



Elżbieta Trafiałek

Polska starość w dobie przemian



Katowice 2003

Recenzent
prof. dr hab. Ludmiła Dziewięcka-Bokun

Opracowanie graficzne
Marek J. Piwko

Korekta
Laura Ryndak

Skład
Piotr Kowalski

© Copyright by Elżbieta Trafialek, Katowice 2003

ISBN 83-7164-394-2

Wydawca: „Śląsk” Sp. z o.o. Wydawnictwo Naukowe
al. W. Korfańskiego 51, 40-161 Katowice
biuro (032) 25-80-756, 25-81-812, 25-81-910, 25-81-913, fax 25-83-229, dział handlowy 25-85-870
e-mail: biuro@slaskwn.com.pl, redakcja@slaskwn.com.pl, handel@slaskwn.com.pl
<http://www.slaskwn.com.pl>

Spis treści

WSTĘP	9
ROZDZIAŁ I ✓	
Charakter i specyfika polskich przemian	17
1. Wielowymiarowość transformacji systemowej	17
2. Zmiany w obrębie struktury i stylu życia ludności	39
3. Zadania polityki społecznej – możliwości i bariery	54
ROZDZIAŁ II	
Společny wymiar starości demograficznej	69
1. Starość demograficzna przełomu wieków – stan, tendencje, prognozy i skutki	69
2. Starość w wymiarze jednostkowym – jako faza życia	90
3. Prawa i potrzeby ludzi starych	101
ROZDZIAŁ III	
Miejsce człowieka starego w społeczeństwie i rodzinie	115
1. Stan zdrowia i sprawność	115
2. Warunki życia – funkcjonowanie gospodarstw domowych	133
3. Status społeczny	158
4. Organizacja czasu wolnego	169
5. Kondycja psychiczna – nadzieje i niepokoje	178
6. Samotność i osamotnienie	200
ROZDZIAŁ IV	
Opieka, pomoc i wsparcie ludzi starych	207
1. Ochrona zdrowia	207
2. Zabezpieczenie społeczne	219
3. Pomoc społeczna – zakres i formy pracy socjalnej	236
4. Środowisko lokalne w kompensowaniu potrzeb ludzi starych	243

ROZDZIAŁ V

Polska starość – dylematy i wyzwania wobec polityki społecznej	249
1. Marginalizacja ludzi starych	249
2. Starość a edukacja permanentna – przygotowanie do starości	263
3. Problemy i rozwiązania europejskie – standardy, wzorce	271
4. Wsparcie społeczne – stan i zadania na przyszłość	280

ROZDZIAŁ VI

Zakończenie	291
1. Konkluzje	291
2. Rekomendacje	304
WYKAZ TABEL	317
BIBLIOGRAFIA	319
OPRACOWANIA, ANALIZY STATYSTYCZNE	329
ADRESY – STRONY INTERNETOWE	334
SUMMARY	335

Contents

INTRODUCTION	9
CHAPTER I	
Character and specificity of Polish transformations	17
1. Multidimensionality of system transformation	17
2. Changes within the structure and lifestyle of the population	39
3. Social policy tasks – possibilities and barriers	54
CHAPTER II	
The social dimension of demographic old age	69
1. Demographic old age at the turn of the century – state, prognoses and results	69
2. Old age in individual dimension – as phase of life	90
3. Rights and needs of old people	101
CHAPTER III	
The place of old people in society and family	115
1. State of health and fitness	115
2. Living standards – functioning of household	133
3. Social status	158
4. Organization of free time	169
5. Mental condition – hopes and anxieties	178
6. Loneliness and seclusion	200
CHAPTER IV	
Care, assistance and support for old people	207
1. Protection of health	207
2. Social protection	219
3. Social assistance – range and forms of social work	236
4. Local community's role in compensating the needs of old people	243

CHAPTER V

Polish elderly – dilemmas and challenges of social policy	249
1. Marginalization of old people	249
2. Old age and permanent education – preparation for old age	263
3. Problems and European solutions – standards, models	271
4. Social support – present state and tasks for future	280

CHAPTER VI

Conclusions	291
1. Conclusions	291
2. Recommendations	304

LIST OF TABLES	317
BIBLIOGRAPHY	319
SUMMARY	335

WSTĘP

Świat starzeje się w coraz większym tempie i według prognoz demograficznych zjawisko to jeszcze przynajmniej przez kilkadziesiąt lat będzie wykazywało tendencje wzrostu. Zgodnie z prognozami demografów ONZ i krajów OECD, w 2010 roku liczba ludzi starych na świecie wzrośnie do 1 mld; w 2025 roku do 2 mld; a największe tempo wzrostu występować będzie w tzw. grupie „old-old”, czyli w kategorii najstarszych. Znamienny dla starzenia się społeczeństw będzie też znaczny udział w populacji dwóch grup: kobiet oraz mieszkańców środowisk wiejskich. W krajach rozwijających się nastąpi narastanie starości demograficznej, a w rozwiniętych – utrzymywanie się wysokiej stopy starości.

W Europie w ciągu najbliższego półwiecza prognozuje się 80-milionowy spadek liczby ludności, przy jednoczesnym przyroście populacji ludzi starych o 70 mln. W 2050 roku wśród 650 mln mieszkańców kontynentu aż 170 mln będzie w wieku 65 lat i więcej. Europa starzeje się pod względem demograficznym zarówno z uwagi na malejącą liczbę urodzeń, jak i coraz dłuższe średnie trwanie życia. Już dziś w Szwecji, Belgii, we Włoszech, w Grecji, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Hiszpanii i Portugalii udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej przekracza 20 %. Polska od ponad dwunastu lat plasuje się w pierwszej światowej trzydziestce krajów „starych”. „Próg starości demograficznej” przekroczyła w 1967 roku, a „próg zaawansowanej starości demograficznej” już w 1980 roku.¹ W latach 1994–2002 udział ludności w wieku 65 lat i więcej wzrósł z 11 % do 12,6 %, a w wieku 60 lat i więcej z 15,7 % do 16,8 %, w ogólnej strukturze społecznej.²

¹ Zgodnie z normami ONZ, przekroczenie pierwszego progu oznacza udział ludzi w wieku 65 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej na poziomie powyżej 7 %, a drugiego – na poziomie powyżej 10 % ogółu społeczeństwa

² Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 615; Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle europejskich programów polityki społecznej wobec osób sta-

Tabela 1. Ludzie starzy w Polsce w ogólnej strukturze społecznej w latach 1990–2002 (w %)*

Rok	60 lat i więcej	65 lat i więcej
1990	15,0	10,2
1994	15,7	11,0
1995	15,8	11,2
1996	16,0	11,3
1997	16,1	11,6
1998	16,2	11,7
1999	16,5	12,0
2000	16,6	12,2
2001	16,7	12,4
2002	16,8	12,6

* Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 616; Prognoza ludności do 2030 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2002, www.stat.gov.pl

Polska starość demograficzna nałożyła się na trwającą zmianę systemową, co skutkuje ustawicznym zaostrzaniem problemów życiowych ludzi starych, narastaniem ich pauperyzacji i bezradności. To rodzi ryzyko marginalizacji społecznej. W odpowiedzi na apel ONZ, ustanawiający rok 1999 „Międzynarodowym Rokiem Osób Starszych”, w kraju rozgorzała dyskusja nad wielowymiarowym zjawiskiem starzenia się i starości, nad skutkami zmian w strukturze demograficznej społeczeństwa. Powstało ogólnospołeczne forum dyskusyjne, skupiające uwagę polityków społecznych, socjologów, demografów, ekonomistów oraz przedstawicieli nauk medycznych. Interdyscyplinarna gerontologia prawdopodobnie po raz pierwszy wzbudziła w kraju tak powszechne zainteresowanie różnych środowisk. Podniosło to jej rangę, powodując jednocześnie niespotykaną dotąd na rynku „eksplozję” wydawnictw przedmiotowych. Z perspektywy czasu można ocenić, że o ile ta debata przedstawicieli kręgów opiniotwórczych w żadnej mierze nie przyczyniła się do realnej poprawy warunków bytu polskich seniorów, to ze społecznego punktu widzenia przyniosła jednak pewne korzyści. Należy do

rszych. Raport Zespołu ds. Osób Starszych. Program PHAREAccess-Macroproject, Warszawa 2002

nich zaliczyć upowszechnienie problematyki gerontologicznej, wcześniej marginalizowanej, ubogiej zarówno w polskim dorobku piśmienniczym, prowadzonych badaniach, jak i w poziomie wiedzy społeczeństwa.

Najnowsze opracowania, między innymi: Piotra Błędowskiego, Brunona Synaka, Barbary Szatur-Jaworskiej, Lucyny Frąckiewicz, Janusza Halika, Jerzego T. Kowaleskiego i Piotra Szukalskiego³, nie tylko wniosły do nauki cenne wyniki badań empirycznych i elementy metodologii stanowiące podstawę do dalszych analiz porównawczych, ale poszerzyły dotychczasowy obszar zainteresowań problemami starzenia się i starości o kolejne zagadnienia. Katalog wiedzy, niezbędnej obecnie dla całościowego postrzegania problemów jakie towarzyszą starzeniu się społeczeństw został tym samym wzbogacony o takie kwestie jak: rola integracji społecznej i funkcjonalności środowisk lokalnych, dostosowywanie instytucji i zasad organizacji opieki zdrowotnej do zmieniającej się struktury i potrzeb społeczeństwa, stosowanie jednolitych kryteriów oceny skuteczności polityki społecznej i wreszcie – o wyraźnie akcentowane wyzwania, jakie rzeczywistość postawiła przed współczesną polityką społeczną. Na bazie przeświadczenia, że każdy kolejny rok zwłoki we wdrażaniu w życie dyrektyw polityki społecznej wobec starości i wobec ludzi starych powoduje narastanie problemów oraz w uznaniu rangi omawiających je publikacji naukowych – w opracowaniu podjęto próbę syntetycznej prezentacji tych kwestii, których rozstrzygnięcie w dobie dążenia do unifikacji ze strukturami europejskimi należy uznać za szczególnie ważne. Aby nie ograniczać prowadzonych analiz do diagnozowania stanu, funkcjonalności i źródeł dysfunkcyjności różnorodnych przestrzeni życiowych ludzi starych – w końcowej części pracy przedstawiono rekomendacje, będące propozycjami zmian warunkujących sukcesywne redukcowanie problemów generowanych starością demograficzną.

³ Por. P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa 2002; *Polska starość*. Pod red. B. Synaka, Gdańsk 2002; B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa 2000; *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*. Pod red. L. Frąckiewicz, Katowice 2002; *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Pod red. J. Halika, Warszawa 2002; *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*. Pod red. J.T. Kowaleskiego i P. Szukalskiego, Łódź 2002

Całość opracowania oparto na tezie, że w okresie trwającej zmiany systemowej potrzeby ludzi starych w Polsce zostały zignorowane. Ogromny kapitał ludzki pozbawiono prestiżu, praw współuczestniczenia w kreowaniu własnego życia i nowej rzeczywistości społecznej, upoważniając tym samym do rekomendowania wszystkim środowiskom opiniotwórczym, posiadającym moc sprawczą, pilnej potrzeby tworzenia zbliżonego do standardów europejskich nowego modelu polityki społecznej. Celem prezentowanych analiz było zatem:

- zdiagnozowanie warunków życia, kondycji psychofizycznej i statusu społecznego ludzi starych z uwzględnieniem przewidywanych skutków prognoz demograficznych;
- wskazanie kierunków działań i sposobów skutecznego kompensowania niedostatków oraz wypełniania istniejących deficytów określonymi działaniami.

Praca została pomyślana jako studium porównawcze kolejnych lat transformacji, poświęcone problemom ludzi starych, generowanym tak narastającą starością demograficzną, jak i trwającymi przekształceniami systemowymi. W rozdziale pierwszym, potraktowanym jako tło do dalszych rozważań, omówiono polityczne, ekonomiczne i społeczne skutki polskiej zmiany, szczególnie eksponując modyfikacje struktury i stylu życia ludności oraz zadania, jakie nowa rzeczywistość postawiła przed polityką społeczną. W rozdziale drugim uwagę skoncentrowano na społecznych i jednostkowych konsekwencjach zmian demograficznych, rejestrowanych i prognozowanych w przyszłości oraz na prawach i potrzebach przedstawicieli trzeciej generacji, podkreślając brak należytego ich rozpoznania i respektowania w codziennym życiu społecznym. Uwzględniając współczesne tendencje do ustawicznego wzrostu znaczenia społecznej i jednostkowej odpowiedzialności za starość, funkcjonujący w gerontologii społecznej katalog teorii starzenia się wzbogacono o kolejną – **teorię kompetentnej kompensacji**. W rozdziale trzecim starano się przybliżyć rozległe spectrum wyznaczników jakości życia na emeryturze, w przekroju czasowym prezentując diagnozowany stan ich zdrowia oraz sprawność, materialne i lokalowe warunki bytu, status społeczny, organizację czasu wolnego oraz kondycję psychiczną, ze szczególnym uwzględnieniem problemu samotności i osamotnienia. Poprzez przywołanie wyników analiz statystycznych, ogólnopolskich badań ge-

rontologicznych, przeprowadzonych w latach 1999–2001⁴ oraz podejmowanych przez nauki społeczne działań eksploracyjnych, dotyczących takich zagadnień jak: społeczne skutki polskich przemian, źródła marginalizacji ludzi starych, formy kompensacji ich potrzeb – w toku prezentowanego wywodu starano się uzyskać **odповідź na pytanie: jakie to przyniosło skutki oraz jakie są potencjalne możliwości wypełnienia zdiagnozowanych obszarów niedostatku satysfakcjonującymi treściami i działaniami?** Starano się tym samym wnieść do nauk społecznych spostrzeżenia istotne dla kreślenia kierunków polityki społecznej wobec starości i ludzi starych, być może w przyszłości pomocnych dla prowadzenia analiz porównawczych. Rozdział czwarty poświęcono charakterystyce głównych instytucji, podmiotów i instrumentów polityki społecznej, odpowiedzialnych za warunki życia ludzi starych, w kategorii odrębnych zagadnień podejmując problem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, systemu zabezpieczeń społecznych i pomocy społecznej oraz znaczącej roli środowiska lokalnego. W rozdziale piątym wskazano główne obszary deficytów, generujących negatywny obraz i stereotyp polskiej starości – źródła marginalizacji, zaniedbania w sferze edukacji do i o starości, braki w zakresie upowszechniania szeroko rozumianego wsparcia społecznego. W końcowej części pracy, **sklasyfikowano główne problemy i opracowano zestaw postulatów związanych z ograniczaniem dalszej marginalizacji ludzi starych w Polsce**, szczególną uwagę skupiając na próbie scharakteryzowania polskiego stereotypu trzeciej tereji życia.

Starano się wyraźnie podkreślić, że obojętność wobec postępującego wykluczenia ludzi starych, z jednej strony świadczy o załamaniu podstawowego systemu aksjologicznego, w którym człowiek jest wartością autoteliczną; z drugiej zaś upoważnia do przyjęcia tezy, iż współczesna degradacja ekonomiczna i społeczna pokolenia najstarszych w przyszłości może wygenerować kolejne jej wymiary: etyczny i moralny. To zagrożenie, będące w istocie ogromnym wyzwaniem, jakie rzeczywistość postawiła przed polityką społeczną i całym społeczeństwem, bowiem

⁴ Badania, zainicjowane przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, zrealizowano na Uniwersytecie Gdańskim w ramach projektu badawczego KBN nr 1HO2F 007 16. Wyniki zbiorcze opublikowano w pracy: *Polska starość*, op. cit., a dotyczące środowiska małomiasteczkowego w pracy: E. Trafialek, *Starość w miasteczku Chmielnik*, Kielce 2002

zaniechanie działań ograniczających narastanie i pogłębianie problemu musi w konsekwencji prowadzić do utrwalenia stereotypu tożsamości schyłku życia z pauperyzacją i degradacją. Z całym prawdopodobieństwem można założyć, że w przyszłości boleśnie dotknie on także tych, którzy w dobie przemian nie zauważają problemu, bądź też świadomie go ignorują. Historia upoważnia do stwierdzenia, że w systemie gospodarki rynkowej status „przegranego” i „zmarginalizowanego” z reguły bywa dziedziczny, a los ojców z czasem staje się też losem ich dzieci.

Polska starość demograficzna narasta, podobnie jak i problemy życiowe przedstawicielei najstarszej generacji, które nie okazjonalnie, ale ustawicznie powinny absorbować uwagę całego społeczeństwa. Skuteczność podejmowanych działań wymaga ustawicznego, systematycznego monitoringu diagnozowanych i prognozowanych problemów oraz budowania nowej polityki społecznej, w tym także nowej polityki społecznej wobec starości i wobec ludzi starych na bazie dotychczasowych doświadczeń – zarówno dobrych, jak i złych. Kreowanie lepszej przyszłości z uwzględnieniem wyzwań współczesnej rzeczywistości, wymaga usystematyzowania interdyscyplinarnej wiedzy o starości i o przeszkodach utrudniających jej pomyślny przebieg. Niniejszym opracowaniem starano się sprostac temu zadaniu, jako że w dobie dążenia do unifikacji ze strukturami europejskimi, nadanie problemom starości i ludzi starych odpowiedniej rangi – stało się wyzwaniem czasu.

Na tle świata i państw Unii Europejskiej Polska nie jest jeszcze krajem bardzo starym pod względem demograficznym, ale według wszelkich prognoz ludzi starych nadal będzie (przynajmniej do 2050 roku) przybywać. Szczególnie wysokie tempo wzrostu liczebności populacji przewidywane jest w kategorii dożywających starości sędziwej i zamieszkałych w biednych skupiskach wiejskich, czyli wymagających szczególnej opieki medycznej i wsparcia służb społecznych. Warunki ich życia, status społeczny będą wskaźnikiem kultury całego społeczeństwa, aspirującego nie tylko do wejścia w struktury Unii, ale i do unifikacji z warunkami życia najbogatszych jej członków. Zarówno przed państwem, jak i całym społeczeństwem współczesność postawiła zatem ważne wyzwanie, od sprostania któremu w przyszłości zależeć będzie ranga państwa wspólnotowego w społeczności międzynarodowej.

Nawet najbardziej funkcjonalna polityka społeczna nie jest w stanie zastąpić indywidualnej odpowiedzialności za własną starość, ale może być istotnym stymulatorem kształtowania państwa obywatelskiego, państwa bezpieczeństwa socjalnego. Dlatego też w prezentowanym opracowaniu skupiono uwagę zarówno na jednostkowych, lokalnych, jak i instytucjonalnych, ogólnospołecznych wyznacznikach jakości życia ludzi starych w Polsce dziś i w prognozowanej przyszłości. Opisuując zakres i przewidywane narastanie polskiej starości demograficznej, główne źródła marginalizacji przedstawicielei najstarszego pokolenia, dostępne i wskazane formy kompensacji ich potrzeb, starano się też, poprzez przywołanie wzorów rozwiązań stosowanych w Europie i na świecie, wskazać kierunki i zakres działań służących poprawie ich statusu społecznego i ekonomicznego.

Przy pełnym przeświadczeniu o niehomogenności starości podkreślono, że obecne pokolenie ludzi starych w Polsce łączy specyficzna świadomość zbiorowa, wyznaczana podobnym kontekstem społeczno-kulturowym minionych lat młodości i dorosłego życia. Następne pokolenia ludzi starych prawdopodobnie będą inne – lepiej wykształcone, aktywne, bardziej sprawne, ale i bardziej spolaryzowane zarówno ekonomicznie, jak i światopoglądowo. Będą też bogatsze od poprzednich o świadomość swoich praw obywatelskich, ale i bardziej bezradne w poszukiwaniu potencjalnych płaszczyzn, gwarantujących zaspokojenie potrzeb psychospołecznych – otoczone obojętnością rodziny i środowiska lokalnego.

Każda próba diagnozy zakresu i głębi marginalizacji ludzi starych w Polsce winna być zatem wiązana z kreśleniem kierunków działań profilaktycznych, wskazywaniem potencjalnych obszarów opieki, pomocy i wsparcia, które zarówno obecnie, jak i za 20–30 lat mogą okazać się przydatne dla tworzenia optymalnej przestrzeni życiowej dla przedstawicielei tak „trzeciego”, jak i „czwartego” pokolenia. Prezentowanym opracowaniem starano się też, przynajmniej częściowo, wypełnić wszechobecny, polski deficyt „społecznego myślenia”, postrzegania problemów wszystkich grup społecznych obecnie i w przyszłości przez pryzmat zinternalizowanych wartości społeczeństwa solidarnego, wspólnotowego, obywatelskiego.



