej dekadzie może wzrosnąć do 50%. Przy stałym wzroście liczebności uprawnionych do przechodzenia na emeryturę i coraz wyższych wskaźnikach dalszego trwania życia po przekroczeniu progu 60+/65+ – z całym prawdopodobieństwem

stwem można, zatem przewidywać albo niewypłacalność systemu emerytalnego, albo regres gospodarczy. Wynika to przynajmniej z dwóch zależności: im większe dotacje z budżetu państwa do ZUS – tym bardziej ograniczone możliwości inwestowania w gospodarkę, rozwój, inwestycje i innowacje; im słabsza kondycja gospodarcza kraju – tym mniejsze możliwości indywidualnego gromadzenia środków w funduszach emerytalnych na rynkach kapitałowych; im więcej tzw. „młodych” emerytów – tym więcej „bieda-emerytur”.

Ponieważ nawet w sytuacji, gdy z zapisów nowej ustawy (Dz. U. 2017, poz. 715, tom 1) skorzysta tylko 80% uprawnionych to – jak wynika z obliczeń prezesa ZUS – „koszt operacji do roku 2021 wyniesie 54 mld zł” (Solska, 2017, s. 20). Dla ograniczenia przewidywanych wydatków opracowywane są nowe strategie rozwiązań systemowych i zachęcania do dalszego pozostawania na rynku pracy. Rozważane są rozwiązania ukierunkowane na rozbudowę III filara ubezpieczeń (fundusze prywatne, kapitałowe), likwidację OFE, wprowadzenie Pracowniczych Planów Kapitałowych (PPK) przy wsparciu ich 3 mld zł z Funduszu Pracy (FP) (Osiecki, Godusławski, 2017). Podstawą funkcjonowania systemu ubezpieczeń emerytalnych jest jednak umowa społeczna oparta na dwustronnej wiarygodności. Dotychczasowe rekonstrukcje systemowe nie sprzyjają jej utrwalanu. Odbiegają od rozwiązań europejskich oraz trendów i prognoz demograficznych. Alternatywą jest, zatem obecnie albo utrzymanie ustawowego wieku emerytalnego na poziomie 60+/65+ aż do utraty płynności finansów publicznych (co w perspektywie czasu zrodzi konieczność wprowadzenia tzw. „emerytur obywatelskich” – dla wszystkich jednakowo niskich), albo promocja - na wzór rozwiązań zachodnio-europejskich - efektywnego wieku emerytalnego, ruchomego, promującego aktywność na rynku pracy. Przy poszukiwaniu optymalnych rozwiązań należy uwzględnić zasadę, że bezwarunkowe bezpieczeństwo socjalne dla wszystkich jest nie do pogodzenia z odpowiedzialnością, szczególnie za przyszłe pokolenia.

Wraz z kurczeniem się rynku pracy i słabnącymi wpływami składkowymi do systemu emerytalnego rośnie ilość podmiotów dofinansowujących gwarantowane ustawowo wydatki ZUS. To: dotacje i pożyczki z budżetu, OFE i FRD. Wszelkie przepływy w systemie o sukcesywnej redukcji cech kapitałowych zawsze jednak cechuje niezmienna zależność, że im większe dofinansowanie do redystrybucji, tym głębszy deficyt budżetu państwa.

2.2. Fundusze celowe

Istotnym instrumentem ograniczania obciążeń budżetowych wydatkami ZUS są państwowe fundusze celowe, definiowane jako: „organizacyjne formy finansów publicznych tworzone na podstawie odrębnej ustawy, których przychody pochodzą ze środków publicznych, a koszty są ponoszone na realizację wyodrębnionych zadań państwowych” (Raport NIK, 2016, s. 195). To podmioty bez osobowości prawnej. Na koniec 2015 roku w Polsce funkcjonowało 29 funduszy celowych, 11 agencji wykonawczych, 15 instytucji gospodarki budżetowej oraz 38 osób prywatnych. Dotacje

z budżetu państwa stanowiły 26,3% łącznych przychodów tych jednostek. 90% dotacji dotyczyło funduszy celowych, z czego ponad 60% przekazanych do FUS (Raport NIK, 2016, s. 206). Zakładana rola państwowych funduszy celowych w funkcjonowaniu systemu zabezpieczenia społecznego może być postrzegana jako ważka, przydatna i użyteczna – ale realna efektywność w istocie mało znana. Fundusze, zarządzane wyłącznie przez administrację państwową, pozostają poza kontrolą, a nade wszystko poza możliwością społecznego monitorowania przepływu środków.

W kategorii funduszy celowych związanych z gwarancjami bezpieczeństwa społecznego dla społeczeństwa, poza FUS, warto wymienić choćby takie, jak: Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP), Fundusz Emerytalno-Rentowy (FER), Fundusz Prewencji i Rehabilitacji (FPiR), Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (FGSP), Fundusz Administracyjny (FA) czy Fundusz Pracy (FP). Składki na ich funkcjonowanie z reguły mają charakter obligatoryjnych – zarówno dla pracodawców, jak i pracowników, ale sposoby wydatkowania środków dostępne dla niewielu instytucji, takich np. jak NIK.

Specyficzne reguły finansowania obowiązują w odrębnym systemie ubezpieczenia społecznego rolników (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS), w ponad 90% utrzymywanym z dotacji budżetowych, podobnie jak i powołane dla jego wspierania fundusze celowe (Raport NIK, 2016, s. 202). Jednym z nich jest FA powołany dla finansowania „kosztów obsługi ubezpieczonych i świadczeniobiorców w sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem, składek na ubezpieczenie, przyznawania i wypłaty świadczeń z ubezpieczenia [...] oraz obsługi zadań w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych i innych zleconych przez państwo [...]” (Dz. U. z 2013 r. poz. 1403 ze zm., art. 79). Fundusz, w 75% finansowany z budżetu, podobnie jak FER i FPiR, pozostaje w dyspozycji KRUS i stanowi podstawę finansowania zadań ustawowych (Kłos, 2010, s. 132 i n). Te trzy podstawowe fundusze celowe w finansowaniu świadczeń rolniczych uzupełniane są transferami z pozabudżetowego Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników (FS). To fundusz posiadający osobowość prawną. Nadzór nad nim sprawuje Rada Nadzorcza składającą się z 9 osób. Zgodnie z zapisami obowiązującej ustawy (Dz. U. 2016r. poz. 277, 2043, art. 75), KRUS prowadzi samodzielną gospodarkę finansową.

Problem dysproporcji między wpływami składkowymi, a wydatkami na cele emerytalno-rentowe tak w KRUS, jak i w ZUS powoduje stały wzrost deficytu sektora finansów publicznych. Rozwiązanie polegające na przeniesieniu w 2013 roku części środków zgromadzonych w OFE do ZUS z ekonomicznego i wizerunkowego dla Unii Europejskiej (UE) punktu widzenia przyniosło doraźną poprawę; ze społecznego skutkowało jednak spadkiem zaufania obywateli do państwa oraz powszechną kontestacją wykorzystywania tzw. „ręcznych metod” regulacji systemu opartego na indywidualnych oszczędnościach. Sytuacja z każdym kolejnym rokiem jest trudniejsza. W raporcie NIK z 2016 roku podkreślono, że: „rozdrobienie gospodarki finansowej sektora finansów publicznych działającej w formie państwowych funduszy celowych wpływa na zwiększenie kosztów administrowania zgromadzonymi środkami i nie

sprzyja kontroli dyscypliny finansów publicznych” (Raport NIK, 2016, s. 196). To problem niezmiernie istotny, szczególnie w sytuacji, gdy Komisja Europejska (KE) w kolejnych dokumentach podkreśla, że wydatki z budżetu na dofinansowywanie systemu emerytalnego pochłaniają w Polsce ponad 50% ogółu wydatków na cele zabezpieczenia społecznego, w konsekwencji czego „wpływ transferów socjalnych na ograniczanie ubóstwa jest coraz mniejszy” (Sprawozdanie krajowe – Polska 2015, s. 17 i n.). Kondycja systemu nie ulega jednak poprawie, a potrzeby dofinansowywania wydatków rosną mimo wielokrotnych prób reformowania struktur, funkcji i zasad.