ROZDZIAŁ I

CHARAKTER I SPECYFIKA POLSKICH PRZEMIAN

1. Wielowymiarowość transformacji systemowej

Transformacja to przebudowa systemu politycznego, ekonomicznego i społecznego. To wielka zmiana, która narusza wszelkie układy, porządek, mentalność, a w przekształconych formach własności, prawach rynku, w zmodyfikowanych strukturach instytucjonalnych – zmienia też warunki życia społeczeństwa. Źródła, przebieg i następstwa transformacji systemowej można wyjaśniać różnymi teoriami społecznymi: teorią działania, teorią dekadencji, teorią funkcjonalną, koercyjną teorią konfliktu społecznego, teorią wymiany, teorią zmiany demograficznej, interakcji, bądź po prostu teorią zmiany społecznej. Zdaniem Witolda Morawskiego, zmianę systemową można analizować przez pryzmat kilku teorii: globalizacji (uzależnienia od światowego systemu gospodarczego), modernizacji (naśladowania krajów rozwiniętych), ewolucjonistycznej (przyjęcia za priorytety: porządku, państwa i prawa), dialektycznej (pojmowania zmiany jako konfrontacji rewolucji neosocjalistycznej z liberalną) i racjonalnego wyboru (przyjęcia, że budowa państwa odbywa się poprzez realizację interesów władzy, określonych klas politycznych)⁵ Żadna jednak ani nie wyczerpuje znamion specyfiki tego procesu, ani nie precyzuje wielopłaszczyznowych skutków w odniesieniu do grup, jednostek i w końcu do całego społeczeństwa.

⁵ W. Morawski, *Zmiana instytucjonalna. Społeczeństwo. Gospodarka. Polityka*, Warszawa 1998, s. 43–47

Spółeczeństwo, jak napisał Bronisław Misztal, to: „autonomiczny byt istniejący w szerszej czasoprzestrzeni, to grupa ludzi określona historycznie i doświadczeniowo, dbająca o swoją przyszłość i o przyszłość następnych pokoleń”.⁶ Spółeczeństwo żyje i działa na różnych płaszczyznach: ekonomicznej, politycznej, kulturalnej, edukacyjnej, społecznej, tworząc tym samym szeroko rozumiane życie społeczne, budując w jego ramach swe historyczne doświadczenie, a jednocześnie poszukując coraz to nowych rozwiązań. Zmiana społeczna jest zatem naturalnym elementem, częścią życia społecznego reagującego na wyzwania współczesności. Warto tu jednak też uwzględnić stanowisko prezentowane przez Ralfa Dahrendorfa, według którego zmianę społeczną wywołują stosunki zależności konfliktujące określone grupy społeczne, co oznacza, że u podstaw każdej zmiany leży konflikt społeczny.⁷ On generuje dążenie społeczeństwa do modyfikacji systemu, choć z czasem ten nowy system, wykreowany na fali społecznego niezadowolenia, też może prowadzić do dalszej, choć implikowanej już innymi czynnikami, polaryzacji społecznej.

Według Stevena Milesa, najlepszą i najpełniejszą teorią społeczną jest taka, która funkcjonuje w rzeczywistym świecie społecznej rzeczywistości. Która nie tylko uwzględnia aktualne doświadczenia grup i jednostek, ich prawo do tożsamości, ale i wpływa na zachowania ludzi tworzących społeczeństwo jako całość. W swoim najnowszym opracowaniu napisał: „być może najlepszą drogą podejścia do teorii społecznej jest zatem nie uczenie się jej jako takiej, ale uczenie jak jej używać w refleksyjny i ukierunkowany sposób”. Dalej wyjaśnia, że „zrozumienie teorii to odnoszenie ich do własnego doświadczenia życia społecznego i (...) czynienie tego w krytyczny sposób”.⁸ Ta ciekawa i nowatorska interpretacja zasługuje na uwagę choćby ze względu na śmiałe odejście od interpretacyjnego strukturalizmu na rzecz elastycznego pojmowania zarówno zasad, prawidłowości życia społecznego, jak i wyeksponowania wyraźnej zależności

⁶ B. Misztal, *Teoria socjologiczna, a praktyka społeczna*, Kraków 2000, s. 64

⁷ R. Dahrendorf, Sir Ralf (ur. 1929 r.) – współczesny socjolog niemiecki, przedstawiciel współczesnego liberalizmu politycznego, twórca teorii konfliktu społecznego, który nie odrzuca modelu funkcjonalistycznego, ale uważa że obydwa modele mają jednakowe prawa głoszenia konkurencyjnych wizji świata społecznego. Autor prac: *Rozważania nad rewolucją w Europie*, Warszawa 1991; *Nowoczesny konflikt społeczny. Esej o polityce i wolności*, Warszawa 1993

⁸ S. Miles, *Social theory in the Real World*, London 2001, s. 14

między tym, co niesie ustawicznie zmieniająca się rzeczywistość społeczna i tym, co w swych teoriach socjologicznych proponuje nauka. Polską zmianę systemową należy zatem pojmować w kategoriach integralnego związku między teorią społeczną i rzeczywistością społeczną.

Florian Znaniecki uważał, że głównym wyznacznikiem integracji człowieka ze społeczeństwem jest jego prawo do autonomii, do zachowywania swych doświadczeń, wartości, do szacunku dla wcześniejszego życia, które w toku internalizacji zmian ulega ustawicznemu wzbogacaniu. Warto tu przywołać, znamienne dla twórczości klasyka socjologii, ponadczasowe relacje „ja-my”. Ludzie, wraz ze swoimi biografiami tworzą społeczeństwo. Tylko wzajemne, pozytywne relacje, czyli prawo jednostek do zachowania swej tożsamości w każdych warunkach historycznych, gwarantują ład społeczny i trwanie samego społeczeństwa. Warto pamiętać o tych podstawowych warunkach prawidłowego funkcjonowania organizmu społecznego, szczególnie wtedy, gdy wchodzące w jego skład mechanizmy, struktury i prawidłowości wymagają rekonstrukcji, przebudowy lub likwidacji. Zmiana społeczna wymaga społecznej akceptacji i być może przyczyn jej niezwykle trudnego przebiegu w warunkach polskich należy upatrywać właśnie w ignorowaniu prawa do współuczestniczenia w tym procesie wszystkich grup społecznych, prawa do, ciągle bagatelizowanego, dialogu społecznego.

Przekształcanie systemu ukierunkowane jest na jego unowocześnienie, na modernizację. Rozumienie potencjalnych obszarów i celów modernizacji leży zatem u podstaw eksponowania istoty i przebiegu transformacji. Modernizacja to modyfikowanie struktur, zachowań, celów i zasad funkcjonowania organizmu państwa. W ujęciu nauk społecznych oznacza procesy towarzyszące ewolucji społeczeństwa z tradycyjnego w nowoczesne, postindustrialne, według norm wypracowanych przez kraje o wysokim poziomie rozwoju – w społeczeństwo obywatelskie, wspólnotowe, a w swym ostatecznym z zakładanych wymiarów – informatyczne. Procesy te dotyczą zarówno sfery politycznej, ekonomicznej, jak i kulturowej oraz społecznej.⁹

⁹ A. Nove, *The Economics of Feasible Socialism Revisited*, London 1991; K. Jiss, *Western Prescriptions for Eastern Transition*, Budapest 1993; W. Wilczyński, *Ekonomia i polityka gospodarcza okresu transformacji*. Wybór prac z lat 1991–1995, Poznań 1996

W warunkach polskich, modernizacja polityczna to przemiana instytucji politycznych w bardziej nowoczesne; powstawanie licznych partii; funkcjonowanie dwuizbowego parlamentu; wprowadzenie demokratycznych wyborów oraz zróżnicowanych form głosowania i podejmowania decyzji politycznych; to wdrażanie zasad demokracji i samorządności. Modernizacja ekonomiczna dotyczy przewartościowań i restrukturyzacji sfery ekonomiczno-gospodarczej oraz rynku usług i wytwarzania, wprowadzania nowych technologii, sposobów produkcji i organizacji pracy, nowoczesnego zarządzania zasobami ludzkimi. Modernizacja kulturowa wprowadza do kultury społeczeństwa tradycyjnego nowe elementy aksjologiczne, generuje nowe style życia, a jej organizacja umocowana jest z reguły w zasadach pluralizmu.¹⁰ W wielu przypadkach oznaczać też może laicyzację życia, sekularyzację wielu grup społecznych.¹¹ Z kolei modernizacja społeczna to forma procesu społecznego polegająca na pojawianiu się, znikaniu lub restrukturyzacji wcześniej istniejących komponentów rzeczywistości społecznej. Najczęściej zmieniającymi się elementami rzeczywistości społecznej są: struktura społeczna, organizacja społeczna, instytucje społeczne, porządek, ład społeczny i kultura. Za podstawowe czynniki pojawienia się zmiany społecznej uważa się: zmianę środowiska naturalnego oraz liczebność, warunki życia i strukturę populacji.

W trakcie przemian struktur społeczeństwa wyłaniają się nowe klasy i warstwy społeczne. Tworzy się, jak pisze Witold Nieciński: „nowa klasa wyższa, dysponentów wielkiego i średniego kapitału, ekspansywna i drażniąca (...) klasa średnia i najliczniejsza – klasa niższa”.¹² Generowane przemianami gospodarczymi takie zjawiska jak: niedostatek, bieda, bezrobocie, dochody na poziomie niższym niż realne koszty utrzymania – ustawicznie spychają też poza margines życia społecznego coraz to nowe warstwy, grupy zawodowe, wiekowe i społeczne.

¹⁰ Pluralizm (np. społeczny, kulturowy, polityczny, religijny) oznacza współistnienie na jednym terytorium odmiennych pod różnymi względami (kulturowymi, ideologicznymi) grup społecznych, podlegających wzajemnemu procesowi akomodacyjnemu tj. adaptacyjnemu poprzez powszechne akceptowane kompromisy

¹¹ Laicyzacja oznacza wyodrębnianie się obszarów kultury i różnych sfer życia społecznego spod wpływów i dominacji instytucji, wartości i symboli religijnych, natomiast sekularyzacja tożsama jest z pojęciem zeświecczenia

¹² W. Nieciński, *Restytucja kapitalizmu w Polsce w oczach polityka społecznego. „Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje”*, Warszawa 2000, nr 2, s. 10–15

Ze zmianą i modernizacją społeczną wiąże się też konwergencja systemu społecznego będąca stadium zaawansowanego rozwoju socjoekonomicznego społeczeństwa.¹³ Niełatwo go osiągnąć, jako, że ewolucja społeczeństwa postindustrialnego musi przebiegać w kilku fazach, a każdy cykl postępującej modernizacji jest swoistym continuum kolejnych faz: od społeczeństwa tradycyjnego (preindustrialnego), przez rolnicze, częściowo uprzemysłowione i nowoczesne (industrialne), do postnowoczesnego (postindustrialnego) i informatycznego.¹⁴

Spółeczeństwo, które wytworzyło nowy, dostosowany do współczesnych wyzwań cywilizacyjnych, model życia – określa się mianem „społeczeństwa informatycznego”, ale nawet u progu XXI wieku niewiele krajów, mimo wysokiego rozwoju społeczno-gospodarczego, zdołało ten poziom osiągnąć. Zmiana społeczna trwa na ogół długo – to skomplikowany proces obejmujący system wartości, orientacje i preferencje etyczne, a ponadto wywierający pośredni i bezpośredni wpływ na wszystkie dziedziny życia – w tym na politykę, gospodarkę i praktykę życia społecznego. W czasie jej trwania, w toku przebiegu skomplikowanych procesów, dzięki którym społeczeństwo przechodzi do kolejnej fazy rozwoju, wszystkie obszary życia generują problemy, konflikty i trudności. Nierzadko nie tylko diametralnie różnicują warunki bytu, ale i spychają na margines wiele grup społecznych. Pojawia się zespół nieuchronnych procesów, w wyniku których społeczeństwo zmuszone jest do ponoszenia trudnych konsekwencji rozwoju. I nawet jeśli to brzmi paradoksalnie, to na podstawie doświadczeń dostarczonych przez polską zmianę, można orzec, że postęp dla wielu oznaczać też może ekskluzję społeczną.

Wolny rynek, liberalizacja gospodarki polaryzują społeczeństwo, ale czy zawsze musi im towarzyszyć bieda i marginalizacja?¹⁵ Otóż poglądy na ten temat, już tylko wśród ekonomistów, są bardzo różne. Na przykład: według Tadeusza Kowalika, nierówności, duże zróżnicowanie dochodów

¹³ Jedną z jej form jest konwergencja kulturowa, rozumiana jako proces polegający na tworzeniu się w odizolowanych od siebie kulturach podobnych cech i elementów kulturowych, nie dzięki kontaktom czy akulturacji, ale za sprawą zbieżnych warunków środowiskowych i wewnętrznych praw rozwoju. Por. K. Olechnicki, P. Załęcki, Słownik socjologiczny, Toruń 1998, s. 101

¹⁴ Por. A. Radziejewicz-Winnicki, Modernizacja niedostrzegalnych obszarów rodzimjej edukacji, Katowice 1995, s. 24

¹⁵ Obszerne rozważania na ten temat zaprezentowano, między innymi, w pracach: A. Maddison, Monitoring the World Economy 1820–1992, OECD Development Centre

i majątków obywateli tożsame jest z tworzeniem marginesu biedy, a można temu zapobiegać poprzez umiejętnie łączenie szybkiego wzrostu gospodarczego z niwelowaniem różnic w poziomie życia ludności. Jest wyznawcą opcji „lepiej równiej”. Ostro krytykuje ten pogląd Wacław Wilczyński, zdaniem którego „to właśnie równość prowadzi do biedy wszystkich” i „tylko społeczna akceptacja nierówności materialnej tworzy klimat sprzyjający rozwojowi, jest dlań potężnym bodźcem, gdyż usuwa lęk przed tzw. dezaprobata bogatych i indywidualnego sukcesu”. Kontynuując swój wywód uzasadnia, że tylko szybki rozwój gospodarczy gwarantuje skuteczne zwalczanie marginesu biedy. Krytykuje wszelkie formy tzw. „sprawiedliwego podziału”, które nie dość, że hamują rozwój (im niższy produkt tym niższa powinna być stopa redystrybucji, bo im wyższa stopa redystrybucji środków z budżetu państwa, tym niższa stopa inwestycji gospodarczych, gwarantujących wzrost PKB), to generują roszczeniowość. W jednej ze swoich prac łagodzi swój wyrazisty liberalizm stwierdzeniem: „w pierwszej fazie rozwoju gospodarki rynkowej, skłaniając się ku wyborowi społecznej gospodarki w stylu niemieckim, nie można jednak generalnie negować zabiegów interwencyjnych państwa.”¹⁶

Podstawowe twierdzenie ekonomii dobrobytu, zbudowane na teorii „nie-widzialnej ręki rynku” Adama Smitha, mówi że „decentralizowana gospodarka i konkurencyjny rynek są w stanie zapewnić efektywną alokację środków”,¹⁷ ale należy pamiętać, że transformacja systemu to z jednej strony liberalizacja gospodarki i uruchomienie mechanizmów rynkowych; z drugiej zaś zapotrzebowanie na profesjonalne kadry do poprawnego sterowania przemianami oraz niezbędna zmiana mentalności społecznej. O ile liberalizację można urzeczywistnić stosunkowo szybko, to pozostałe

1994; M. Wolfe, *Some Paradoxes of Social Exclusion*, Genewa 1994; J. G. Zieliński, *Polskie reformy gospodarcze*, Londyn 1995; B. J. Rosser, M. V. Rosser, *Comparative economics in a transforming world economies*, Chicago 1996; K. Poznański, *The revolutionary transition to capitalism*, Boulder – Oxford 1995

¹⁶ W. Wilczyński, *Plaga równości*. „Polityka” 1998, nr 21 (2142), s. 74; Eadem, *Ekonomia i polityka gospodarcza...* op. cit., passim;

¹⁷ Adam Smith (1723–1790), brytyjski ekonomista, twórca ekonomii klasycznej i liberalizmu, autor podstaw analizy funkcjonowania mechanizmu rynkowego, autor wielu prac, między innymi: „Bogactwo narodów” oraz „Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów”. Por. H. Kierzkowski, Ch. Alsopp, *Gospodarki Europy Środkowej i Wschodniej w procesie przemian: ocena sytuacji*. (w:) *Polscy ekonomiści w świecie*. Pod red. T. Kowalika i J. Hausnera, Warszawa 2000, s. 137 i nast.

wyznaczniki skuteczności funkcjonowania systemu wymagają czasu. Wszak o wiele łatwiej jest zmienić prawo czy władzę, niż postawy, sposób myślenia obywateli, wykształcić nowe pokolenie kreatorów życia społecznego. Zawsze jednak, na każdym etapie transformacji, realizowany przez państwo model polityki społecznej w głównej mierze zależy od przyjętej interpretacji koncepcji społecznej gospodarki rynkowej.

Zmiana systemowa ma swoje zalety i wady. Zmienia realia życia, „otwiera” rynek na różnorodność ofert, towarów i usług, ale poprzez komercjalizację tworzy ogromne bariery ekonomiczne, różnicuje dostęp do nich, pogłębia linię podziału między uczestniczącymi w tworzeniu nowej rzeczywistości, „przeczekującymi” trudny czas i bezradnymi, z różnych przyczyn nie mogącymi sprostać wyzwaniom, skazanymi na wykluczenie – stawiając tym samym ogromne wyzwania przed polityką i nauką, w tym przede wszystkim przed naukami społecznymi. Wymusza zainteresowanie skutkami takich procesów jak na przykład: upadek rolnictwa, spółdzielczości i różnych sektorów gospodarki, ograniczenie świadczeń społecznych, załamanie rynku pracy, czy spadek realnych dochodów ludności.

Zdaniem Andrzeja Radziewicza-Winnickiego „negatywne skutki zmiany odbierają wszelką nośność ideologiczną hasłom o wolnej konkurencji i indywidualnej przedsiębiorczości”. W poszukiwaniu głównych barier przekształcania polskiej gospodarki, autor wskazuje też na: „brak względnie spójnej ideologii transformacyjnej, brak konsensusu co do charakteru polskiej drogi do kapitalizmu, na brak modelu aktywnego uczestnictwa znaczących grup społecznych w procesie przemian oraz brak integrującego mitu”,¹⁸ czyli na brak odpowiednich doświadczeń oraz czytelnej i konsekwentnie realizowanej przez kreatorów życia społecznego wizji przyszłości, wspólnych wartości i celów.

W świetle popularnej doktryny liberalnej, każdy ma wprawdzie szansę na odnalezienie swego miejsca w nowej rzeczywistości społecznej, w nowym porządku – ale tak naprawdę trudno te założenia realizować w praktyce, jako że wymuszają konieczność ustawicznego integrowania sił i potencjalnych możliwości, jakie tkwią w elementach struktur społecznych, rodzą potrzebę komplementarnych działań wszystkich dziedzin nauki i praktyki służących człowiekowi.

¹⁸ A. Radziewicz-Winnicki, *Modernizacja...* op. cit., s. 25

Czas przekształceń to czas chaosu i różnorodnych problemów, które zgodnie z zasadą solidarności społecznej należałoby wspólnie rozwiązywać. Przy braku nie tylko dobrych, ale jakichkolwiek doświadczeń w tym zakresie – jest to jednak zadanie niezwykle trudne, nierzadko blokowane brakiem społecznego poparcia i zaufania do władz. Zmiana systemowa zmusza do ustawicznego przystosowywania się, do internalizowania zasad i norm, do podejmowania wyzwań. Nie wszyscy są do tej, destabilizującej byt, nowej jakości funkcjonowania odpowiednio przygotowani. Ani materialnie, ani mentalnie, ani intelektualnie, a nierzadko i światopoglądowo. Zmianie ekonomicznej, urynkowaniu gospodarki, towarzyszy załamanie systemu politycznego. O ile może to być łatwe do zrozumienia i zaakceptowania przez ludzi młodych, to dla kształtujących swe poglądy, postawy, oczekiwania i zasady funkcjonowania społecznego w zupełnie innym wymiarze – szokujące i niepojęte. Zdyscyplinowanie, konformizm – do niedawna obywatelskie przymioty – okazują się być nieprzydatne, a miarą sukcesu staje się przedsiębiorczość, odwaga, samodzielność, ryzyko i kreatywność. Tych cech nie można opanować „na życzenie”. Kształtuje je historia, edukacja, życie i sprawdzone wzorce zachowań. Dlatego też skutki zmiany systemowej najsilniej odczuwają ludzie starzy, których tożsamość, priorytety aksjologiczne i postawy społeczne kształtowane były wcześniej na „inną miarę”.

Polska transformacja to zastąpienie systemu totalitarnego, centralizmu gospodarczego – systemem demokratycznym i gospodarką wolnorynkową. To rezygnacja z „opiekuńczego” i niewydolnego ekonomicznie państwa socjalistycznego na rzecz kapitalizmu, wspomaganego w pierwszym okresie wdrażania interwencjonizmem socjalnym państwa. Istota demokracji polega na gwarancji równych praw wszystkim członkom społeczeństwa; zaś system gospodarczy kapitalizmu nakłada na te gwarancje tworzenie jednakowych możliwości dla ich uczestnictwa w sferze wytwarzania dóbr.