System nadal obejmuje cztery podsystemy ubezpieczeń społecznych: pracowników, rolników, przedsiębiorców i służb mundurowych. Nadal związany jest z krytykowanymi funduszami celowymi i obsługującymi je kosztownymi agencjami wykonawczymi. Nadal też polityka zabezpieczenia społecznego (w tym: senioralna, prorodzinna) realizowana jest przez nadmiernie rozbudowaną sieć instytucji, organizacji, rozproszona i finansowana ze zbyt wielu źródeł.

3. Usługi społeczne

W odniesieniu do populacji osób w starszym wieku, usługi społeczne pozostają w ścisłym związku z zakresem zainteresowań interdyscyplinarnej polityki senioralnej. W sferze poszukiwań naukowych mieszczą się, zatem na pograniczu: demografii, socjologii, polityki społecznej, medycyny, ekonomii, gerontologii, geriatrii, andragogiki i geragogiki; a w kategorii działań praktycznych obejmują: bezpieczeństwo fizyczne i socjalne, edukację, ochronę zdrowia, rynek towarów i usług, transport, dostęp do informacji, mediów i kultury.

Sektor usług społecznych adresowanych do seniorów klasyfikowany jest w zależności od diagnozowanych problemów, deficytów środowiskowych, zadań badawczych i organizacyjnych. Stosownie do celu wyznaczającego potrzeby uruchamiania usług dla osób starszych, ich charakter może się różnicować: od aktywizacyjnych, integracyjnych, edukacyjnych, towarzyskich – po socjalne, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego. Organizowane są przez państwowe i samorządowe instytucje pomocowe, będąc jednocześnie jednym z najbardziej znaczących zadań stojących przed sektorem pozarządowym², organizacjami użyteczności publicznej, fundacjami, jednostkami *non-profit*. A przede wszystkim – przed solidarnym, spójnym pokoleniowo, odpowiedzialnym społeczeństwem obywatelskim.

W literaturze przedmiotu interpretacyjna jednomyślność autorska z reguły dotyczy nie tyle definicji i klasyfikacji usług społecznych, co „przyszłościowego” charakteru usługowej strategii wypełniania obszarów niedostatku populacji najstarszych odpowiednimi treściami. Obok sieci istniejących już domów dziennego pobytu, ośrodków samopomocy środowiskowej, świetlic i klubów seniora (popularne od kilku lat

2 Więcej na ten temat (Furmańska-Maruszak, Wójtewicz, Zamojska, 2014).

formy integracji środowiskowej w gminie) – system wsparcia systematycznie winien być wzbogacany o coraz to nowe formy – świadczone w postaci usług. Jak na razie – usług z reguły finansowanych ze środków publicznych. W przyszłości – w warunkach odpowiedniego zarządzania rynkiem pracy i kapitałem społecznym – usług, które sprzyjać mogą powstawaniu nowych miejsc pracy, zapotrzebowaniu na specjalizacje i zawody w służbach społecznych, na kierunki kształcenia i podnoszenie kwalifikacji dla sprawnego świadczenia usług społecznych.