Sens demokracji w ujęciu teoretycznym jest jednakże o wiele bardziej przyjazny człowiekowi, niż w konfrontacji z realiami gospodarki wolnorynkowej i wszechobecnej, w tym także międzynarodowej, gospodarczej konkurencji. Teoretycznie, demokracja to bardzo dobry system, ale w praktyce generuje polaryzację i marginalizację najsłabszych, których potrzeby nie mogą być zaspokojone nawet w sytuacji akceptowanego

powszechnie solidaryzmu społecznego. Wolny rynek zawsze dzieli na beneficjentów i spauperyzowanych, na ludzi sukcesu i na przegranych, na mobilnych i zagubionych, na silniejszych i słabszych, sukcesywnie spychanych na margines życia społecznego, ale generowany przez niego podział społeczeństwa na nowe klasy ekonomiczne musi znajdować umocowanie w zasadach państwa demokratycznego. Nadmierna liberalizacja rynku może bowiem prowadzić do wybuchów niezadowolenia społecznego, do powszechnej kontestacji nie tylko polityki gospodarczej, ale i samej demokracji.

Ludzie starzy to kapitał ludzki, który mimo bogatego doświadczenia i chęci współuczestniczenia w przemianach, w polskiej transformacji, został zignorowany, pominięty, odsunięty na „bocznice” torów, po których toczy się zmiana systemowa. Mobilność, aktywność, praca, wypełnianie wolumentu czasu wolnego satysfakcjonującym wypoczynkiem lub działaniami społecznymi – przyzwyczajenia młodości i dorosłego życia, wcześniej tak oczywiste i dostępne – nagle okazały się niemożliwe do kontynuowania, do realizacji. W ich życiu pojawiła się ogromna luka, której nie było czym zapełnić. Kształtowana przez długie lata funkcjonowania państwa opiekuńczego, wyuczona pasywność stała się głównym generatorem poczucia zagubienia, odrzucenia i samoubezwłasnowolnienia. Ludzie starzy nie mogli i nadal nie mogą odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Stali się licznym i niewykorzystanym kapitałem ludzkim – z czasem coraz mniej sprawnym, nienadążającym za błyskawicznym postępem technicznym, elektronicznym i satelitarnym, obciążonym grzechem współtworzenia państwa socjalistycznego – w skali makro postrzeganym jako demograficzny balast dla gospodarki rynkowej. Jaźń subiektywna nałożyła się w konsekwencji na odzwierciedlaną w odczuciach społecznych. Ludzie starzy, z czasem sami zaczęli siebie postrzegać jako anachronizmy, dla których nie ma miejsca w nowym ładzie społecznym. Nie umieli zrozumieć zmiany, bo do jej trudnych konsekwencji nie byli przygotowani. Ich bieda i bezradność szybko zyskały też wymiar wykluczenia. Zostali odsunięci od kształtowania nowej jakości życia społecznego, spauperyzowani, pozbawieni prawa głosu w rozwiązywaniu kluczowych kwestii – w państwie, w środowisku lokalnym, a w konsekwencji nierzadko i w najbliższym otoczeniu rodzinnym.

W szczególnie trudnej sytuacji znaleźli się starzy mieszkańcy wsi, rolnicy o niskim poziomie wykształcenia, niewielkich dochodach, skazani na wegetację w środowisku pogłębiającego się bezrobocia i biedy, niepełnosprawni, pozbawieni dostępu do specjalistycznych i rehabilitacyjnych usług medycznych. Wiadomo, że bieda to stres, a stres długotrwały skutkuje pogarszaniem stanu zdrowia. Należy zatem zakładać, że w miarę narastania wiejskiej biedy – pogorszeniu ulegać będzie także kondycja zdrowotna mieszkańców tego środowiska i mimo iż struktura mieszkańców wsi powoli zmienia się na skutek migracji wewnętrznej (przybywa ludzi młodych, aktywnych zawodowo, żyjących dostatnio) – to ci, których życie zawsze integralnie powiązane było z rolnictwem i wsią, będą coraz biedniejsi, coraz słabsi i coraz bardziej bezradni wobec swej narastającej „inności”. Jakość ich życia stanowić będzie istotny wskaźnik stabilizacji społeczno-gospodarczej kraju i całego społeczeństwa, jako że tendencje wzrostu liczebności tej grupy w stosunku do całej populacji ludzi starych w Polsce będą znacznie większe, niż w środowiskach miejskich. W 2001 roku co piąta kobieta (20,7 %) i co szósty mieszkaniec wsi (17,4 %) byli w wieku 60 lat i więcej, a osoby w wieku 75 lat i więcej stanowiły 5,4 % wiejskiej populacji (w miastach 4,3 %). Według prognoz, w 2010 roku w miastach ludność w wieku 75 lat i więcej stanowić będzie 5,8 %; na wsiach 6,2 % ogółu mieszkańców środowiska; a 7,4 % populacji kobiet w miastach i 8,3 % na wsiach będzie w wieku sędziwym (80 lat i więcej).¹⁹ Starość sędziwa częściej zatem występować będzie w środowiskach wiejskich, z reguły naznaczonych biedą, bezrobociem i ubogą, skarłą infrastrukturą instytucji pomocowych.

Najbardziej czytelnym pryzmatem, przez który można postrzegać szczególnie trudne problemy społeczne, jest nadawanie im odpowiedniej rangi przez samo społeczeństwo. Z sondaży ośrodków badania opinii społecznej wynika, że w kolejnych latach polskich przemian Polacy utożsamiali zagrożenia z takimi zjawiskami jak: bezrobocie, bieda, przestępczość, brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego (do po-

¹⁹ Udział ludzi starych w społecznościach wiejskich jest bardziej widoczny ze względu na mniejszą liczebność ludności wsi w stosunku do ludności miast. W 2001 roku mieszkańcy wsi stanowili 38,3 % ogółu ludności Polski, a 17,4 % z nich było w wieku 60 lat i więcej. W miastach wskaźnik wynosił wówczas 16,4 %. Ludność według płci i wieku w grudniu 2001 roku. Materiały źródłowe GUS, Warszawa 2002, s. 4–5

łowy lat dziewięćdziesiątych), wzbogaconymi później o kolejne: upadek obyczajów, korupcję, uzależnienia, przemoc, agresję, złe skutki prywatyzacji, arogancję urzędników i niekompetencję władz, nepotyzm, brak poszanowania praw człowieka do godnego życia, marginalizowanie całych grup społecznych, biurokrację, marnotrawienie majątku narodowego. Problemy społeczne zawsze stanowią zagrożenie dla ładu, kultury i prawidłowego rozwoju społeczeństwa, jako że zmieniają i burzą normy, systemy wartości, reguły życia zbiorowego. Dotknięte nimi jednostki i grupy, poprzez identyfikację i konieczność ponoszenia skutków, żyją w ustawicznym poczuciu zagrożenia i niepokoju. To budzi powszechne niezadowolenie, a w perspektywie czasu prowadzić może do destabilizacji podstawowych funkcji państwa, społeczeństwa i podstawowej jego komórki – rodziny. Ludzie marginalizowani tworzą chory organizm społeczny, a takowy bez wypracowania odpowiednich mechanizmów kompensacji, redukcji zjawisk patologicznych, „chorobotwórczych” – zawsze prowadzi do upadku autorytetu nie tylko państwa, ale i całego systemu.

Transformacja spolaryzowała społeczeństwo polskie przede wszystkim zróżnicowanymi dochodami i poziomem życia, a w konsekwencji także poziomem akceptacji dla demokratycznych przemian, pojmowaniem roli państwa i oceną procesów społeczno-gospodarczych. Dla przykładu warto przytoczyć kilka danych Ministerstwa Finansów: w 2000 roku, spośród 24 mln polskich podatników, do pierwszej grupy podatkowej, czyli o najniższych dochodach zaliczono 22 mln osób (91,7 %); do drugiej – 4,1 % i do trzeciej – 4,2 % podatników. Rok później, trzeci (40 %) przedział podatkowy przekroczyło zaledwie 0,99 % ogółu pracujących.²⁰ Potencjalna klasa średnia, bo to ona właśnie w dojrzałych demokracjach stanowi trzon społeczeństwa, nie obejmowała zatem w Polsce nawet 10 % ogółu dorosłych, uzyskujących dochody.

²⁰ O tym, jak ważne jest sprzyjanie funkcjonowaniu w społeczeństwie ludzi bogatych świadczy choćby fakt, że w 2001 roku od niespełna 1 % podatników uzyskujących najwyższe w kraju dochody, do budżetu państwa wpłynęło ponad 33 % wszystkich dochodów z PIT. Jednak im bardziej rosną podatki, tym bardziej ludzie starają się od nich uciekać, bądź to w „szarą strefę”, bądź w samozatrudnienie. W konsekwencji polska klasa średnia i ludzie ujawniających swe wysokie dochody nie tylko nie rozwija się, ale kurczy. W latach 2000–2001 liczba płacących najwyższe podatki spadła z 307 tys. do 227 tys. Wzrosło też bezrobocie, co oznacza istotny związek między polityką fiskalną państwa, a funkcjonowaniem rynku pracy. J. Czerska, Umarła klasa. „Polityka” 2002, nr 32 (2362), s. 13

Biedne społeczeństwo oznacza większe zapotrzebowanie na działania osłonowe i socjalne, na skuteczny interwencjonizm państwa. I te oczekiwania społeczne narastają w Polsce niemal równoległe do bezrobocia i pauperyzacji coraz to nowych środowisk i grup społecznych. W świetle badań przeprowadzonych przez CBOS, pod koniec 2001 roku za rozbudową socjalnych funkcji państwa opowiadało się 90 % dorosłych Polaków, choć w 1999 roku za takimi rozwiązaniami optowało 81 %, a w 1997 roku – 75 % badanych. Jednocześnie za utrzymywaniem przez państwo przedsiębiorstw nieprzynoszących zysku było 45 % badanych; za prywatyzowaniem przedsiębiorstw państwowych nieprzynoszących zysku – 23 %; za uznaniem bezrobocia za zjawisko szkodliwe – 72 %, a za uznaniem go za zjawisko normalne dla gospodarki rynkowej – zaledwie 20 %. Co to oznacza? Biedę połączoną z narastającą roszczeniowością i brakiem elementarnej wiedzy na temat ekonomicznych reguł funkcjonowania gospodarki rynkowej.²¹ Biedę, która jest skutkiem, a w dużych przekrojach czasowych także źródłem bezrobocia, a to w kategorii rejestrowanego od stycznia 1990 roku do stycznia 2002 roku wzrosło z 0,3 % do 18 %, niosąc ze sobą ogrom skutków jednostkowych i społecznych.²² Bezrobocie długotrwałe i zarazem głębokie prowadzi do obniżenia poziomu życia ludności, dziedziczenia biedy, pogorszenia kondycji zdrowotnej, a pośrednio także do wzrostu przestępczości, narastania zachowań patologicznych (samobójstwa, uzależnienia, agresja, przemoc), do stopniowej degradacji intelektualnej społeczeństwa.

Prawidłowe funkcjonowanie w niemal każdym zawodzie wymaga obecnie ustawicznego doskonalenia, podnoszenia kwalifikacji, uzupełniania wiedzy. W sytuacji utraty lub braku pracy – brakuje motywacji do doskonalenia, a nierzadko i środków na kształcenie i przekwalifikowywanie się. W konsekwencji, bezrobocie analizowane w skali makro, prowadzi do ubożenia ekonomicznego i intelektualnego społeczeństwa, do marginalizacji społecznej nie tylko jednostek, ale i całych grup społecznych. Ale poza sferą doznań jednostkowych (strach, niepewność,

²¹ Informacje Ministerstwa Finansów, www.ibnigr.edu.pl: Świat Współczesny – Miscellanea. „Polityka Społeczna” 2001, nr 11/12 (332/333), s. 34; Społeczne poparcie dla demokracji i przemian ustrojowych w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2001, nr 169/01

²² Stopa bezrobocia rejestrowanego w latach 1990–2002. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2002, s. 6

pauperyzacja, zanik aspiracji, regres zawodowy i intelektualny) i skutków społecznych (tania siła robocza, zmiany w obrębie struktury rodziny, obawa przed macierzyństwem, niski przyrost naturalny, starzenie się społeczeństwa), powoduje też określone konsekwencje w sferze gospodarczej kraju. Skutkuje utrzymywaniem płac na niskim poziomie, obciążeniem budżetu kosztami świadczeń kompensacyjnych i w konsekwencji utratą płynności finansów publicznych. W obawie przed utratą pracy popularne stają się takie zachowania jak: zgoda na coraz niższe realne dochody, „ucieczka” na wcześniejszą emeryturę, zabieganie o uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności (prawo do renty inwalidzkiej) lub poszukiwanie źródeł dochodu na „czarnym rynku”. Jeżeli dróg rozwiązań poszukuje się poprzez zwiększanie fiskalizmu państwa, to skutek z reguły bywa odwrotny – rozwija się i upowszechnia „szara strefa”, pochłaniająca gros potencjalnych wpływów do budżetu. Najgorszy z możliwych dla gospodarki scenariuszy tworzą trzy kompatybilne zjawiska: bezrobocie, „czarny rynek pracy” i zapaść finansów publicznych. Ich współwystępowanie w latach 2001–2002, spotęgowane ustawicznym wzrostem liczby świadczeniobiorców rent i emerytur, przyniosło w Polsce poważne problemy ekonomiczne państwa, zwiększyło wydatki na ubezpieczenia społeczne, zmusiło do redukcji działań interwencyjnych w sferze zabezpieczenia społecznego, w konsekwencji czego margines biedy uległ dalszemu poszerzeniu. Żyjących na granicy ubóstwa lub minimum socjalnego zmiana systemowa wyraźnie naznaczyła stygmatem wykluczenia, bowiem długotrwała bieda utrwała się i podlega prawu dziedziczenia, podobnie jak towarzysząca jej deprivacja potrzeb.

Ludzie starzy, tak jak większość dorosłych Polaków, od początku postrzegała i oceniała transformację przez pryzmat poczucia bezpieczeństwa socjalnego i własnych warunków codziennego życia, a te, z pewnymi wahaniem rejestrowanymi w połowie lat dziewięćdziesiątych, ulegały ustawicznemu pogarszaniu. W konsekwencji, negatywnym ocenom kierunku rozwoju sytuacji w kraju zaczęła też towarzyszyć kontestacja sposobu wdrażania demokracji.

Badanie zasięgu postaw antydemokratycznych w Polsce, przeprowadzone przez CBOS wiosną 2002 roku wykazało, że 65 % ogółu dorosłych Polaków – „raczej” (42 %) lub „zdecydowanie” (23 %) nie jest zadowolonych z funkcjonowania w kraju systemu demokratycznego, choć

prawie 2/3 uznawało demokrację za najlepszy system. W grupie osób w wieku 65 lat i więcej niezadowoleni stanowili 35 %, a zdecydowanie niezadowoleni 24 %. W sumie niezadowolenie z funkcjonowania polskiej demokracji wyraziło 59 % osób w wieku 65 lat i więcej; 65 % rencistów i 60 % emerytów. Świadczyło to nie tylko o żywym reagowaniu społeczeństwa, w tym także ludzi utrzymujących się ze świadczeń emerytalno-rentowych, na przemiany gospodarcze, na zmęczenie skutkami transformacji, ale i na niewielkie tzw. „ukorzenie się” systemu demokratycznego w Polsce.²³ Jeszcze pod koniec 2001 roku 62 % Polaków uważało, że warto było przebudować ustrój. Co czwarty ankietowany kwestionował jednak sens przemian (24 %), a co siódmy nie miał w tej sprawie własnego zdania. Poziom poparcia, akceptacji demokracji jako formy rządów, pozostawał zatem w silnym związku z jej praktycznym wymiarem, skutkami funkcjonowania. Kontestacja warunków życia z reguły przekłada się na malejące poparcie i zaufanie do rządu, a to z kolei skutkuje krytycznym stosunkiem do całego systemu. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że w latach 2001–2002, w okresie zaledwie pięciu miesięcy, odsetek Polaków krytycznie oceniających demokrację wzrósł z 53 % do 65 %, ²⁴ a uznających, że zmiany idą w złym kierunku – z 64 % do 66 %.²⁵

²³ M. Wenzel, Akceptacja demokracji i zasięg postaw antydemokratycznych w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 63/02

²⁴ Badania porównawcze prowadzone były przez CBOS w grudniu 2001 r i w maju 2002 r. Por. Tamże i B. Wciórka, Społeczne poparcie dla demokracji i przemian ustrojowych w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2001, nr 169/01

²⁵ Nastroje społeczne w grudniu. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2001, nr 173/01; Nastroje społeczne w maju. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 88/02

Tabela 2. Społeczne oceny kierunku rozwoju sytuacji w kraju w latach 1993–2002 (w %)*

Terminy sondaży opinii społecznej	WSKAZANIA – OCENY					
	Dobra		Zła		Trudno powiedzieć	
	Ogół	W wieku 65 lat i w.	Ogół	W wieku 65 lat i w.	Ogół	W wieku 65 lat i w.
Grudzień 1993	33,0	b.d.	42,0	b.d.	24,0	b.d.
Grudzień 1994	26,0	32,0	59,0	49,0	15,0	19,0
Grudzień 1995	40,0	b.d.	33,0	b.d.	28,0	b.d.
Grudzień 1996	39,0	36,0	40,0	38,0	21,0	26,0
Grudzień 1997	37,0	37,0	43,0	38,0	20,0	25,0
Grudzień 1998	40,0	28,0	42,0	42,0	18,0	30,0
Wrzesień 1999	30,0	26,0	61,0	61,0	9,0	13,0
Grudzień 1999	26,0	27,0	59,0	54,0	15,0	19,0
Sierpień 2000	21,0	19,0	66,0	65,0	13,0	17,0
Grudzień 2000	20,0	15,0	67,0	70,0	13,0	16,0
Grudzień 2001	19,0	22,0	64,0	57,0	16,0	21,0
Maj 2002	22,0	27,0	66,0	58,0	12,0	15,0

* Nastroje społeczne. Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 1994–2002, nr 218/191/94, 21/97, 168/97, 32/97, 177/98, 143/99, 192/99, 124/00, 179/00, 173/01, 88/02

Nastroje społeczne, w tym także przedstawicielei najstarszej generacji, w kolejnych latach trwania zmiany ulegały poprawie lub pogorszeniu, adekwatnie do kondycji gospodarczej kraju i nadziei, jakie wiązano z programami wyborczymi ugrupowań politycznych, przejmujących władzę. Na przełomie lat 2001/2002, zmienny poziom optymizmu zastąpiła jednak, widoczna w sondażach społecznych rezygnacja z wiary w lepszą przyszłość. Jeszcze w grudniu 1998 roku 40 % Polaków pozytywnie oceniało kierunek zmian. Dwa lata później liczebność tej grupy spadła o połowę. W grupie najstarszych najwyższy poziom akceptacji dla nowej rzeczywistości i jej kreatorów notowano do 1997 roku (od 32 % do 37 % wskazań). Potem zaczął spadać, aby pod koniec 2000 roku osiągnąć najniższy poziom 15 %. Równoległe wzrastał też odsetek kontestujących kierunek zmian: z 38 % w latach 1996–1997 do 70 % w 2000 roku. Wyraźne pogorszenie

nastrojów społecznych, rejestrowane od połowy 2000 roku, pozostawało w ścisłym związku z kondycją gospodarczą kraju. Wzrost inflacji, nałożenie podatku VAT na rolnictwo i drewno oraz ustawiczny wzrost cen paliw bezpośrednio bowiem przełożyły się na wzrost kosztów utrzymania we wszystkich typach gospodarstw domowych.²⁶

²⁶ W lipcu 2000 roku inflacja osiągnęła poziom 11,6 %. Rada Polityki Pieniężnej podniosła stopy procentowe, co spowodowało zwiększenie kosztów spłat kredytów i pożyczek bankowych. Kryzys paliwowy na świecie (we wrześniu cena baryłki ropy wzrosła do 32\$ osiągając nienotowany od 10 lat, najwyższy z możliwych poziom i mimo iż kraje OPEC zdecydowały o zwiększeniu wydobycia o 800 tys. baryłek dziennie – kryzys trwał na tyle długo, aby zdołały odczuć go nawet tak stabilne gospodarki jak: francuska, belgijska, czy brytyjska) w Polsce przyniósł ustawiczny wzrost cen nośników energii, a pośrednio przyczynił się do wyraźnego wzrostu kosztów utrzymania

Tabela 3. Społeczne oceny sytuacji politycznej i gospodarczej w kraju w latach 1994–2002 (w %)*

Terminy sondaży opini społecznej	WSKAZANIA – OCENY							
	Dobra		Ani dobra, ani zła		Zła		Trudno powiedzieć	
	Ogół	W wieku 65 lat i w.	Ogół	W wieku 65 lat i w.	Ogół	W wieku 65 lat i w.	Ogół	W wieku 65 lat i w.
Grudzień 1994	6,0	9,0	39,0	34,0	44,0	40,0	10,0	17,0
Luty 1997	12,0	11,0	44,0	30,0	31,0	39,0	13,0	20,0
Grudzień 1997	17,0	15,0	42,0	34,0	26,0	23,0	15,0	28,0
Marzec 1998	14,0	15,0	44,0	36,0	27,0	20,0	15,0	29,0
Grudzień 1998	14,0	14,0	45,0	33,0	30,0	32,0	11,0	20,0
Wrzesień 1999	10,0	11,0	27,0	23,0	60,0	56,0	4,0	9,0
Grudzień 1999	8,0/11,0	12,0/14,0	40,0/32,0	31,0/26,0	45,0/52,0	38,0/48,0	8,0/5,0	19,0/12,0**
Sierpień 2000	6,0/7,0	6,0/10,0	33,0/28,0	27,0/21,0	51,0/59,0	49,0/59,0	10,0/5,0	18,0/11,0
Grudzień 2000	5,0/6,0	2,0/4,0	35,0/29,0	37,0/30,0	51,0/61,0	48,0/59,0	9,0/5,0	13,0/7,0
Grudzień 2001	7,0/bd	6,0/bd	36,0/bd	32,0/bd	48,0/bd	45,0/bd	9,0/bd	18,0/bd
Maj 2002	9,0/2,0	8,0/4,0	37,0/22,0	37,0/20,0	42,0/70,0	40,0/67,0	12,0/6,0	16,0/9,0

* Nastroje społeczne. Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 1994–2002, nr 218/191/94, 168/97, 32/97, 46/98, 177/98, 143/99, 192/99, 124/00, 179/00, 173/01, 88/02

** Od grudnia 1999 roku respondenci osobno oceniali sytuację polityczną i gospodarczą i w takiej kolejności informacje podano w tabeli; w 2001 roku nie pytano o ocenę sytuacji gospodarczej, co w zestawieniu potraktowano jako brak danych

Duży wpływ na kondycję ekonomiczną, psychiczną, a tym samym i nastroje społeczne, miały wydarzenia z lat 1998–2000, w tym głównie wdrażanie w życie czterech wielkich i kosztownych reform społecznych, dalsza restrukturyzacja gospodarki (prywatyzacja, zmiany w obrębie sektora górnictwa), deficyt budżetowy, wzrost bezrobocia oraz pogłębianie sfery ubóstwa. Odczucia społeczne zawsze skażone są subiektywizmem, ale jak wynika z badań Janusza Czapińskiego, jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej wyrażana jest przede wszystkim „ewolucją ich dobrostanu psychicznego”.²⁷ Z ocen kierunków rozwoju, sytuacji politycznej i gospodarczej w kraju, zarejestrowanych przez CBOS, wynika, że o ile od 1995 roku nastroje społeczne zaczęły ulegać wyraźnej poprawie (co można interpretować jako coraz większą akceptację dla zachodzących zmian), to w 1999 roku ponownie się pogorszyły. Wśród przedstawicieli najstarszej generacji także zaczęło ubywać optymistów. W 2002 roku zaledwie 4 % osób w wieku 65 lat i więcej pozytywnie oceniało sytuację gospodarczą, a 67 % określało ją mianem „złej”. Najwięcej rozgoryczenia w tej grupie wiekowej przyniosła reforma systemu służby zdrowia, najważniejsza dla ludzi starych, bo bezpośrednio rzutująca na jakość, zakres, dostępność niezbędnej opieki medycznej. Rok po jej wprowadzeniu, 59 % określało ją mianem „niekorzystnej”. Podobnego zdania było 68 % ogółu dorosłych Polaków. Pozostałe reformy postrzegane były bardziej w kategorii kosztów, iż korzyści dla obywateli.