Współczesną miarą dobrej jakości życia w okresie starości jest samodzielność i możliwie długie pozostawanie w środowisku lokalnym, rodzinnym, w miejscu wieloletniego zamieszkania. Ludzie starsi nie lubią ani izolacji, ani bezczynności, ani niesamodzielności, ani też rozłąki z rodziną, sąsiadami, przyjaciółmi, z budowaną przez lata dorosłego życia indywidualną przestrzenią życiową. Nowy model struktury i życia rodziny, mobilność zawodowa i edukacyjna pokolenia młodych, wreszcie wymogi rynku pracy ograniczają możliwości sprawowania opieki, organizowania systematycznego wsparcia wyłącznie przez krewnych i współzamieszkujących z osobami starszymi. Wraz z narastaniem reprezentacji seniorów w ogólnej strukturze społecznej rośnie, zatem zapotrzebowanie na systematyczne i profesjonalne ich wspieranie w środowisku zamieszkania, a w sytuacjach kryzysowych – organizowanie także usług w zakresie opieki medycznej, całodobowej, długoterminowej, paliatywnej.

W Polsce usługi społeczne adresowane do osób starszych realizowane są głównie w domach pomocy społecznej oraz w rejonach opiekuńczych ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie. W działaniach pomocowych odnośzone są głównie do sieci udostępnianych w poszczególnych środowiskach mieszkań chronionych, lokali aktywizujących, warsztatów terapii zajęciowej, stref sportu i rekreacji, hospicjów i domów pomocy społecznej. Poza usługami w zakresie medycyny zachowawczej, rehabilitacji i całodobowej opieki pielęgnacyjnej, obejmują pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, przygotowywanie lub dostarczanie posiłków, pomoc w wychodzeniu na spacer, w załatwianiu zakupów i spraw w urzędach. W zależności od kondycji ekonomicznej adresatów, finansowane lub dofinansowywane są ze środków publicznych.

Oferta rynkowa najczęściej wynika ze stereotypowego postrzegania seniorów. Z utożsamiania ich potrzeb życiowych z kompensacją deficytów sprawnościowych, psychicznych i ekonomicznych. Nie uwzględnia jeszcze potrzeb ludzi aktywnych, sprawnych, zainteresowanych dbałością o siebie i otoczenie, w miarę samodzielnych ekonomicznie. Kryteria dochodowe wykluczają ich z grona potencjalnych adresatów usług społecznych organizowanych i kontraktowanych przez instytucje publiczne. Więc niezbędne wsparcie, pomoc i usługi „załatwiają” sobie sami i na własny koszt. To ogromny katalog pomocy doraźnej, obejmujący: zakupy, wymianę książek w bibliotekach, naprawy sprzętu domowego, sprząatanie, opiekę domową nad chorymi, niepełnosprawnymi (o ograniczonej sprawności fizycznej i psychicznej), rehabilitację pourazową i profilaktyczną, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego i przygo-

towywaniu posiłków, usługi kosmetyczne, fryzjerskie, organizowanie transportu, opieki nad zwierzętami, prowadzenie ogródków, nawiązywanie kontaktów z instytucjami, pomoc w zamianie lub sprzedaży mieszkań i domów, w remontach, naprawach, sprzedażach, w racjonalnym gospodarowaniu oszczędnościami, w organizowaniu wyjazdów leczniczych, krajoznawczych, rodzinnych i wiele innych. To nadal ogromna, ale niezagospodarowana przestrzeń społeczno-ekonomiczna, mieszcząca się w definicyjnych ramach tzw. „szarej strefy”. Z powodu braku zintegrowanych działań instytucjonalnych i szybkiego diagnozowania deficytów, reagowania na społeczne potrzeby – potencjał trzeciej generacji (także ekonomiczny) nie jest odpowiednio wykorzystywany dla rozwoju rynku pracy i rejestrowanych, profesjonalnych usług społecznych, a cenny kapitał społeczny – kapitał ludzki pomijany w działaniach innowacyjnych, w inwestycjach na przyszłość. A to niezmiernie ważki element dobrej organizacji *silver economy*, nieuniknionej przecież w sytuacji narastającej starości demograficznej.