²⁷ J. Czapiński, *Jakość życia Polaków w czasie zmiany systemowej. Związek między obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami jakości życia w okresie transformacji systemowej*, Warszawa 1998, s. 19

Tabela 4. Ocena reform i ich skutków w 2000 roku (w %)*

Oceny respondentów	KATEGORIE ODPOWIEDZI (w %)							
	Korzystna		Niekorzystna		Bez znaczenia		Trudno powiedzieć	
	Ogół	W wieku 65 lat i w.	Ogół	W wieku 65 lat i w.	Ogół	W wieku 65 lat i w.	Ogół	W wieku 65 lat i w.
Reforma systemu emerytalnego	30,0	8,0	17,0	18,0	36,0	61,0	17,0	12,0
Reforma służby zdrowia, w tym:	19,0	11,0	59,0	63,0	10,0	14,0	13,0	12,0
<i>Jakość świadczeń</i>	12,0	11,0	38,0	39,0	45,0	39,0	5,0	8,0
<i>Opieka zdrowotna</i>	9,0	7,0	68,0	65,0	18,0	22,0	5,0	6,0
<i>Odczuwane zmiany</i>	10,0	8,0	62,0	59,0	—	—	28,0	32,0
Reforma administracji terenowej	20,0	11,0	25,0	24,0	35,0	41,0	20,0	23,0
Reforma systemu oświaty	16,0	5,0	35,0	33,0	23,0	15,0	27,0	47,0

* Źródło: Opinie o reformach w rok po ich wprowadzeniu. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 7/00; Leczenie się po wprowadzeniu reformy – opinie o jakości świadczeń. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 22/00; Cztery reformy w opinii społecznej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 94/00; Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 19/00

Jeszcze bardziej krytyczną ocenę reform, w tym przede wszystkim służby zdrowia, zarejestrowano w 2001 roku. Opinie negatywne kilkakrotnie przeważały wówczas nad pozytywnymi: 2/3 badanych przez CBOS uważało, że opieka zdrowotna funkcjonuje gorzej niż przed reformą; co trzecia osoba krytykowała reformę administracyjną; co czwarta reformę oświaty i co piąta – emerytalną. Gros badanych kwestionowało jednocześnie sens wprowadzania kosztownych zmian. Ich zdaniem, zarówno reforma emerytalna (39 % wskazań), administracyjno-samorządowa (45 %), jak i oświaty (44 %) – dla przeciętnego obywatela nie miały żadnego znaczenia. Najwięcej kontrowersji budziła reforma służby zdrowia. O jej niekorzystnym wpływie na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego w 2001 roku przekonany był co drugi dorosły Polak (55 %).²⁸ Generalnie, w społecznej ocenie każdej z reformowanych dziedzin życia w 2001 roku przeważały opinie krytyczne, z czego można wnosić, że społeczeństwo nie podzielało entuzjazmu twórców reform, a z każdym kolejnym rokiem konsumowania ich skutków – rosło przeświadczenie, że w skali makro nie tylko nie przyniosły pożądanych efektów, lecz wygenerowały chaos, dalszą komercjalizację życia, biurokrację i polaryzację społeczną. Ludzie starzy byli w zasadzie grupą najbardziej uprawnioną do krytyki reform, jako że jedyna ważna dla nich – służby zdrowia – przyniosła rozczarowanie, a pozostałe, mimo że pozostawały bez wpływu na ich codzienne życie, obciążały kosztami wdrażania na równi z całym społeczeństwem.

Wahania nastrojów społecznych z reguły są wynikiem subiektywnej oceny jakości codziennego życia, zadowolenia lub kontestacji postrzeganych i odczuwanych zmian. Według polityków i ekonomistów, ludzie starzy z uwagi na gwarantowane świadczenia emerytalno-rentowe, nie są grupą najbardziej obciążoną konsekwencjami polskiej transformacji. Można jednak z tym poglądem polemizować, bowiem nawet jeśli ich sytuacja ekonomiczna jest bardziej stabilna niż rolników, czy osób bezrobotnych, to niezależnie od swoich aspiracji, potrzeb, możliwości – zawsze, w przeciwieństwie do pozostałych, skazani są wyłącznie na minimum dochodów. Argumentów do polemiki może już dostarczać analiza kosztów utrzymania ludzi starych, często samotnie prowadzących swe

²⁸ M. Falkowska, Cztery reformy w opinii społecznej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2001, nr 14/01

gospodarstwa domowe, chorych i niepełnosprawnych, niezdolnych do samodzielnego finansowania zakupu niezbędnych leków, rehabilitacji, czy opieki, pozbawionych wielu ulg i przywilejów, prawa do korzystania ze skomercjalizowanych instytucji kulturalnych, oświatowych, do rekreacji i wypoczynku, skazanych niejako na ograniczanie swej potencjalnej przestrzeni życiowej do domu, rodziny i kościoła.²⁹

Analiza wyników badań prowadzonych w kolejnych latach trwania zmiany systemowej nad jej społeczną oceną upoważnia do stwierdzenia, że w 2000 roku, po dziesięciu latach kreowania nowego wymiaru polskiej rzeczywistości, nastąpił poważny kryzys zaufania społecznego. Narastający poziom niezadowolenia ze skutków reform, kierunku zmian, sytuacji politycznej i gospodarczej, pozostawał w bezpośrednim związku z kondycją ekonomiczną państwa, narastającym bezrobociem i wyraźnie odczuwanym przez większość obywateli regresem w gospodarce. Na przełomie XX i XXI wieku polska transformacja przestała być procesem powszechnie akceptowanym, a w sytuacji przyjęcia za priorytet unifikacji ze strukturami Unii Europejskiej, inaczej postrzeganym przez władzę, a inaczej przez społeczeństwo. Narastająca kontestacja wskazywała na niebezpieczne zbliżanie się do granic wytrzymałości obywateli, którzy zmianę systemu zaczęli postrzegać nie w kategoriach konstruktywnego programu transformacyjnych przekształceń, ale w kategoriach generatora degradacji, dysfunkcji podstawowych podmiotów państwa, dewiacji, patologii, korupcji, biedy i anomii. W konsekwencji powstała sytuacja, gdy o przyszłości zdecydować mogły zarówno założenia zawarte w teorii zmiany, jak i w teorii konfliktu społecznego.

W sytuacji utraty kontroli nad wielopłaszczyznowymi skutkami zmiany, tak państwo jak i jego struktury ulegają osłabieniu. Państwo słabe, czy to bezrobociem i biedą, niedowładem instytucji, czy też korupcją, niesprawiedliwością i bezprawiem – zawsze narażone jest na wybuchy społecznego niezadowolenia, na chaos, powszechną kontestację całego systemu i ustroju. Według Edwarda Abramowskiego, twórcy teorii poza państwowej organizacji społeczeństwa, „ustroje trwają dopóty, dopóki mają oparcie w zorganizowanym społecznie sumieniu człowieka”.³⁰ Zatem o stabilności i trwaniu systemu, w tym przede wszystkim systemu

²⁹ Tendencje te zostały potwierdzone w badaniach ogólnopolskich w 2000 roku. Por. Polska starość, op. cit., s. 307 i nast.

³⁰ E. Abramowski, Pisma, t. 2, Warszawa 1924, s. 229

demokratycznego, decyduje społeczeństwo, decydują ludzie, ich świadomość jednostkowa i zbiorowa.

Podstawą legitymizacji systemu politycznego i społecznego jest gospodarka i o ile jej twarde wskaźniki (PKB, dochody i wydatki państwa, inflacja, zadłużenie, czy stan finansów publicznych) nie dla wszystkich są jednakowo czytelne, to skutki (regres – rozwój, wzrost – recesja) znajdują już bezpośrednie przełożenie na warunki życia, kondycję ekonomiczną i psychiczną ludności. Jeżeli jednostki, bądź określone grupy społeczne nie widzą dla siebie miejsca w nowej rzeczywistości – w sposób naturalny negują ją, odrzucając też cały system. W warunkach polskich, kontestacji towarzyszy ogromna polaryzacja społeczna i stosunkowo niski poziom świadomości politycznej, co powoduje, że sygnały ostrzegawcze płynące od obywateli nie są przez polityków odbierane z należytą uwagą.

W sondażach, cyklicznie prowadzonych przez ośrodki badania opinii publicznej, średnio co piąty Polak nie ma wyrobionego zdania na temat funkcjonowania społeczeństwa obywatelskiego, demokracji parlamentarnej i skutków zmiany systemowej.³¹ Zjawisko to można wiązać z powszechną dezorientacją lub anomią, czyli dezintegracją aksjologicznej wspólnoty, osłabieniem poczucia społecznej solidarności, braku identyfikacji z szeroko rozumianym dobrem publicznym, choć może też być po prostu przejawem konformizmu i zmęczenia. Z pewnością jednak symbolizuje inwolucję, słabego jeszcze, polskiego społeczeństwa obywatelskiego.

Przekształcanie istniejącej struktury społecznej, określanie kierunków dalszych przemian zawsze wymaga spełnienia dwóch warunków: względnie spójnej ideologii transformacyjnej i czytelnej, powszechnie akceptowanej wizji zmian, gwarantującej społeczeństwu poczucie trwałej integracji. Ustrój demokratyczny powinien wszystkim gwarantować, a przynajmniej dawać nadzieję na odnalezienie swojego miejsca w rzeczywistości społecznej. Największym błędem, jaki w procesie modernizacji systemu można popełnić, jest brak programu perspektywicznego

³¹ Por. Instytucje publiczne w opinii społecznej; Kondycja polskiego społeczeństwa obywatelskiego; Jacy jesteśmy? Zaufanie Polaków do ludzi i instytucji publicznych oraz gotowość do współpracy; Opinie o sytuacji gospodarczej i materialnych warunkach życia w niektórych krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 6/02, 35/02, 40/02, 44/02

i podejmowanie chaotycznych, doraźnych działań, antagonizujących różne grupy społeczne i zawodowe.

Modernizacja powinna obejmować neutralizowanie czynników powodujących w okresie zmiany określone zagrożenia. Za wzorzec służą kraje wysoko rozwinięte pod względem ekonomicznym, społecznym i politycznym, między innymi Wielka Brytania i Francja.³² Analiza opracowań na temat sposobów i konsekwencji „konsumowania” przez społeczeństwo zmiany społecznej pozwala na stwierdzenie, że modernizacja systemu musi znaleźć odbicie we współdziałaniu nauk społecznych, zwłaszcza w takich dziedzinach jak: polityka społeczna, ekonomia, socjologia, pedagogika społeczna, gerontologia, andragogika – teoria oświaty dorosłych, teoria pracy społecznej, aktywizacja grup lokalnych, czy teoria modernizacji. Reprezentanci nauk społecznych, będący w istocie współkreatorami ładu społecznego, winni zatem integrować swe działania w celu pełnego zdiagnozowania skutków zmiany społecznej i opracowania zasad umożliwiających nadanie życiu ludzkiemu, zarówno w sensie ogólnym jak i indywidualnym, nowego wymiaru, adekwatnego do założeń tworzącej się demokratycznej rzeczywistości, zasad respektujących podstawowe wartości socjalne współczesnego świata, czyli: wolność, godność, równość, sprawiedliwość, solidarność i subsidiarność.

2. Zmiany w obrębie struktury i stylu życia ludności

Polskiej transformacji towarzyszy ogrom problemów społecznych o wymiarze globalnym, choćby takich jak: starzenie się ludności, migracje, malejący przyrost naturalny, bezrobocie, coraz większe zapotrzebowanie na zabezpieczenie społeczne i ochronę zdrowia. Procesy te są skutkiem rozwoju cywilizacji, zmian ekonomicznych oraz społecznych i choć wyraźnie różnicują się terytorialnie, kulturowo i pod względem nasilenia – to zawsze generują określone kwestie społeczne, określane też mianem „cywilizacyjnych zagrożeń”.

Cywilizacja wyraźnie skupiała uwagę nauk społecznych od przełomu XVIII i XIX wieku. W interpretacjach przedstawicieli światowej i pol-

³² L. Hantrias, *Social Policy in the European Union*, London 1995; G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990; K. Głąbicka, *Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Warszawa 2001

skiej myśli społecznej zawsze wiązała się z kulturą i postępem³³, a odnieszona do określonych przedziałów historycznych umożliwia ocenę bytu, obyczajów, filozofii, moralności, etyki, prawa, religii, czyli dorobku materialnego i niematerialnego oraz porządku regulującego życie społeczne różnych pokoleń, grup, społeczności i społeczeństw. Kultura i cywilizacja od wieków zatem funkcjonują w społecznej mentalności jako warunki życia, wartości oraz problemy znamienne dla określonych społeczeństw. Żadna cywilizacja nie była wolna od zagrożeń naruszających ład społeczny; zmieniał się natomiast ich wymiar, zakres i charakter. W ujęciu współczesnej socjologii problemy społeczne, stanowiące zagrożenia cywilizacyjne, charakteryzują się kilkoma cechami:

- występują we wszystkich okresach historycznych i w każdym społeczeństwie;
- implikują indywidualne warunki życia ludzi, kształtują ich postawy i systemy aksjologiczne, a w skali makro rzutują na życie społeczne, kulturę i świadomość.

Każdy problem ma inne źródła i dynamikę rozwoju i dlatego eliminowanie go w każdym przypadku wymaga precyzyjnej diagnozy oraz kreślenia dróg i sposobów rozwiązań na miarę obiektywnych potrzeb i możliwości.³⁴

³³ Dla przykładu warto wymienić takich twórców i ich dzieła jak: Wilhelm Humboldt (1767–1835), niemiecki pedagog, przedstawiciel neohumanizmu, cywilizację wiązał z możliwością pozytywnego wartościowania bytu, prawa i społecznego ładu; Jean Antoine Condorcet (1743–1794), francuski filozof i ekonomista, twórca teorii postępu materialnego i społecznego; Johann Gottfried Herder (1744–1803), niemiecki filozof, którego poglądy ukształtowały późniejszy rozwój idei narodu i historii kultury, w pracy „Myśli o filozofii dziejów” dzieje ludzkości zinterpretował jako postęp rozumu i ewolucję natury; Feliks Koneczny, O wielości cywilizacji, Kraków 1935; Alfred Kroeber, Istota kultury, Warszawa 1973; Ludwik Krzywicki, Społeczeństwo pierwotne, jego rozmiary i wzrost, Warszawa 1937; Erasm Majewski, Nauka o cywilizacji, Warszawa 1923; Robert Merton, Teoria socjologiczna i struktura społeczna, Warszawa 1982; Oswald Spengler, Der Untergang des Abendlandes, Wien 1920; Władysław Tatarkiewicz, O filozofii i sztuce, Warszawa 1986; Edward Tylor, Cywilizacja pierwotna. Badania rozwoju mitologii, filozofii, wiary, mowy, sztuki i zwyczajów, Warszawa 1986

³⁴ Por. K. Górlach, Społeczne mechanizmy genezy i identyfikacji problemów społecznych. (w:) Labirynty współczesnego społeczeństwa. Kluczowe problemy społeczne w kształceniu pracowników socjalnych, Katowice 1998, s. 63; K. Frysztacki, Problemy społeczne. (w:) Encyklopedia socjologii, t. 3, Warszawa 2000, s. 205–208

Współczesny świat przełomu XX i XXI wieku, równoległe z bezprecedensowym postępowaniem we wszystkich dziedzinach życia, nauki i techniki, z komputeryzacją, przekazem satelitarnym i upowszechnieniem komunikacji międzyludzkiej drogą elektroniczną – niesie ze sobą ogrom zmian. W warunkach polskiej rzeczywistości ich genezę i mechanizmy rozwoju z reguły identyfikuje się z transformacją systemową, choć wiele z nich występowało także wcześniej. Do najistotniejszych, jakie w ostatniej dekadzie zarejestrowano w obrębie struktury i stylu życia ludności, zaliczyć należy: przekształcenia demograficzne, wzrost udziału utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych w ogólnej strukturze społecznej, wzrost bezrobocia, spadek przyrostu naturalnego, zmiany w obrębie gospodarstw domowych i w strukturach rodzin, wzrost wydatków państwa na ubezpieczenia społeczne i opiekę społeczną oraz spadek dotacji na rzecz ochrony zdrowia.

Tabela 5. Wybrane wskaźniki zmian społeczno-gospodarczych w Polsce w latach 1990–2000*

Kategorie	W LATACH:							
	1990	1991	1993	1995	1997	1998	1999	2000
Ludność ogółem (w tys.)	38.183	38.309	38.505	38.609	38.660	38.667	38.654	38.644
Ludność w wieku (w %):								
– przedprodukcyjnym (0–17 lat)	29,6	29,4	28,7	27,6	26,3	25,6	25,0	24,1
– produkcyjnym (18–59/64 lata)	57,5	57,6	58,0	58,7	59,5	60,1	60,5	61,2
– poprodukcyjnym (60/65 lat i w.)	12,8	13,0	13,3	13,8	14,2	14,3	14,5	14,7
Osoby w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	74,0	73,7	72,4	70,0	68,0	66,5	65,0	63,4
Przeciętna liczba emerytów i rencistów (w tys.)	7.104	7.944	8.730	9.085	9.314	9.435	9.453	9.412
Emeryci i renciści (w % do ogółu)	18,6	20,7	22,6	23,5	24,1	24,4	24,5	24,4
Przeciętna liczba bezrobotnych (w tys.)	1.126	2.156	2.890	2.629	1.826	1.831	2.350	2.703
Stopa bezrobocia rejestrowanego (w %)	6,5	12,2	16,4	14,9	10,3	10,4	13,0	15,1
Przeciętne wynagrodzenie nominalne brutto w gospod. narodowej (w zł)	X	X	390,43	690,92	1065,76	1232,69	1697,12	1893,74

Kategorie	W LATACH:							
	1990	1991	1993	1995	1997	1998	1999	2000
Przeciętna emerytura i renta brutto (w zł)	58,48	114,76	242,61	438,84	643,18	732,48	813,69	875,46
Przeciętne emerytury i renty do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto (w %)	57,2	72,2	62,1	63,5	60,3	59,4	57,4	55,7
Budżet państwa:								
– dochody (w mld zł)		21,1	45,9	83,7	119,8	126,6	125,8	135,6
– wydatki (w mld zł):		24,2	50,2	91,2	125,7	139,8	138,4	151,1
– na ochronę zdrowia		16,1	14,4	14,4	15,0	15,0	4,6	2,8
– na opiekę społeczną		5,5	9,3	9,3	8,7	6,6	7,3	7,9
– na ubezpieczenia społ. **		15,0	16,8	16,8	16,9	18,0	21,3	24,3
– wynik (w mld zł)		-3,1	-4,3	-7,4	-5,9	-13,2	-12,5	-15,5

* Rocznik Statystyczny, Warszawa 1996, s. 51, 158; Rocznik Statystyczny, Warszawa 1998, s. 95; Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999, s. 102, LII; Mały Rocznik Statystyczny Polski, Warszawa 2000, s. 57, 106; Wstępna informacja GUS o gospodarce. Serwis informacyjny GUS, www.stat.gov.pl; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 101, 148, 165, 173, 494

** Wskaźniki wydatków na ochronę zdrowia, opiekę społeczną i ubezpieczenia społeczne: w % do ogółu wydatków budżetu państwa w danym roku kalendarzowym

Podstawą dla formułowania diagnozy i prognozy polityki społecznej na płaszczyźnie przeobrażeń stanu, rozmieszczenia i struktury ludności jest demografia, dostarczająca szczegółowych i niezbędnych informacji na temat stanu, rozmieszczenia i struktury ludności. W zależności od rejestrowanych tendencji demograficznych, państwo stara się wpływać na zachowanie proporcji w strukturze społecznej ludności.³⁵ Jest to rozległe spectrum różnorodnych działań, regulacji prawnych, ekonomicznych i kulturowych, które w sumie stanowią o skuteczności polityki ludnościowej i rodzinnej.³⁶ Polska polityka ludnościowa w różnych okresach przeżywała swe wzloty i upadki, o czym świadczą statystyki demograficzne: w 1946 roku ludność Polski wynosiła 23,6 mln; w 1955 roku – 38,6 mln; w 1998 roku – 38,7 mln (okres ustawicznego wzrostu); w 1999 roku – 38,6 mln (początek tendencji spadkowych), a według prognoz demograficznych w 2050 roku może spaść do poziomu 34,7 mln.³⁷

Dla prognozowania polityki ludnościowej, rodzinnej i mieszkaniowej ważne jest określenie poziomu starości demograficznej społeczeństwa i jego przestrzennego rozmieszczenia. W odniesieniu do wskaźnika niepełnosprawności (relacja niepełnosprawnych prawnie do ogółu społeczeń-

³⁵ Politykę tę realizuje się za pośrednictwem takich podmiotów jak: Rządowa Komisja Ludnościowa, Rada ds. Rodziny (warunki życia rodzin), Kościół katolicki (kształtowanie postaw, wartości, świadomości i obyczajów). W obrębie polityki ludnościowej państwa wyróżnia się: politykę pronatalistyczną (populacyjną, zachęcającą do wysokiej dzietności) i politykę antynatalistyczną (depupacyjną, zmierzającą do ograniczenia liczby urodzeń)

³⁶ Przykłady rozbieżności w polityce ludnościowej to: Szwecja, Niemcy, Austria i Chiny oraz Indie, a także skuteczność działań na rzecz rozwoju rodziny w Polsce socjalistycznej i w dobie wolnego rynku. Do regulacji prawnych zaliczyć można: uprawnienia macierzyńskie i wychowawcze, stosunek do aborcji, opiekę prawną nad rodziną i jej poprawnym społeczno-ekonomicznym funkcjonowaniem; do środków ekonomicznych: zasiłki przyznawane w ramach ochrony macierzyństwa, pomoc materialną dla rodzin wielodzietnych, dostępność towarów związanych z opieką nad dziećmi, ich wychowaniem i edukacją; a do kulturowych: lansowanie określonego modelu rodziny, kształtowanie zwyczajów, dominującego w społeczeństwie światopoglądu. Obserwacja tendencji demograficznych występujących w różnych regionach świata upoważnia do stwierdzenia, że skuteczność polityki ludnościowej i rodzinnej państwa wymaga jednoczesnego stosowania wszystkich z wymienionych środków wspierania struktur rodzinnych

³⁷ Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000, s. 96 i nast.; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 109

stwa) można mówić o diagnozowaniu, bądź prognozowaniu zjawiska progresji (narastania) lub kompresji zachorowalności (redukcji). Według standardów ONZ, wskaźniki najistotniejsze dla przewidywania trendów demograficznych oraz dla opracowywania prognoz rozwoju ludności to: przeciętne dalsze trwanie życia dla poszczególnych granic wiekowych, stan zdrowia ludności, współczynnik niepełnosprawności, umieralność, przyczyny zgonów, zgony niemowląt, płodność kobiet, współczynniki reprodukcji ludności, sytuacja materialna rodzin wielodzietnych, procesy migracyjne (saldo dodatnie bądź ujemne).

Można dyskutować nad tym, w jakiej mierze państwo może, za pomocą dostępnych podmiotów i instrumentów polityki społecznej, regulować zmiany w obrębie swej struktury demograficznej, warunków i stylu życia ludności. O tym, że odpowiednia polityka ludnościowa i rodzinna, w perspektywie czasu, owocuje jednak określonymi przekształceniami świadczyć mogą choćby takie zjawiska jak: wskaźnik dzietności kobiet, zmiany modelu rodziny (wielodzietne, wielopokoleniowe, konkubiny), przyrost naturalny, saldo migracji, zastępowalność pokoleniowa. Kraje Europy Zachodniej jeszcze przed piętnastu laty notowały ujemne wskaźniki przyrostu naturalnego (Austria $-3,0$), a dziś, dzięki odpowiednim rozwiązaniom strukturalnym, systemowym, tylko nieliczne z nich (Szwecja, Niemcy, Grecja) ponoszą konsekwencje starzejącego się społeczeństwa. Zupełnie inaczej jest natomiast w krajach postkomunistycznych, gdzie wraz z wprowadzeniem zasad gospodarki rynkowej, pauperyzacją społeczeństwa, jego wyraźnym rozwarstwieniem na bardzo bogatych i bardzo biednych – liczba urodzeń ustawicznie maleje (w 1999 roku, przy średniej dla świata 13,2, wskaźnik przyrostu naturalnego na Ukrainie wynosił $-6,7$; na Węgrzech, Białorusi, w Bułgarii i w Rosji $-4,8$; w Czechach $-2,0$; w Rumunii $-1,4$; na Litwie $-1,0$ i w Słowenii $-0,7$).³⁸ Na podstawie tylko tych kilku przykładów można zatem stwierdzić, że między gospodarką, poziomem rozwoju ekonomicznego i skutecznością polityki, zarówno ludnościowej, jak i rodzinnej – istnieje wyraźny, przyczynowo-skutkowy związek.

Główną jednostką metodologiczną, przez pryzmat której można diagnozować zmiany zachodzące w obrębie struktury społecznej i w stylu życia ludności, jest rodzina. Przeobrażenia jej wnętrza, rejestrowane przez

³⁸ Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000, s. 606

demografów i socjologów po 1989 roku³⁹, upoważniają do stwierdzenia że transformacja i towarzyszące jej zjawiska w zasadniczy sposób zmieniły zarówno społeczne role, strukturę, podstawowe funkcje, jak i relacje osobnicze zachodzące między członkami wspólnot rodzinnych. Inaczej postrzegana jest instytucja małżeństwa, inny wymiar zyskały międzypokoleniowe związki. Według Raportu Rządowej Rady Ludnościowej z 2002 roku, małżeństwu i rodzinie polskiej grozi kryzys, co oznacza niebezpieczeństwo obniżenia rangi podstawowych jednostek tworzących organizm społeczny. Od co najmniej dwudziestu lat spada zarówno liczba urodzeń, jak i zawieranych związków małżeńskich, a podnosi się granica wieku wyznaczająca podejmowanie decyzji o założeniu rodziny. O ile w latach osiemdziesiątych na 1000 ludności przypadało średnio 9 nowych małżeństw; w latach dziewięćdziesiątych – około 6; to w 2000 roku – 5,5. Wówczas to zarejestrowano o 8,3 tys. mniej nowo zawartych związków niż w 1999 roku.

W latach osiemdziesiątych wiek zawierających małżeństwa wahał się w granicach 20–24 lata, a 20 lat później przesunął się do kategorii 20–29 lat.⁴⁰ Związki małżeńskie zawierane są z reguły przez osoby o podobnym poziomie wykształcenia i statusie społecznym, często rówieśnicze, a niemal w co drugim przypadku podstawę decyzji stanowi poczęcie dziecka. Decyzje o pozostaniu w stanie wolnym, bezdzietności, przesuniętym w czasie rodzicielstwie lub związku nieformalnym, poza wyznacznikami ekonomicznymi, z czasem zyskują też wyraźne umocowanie w kategoriach społecznie akceptowanych wzorców. O ile wszechobecne w mediach europejskie, wolnościowe modele związków homoseksualnych w kulturze polskiej nie zyskały ani akceptacji, ani powszechnego zainteresowania, to pozostałe kategorie zachowań związanych w funkcjonowaniem rodziny (luźne związki, późne macierzyństwo, samotne wychowywanie dzieci, nuklearyzacja rodziny) pomalą zaczęły się wplatać w struktury codziennego stylu życia.

³⁹ Dla przykładu warto wymienić takie opracowania jak: *O stylach życia Polaków*. Pod red. M. Falkowskiej, Warszawa 1997; *Jak żyją Polacy*. Pod red. H. Domańskiego, A. Ostrowskiej, A. Rycharda, Warszawa 2000

⁴⁰ Sytuacja demograficzna Polski w latach 2000–2001. Raport Rządowej Rady Ludnościowej, www.polityka.home.pl; z 2002 roku

Zjawisko konkubinatu w Polsce występuje wprawdzie o wiele rzadziej niż w krajach Europy Zachodniej; dominującą formą rodziny nadal jest małżeństwo z dzieckiem lub dwojgiem dzieci, ale rośnie liczba narodzin dzieci pozamałżeńskich, a osoby rozwiedzione i owdowiałe coraz rzadziej decydują się na ponowne tworzenie związków formalnych.⁴¹

⁴¹ Dzieci urodzone ze związków pozamałżeńskich w 1990 roku stanowiły 6,2 %, a w 2000 roku już 12,1 % ogółu żywych urodzeń. W 1988 roku związki nieformalne stanowiły 1,2 %, a w 1995 roku – 1,7 % ogółu małżeństw; liczba rozwodów w latach 1999–2000 wzrosła z 42 tys. do 42,8 tys., a liczebność grupy kobiet rozwiedzionych (w wieku 30–39 lat), ponownie wchodzących w związki małżeńskie z 10,2 tys. w 1989 roku, w 2000 roku spadła do 5,2 tys., www.rzeczpospolita.pl z 2002 r; Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, s. 228 i nast.

Tabela 6. Wybrane wskaźniki zmian struktury ludności Polski w latach 1990–2000*

Kategorie	ROK									
	1990	1992	1994	1995	1997	1998	1999	2000		
Ludność ogółem (w tys.)	38.183	38.418	38.581	38.609	38.660	38.667	38.654	38.644		
Ludność miejska (w %)	61,8	61,7	61,9	61,8	61,9	61,9	61,8	61,8		
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	74	73	71	70	68	66	65	63		
Przyrost naturalny (na 1000 ludności)	4,1	3,2	2,5	1,2	0,9	0,5	0,0	0,3		
Migracje zagraniczne na pobyt stały (saldo przemieszczeń)	-15,8	-11,6	-19,0	-18,2	-11,8	-13,3	-14,0	-19,7		
Małżeństwa (na 1000 ludności)	6,7	5,7	5,4	5,4	5,3	5,4	5,7	5,5		
Rozwody (na 1000 ludności)	1,1	0,8	0,8	1,0	1,1	1,2	1,1	1,1		
Urodzenia żywe (na 1000 ludności)	14,3	13,5	12,5	11,2	10,7	10,2	9,9	9,8		
Zgony (na 1000 ludności)	10,2	10,3	10,0	10,0	9,8	9,7	9,9	9,5		
Zgony niemowląt (na 1000 urodzeń żywych)	19,3	17,3	15,1	13,6	10,2	9,5	8,9	8,1		
Współczynnik dzietności kobiet	2,039	1,929	1,798	1,611	1,508	1,431	1,341	1,337		
Przeciętne dalsze trwanie życia od „0”:										
- mężczyźni	66,5	66,7	67,5	67,6	68,5	68,9	69,0	69,7		
- kobiety	75,5	75,7	76,1	76,4	77,0	77,3	77,5	78,0		

* Opracowano na podstawie: Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999; Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski, Warszawa 1999; Trwanie życia w 1999 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2000, s.12; Mały Rocznik Statystyczny Polski, Warszawa 2000, s. 102, 113; Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, s. LVIII

W latach 1990–2000 współczynnik dzietności obniżył się z 2,0 do 1,3 (w miastach do 1,1); przyrost naturalny z 4,1 do 0,3 (w miastach z 3,0 do –0,4); współczynnik reprodukcji ludności netto spadł z 0,9 do 0,6 (w miastach z 0,8 do 0,5), a ujemne saldo migracji zagranicznych na pobyt stały wzrosło z –15,8 do –19,7. W konsekwencji przyrost rzeczywisty ludności z ponad 2,5 mln w 1990 roku, już w 2000 roku osiągnął ujemne saldo –10 tys.⁴²

W kolejnych latach trwania polskiej zmiany, wielkość i struktura gospodarstw domowych, a tym samym i funkcje rodziny ulegały ustawicznym przekształceniom. W latach 1988–1995 liczba małżeństw bezdzietnych wzrosła o około 200 tys., a wychowujących dzieci spadła o 45 tys., mimo że liczba ludności ogółem wzrosła w tym okresie o 730 tys. O zmieniającym się modelu polskiej rodziny świadczył też fakt, że w omawianym okresie liczba gospodarstw domowych matek samotnie wychowujących dzieci wzrosła o 184 tys.; ojców samotnie wychowujących dzieci o 14 tys., a w 1995 roku, gospodarstwa jednorodzinne stanowiły ponad 87 % ogółu gospodarstw w kraju. Tradycyjne gospodarstwa trzyrodzinne i większe skupiały zaledwie 0,6 % ogółu członków i 0,7 % ogółu rodzin objętych spisem GUS. Uwzględniając fakt, że w ciągu ostatnich dziesięciu lat wskaźnik zgonów na 1000 ludności spadł z 10,2 do 9,5, a przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat wzrosło średnio o 2 lata,⁴³ można przyjąć, że przeciętna polska rodzina przełomu XX i XXI wieku składa się z rodziców, jednego dziecka, czworga dziadków i ośmiorga pradiadków, z czego reprezentujący dwa najstarsze pokolenia prowadzą oddzielne gospodarstwa domowe.

O ustawicznym utrwalaniu modelu rodziny małej, najdalej dwupokoleniowej, świadczy fakt, że w 2000 roku w gospodarstwach pracowniczych najliczniej reprezentowane były wspólnoty rodzinne skupiające

⁴² W opracowaniach GUS współczynnik dzietności oznacza liczbę dzieci, które urodziłaby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego, tj., w wieku 15–49 lat, przy założeniu, że rodziłaby z intensywnością obserwowaną w badanym roku; przyrost naturalny rozumiany jest jako różnica między liczbą urodzeń żywych i zgonów w danym okresie; współczynnik reprodukcji ludności netto wyraża stopień zastępowania pokoleń matek przez córki; a przyrost rzeczywisty ludności stanowi sumę przyrostu naturalnego i salda migracji. Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 96, 98, 106, 108, 116

⁴³ Według tablic trwania życia, przeciętne dalsze trwanie życia po przekroczeniu 60 lat dla mężczyzn w latach 1990–2001 wzrosło z 15,31 do 17,03 roku, a dla kobiet z 19,96 do 21,8 roku. Trwanie życia. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2002, s. 1–3

od trzech do czterech osób (59 %), a w gospodarstwach emerytów i rencistów – rodziny jedno lub dwuosobowe (72,4 %). Tylko w gospodarstwach wiejskich dominował jeszcze model rodziny skupiającej cztery i więcej osób: występował w 75 % gospodarstw pracowników użytkujących gospodarstwa rolne i w 65 % gospodarstw rolników, przy czym średnio co czwarte z wymienionych składało się z sześciu i więcej osób.⁴⁴ Można przyjąć, że wielkość gospodarstw domowych w dużej mierze zależała od specyfiki kulturowej i dochodowej, od ról społecznych pełnionych przez członków rodzin i wysokości uzyskiwanych przez nich dochodów.

O ile w środowisku wiejskim uznanie wielopokoleniowości znajduje jeszcze potwierdzenie w prowadzeniu wspólnych gospodarstw domowych, to wśród mieszkańców miast więzy rodzinne utrzymywane są przy zachowaniu pełnej odrębności mieszkaniowej. Tendencje te zarejestrowano także w środowisku małomiasteczkowym, choć w opracowaniach naukowych nierzadko utożsamiane jest ono z preferowaniem zachowań bliższych kulturze wiejskiej. Wśród osób w wieku 65 lat i więcej, reprezentujących społeczność najstarszych mieszkańców środowiska małomiasteczkowego, w 2000 roku 65 % prowadziło oddzielne gospodarstwa domowe (45 % ze współmałżonkiem i 20 % samotnie); 26 % zamieszkiwało z dziećmi i tylko 8 % żyło w rodzinie trzypokoleniowej, choć więzy emocjonalne łączące z rodziną dla absolutnej większości były bardzo ważne (90 % zadeklarowało poprawne, akceptowane kontakty rodzinne).⁴⁵

Odrębność mieszkaniowa pokoleń w istocie ma więcej zalet niż wad, bowiem daje poczucie samodzielności, stwarza komfort organizacji dnia stosownie do własnych potrzeb i upodobań, umożliwia swobodne kontakty z rówieśnikami i sąsiadami, nie ogranicza wolności i w sytuacji poprawnych kontaktów z rodziną, bardziej służy pogłębianiu więzi emocjonalnych z bliskimi, niż nierzadko konfliktogenna współzyczenia. Wcale nie musi też zakłócać międzypokoleniowego przekazu norm i wartości, jako że dla wnuków o wiele ciekawsze jest „bycie gościem” u dziadków, niż przebywanie z nimi na co dzień. Samodzielność gospodarcza i mieszkaniowa przedstawicieli najstarszego pokolenia, na stałe

⁴⁴ Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 187

⁴⁵ Badania przeprowadzono w 2000 roku na reprezentatywnej próbie mieszkańców Chmielnika (woj. świętokrzyskie) w wieku 65 lat i więcej. E. Trafialek, *Starość w miasteczku...* op. cit., s. 35, 46 i nast.

wpisana w kulturę życia zachodniego, w Polsce ograniczana jest jednak wieloma czynnikami, w tym głównie kondycją ekonomiczną i niewystarczającą infrastrukturą opiekuńczo-leczniczą, mogącą w razie potrzeby wesprzeć rodzinę w sprawowaniu opieki nad osobami bliskimi: starymi, niepełnosprawnymi i chorymi.

Ważne są coraz wyższe koszty utrzymania domów i mieszkań. Na przykład: w 2001 roku kwota minimum socjalnego na 1 osobę w gospodarstwach pracowniczych jednoosobowych była wyższa o 206 zł niż w gospodarstwach pięcioosobowych, a w gospodarstwach emeryckich jednoosobowych o 132 zł wyższa niż w gospodarstwach dwuosobowych. Koszt utrzymania mieszkań w gospodarstwach jednoosobowych pracowniczych pochłaniał wówczas 36,6 % pakietu socjalnego; w emeryckich 39,7 %, a w przypadku gospodarstw dwuosobowych obniżał się, w analogicznej kolejności, do poziomu 31 % i 34,3 % łącznych kosztów utrzymania.⁴⁶ W sytuacji uzyskiwania niewielkich dochodów, łatwiej jest utrzymać się licznej rodzinie we wspólnym, niż w kilku gospodarstwach. W przypadku braku jakichkolwiek dochodów – wspólnota gospodarcza z ludźmi starymi, uzyskującymi niewielkie lecz stałe świadczenia emerytalno-rentowe – często też jest jedynym rozwiązaniem gwarantującym przetrwanie.