4. Opieka zdrowotna i instytucje wsparcia

Coraz dłuższe życie nie zawsze idzie w parze ze sprawnością, samodzielnością i satysfakcją z jakości życia. Ograniczenia zdrowotne w naturalny sposób rzutują na zdolność do samodzielnego funkcjonowania i samoobsługi. Kompleks tych, wzajemnie wyznaczających się czynników, ostatecznie kształtuje kondycję psychiczną i samozadowolenie z życia. Trudności wynikają z faktu, że współczesne rodziny nie zawsze samodzielnie mogą rozwiązywać problemy związane z opieką nad starszymi krewnymi. Wymagają pomocy i wsparcia w tworzeniu oferty usług i budowania dla nich przyjaznej przestrzeni życiowej. To kompatybilny i konieczny do uwzględniania we wszelkich inicjatywach wzmacniania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli związek systemu ochrony zdrowia (ambulatoryjna, szpitalna i stacjonarna opieka zdrowotna, ratownictwo medyczne i pomoc doraźna, sieć aptek) z systemem pomocy społecznej (placówki pomocy społecznej i wsparcia dziennego) oraz wsparcia środowiskowego (jednostki organizacji pozarządowych, świetlice, wsparcie rodzinne i sąsiedzkie). Ważny jest dostęp do przychodni, poradni specjalistycznych, do opieki ambulatoryjnej, dostęp i gwarancje leczenia w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej. To obszar wymagający rozbudowy i reorganizacji.

W świetle kolejnych raportów NIK, brak szpitalnych oddziałów geriatrycznych zwielokrotnia nie tylko koszty leczenia, ale i ryzyko umieralności osób w starszym wieku. Z uwagi na wielochorobowość towarzyszącą starości, potencjalni pacjenci geriatryczni kierowani są przez lekarzy pierwszego kontaktu do licznych specjalistów. To wydłuża i zakłóca cykl leczenia. Podnosi też jego koszty, bez zwiększania szans na skuteczność terapii (Trafiałek, 2016, s. 161). Z dokumentów opracowanych przez Rządową Radę Ludnościową (RRL) wynika, że polityka zdrowotna wobec osób starszych jest nieskuteczna i źle zorganizowana: „w systemie ich leczenia brakuje koordynacji opieki wysokospecjalistycznej z podstawową opieką medyczną [...] w systemie

ochrony zdrowia występuje dyskryminacja ze względu na wiek w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych” (2014, s. 92).

Analiza europejskich statystyk także nie napawa optymizmem. Od lat w Polsce notowany jest najniższy w Europie wskaźnik dostępności do lekarzy geriatrów, a w niektórych województwach usługi specjalistyczne dla osób starszych w ogóle nie są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). To nadal rozległa przestrzeń do zagospodarowania instytucjonalną i środowiskową współpracą lokalnych jednostek samorządowych, ochrony zdrowia i pomocy społecznej, wspieranych inicjatywami społeczeństwa obywatelskiego.

Zakończenie

W ciągu ostatnich dziesięciu lat przeciętne dalsze trwanie życia wzrosło w kraju o 3 lata, a średnia oczekiwana długość życia tylko w okresie zmiany systemowej (od 1990 roku) – o 6 lat (z 71 do 77). Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), do 2020 roku populacja w wieku poprodukcyjnym wzrośnie o niemal pół miliona, a w wieku produkcyjnym spadnie o 600 tys. osób³. Powrót do wcześniejszych progów wieku emerytalnego spowoduje narastanie dysproporcji w reprezentacjach grup wieku produkcyjnego i poprodukcyjnego, zwiększy ryzyko pauperyzacji w starości, a służby społeczne zobliguje do takiej kalkulacji współfinansowanych kosztów kompensowania deficytów podopiecznych, aby nie stanowiły nadmiernego obciążenia dla finansów publicznych i samorządowych. Skutki odczują wszyscy. Z dużym prawdopodobieństwem można jednak założyć, że na wzór rozwiązań europejskich z czasem samo życie wymusi i większe zainteresowanie trwaniem aktywności zawodowej i wyższy standard usług społecznych, świadomie zlecanych i współfinansowanych przez zainteresowanych i ich bliskich. Proces edukacji Polaków, co do poszanowania rangi samoodповідzialności za bezpieczeństwo socjalne i życiowe w zasadzie nadal trwa. Tymczasem jakość życia seniorów w coraz większej mierze będzie kształtowana tak demografią, dominującym modelem życia rodzinnego i relacji międzypokoleniowych, jak i mentalnością społeczną, poziomem akceptacji dla reguł społeczeństwa obywatelskiego. Nie bez znaczenia pozostanie dostęp do funduszy europejskich, wdrażanie coraz wyższych standardów życia, usług i instytucji oraz kadencyjny charakter politycznych priorytetów.