W debatach społecznych wiele miejsca poświęca się biedzie rodzin wielodzietnych, rzadziej biedzie żyjących w nich ludzi starych, ale warto też zwrócić uwagę na drugi aspekt sprawy: w dobie pogłębiającego się bezrobocia, bezradności, braku perspektyw na przyszłość, braku stałego dochodu także osób w wieku mobilnym, o wiele łatwiej jest zmagać się z biedą w gospodarstwie wielo niż jednoosobowym.⁴⁷ Ludzie decydują się na wspólne gospodarowanie nie dlatego, że tak nakazuje tradycja, ale

⁴⁶ P. Kurowski, Minimum socjalne. „Polityka Społeczna” 2002, nr 7 (340), s. 37

⁴⁷ Szerzej na ten temat: Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce. Pod red. E. Tarkowskiej, Warszawa 2000; Lata tłuste, lata chude. Spojrzenia na biedę w społecznościach lokalnych. Pod red. K. Korzeniewskiej i E. Tarkowskiej, Warszawa 2002; Mieszkańcy osiedli byłych Pegeerów o swojej sytuacji życiowej. Raport z badań. Pod red. Z. Kawczyńskiej-Butrym, Olsztyn 2001; Warunki życia emerytów i rencistów w Polsce i w krajach zachodnich. Uwarunkowania. Problemy. Tendencje. Pod red. D. Graniewskiej, Warszawa 1999; B. Wciórka, Ludzie biedni w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1999, nr 18/99; M. Falkowska, Zasięg biedy i postrzeganie ludzi biednych w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 136/00

dlatego, że tak jest taniej, jest większa szansa na „przeczekanie” trudnych czasów. Dobrze sytuowani raczej rzadko żyją w gospodarstwach wieloosobowych. W 2000 roku zaledwie 7,2 % gospodarstw pracujących na własny rachunek skupiało sześć i więcej osób, a 62 % żyło w rodzinach dwupokoleniowych składających się z trzech lub czterech osób. Przeciętna liczba osób wchodzących w skład takich gospodarstw wynosiła wówczas 3,69. Dla porównania: w gospodarstwach domowych rolników rejestrowana była wskaźnikiem 4,28; emerytów – 2,13 i rencistów – 2,4.⁴⁸

Z najnowszych ogólnopolskich badań gerontologicznych wynika, że w 2000 roku osoby w wieku 65 lat i więcej najczęściej prowadziły gospodarstwa dwuosobowe (66,4 % pozostających w związkach małżeńskich lub wolnych), a w przypadku wdowieństwa (51,3 %), pozostawania w stanie wolnym (62,5 %), bądź rozwodu, separacji (60,9 %) – gospodarowały samotnie. W rodzinach składających się z pięciu i więcej osób pozostawało 8 % małżeństw ludzi starych; 8,4 % osób owdowiałych; 5,3 % pozostających w stanie wolnym i 3,2 % rozwiedzionych, przy czym udział najstarszych (w wieku 80 lat i powyżej) w gospodarstwach największych, przynajmniej sześćoosobowych, był dwukrotnie wyższy niż w pozostałych grupach wiekowych. Decyzje o wspólnym zamieszkananiu z rodziną, głównie z dziećmi, podejmowane były najczęściej z powodu pogarszającego się stanu zdrowia i zapotrzebowania na stałą opiekę lub po utracie współmałżonka. Nie zmieniało to jednak faktu, że wśród związanych ze środowiskiem wiejskim, z rolnictwem, w gospodarstwach jednoosobowych żyła co piąta, wśród nie związanych z rolnictwem – co trzecia z badanych osób, a w gospodarstwach skupiających cztery osoby – co czwarta związana z rolnictwem i co ósma z rolnictwem nie związana. Gospodarstwa wielopokoleniowe stanowiły 26 % wszystkich gospodarstw większych niż jednoosobowe.⁴⁹

Coraz rzadziej rejestrowana w polskich rodzinach wielopokoleniowość i wspólnota gospodarowania, współgzystowania pod jednym dachem, implikowana jest na ogół nie tyle potrzebami emocjonalnymi, co koniecznością życiową lub względami czysto pragmatycznymi. Zdarza się, że dzieci przyjmują do swoich domów starych, chorych, zniedołężniałych

⁴⁸ Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 187–188

⁴⁹ P. Błędowski, *Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych*. (w:) *Polska starość*, op. cit., s. 119 i nast.

rodziców dla zapewnienia im opieki i wsparcia (bywa, że rezygnują wówczas nawet z pracy zawodowej, co na przykład w przypadku choroby Alzheimera jest koniecznością), ale decyzje takie mogą być warunkowane prostym rachunkiem ekonomicznym. Na połączeniu gospodarstw dzieci zawsze więcej zyskują, niż tracą. Mieszkanie lub dom rodziców można sprzedać lub wynająć, a budżet rodziny zasilany jest gwarantowanymi świadczeniami emerytalno-rentowymi. Nie należą do rzadkości przypadki, że stanowią one jedyne stałe źródło dochodu całych rodzin. Odpadają koszty utrzymania jednego mieszkania, a tym samym pozostają środki, które można przeznaczyć tak na leki, opiekę i rehabilitację człowieka starego, jak i na zaspokojenie innych, niezbędnych potrzeb całej rodziny. Taka jest prawdopodobnie cena polskich przemian, choć trzeba przyznać, że kształtujący się nowy model rodziny coraz bliższy jest uznawanemu od lat w krajach o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego.

Nowoczesna rodzina europejska funkcjonuje obecnie głównie na bazie indywidualnych interesów i nie jest już, jak niegdyś i jak w odczuciach przedstawicieli najstarszego pokolenia,⁵⁰ wartością samą w sobie, ale związkiem gwarantującym wszystkim jej członkom odpowiednie korzyści. Zatem zmiana modelu małżeństwa i rodziny zbliża Polskę do Europy Zachodniej, choć poczucie więzi rodzinnych w Polsce nadal, szczególnie dla ludzi starych, jest bardzo istotne. Unifikacja, w tym głównie kulturowa, nie zawsze bywa tożsama z postępem. Wystarczy przywołać historię sprzed kilkudziesięciu lat, kiedy to zwolennicy pełnej emancypacji obywateli piętnowali rodzinę mieszczańską, propagując wolne związki i instytucjonalny system kompensacji funkcji rodziny. Doświadczenia ostatnich dziesięciu lat pokazały jednak, że osłabienie więzi emocjonalnych i obniżenie rangi rodziny bezpośrednio przekłada się na lawinowy wzrost zachowań patologicznych: agresji, uzależnień, przemocy, przestępczości, na brak autorytetów, na narastanie społecznego sieroctwa.

Nasuwa się zatem pytanie, czy współczesna modyfikacja wnętrza podstawowej komórki społecznej jest skutkiem postępu, czy też zagubienia w pogoni za modnymi, acz kontrowersyjnymi trendami? Z tradycyjnego punktu widzenia można ją utożsamiać z kryzysem, ale można też traktować jako sytuację przejściową, która minie wraz z fascynacją

⁵⁰ P. Czekanowski, Miejsce i rola człowieka starego w rodzinie. (w:) Polska starość, op. cit., s. 158–172; E. Trafialek, Starość w miasteczku... op. cit., passim

postmodernistycznym pojmowaniem wolności i szczęścia. Kryzys rodziny najczęściej towarzyszy odrzuceniu przez społeczeństwo wcześniej akceptowanego zespołu norm i zasad współżycia. Tradycje kulturowe dominowane zostają wówczas przez takie zjawiska jak: uniwersalizacja, lub źle pojmowana emancypacja i wolność. Modernizacja, podobnie jak model społeczeństwa otwartego i gospodarki rynkowej, niekoniecznie jednak muszą być utożsamiane z odrzuceniem rodziny. Wszak zawsze dawała ona człowiekowi gwarancję zaspokojenia najważniejszych potrzeb psychicznych i mimo różnorodnych zawirowań cywilizacyjnych, jej znaczenie dla jednostkowego poczucia bezpieczeństwa pozostało w zasadzie niezbywalne. Przykładami są takie kraje jak Stany Zjednoczone Ameryki i Holandia, bezprecedensowo otwarte na gwarancje wolności obywatelskich, gdzie wielodzietna, tradycyjna rodzina zaczyna jednak ponownie wracać do łask, przeżywa renesans. Fascynacja każdą nowością zawsze z czasem przemija, a takie wartości jak: miłość, lojalność, komfort bezpieczeństwa, stabilizacji – mają wymiar ponadczasowy. Ponieważ ich podstawowym nośnikiem i gwarantem jest, niemożliwa do zastąpienia przez jakąkolwiek instytucję, rodzina – z całym prawdopodobieństwem należy zakładać, że jej ranga we współczesnym społeczeństwie, po kilkunastu bądź nawet kilkudziesięciu latach, ale zawsze pomалу będzie powracać i to nie tylko w Polsce, ale i w całej Europie Zachodniej – bogatej, nowoczesnej, ale zapadającej w coraz głębszą starość demograficzną i tęskniącej za poczuciem bezpieczeństwa.

3. Zadania polityki społecznej – możliwości i bariery

Geneza i rozwój polityki społecznej pozostają w ścisłym związku z rozwojem przemysłu, migracją ludności wiejskiej do miast, z polaryzacją społeczno-ekonomiczną społeczeństw i zmianami, jakie nastąpiły w obrębie rodziny. Obecnie najskuteczniejszą polityką społeczną w skali świata cieszą się te kraje, które należały do czołówki podnoszącej kwestie społeczne już w XIX wieku i które, najprościej rzecz ujmując, pierwsze wkroczyły na drogę budowy kapitalistycznej gospodarki rynkowej.

Polityka społeczna państw socjalistycznych stanowi zupełnie inny problem. To była specyficzna, acz z perspektywy czasu bardzo kosztowna, umowa między państwem totalitarnym, a obywatelami. W zamian za opiekuńczość i gwarancję bezpieczeństwa socjalnego – obowiązywało

posłuszeństwo i pełne podporządkowanie władzy. Życie spokojne, na względnie równym poziomie dla wszystkich, ale z czasem mało satysfakcjonujące, jako że ograniczające wolność obywatelską. Ekonomiści, dla scharakteryzowania polityki społecznej ówczesnego systemu często używają takich określeń jak: „podporządkowanie wymogom akumulacji kosztem bieżącej konsumpcji”, „łagodzenie dysproporcji poprzez wprowadzanie wskaźników spożycia zbiorowego”, „rozbudowany system świadczeń i działań osłonowych, gwarantujących poparcie polityczne”⁵¹ itp. Dynamizowanie opiekuńczości, przy jednoczesnym spadku efektywności gospodarczej, wcześniej czy później musiało doprowadzić do ekonomicznego krachu i upadku systemu. W Polsce nastąpiło to w 1989 roku. Ujawnieniu ułomności odrzuconego systemu towarzyszyło uwolnienie cen, urynkwienie gospodarki, wzrost bezrobocia i co oczywiste – lawinowe wręcz zapotrzebowanie na osłony socjalne.

Przed polityką społeczną (silnie sprzężoną z ekonomią i stanem finansów publicznych) rzeczywistość postawiła nowe wyzwania, zmuszające nie tylko do zmiany i poszerzenia potencjalnych kierunków zainteresowań, ale i do zmiany samego modelu, celów, funkcji oraz struktur odpowiedzialnych za ich realizację. W toku dziejów polityka społeczna, zawsze (niezależnie od systemu) kompatybilna z ustrojem i gospodarką kraju, zmuszana była (i to zarówno jako nauka, jak i jako działalność praktyczna państwa) do przeobrażenia się, do ustawicznego, równoległego do kolejnych etapów rozwoju i zmian, dostosowywania swych zadań do realiów społecznej rzeczywistości. Nie znaczy to, że dotychczasowe doświadczenia i dorobek teoretyczny uległy, bądź mogą ulec w przyszłości, odrzuceniu i negacji. Stanowią historię, z której warto czerpać doświadczenia, szukać odniesień, wzorów w procesie ustawicznego poszukiwania dróg optymalizacji warunków życia ludności, w trudnym procesie dostosowywania się do standardów światowych, a przede wszystkim – europejskich.

Ranga polityki społecznej rośnie równoległe do zakresu stawianych przed nią zadań i pojawiających się trudności w ich realizowaniu. W warunkach polskich przemian to niezmiernie ważna, ale i ogromnie skomplikowana płaszczyzna aktywności państwa, jako że z jednej strony uza-

⁵¹ J. Mielecki, *Polityka społeczna*. (w:) L. Dziewięcka-Bokun, J. Mielecki, *Wybrane problemy polityki społecznej*, Wrocław 1998, s. 10 i nast.

leźniona w swej skuteczności od stanu finansów państwa; z drugiej zaś odpowiedzialna za gwarancję praw obywatelskich zapisanych w Konstytucji RP z 1997 roku, w Ustawie o pomocy społecznej z 1990 roku (w kolejnych latach modyfikowanej) oraz w aktach międzynarodowych, ratyfikowanych przez Polskę.⁵²

Polityka społeczna najczęściej definiowana jest jako nauka i celowa działalność państwa oraz instytucji w dziedzinie kształtowania warunków życia i pracy ludzi, a także stymulowania zmian w obrębie stosunków społecznych. Jan Danecki określił ją jako „organizowanie postępu społecznego”, a Antoni Rajkiewicz jako „dziedzinę działalności nie tylko w sferze socjalnej, ale w sferze kształtowania warunków życia ludności oraz przekształcania struktury społecznej, postaw obywateli i stosunków międzyludzkich”.⁵³ Obejmuje takie zagadnienia jak: polityka ludnościowa, rodzinna i mieszkaniowa, polityka zatrudnienia i kształcenia, zdrowotna, kulturalno-oświatowa, dochodów i wydatków, ochrony pracy, walki z patologiami społecznymi, zabezpieczenia społecznego, pracy socjalnej i planowania społecznego. W zakres jej zainteresowań wchodzi zatem takie zjawiska jak: mieszkalnictwo, zmiany demograficzne, stan zdrowia ludności, oświata, kultura i edukacja; ubezpieczenia społeczne, bezrobocie, ubóstwo, przejawy patologii, źródła marginalizacji społecznej, struktura zawodowa oraz społeczno-demograficzna ludności. Jej celem w ujęciu globalnym jest zarówno diagnozowanie rzeczywistości społecznej, jak i jej przekształcanie, stymulowanie, poprawa, optymalizacja oraz planowanie, prognozowanie (w oparciu o dorobek piśmienniczy, analizy i opracowania statystyczne oraz o wyniki ustawicznie prowadzonych działań eksploracyjnych) jakości, przebiegu i skutków poszczególnych zjawisk, procesów oraz tendencji, jakie mogą wystąpić w społeczeństwie w przyszłości.

W kategorii praktyki, współczesna polityka społeczna rozumiana jest jako „celowa działalność państwa i innych organizacji w dziedzinie kształtowania warunków życia i pracy ludności oraz stosunków społecznych”.⁵⁴

⁵² Dotychczas Polska ratyfikowała Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz większość zapisów I i II części Europejskiej Karty Społecznej

⁵³ J. Danecki, *Postęp i regres społeczny. Raport z badań prowadzonych w latach 1987–1990*, Warszawa 1991; A. Rajkiewicz, *Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej*, Katowice 1998, *passim*

⁵⁴ J. Mielecki, *Polityka społeczna*, op. cit., s. 9

Jej celem na tej płaszczyźnie aktywności jest przede wszystkim dążenie do utrzymania ładu społecznego, do zapewnienia wszystkim obywatelom poczucia bezpieczeństwa socjalnego. Stanowi jeden z ważniejszych kierunków polityki państwa w ogóle, a realizowana jest poprzez: politykę ochrony zdrowia, zatrudnienia, mieszkaniową, emerytalno-rentową, oświatową, pomoc społeczną i wsparcie socjalne. Jej skuteczność (zarówno w skali kraju, jak i na płaszczyźnie stosunków międzynarodowych), jest ważnym wskaźnikiem poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego społeczeństwa. Realizowana jest przez instytucje i jednostki administracji wszystkich szczebli zarządzania, co oznacza, że znajduje odniesienie do określonych obszarów działania. Rozróżnić można zatem politykę społeczną regionalną (np. regiony bezrobocia strukturalnego), wojewódzką i międzynarodową politykę społeczną, co ma bezpośredni związek z postępującym procesem globalizacji społeczno-gospodarczej (za przykład może posłużyć ratyfikacja w 1993 roku Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności; w 1977 roku Paktów Spraw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych oraz w 1997 roku części Europejskiej Karty Społecznej).

Dwie główne sfery polityki społecznej to: polityka socjalna (działanie na rzecz poprawy życia najsłabszych) i promocja produktywności (stymulowanie rozwoju, sterowanie nim).

W potocznym rozumieniu politykę społeczną utożsamia się z polityką socjalną państwa, ale jest to interpretacja zawężona i uproszczona. Polityka socjalna ma węższy zakres pojęciowy. Oznacza świadczenia publiczne na rzecz jednostek, bądź też grup niezdolnych z różnych przyczyn do samodzielnego zagwarantowania sobie środków do życia. Stanowi zatem kategorię szczegółową. Polityka społeczna jest pojęciem znacznie szerszym od „socjalnej”, jako że obejmuje także sterowanie społecznym rozwojem i strukturami odpowiedzialnymi zarówno za warunki życia, jak i za rozwój gospodarczy kraju. Nie jest zatem dziedziną skupioną na konsumpcji, na dystrybucji i redystrybucji środków, ale także na tworzeniu optymalnych warunków do ich wytwarzania, pomnażania. Promuje inwestowanie w człowieka i w jego rozwój („kapitał ludzki”). Czyni to, między innymi, poprzez skupianie uwagi na takich dziedzinach życia jak: oświata, kultura, edukacja, zdrowie i nauka. Zgodnie z założeniami, zwalcza nie tylko skutki, ale i źródła zjawisk zakłócających szeroko rozumiany ład spo-

leczny. Przykład: – inwestowanie w naukę to rozwój; rozwój to coraz wyższy poziom funkcjonalności i wydajności gospodarczej, czyli coraz lepsza kondycja ekonomiczna społeczeństwa; stabilna gospodarka to środki na osłony socjalne dla najsłabszych.

Polityka społeczna kieruje się nie tylko prawami społecznymi (do godnego życia, bezpieczeństwa socjalnego), ale i prawami gospodarczymi. Między tymi dwiema płaszczyznami istnieje sprzężenie zwrotne: gospodarka – warunki życia; ekonomia – polityka społeczna; wysoki poziom rozwoju i dochodów – środki na programy socjalne. Istnieje ścisły związek między polityką społeczną, ekonomią i polityką gospodarczą państwa, choć jako nauka współpracuje też z socjologią (źródło metod badawczych, doświadczeń), etyką (systemy wartości), statystyką (weryfikacja i obiektywizacja wskaźników życia społecznego), pedagogiką społeczną (funkcjonalność i źródła dysfunkcji potencjalnych środowisk wychowawczych), pedagogiką resocjalizacyjną (metody przywracania do społeczeństwa) oraz z naukami medycznymi (geriatria, gerontologia społeczna, profilaktyka).

Charakter, cele i zadania polityki społecznej wyznaczane są przede wszystkim założeniami ustrojowymi i stanem gospodarki państwa. Nie bez znaczenia jest też dominujący światopogląd, stosunek do kwestii socjalnych⁵⁵ i poziom internalizacji zasady „solidaryzmu społecznego”. Polityka społeczna różnicuje się w obrębie tzw. „modeli”. Rozwiązania systemowe realizowane w ramach tej sfery działalności państwa implikowane są zatem w poszczególnych krajach przyjmowanymi i powszechnie akceptowanymi orientacjami. Najważniejsze z nich, dwubiegunowo różne to:

– koncepcja liberalna (zwana też egoistyczną) korzeniami umocowana w XVIII wieku,⁵⁶ wyrosła z wolnorynkowej zasady rozwoju gospodar-

⁵⁵ Kwestie socjalne, ogół których stanowi kwestie społeczne, mogą mieć charakter przedmiotowy (bezrobocie, ubóstwo, bezdomność, uzależnienia, choroby, prostytutka itp.) lub podmiotowy (kwestie starości, niepełnosprawności, mniejszości narodowych, funkcjonowania rodzin, przestępczości nieletnich itp.) Por. J. Auleytner, K. Głębicka, Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków, Warszawa 2001, passim

⁵⁶ Za autora orientacji liberalnej uznawany jest Adam Smith, który w 1786 roku w dziele „Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów”, udowodnił, iż wolny rynek opiera się o prawa popytu i podaży. Cyt. za T. Kowalak, Polityka społeczna. Wybrane zagadnienia, Białystok 2000, s. 15; Szerzej na temat przeciwstawnych orientacji w poli-

czego, zakładająca wolność przepływu kapitału, dóbr i usług, zasobów i informacji, osadzona na aksjomacie odpowiedzialności jednostek za swój los. Inaczej mówiąc, koncepcja liberalna głosi, że człowiek jako kreator jakości swego życia, sam musi ponosić wszelkie konsekwencje swych wyborów. W świetle tych założeń, interwencjonizm pomocowy państwa (poza opieką nad starcami, sierotami i niepełnosprawnymi) deprawuje społeczeństwo, generuje marazm, roszczeniowość, brak odpowiedzialności za swój los i skutkuje petryfikacją postaw konsumenckich, co pozostaje w ewidentnej sprzeczności z zasadami gospodarki wolnorynkowej, prawami podaży i popytu;

- koncepcja interwencjonizmu (zwana altruistyczną), korzeniami umocowana w regułach humanitaryzmu i humanizmu, kwestionuje poglądy liberalne, głosząc potrzebę wspierania ze środków publicznych wszystkich jednostek i grup, które z przyczyn obiektywnych znalazły się w sytuacji kryzysowej. Odpowiedzialność państwa w świetle tych założeń obejmuje rozległe obszary działań, w wyniku których jednostki lub grupy pozbawiane są wpływu na jakość życia. Wystarczy tu wymienić takie powody jak: klęski żywiołowe, katastrofy, niskie wykształcenie i niskie dochody ludności, załamania koniunktury gospodarczej (kryzysy, spadek cen i płac, zapaść finansów publicznych, deficyt budżetowy i jego skutki, bezrobocie), zmiany systemowe i ich szeroko rozumiane konsekwencje, migracje ludności, terytorialne zróżnicowanie poziomu infrastruktury społecznej. Wachlarz przyczyn, dla których obywatele mogą znaleźć się w sytuacji wymagającej interwencjonizmu państwa jest w tym przypadku bardzo bogaty i w zasadzie, w świetle opisanych założeń, każdy przypadek braku samodzielności można wytłumaczyć błędami polityki państwa lub zrzędzeniami losu, na które nikt nie ma wpływu.