Jakość życia ludzi w starszym wieku zawsze będzie pozostawać w silnej zależności od wcześniejszego statusu zawodowego i ekonomicznego, od poziomu wykształcenia, środowiska rodzinnego i miejsca zamieszkania, ale poziom, zakres i znaczenie tych wzajemnych związków w każdej kolejnej dekadzie wyznaczać będą inne mechanizmy i preferencje. Funkcjonowanie rodzin i ich najstarszych członków w przyszłości będzie

3 Na podstawie: *Spisy powszechne w Polsce*, <http://www.stat.gov.pl/spisy> [2.11.2015]; *Rocznik Demograficzny 2015*, GUS, Warszawa 2015, s. 138; *Rocznik Statystyczny RP 2016*, op. cit., s. 208–240.

inne niż obecnie, bo generowane takimi przekształceniami i ryzykami współczesności, jak: popularność gospodarstw jednoosobowych; ryzyko pauperyzacji w fazie starości powodowane bezrobociem przed emeryturą lub ograniczoną aktywnością zawodową w okresie składkowym; wzrost ryzyka występowania psychologicznych źródeł wykluczenia społecznego w fazie starości (izolacja, samotność, osamotnienie, bezradność); wyższy poziom wykształcenia, świadomości praw, dostępu do wiedzy i informacji ludzi w starszym wieku, wyższe aspiracje i oczekiwania; przestrzenne oddalenie członków rodzin (migracje zarobkowe), a zatem i mniejsza sieć powiązań międzygeneracyjnych.

Wraz z ograniczaniem znaczenia funkcji opiekuńczej rodziny, zmianami zachodzącymi w obrębie jej funkcji i struktur oraz równoległym do tego zjawiska wzrostem aspiracji, potrzeb, oczekiwań osób starszych w zakresie dostępu do dóbr, usług, do różnorodnych form aktywności, ranga inwestowania w siebie dla aktywnego, pomysłnego starzenia się będzie wzrastać. Należy zatem promować idee prozdrowotne i partycypacyjne, choćby takie, jak zawarte w ministerialnej ekspertyzie zatytułowanej *Indeks aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym*:

- dążenie do wzrostu i stabilizacji terytorialnej wskaźników zatrudnienia osób w wieku 55+;
- promocja aktywnego udziału w życiu społecznym, w tym w wolontariacie, we wspólnotach mieszkaniowych, lokalnych, w pracy opiekuńczej na rzecz rodziny;
- gwarancje bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania – bezpieczeństwa zdrowotnego, socjalnego, mieszkaniowego;
- upowszechnianie wiedzy i promocja działań podejmowanych na rzecz edukacji gerontologicznej i geragogicznej, w tym uświadamiania rangi potencjału wieku, kapitału ludzi w starszym wieku (Perek-Białas, Mysińska, 2013, s. 15–22).

Od lat doskonałym przykładem wdrażania modelu *active ageing* są uniwersytety trzeciego wieku (UTW) kompensujące osobom nieaktywnym zawodowo liczne potrzeby: afiliacji, pełnienia ról, kontaktu z ludźmi, aktywności społecznej, ustawicznego kształcenia, dostępu do aktualnej wiedzy niezbędnej w codziennym funkcjonowaniu, samopomocy, bycia użytecznym i widocznym w społecznej przestrzeni. Przede wszystkim jednak promujące aktywność, samodzielność, ustawiczny rozwój, poprzez znaczącą rolę samorządów – ucząc też satysfakcjonującego zaangażowania w budowanie struktur społeczeństwa obywatelskiego.