Z koncepcją interwencjonizmu państwowego silnie powiązana jest koncepcja państwa dobrobytu, korzeniami umocowana w okresie międzywojennym, a popularna w wysoko rozwiniętych gospodarczo krajach

tyce społecznej w: A. Kurzynowski, Polityka społeczna wobec wyzwań rozwoju. (w:) Praca i polityka społeczna w perspektywie XXI wieku, Warszawa 2000, s. 297 i nast.; L. Dziewięcka-Bokun, Rola państwa w realizacji polityki społecznej w okresie transformacji ustrojowej w Polsce. „Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje”, Warszawa 2000, nr 2, s. 25 i nast.

Europy Zachodniej w II połowie XX wieku (Szwecja, Włochy, Dania).⁵⁷ Podobnie jak socjalistyczna koncepcja państwa opiekuńczego, koncepcja państwa dobrobytu, w wielu krajach spowodowała kryzys gospodarczy i utratę płynności finansów publicznych, zmuszając tym samym jej zwolenników do rezygnacji z nadmiernego „rozdawnictwa” środków publicznych. Obecnie, nawet w krajach bardzo bogatych (Włochy, Szwecja), mówi się o kryzysie państwa dobrobytu, jego źródeł upatrując (poza skutkami gospodarczymi) w zjawisku określanym mianem „*daddy boom*”. Zdaniem Mario Toso, kryzys ten może być przezwyciężony tylko wówczas, gdy „obywatele uzyskają podmiotowość etyczną i kulturową bardziej dojrzałą, bardziej refleksyjną, wzbogaconą od strony profesjonalnej i w zakresie kompetencji”.⁵⁸

Pojawia się zatem pytanie: „jaki model polityki społecznej realizowany jest w Polsce w dobie przemian systemowych?”. Przez co najmniej dwanaście lat ich trwania państwo próbowało realizować „model altruistyczny”. I to rodzi następne pytanie: „jakie to przyniosło skutki i czy Polskę stać jest na kontynuację tego modelu?”. Z pewnością nie, czego dowodem było, między innymi, sukcesywne redukcje od II połowy lat dziewięćdziesiątych interwencjonizmu państwa w sferze ochrony zdrowia i opieki społecznej. O ile w 1996 roku dotacje na ochronę zdrowia stanowiły 15,4 %, a na opiekę społeczną 9,9 %, to w 2000 roku, w analogicznej kolejności, zostały ograniczone do 2,8 % oraz 7,9 % ogółu wydatków budżetu państwa. Ograniczenia wymuszone były zarówno złym stanem finansów publicznych, jak i stałym wzrostem wydatków na ubezpieczenia społeczne (w tym świadczenia emerytalno-rentowe). O ile w 1991 roku, stanowiły one 15 %; w 1993 roku – 20,7 %; to w 1999 roku

⁵⁷ Za twórcę teoretycznych podstaw gospodarczego interwencjonizmu państwowego uważa się Johna Maynarda Keynesa (1883–1946), a upowszechnił ideę państwa opiekuńczego John Kenneth Galbraith (ur.1908), który w „Państwie dobrobytu” wyraźnie określił zadania państwa wobec ubogich, działalności opiekuńczej nadając prym nad wzrostem produkcji. Idea państwa opiekuńczego umocowana jest też w założeniach społecznej nauki Kościoła katolickiego, głoszącej zasady: prawdy, wolności, sprawiedliwości oraz solidarności społecznej. Por. J. Auleytner, *Polityka społeczna pomiędzy ideą a działaniem*, Warszawa 1994, s. 110 i nast.; L. Dyczewski, *Kościół katolicki wobec ubóstwa i ludzi ubogich*. (w:) *Polska Bieda II*. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie. Pod red. S. Gołinowskiej, Warszawa 1997, s. 370–377

⁵⁸ M. Toso, *W stronę społeczeństwa dobrobytu*, Rzym 1995, s. 326; G. Campanini, *Państwo socjalne, a światy wirtualne*. „Społeczeństwo” 1996, nr 2;

osiągnęły poziom 21,3 %, a rok później już 24,3 %, stanowiąc tym samym niemal 3/4 ogółu wydatków budżetu państwa. Przy ustawicznie pogłębiającym się deficycie budżetowym (wynik wzrósł w latach 1991–2000 z -3,1 mld zł do -15,5 mld zł), niezależnie od poziomu społecznej kontestacji, państwo zostało ostatecznie zmuszone do powolnego wycofywania się z wielu gwarancji osłonowych.⁵⁹

Na tle problemów, jakie niesie ze sobą proces postępującego starzenia się społeczeństwa polskiego, nasuwa się kolejne pytanie: „czy w ogóle istnieje jednolita, spójna i czytelna polityka społeczna wobec starości?”. W kategorii odrębnej subdyscypliny naukowej – nie, lecz w kategorii działań podejmowanych w tym kierunku – z pewnością tak (choć można dyskutować na temat jej spójności i „poszatkowanej resortowo” skuteczności). Świadczy o tym chociażby wielość podmiotów, odpowiedzialnych za realizację polityki społecznej wobec przedstawicieli trzeciego pokolenia, funkcjonujących w obrębie wszystkich sektorów: publicznego (wszystkie jednostki podporządkowane administracji centralnej i terenowej, samorządom lokalnym), rynkowego (sieć prywatnych placówek opiekuńczych, usługowych, zdrowotnych, OFE) oraz pozarządowego (fundacje, stowarzyszenia). Ponieważ podstawowe prawa obywatelskie i socjalne ludzi w starszym wieku znalazły swe umocowanie w zapisach konstytucyjnych (prawo do ochrony zdrowia – Art. 68, do zabezpieczenia społecznego – Art. 67, do równego traktowania – Art. 32, dostępu do służby publicznej – Art. 60, gros zadań związanych z ich realizacją spoczywa na instytucjach wchodzących w skład sektora publicznego.

W krajach o bogatych tradycjach demokracji i wolnego rynku przestrzegane są trzy zasady: wolność polityczna, wolny rynek i bezpieczeństwo socjalne. Ta ostatnia, mimo starań kolejnych rządów, w Polsce nadal jest kontrowersyjna i nie może być w pełni realizowana. Decyduje o tym szereg różnych czynników (przede wszystkim utrzymujące się dysproporcje między wpływami i wydatkami budżetu państwa, brak odpowiednich proporcji między zasilającymi budżet, a uprawnionymi do czerpania z niego w formie świadczeń): zarówno gospodarczych, społecznych, jak i kulturowych (w tym: roszczeniowość jako spadek po poprzednim systemie, mocno zakorzeniona w mentalności społecznej). Mechanizmy

⁵⁹ Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 497

wolnego rynku, szczególnie w początkowej fazie jego wdrażania, nie tylko nie sprzyjają ale wręcz utrudniają realizację zasad solidarności, integracji i równości socjalnej. Wolny rynek dzieli społeczeństwo na „wygranych” i „przegranych” zmian, spychanych przez nie na margines życia społecznego, a ponieważ poziom satysfakcji z dobrobytu poszczególnych jednostek i poziom kumulacji kapitału państwowego nie są ani trwałe, ani głębokie, ani pewne – niezadowoleni są wszyscy (i ci, którzy zasilają budżet podatkami i ci, którzy utrzymują się ze świadczeń).

Mechanizmy gospodarki wolnorynkowej, przynajmniej w ujęciu liberalnym, pozostają w podstawowej sprzeczności do zasad sprawiedliwości społecznej, równości i jednakowego poczucia bezpieczeństwa dla wszystkich. Teoretycznie sprzeczność istnieje, ale o tym, że w przełożeniu na rzeczywistość społeczną można ją łagodzić, świadczą wzory światowej polityki społecznej. O sprzeczności bowiem w większej mierze niż liberalizm gospodarczy, decyduje brak odpowiednich rozwiązań systemowych, brak odpowiedniej mentalności, brak poczucia odpowiedzialności jednostkowej i grupowej – generalnie brak skutecznej polityki społecznej. Wzorce są różne, podobnie jak i skuteczność podejmowanych działań, ale każdy narodowy model państwa i kreowanej przez niego polityki dopiero wtedy spełnia swe zadanie, gdy jest kompatybilny zarówno z kulturą, jak i gospodarką. Na przykład: w krajach anglosaskich polityka społeczna ukierunkowana jest na przeciwdziałanie biedzie drogą rozwiązań instytucjonalnych, z pominięciem kwestii integracji społecznej, stymulacji do samopomocy i wsparcia poprzez aktywizację środowisk lokalnych. Interwencjonizm państwowy polega tam na kierowaniu strumienia środków pomocowych do skupisk biedy i enklaw wysokiego ryzyka według zasad redystrybucji pionowej. W europejskim modelu polityki społecznej, zwanym „kontynentalnym”, działania mają szerszy zasięg. Po pierwsze: dotyczą przeciwdziałania szeroko pojętej marginalizacji społecznej (dla której bieda jest tylko jednym z możliwych źródeł); po drugie znajdują wyraźne umocowanie w zasadzie wspólnotowości, solidaryzmu i dialogu społecznego, eksponując tym samym znaczącą rolę środowisk lokalnych, samorządów i organizacji pozarządowych.⁶⁰

⁶⁰ W modelu anglosaskim organizacje pozarządowe częściej są strukturami reprezentującymi interesy określonych grup, niż partnerami dla samorządów; częściej postrzegane są też jako grupy nacisku, w przeciwieństwie do tradycji kontynentalnych, gdzie ich statutowe cele zbieżne są z celami polityki społecznej państwa

Polski model polityki społecznej bliższy jest wzorcom kontynentalnym, choć jeszcze nie tożsamy z nimi, a na jego kształt w kolejnych latach przemian niemały wpływ miały też tak wzory brytyjskie, jak i amerykańskie.⁶¹ Problem tkwi w interpretacji pojęcia „społecznej gospodarki rynkowej”, w Konstytucji RP zdefiniowanej jako: „gospodarka oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych”.⁶² W powszechnym odczuciu oznacza to łączenie reguł kapitalizmu i wolnego rynku z solidarnym wspieraniem najsłabszych, ale o ile na przykład w Niemczech, gdzie tradycje sięgają polityki ekonomicznej Otto Bismarcka,⁶³ solidaryzm łączy się ze współzawodnictwem oraz indywidualną i grupową solidarnością samokreacji swego bytu – to w Polsce solidarność przekłada się głównie na roszczeniowość wobec państwa. W polskim modelu brakuje zatem promocji poczucia wspólnotowości, rozumianego jako współdziałanie i aktywność, jako integralny związek praw i obowiązków. Jest w nim jeszcze wiele „białych plam”, które trzeba wypełnić więzią społeczności lokalnych, dialogiem społecznym, wzmocnioną rangą samorządów i organizacji pozarządowych. Zadaniem polityki społecznej jest też inicjowanie i wspieranie edukacji ukierunkowanej na rozumienie przez społeczeństwo sedna samego solidaryzmu społecznego. Solidaryzm jednostkowy, wyrażany we wzajemnym świadczeniu sobie pomocy, generuje aktywność i przedsiębiorczość, a solidaryzm grupowy ułatwia identyfikację kwestii społecznych. W każdym przypadku służy wzmacnianiu, tak bardzo pożądanym, więzi społecznych.

⁶¹ Szerzej na ten temat w opracowaniach: M. Książkowski, *Modele polityki społecznej*, Warszawa 1999; M. Rymysza, *Urynkowanie państwa, czy uspołecznienie gospodarki*, Warszawa 1998; H. Wilensky, *The Welfare State and Equity* University of California, Berkeley 1975; *Polityka społeczna w latach 1994–1996*. Pod red. S. Golinowskiej, Warszawa 1996; G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990

⁶² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. „Dziennik Ustaw” Nr 78, poz. 483

⁶³ Otto von Bismarck (1815–1898), premier Prus, inicjator zjednoczenia i pierwszy kanclerz Cesarstwa Niemiec, twórca systemu „*Welfare State*”, promującego przedsiębiorczość, dobrobyt, powszechne oszczędzanie i kumulację majątku, w świetle którego im większa przezorność, pragmatyzm, zaangażowanie – tym większe poczucie bezpieczeństwa socjalnego

Dotychczasowe lata polskiej transformacji nie przyniosły w zasadzie ani zadowalających rozwiązań systemowych, ani też koncepcji stanowiącej punkt wyjścia dla kreślenia głównych celów polityki społecznej. Reformy, w założeniach zbliżające kraj do standardów europejskich, nie dość że spóźnione, okazały się nieudane. Narastające bezrobocie i coraz większy margines polskiej biedy wymuszają na kreatorach życia społecznego trwanie przy założeniach altruistycznych (osłonowych, socjalnych), docinając słaby budżet coraz to nowymi tzw. „wydatkami sztywnymi”. Sfera promowania rozwoju i produkcji pozostaje w konsekwencji w stanie specyficznej hibernacji, co tworzy błędne koło. Brak silnej gospodarki to brak środków na programy socjalne; brak środków na osłony to napędzanie biedy a z kolei bieda to niedoinwestowana oświata, nauka, kultura oraz rachityczna gospodarka.

Trwa dyskusja nad wyborem optymalnego modelu polityki społecznej, jaki w najbliższych latach można będzie wdrażać. Brane są pod uwagę różne warianty rozwiązań: zachowanie zasad wolnego rynku w połączeniu z doraźnym wspomaganie najbiedniejszych (filantropia, działalność charytatywna na wzór wczesnego kapitalizmu angielskiego); optymalna prywatyzacja instytucji i różnorodnych sfer życia, modyfikowanie istniejącej rzeczywistości metodą „małych kroków”, kontynuowanie dotychczasowej polityki (prawa do opieki i pomocy państwa gwarantowane konstytucyjnie oraz ustawowo). Pojawia się jednak pytanie, czy politykę społeczną państwa można zastąpić filantropią? Zdaniem konserwatystów – tak; ale zdaniem socjaldemokratów i socjalliberalów – nie. Liberalowie uważają, że „niewidzialna ręka rynku wszystko załatwi”, a najlepszą polityką społeczną jest dobra polityka gospodarcza. Pogląd ten nie poddaje się w zasadzie krytyce, pod warunkiem, że odnosi się go do odpowiednio stabilnej rzeczywistości społeczno-gospodarczej, a takiego stadium Polska nie zdołała jeszcze osiągnąć.

W polityce społecznej dominuje myślenie kategoriami obowiązku państwa względem obywateli, które Zbigniew Tarkowski określa mianem „poglądów socjalnych”. Z czego to wynika? Otóż, mimo wielu rozpraw i analiz teoretycznych poświęconych miejscu pracy socjalnej w szeroko rozumianej polityce społecznej, nadal nie ma w zasadzie wyraźnego określenia zależności między polityką socjalną, pomocą społeczną i pracą socjalną. Wspomniany autor proponuje następujący model hierarchicz-

ny i operacyjny: polityka socjalna – polityka pomocy społecznej – pomoc społeczna – praca socjalna. Zakłada zatem, że „polityka pomocy społecznej jest jednym z elementów polityki socjalnej państwa”⁶⁴, choć nie można zapominać, że z kolei polityka socjalna jest tylko jednym z wielu kierunków zainteresowań polityki społecznej. Kontynuując myśl autora, można zatem przyjąć bardziej rozbudowany schemat hierarchiczny polityka społeczna – polityka socjalna – polityka pomocy społecznej – pomoc społeczna – praca socjalna. Od szeroko rozumianej koncepcji – do warsztatu, do realizacji na najniższych szczeblach placówek merytorycznych, samorządowych. Ze społecznego punktu widzenia, optymalnym rozwiązaniem byłoby wprowadzanie zmian skutecznych, ale rozłożonych w czasie – mniej odczuwanych; z ekonomicznego punktu widzenia najlepsza jest jednak liberalizacja rynku i jak najdalej idąca prywatyzacja. Problem w tym, że nieprawidłowo przeprowadzona w pierwszych latach transformacji, do dyspozycji państwa pozostawiła jedynie nierentowne, chylące się ku upadkowi mołochy, których kupnem inwestorzy zagraniczni nie są zainteresowani, a działanie metodą „małych kroków”, w obliczu niedalekiej integracji z Unią Europejską – w zasadzie jest już niemożliwe.

Rozumienie reguł polityki społecznej jest niemożliwe bez znajomości przynajmniej podstawowych reguł polityki gospodarczej. Pomiędzy tymi dwiema dyscyplinami istnieje pełna współzależność, bowiem racje ekonomiczne stanowią podbudowę polityki społecznej. Ich związek krótko można zdefiniować jako związek efektywności ze sprawiedliwością społeczną, z tym, że o ile definicja efektywności jest przejrzysta (prawidłowe wykorzystanie wszelkich zasobów), to rozumienie sprawiedliwości różnicuje się w obrębie opcji politycznych i teorii wyjaśniających społeczny rozwój. Jakie to daje skutki dla praktyki? Otóż takie, że zarówno cele, jak i zadania polityki społecznej, poza ekonomią, wynikają także z dominującej ideologii, są w istocie podporządkowane polityce państwa w ogóle. To w sumie ustawiczny dylemat: czy ważniejsze prawnie jest prawo rynku, czy też opiekuńczość państwa? To także temat trwającej od lat debaty ekonomistów i socjologów, skoncentrowanej wokół problemu: czy gwarancje socjalne to ciężary, czy też niezbędne koszty, jakie państwo

⁶⁴ Z. Tarkowski, Zarządzanie i organizacja pomocy społecznej, Lublin 2000, s.57 i nast.

musi ponosić w imię odpowiedzialności za obywateli? Niezależnie od tego, w jakim kierunku przesuwa się punkt ciężkości, rzeczywistość społeczna zawsze kształtowana jest przez współzależność kondycji gospodarczej państwa i dostępu społeczeństwa do pozostających w jego dyspozycji środków oraz zasobów (optymalna relacja między tymi płaszczyznami możliwa jest tylko w krajach o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego).

Związek polityki społecznej z ekonomią identyfikowany jest w dwóch kategoriach, jako źródło i jako efekt. Otóż w krótkich przedziałach czasowych (roku, a nawet 2–3 lat) polityka społeczna odbierana jest jako skutek możliwości ekonomicznych państwa, ale w dłuższych przedziałach (10–20 lat) już jako działalność stymulująca rozwój, a więc i napędzająca gospodarkę (polityka zdrowotna, oświatowa, rodzinna, mieszkaniowa, polityka zatrudnienia to obszary, w które warto inwestować, jako że z czasem koszty się zwracają, a uzyskane zyski procentują). Obowiązuje zatem zasada, że „wzrost dochodu narodowego zależy zarówno od polityki gospodarczej, jak i społecznej”.⁶⁵ Równie ważny jest prawny aspekt polityki społecznej, który wynika z tzw. „triady praw obywatelskich”, gwarantowanych w nowoczesnych krajach demokratycznych. To: prawa cywilne (wolności osobiste), prawa polityczne i prawa socjalne (podstawowy standard nowoczesności). Prawa socjalne kumulują w sobie dwa wcześniejsze. Stanowią specyficzne ukoronowanie i kwintesencję dążenia społeczeństw od XVIII wieku do uzyskania praw obywatelskich. W Polsce gwarantowane są konstytucyjnie i ustawowo, ale ustawicznie weryfikują je realia rynkowe.