W warunkach starości demograficznej społeczeństw, racjonalne, zgodne ze standardami współczesności gospodarowanie kapitałem ludzkim stanowi poważne, interdyscyplinarne wyzwanie wobec kreatorów życia społecznego. Wobec polityków, polityków społecznych, władz i jednostek samorządowych, wobec oświaty i służby zdrowia, wobec wszystkich odpowiedzialnych za upowszechnianie wiedzy gerontologicznej, za przygotowanie kolejnych pokoleń do rozumienia istoty i satysfakcjonującego przeżywania trzeciej terycji życia.

Bibliografia

- Analiza wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 2015 roku*, 2016, Raport NIK z 8 czerwca 2016 roku, Warszawa, s. 211.
- Furmańska-Maruszak A., Wójtewicz A., Zamojska M., 2014, *Dobra i usługi społeczne dla najstarszego pokolenia. Szanse rozwoju w kontekście realiów społeczeństwa masowej konsumpcji*, WN UMK, Toruń.
- Indeks aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym*. Ekspertyza dla Departamentu Polityki Senioralnej MPiPS, opracowana przez J. Perek-Białas i E. Mysińską w 2013 roku, MPiPS, Warszawa, wrzesień–październik 2013, s. 15–22.
- Klimczuk A., 2012, *Kapitał społeczny ludzi starych – na przykładzie mieszkańców miasta Białystok*, Wiedza i Edukacja, Białystok.
- Kłos B., 2010, *Ubezpieczenie społeczne rolników a rozwój obszarów wiejskich*, Studia BAS, nr 4 (24), s. 132.
- Kostrzewski L., Miączyński P., 2016, *Emerytalna rewolucja*, „Gazeta Wyborcza” z 29.09, nr 28 (8835), s. 1.
- Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej*, 2014, RRL, Warszawa, s. 92.
- Rocznik Demograficzny 2015*, GUS, Warszawa, s. 138.
- Rocznik Statystyczny RP 2016*, GUS, 2016, Warszawa.
- Solska J., 2017, *Po balu będzie ból*, „Polityka” 2017, nr 39(3129) z 27.09–3.10.2017, s. 20–23.
- Sprawozdanie krajowe – Polska 2015*. Dokument roboczy służb Komisji z 26.02.2015 r. Komisja Europejska, Bruksela 2015, s. 17 i n.
- Szukalski P., 2012, *Trzy kolory: srebrny. Co to takiego silver economy?* „Polityka Społeczna”, nr 5/6, s. 12 i n.
- Tłokiński W., 2016, *Zmiany w interakcjach społecznych na starość. Komunikacyjne osamotnienie [w:] Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością*, L. Buliński (red.), Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, s. 128–131.
- Trafiałek E., 2016, *Innowacyjna polityka senioralna. Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników*, Dz.U. 2016, poz. 277, 2043, art. 75.
- Ustawa z dnia 10 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych ustaw*, Dz. U. 2017, poz. 715, tom 1.
- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych*, Dz.U. 2013, poz. 1442 ze zm.
- Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników*, Dz. U. 2013, poz. 1403 ze zm., art. 79.
- Worach-Kardas H., 2015, *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*, „Śląsk” WN, Katowice.

Netografia

- Informacja o wynikach kontroli NIK z 18.11.2014 r.*, <https://www.nik.gov.pl/kontrola> [09.09.2016].
- Osiecki G., Godusławski B., *Jest zielone światło dla likwidacji OFE*, „Dziennik Gazeta Prawna” z 13.XI.2017, <http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly> [25.11.2017].
- Spisy powszechne w Polsce*, <http://www.stat.gov.pl/spisy> [4.12.2015].
- Stańczyk M., *Czekają nas głodowe emerytury. Nie ma wyjścia, trzeba oszczędzać*, <https://biznes.onet.pl/emerytury> z 3.003.2016, [05.10.2017].