Obowiązujące prawne regulacje prawa socjalnego dotyczą w państwie prawa także tych, którzy ze względów politycznych, bądź też intelektualnych obywatelstwa socjalnego nie uznają. Nie mniej jednak nie są one w Polsce jeszcze wystarczająco upowszechnione, a nierzadko i krytykowane (np. przez liberalów). Pojawia się pytanie: „dlaczego, jeżeli to właśnie socjalliberalowie prawa socjalne włączyli do pakietu praw obywatelskich?” Otóż o ile prawa polityczne, w toku ewolucji praw obywatelskich, w naturalny sposób uzupełniły funkcjonujące

⁶⁵ Cyt. za J. Mielecki, *Ekonomiczne aspekty polityki społecznej*. (w:) L. Dziewięcka-Bokun, J. Mielecki, op. cit., s. 59. Prezydenci Stanów Zjednoczonych od lat trzymają się zasady priorytetu gospodarki. W Okrągłym Gabinetcie Billa Clintona zawsze wisiał ogromny napis „Przed wszystkim gospodarka głupcze, przede wszystkim gospodarka”

wcześniej prawa cywilne, to prawa socjalne zawsze były wynikiem swoistego społecznego kontraktu. Wymagały i nadal wymagają ustawicznych negocjacji. Mają charakter ambiwalentny, przez co w konsekwencji w stosunku do praw politycznych mają charakter drugorzędny.⁶⁶ W praktyce bywa różnie, na przykład: cudzoziemiec pracujący w Niemczech, czy w Stanach Zjednoczonych Ameryki o wiele szybciej nabywa praw do świadczeń socjalnych (renta socjalna), niż praw politycznych (nie może brać udziału w wyborach), ale też w Stanach Zjednoczonych Ameryki mieszkańcy slumsów mają gwarantowane prawa cywilne i obywatelskie, a o socjalne ustawicznie zabiegają, walczą, jako że świadczenia utrzymywane są przez państwo na poziomie minimum.⁶⁷

Prawa socjalne ustawicznie są zmieniane, modyfikowane i z reguły najczęściej redukowane. Niewiele państw też decyduje się na konstytucyjne gwarantowanie praw socjalnych swym obywatelom (Norwegia, Japonia – to głównie postulaty kierowane do ustawodawców, deklaracje; choć takie kraje jak: Niemcy, Francja, Włochy – ustanowiły już gwarancje konstytucyjne). Najwyższą rangę prawa socjalne zyskały w dokumentach międzynarodowych, czego dowodem jest Europejska Deklaracja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (z 1950 roku) oraz Europejska Karta Socjalna (z 1961 roku). W dokumencie ostatnim z wymienionych, w wersji zrewidowanej w 1996 roku, wyraźnie podkreślono konieczność ochrony wszystkich praw człowieka: politycznych, obywatelskich, socjalnych i kulturalnych, nadając im charakter integralnych, niepodzielnych. Akty międzynarodowe obowiązują w danym kraju po ratyfikacji dokumentu podstawowego i z reguły skutkują wtedy odpowiednimi zapisami w konstytucji (podobnie, jak ma to miejsce w Polsce – Konstytucja RP z 1997 roku). Zapisy takie z reguły są jednak dość ryzykowne, jako że problemy gospodarcze nie zawsze pozwalają na pełną ich realizację. W Polsce na przykład: wiele praw gwarantowanych kon-

⁶⁶ Nawet Otto Bismarck, autor reformy społecznej z 1881 roku, obejmującej między innymi skrócenie dnia pracy robotników uznawany za prekursora praw socjalnych, traktował je w kategorii podrzędnych wobec praw politycznych

⁶⁷ Warto dodać, że około 40 mln obywateli tego kraju funkcjonuje poza systemem ubezpieczeń społecznych, tworząc tym samym rozległy margines zapotrzebowania na osłonowe działania socjalne. Z referatu L. Dziewięckiej-Bokun, wygłoszonego w 2001 roku na konferencji polityków społecznych w Ustroniu Wielkopolskim

stytucyjnie i ustawowo (Ustawa o pomocy społecznej z 1990 roku z kolejnymi modyfikacjami) nie jest w istocie realizowanych, a gros – ograniczanych do minimum. Przyszłość może okazać się jeszcze trudniejsza. Wpływa na to wiele czynników: deficyt budżetowy, bezrobocie, kryzys finansów publicznych i trudne do pogodzenia, zapisy w Konstytucji, choćby takie jak: uznanie społecznej gospodarki rynkowej za podstawę ustroju gospodarczego (Art. 20) i zasada urzeczywistniania sprawiedliwości społecznej (Art. 2).⁶⁸

W najbliższym czasie Polska będzie zmuszona do dostosowania swych norm prawnych i osłon socjalnych dla obywateli do standardów europejskich. Takie są wymagania przyszłych partnerów z Unii Europejskiej. Czy będzie to możliwe, pokaże przyszłość. Tymczasem należy spodziewać się wyraźnej redukcji w wydatkach państwa, w tym także na sektor pomocy społecznej, choć zapotrzebowanie na osłony socjalne nadal będzie rosło. W sytuacji spadku koniunktury gospodarczej – skutki kryzysu najboleśniej odczują najslabsi i najbiedniejsi, w tym przede wszystkim utrzymujący się z niezarobkowych źródeł, czyli klienci pomocy społecznej, bezrobotni, emeryci, renciści, ludzie starzy i niepełnosprawni. Ich bieda może zatem, jeszcze przed wejściem kraju w struktury Unii, stworzyć rozległy i głęboki, bezprecedensowy, margines społecznego wykluczenia. To zagrożenie na progu trzeciego tysiąclecia stało się najpoważniejszym wyzwaniem wobec współczesnej polityki społecznej.

⁶⁸ Konstytucja RP... op. cit., passim

ROZDZIAŁ II

SPOŁECZNY WYMIAR STAROŚCI DEMOGRAFICZNEJ

1. Starość demograficzna przełomu wieków – stan, tendencje, prognozy i skutki

Zjawisko starzenia się społeczeństw jeszcze przynajmniej przez kilkadziesiąt lat będzie wykazywało tendencje wzrostu, generując rozległe problemy społeczno-ekonomiczne, zdrowotno-opiekuńcze i socjalne.⁶⁹ Na świecie żyje ponad 580 mln osób w wieku 60 lat i więcej (prawie 10 % ogółu ludzkości), choć jeszcze w 1950 roku populacja ta liczyła zaledwie 200 mln osób. Grupa w wieku 65 lat i więcej obejmuje około 400 mln osób (czyli prawie 7 % ludności świata).⁷⁰ W Europie Zachodniej, Stanach Zjednoczonych Ameryki i w Japonii populacja w wieku 65 lat i powyżej w 2001 roku obejmowała już od 15 % (Austria, Dania, Niemcy, Szwajcaria, Francja) do 18 % (Włochy) ogółu społeczeństwa. W 2010 roku populacja ludzi w wieku 60 lat i więcej może osiągnąć 1/6 ogółu mieszkańców globu, czyli ponad 1 mld, a w 2025 roku – 2 mld.⁷¹

Podczas gdy na całym świecie liczba ludności gwałtownie rośnie, to w Europie od 2000 roku maleje. Spada liczba urodzeń, wydłuża się śred-

⁶⁹ Szerzej na ten temat w: L. Frąckiewicz, Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności. (w:) Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku, op. cit., s. 11–25

⁷⁰ G. Ciechomska, Aktywna starość. „Gazeta Lekarska” 1999, nr 6; www.nil.org.pl z 2002 roku

⁷¹ W 1999 roku ludność świata osiągnęła liczebność 6 mld osób. Według ekspertów WHO, w latach 2010–2025 liczebność populacji w wieku 60 lat i więcej może nawet ulec podwojeniu. Drugie Światowe Zgromadzenie na Temat Starzenia się Społeczeństw, Madryt, Hiszpania 8–12 kwietnia 2002 roku, www.inic.un.org.pl/ageing/info.php

nie trwanie życia i w konsekwencji wyraźnie zwiększa się udział osób w wieku powyżej 65 lat w ogólnej strukturze społecznej. Według demografów udział ten jest już najwyższy na całym świecie i pozostanie na tym poziomie co najmniej przez kolejne 30 lat. Liczba ludności Europy do 2050 roku zmaleje o 80 mln. Co czwarty mieszkaniec kontynentu, w tym także Polski, będzie w wieku emerytalnym.⁷² Na całym świecie ludzie żyją coraz dłużej, a najdłużej Japończycy, Australijczycy i Francuzi. We wszystkich krajach rozwiniętych gospodarczo ustawnie wydłuża się przeciętna oczekiwana długość życia. I tak na przykład: według prognoz demograficznych chłopcy, którzy urodzili się w Japonii w 1997 roku średnio mogli dożyć 77,2 lat, dziewczynki 83,8; w Australii chłopcy urodzeni w latach 1994–1996 średnio mieli przed sobą 75,2 lat życia, dziewczynki 81 lat; a we Francji w 1998 roku wskaźniki te, w analogicznej kolejności, wynosiły 74,7 i 82,2. Dla urodzonych w 1999 roku przewidywany czas życia w Szwecji wynosił: dla mężczyzn – 77,1, dla kobiet – 81,9 lat, a w Szwajcarii dla mężczyzn 76,8 i dla kobiet 82,5 lat. W Polsce dla chłopców urodzonych w 1999 roku przewidywane dalsze trwanie życia wynosiło 68,8 lat, dla dziewczynek – 77,5 lat. Było znacznie krótsze niż w krajach wyżej wymienionych i w pozostałych krajach Unii Europejskiej, ale też dłuższe niż w krajach postkomunistycznych i w tak biednych regionach świata, jak na przykład Afryka czy Indie.⁷³

Generalnie należy przyjąć, że zmiany zachodzące w obrębie struktur demograficznych współczesnych społeczeństw z czasem spowodują, iż populacja ludzi starych będzie znacznie liczniejsza, niż populacja dzieci i młodzieży.⁷⁴

⁷² Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, s. 109, 388–389

⁷³ Rocznik statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 616, 618.

⁷⁴ Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, tabl. 32, s. 109 i tabl. 4 (200), s. 389

Tabela 7. Sytuacja demograficzna w wybranych krajach świata*

L.p.	Kraj	Przyrost naturalny (na 1000 ludności) w latach			Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 60 lat				Ludność w wieku 65 lat i w. (w % do ogółu ludności) w latach:			
		1980	1990	1998	2000	kobiety		mężczyźni		1995	1998	2000
Wybrane kraje postkomunistyczne												
1.	Białoruś	6,1	3,2	-4,4	-4,7	20,1	19,4	15,5	13,9	12,1	13,1	13,3
2.	Bułgaria	3,4	-0,4	-6,4	-5,1	19,4	19,0	15,9	15,4	15,2	15,6	16,2
3.	Czechy	1,8	0,1	-1,8	-1,8	20,1	20,7	15,9	16,4	13,2	13,6	13,8
4.	Litwa	4,7	4,6	-0,9	-3,1	21,1	21,4	15,9	16,4		12,7	13,4
5.	Polaska	9,6	4,1	0,5	0,3	19,4	21,0	15,2	16,4	11,2	11,8	12,2
6.	Rosja	4,9	2,2	-4,8	-4,8	18,6	15,1	13,2	11,6	11,8	12,3	12,5
7.	Rumunia	7,6	3,0	-1,5	-0,9	18,8	18,3	15,9	15,6	11,5	12,2	13,2
8.	Słowacja	8,9	4,8	0,8	0,4	18,9	16,4	14,9	12,8	10,9	11,2	11,4
9.	Ukraina	3,4	0,6	-6,2	-7,5	19,7	18,9	15,4	14,2	13,6		13,9
10.	Węgry	0,3	-2,0	-4,3	-3,8	19,1	19,0	14,5	15,2	14,0	14,4	14,6
Inne wybrane kraje świata												
11.	Austria	-0,2	1,0	0,3	0,0	22,9	23,6	18,6	19,4	15,2	15,4	15,5
12.	Dania	0,3	1,5	1,5	1,2	21,4	21,7	17,6	18,0	15,1	14,9	14,8
13.	Francja	4,7	4,1	3,4	3,1	24,6	25,0	19,4	19,7	15,0	15,6	15,9

L.p.	Kraj	Przyrost naturalny (na 1000 ludności) w latach			Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 60 lat				Ludność w wieku 65 lat i w. (w % do ogółu ludności) w latach:				
		1980	1990	1998	2000	kobiety		mężczyźni		1995	1998	2000	
						1980	1998	1980	1998				
14.	Hiszpania	7,5	1,7	0,3	0,2	23,4	24,4	19,2	19,8			16,7	
15.	Japonia	7,4	3,2	2,1	1,8	24,6	26,4	20,0	21,0	14,8	15,6	17,0	
16.	Kanada	8,3	8,0	4,7	3,9	23,2	24,0	18,4	19,4	12,0		12,7	
17.	Niemcy	-1,1	-0,1	-0,7	-1,2	18,0	22,7	14,2	18,3				16,2
18.	St. Zjed. Ameryki	7,1	7,9	5,9	5,5	22,9	22,9	18,7	19,3	12,8	12,7	12,6	
19.	Szwajcaria	2,3	3,0	2,7	1,6	24,5	24,6	20,0	20,2	14,8	15,0	15,3	
20.	Szwecja	0,7	3,4	-0,3	-0,6	24,0	24,2	19,9	20,1		17,4	17,3	
21.	Wlk. Brytania	1,7	2,8	1,6	1,3	22,1	22,5	17,9	18,8	15,7	15,7	15,6	
22.	Włochy	1,5	0,4	-0,4	-0,9	23,3	23,7	18,9	19,2		17,4	18,0	

* Opracowano na podstawie: Rocznik Statystyczny, Warszawa 1997, s. 109; Rocznik Demograficzny, Warszawa 1997, tabl. 4 (165); tabl. 5 (166); tabl. 20 (178); tabl. 24 (185); Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999, tabl. 9 (586) i tabl. 10 (587); Mały Rocznik Statystyczny Polski, Warszawa 2000, tabl. 4 (64); Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 422-425, 615-616

Proces starzenia się ludności charakteryzuje od lat wszystkie kraje zaliczane do kategorii „rozwinętych”, czyli nacechowanych dobrą kondycją materialną i wysokim poziomem bytu ludności, jednak zjawisko malejącego przyrostu naturalnego nałożone na wzrost subpopulacji ludzi dożywających wieku sędziwego – zawsze stanowi poważne wyzwanie dla polityków społecznych. Starzenie się ludności niesie ze sobą ogrom konsekwencji ekonomicznych, społecznych, zdrowotnych i politycznych. Wymaga też interdyscyplinarnego zainteresowania rozległymi problemami generowanymi przez zmiany. W krajach szczytujących się stałym wzrostem gospodarczym, dobrą kondycją ekonomiczną w skali makro, czyli tam gdzie następuje szybkie bogacenie się społeczeństwa, a życie cechuje dobrobyt – przyrost naturalny spada. Przykładem są takie państwa jak: Włochy, czy Szwecja, gdzie przed pięćdziesięciu laty trudno było uwierzyć, że kiedykolwiek może tam wystąpić zjawisko braku zastępowalności pokoleń, a jednak pod koniec lat dziewięćdziesiątych kraje te zaczęły się szybko starzeć pod względem demograficznym na skutek ujemnego wskaźnika przyrostu naturalnego. Podobny proces występuje w Polsce. Po ostatnim wyżu demograficznym, jaki zanotowano w latach osiemdziesiątych,⁷⁵ rejestrowany jest ustawiczny spadek przyrostu naturalnego. Ponieważ towarzyszy mu wydłużanie się średniej trwania życia – ludzie starzy mają coraz większy udział w ogólnej strukturze społecznej. Wśród licznych konsekwencji społecznych, jakie zjawisko to generuje tak obecnie, jak i generować będzie w prognozowanej przyszłości – za szczególnie ważne należy uznać ustawicznie narastające stałe zapotrzebowanie na opiekę medyczną nad przynajmniej 1/4 ogółu społeczeństwa, reprezentujących trzecią i czwartą generację.⁷⁶

⁷⁵ Zjawisko to postrzegane jest jako specyficzny fenomen, jako że wystąpiło w wyjątkowo trudnym okresie historycznym – stanu wojennego i wszechobecnej biedy, ale na podstawie analizy wskaźników przyrostu naturalnego w Polsce w kolejnych latach powojennej odbudowy i funkcjonowania systemu opiekuńczego państwa socjalistycznego, można przyjąć, że była to naturalna konsekwencja uzyskania dojrzałości przez pokolenia poprzednich wyżów demograficznych – z lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych

⁷⁶ Szerokie omówienie tego zagadnienia w: L. Frąckiewicz, Społeczno-demograficzne problemy starzenia się polskiego społeczeństwa. (w:) Seniorzy w społeczeństwach Europy. Pod red. W. Pędicha, Białystok 2001, s. 20–39

Tabela 8. Emeryci i renciści w ogólnej strukturze społecznej w Polsce w latach 1946–2000*

Rok	Ludność ogółem (w mln)	Emeryci i renciści (w tys.)	Udział emerytów i rencistów w strukturze społecznej (w %)
1946	23,6	529	2,2
1950	25,0	987	3,9
1955	27,6	1.209	4,4
1960	29,8	1.369	4,6
1965	31,6	1.792	5,7
1970	32,7	2.346	7,2
1975	34,2	3.192	9,3
1980	35,7	4.517	12,7
1985	37,3	6.173	16,6
1989	38,0	7.944	20,7
1990	38,2	7.104	18,6
1992	38,4	8.495	22,1
1993	38,5	8.730	22,6
1994	38,6	8.919	23,1
1995	38,6	9.085	23,5
1996	38,6	9.200	23,8
1997	38,7	9.314	24,1
1998	38,7	9.435	24,3
1999	38,7	9.453	24,4
2000	38,6	9.412	24,4

* Opracowano na podstawie: Rocznik Statystyczny, Warszawa 1996, s. LIX; Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999, s. 120; Mały Rocznik Statystyczny Polski, Warszawa 2000, s. 102; Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999–2030, Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 2000, s. 27, 35; Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, s. XXXV–XXXV; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 173

Po II wojnie światowej Polska liczyła niewiele ponad 20 mln ludności. Wzrost notowany był nieprzerwanie do 1999 roku, kiedy to po raz pierwszy zanotowano ujemny wskaźnik przyrostu naturalnego (-0,03). W latach 1950–97 liczba ludności w wieku 60 lat i więcej uległa podwojeniu; jej udział w ogólnej strukturze społecznej wzrósł z 8,3 % do 16,2 %, w kolejnych latach nadal wykazując tendencje wzrostowe. Analitycy GUS posługują się terminem „podwójnego starzenia społeczeństwa” lub „drugiego przejścia emerytalnego”, co oznacza, że wzrostowi odsetka ludzi w wieku 60 lat i więcej towarzyszy od lat wzrost odsetka osób dożywają-

cych starości sędziwej. Według prognoz, w latach 2000–2020 liczebność najstarszej populacji, czyli osób w wieku 80 lat i powyżej, wzrośnie z 800 tys. do 1,4 mln.⁷⁷ Oznacza to pojawienie się już w najbliższej dekadzie ogromnego zapotrzebowania na usługi zdrowotne i opiekuńcze, adresowane do najstarszych i niepełnosprawnych, do osób sędziwych.

Tabela 9. Udział ludności w wieku 60 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej w Polsce w latach 1980–2000 (w %)*

Kategorie wieku	ROK							
	1980	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
60 lat i więcej	13,3	15,7	15,9	16,0	16,2	16,3	16,4	16,5
65 lat i więcej	10,1	11,0	11,2	11,3	11,7	11,8	11,9	12,1
80 lat i więcej	1,5	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	2,0

*Rocznik Statystyczny, Warszawa 1995, s. 51, 90; Rocznik Demograficzny, Warszawa 1997, s. 342–343; Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999, s. 97; Ludność według płci i wieku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2000; www.stat.gov.pl z 2002 roku

Do początku lat siedemdziesiątych notowano sukcesywne wydłużanie średniej trwania życia w Polsce, a do końca 1998 roku – względną stabilizację (średnia długość życia mężczyzn nie uległa widocznym zmianom, a dla kobiet wzrosła o około 3 lata). Tendencje odwrotne pojawiły się w 1999 roku, kiedy to już w I kwartale zanotowano nieznaczny wzrost umieralności w porównaniu z rokiem poprzednim, szczególnie w grupie mężczyzn. Wówczas średnia długość życia w Polsce wynosiła dla kobiet 77,5 lat, a dla mężczyzn 68,8 lat (w latach pięćdziesiątych w analogicznej kolejności wynosiła: 56 i 62 lata). Można to uznać za kontynuację, trwającego od co najmniej ośmiu lat, sukcesywnego wzrostu, choć w odniesieniu do mężczyzn – średnia zaczęła nieznacznie spadać (o około 15 dni w skali roku).⁷⁸

⁷⁷ E. Frączak, A. Sobieszak, Sytuacja demograficzno-społeczna osób starszych. (w:) Seniorzy w społeczeństwie polskim. Pod red. M. Kuciarskiej-Ciesielskiej, Warszawa 1999, s. 15 i nast.

⁷⁸ Prognozowane pogłębianie się zjawiska określanego mianem „nadumieralności mężczyzn” już w okresie najbliższych 20 lat może wpłynąć na niesymetryczną dynamikę wzrostu liczebności populacji w wieku 60 lat i powyżej

Duży udział w tendencji wzrostowej średniego czasu trwania życia ma sukcesywne wydłużanie życia osób w podeszłym wieku (zjawisko rejestrowane w Polsce od dziesięciu lat, w którym to okresie średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku 65 lat wzrosło o ponad rok). Utrzymuje się duża przewaga długości życia kobiet (różnica ponad 8 lat), związana z o wiele większą umieralnością mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych, łącznie z późną starością. Prawdopodobieństwo zgonu mężczyzn w wieku 40–60 lat jest niemal trzykrotnie większe niż u kobiet, a w kategorii wieku 20–40 lat – nawet czterokrotnie większe. W 2002 roku w Polsce osoby w wieku emerytalnym (kobiety 60 lat i więcej; mężczyźni 65 lat i więcej) stanowiły 15 % ogółu społeczeństwa (5,7 mln), z czego większość mieszkała w miastach (przekrój analogiczny do ogólnospołecznego).⁷⁹ Na wsiach występowało jednak większe tzw. „nasylenie struktury ludności” ludźmi w wieku 60 lat i więcej, co pozwalało na prognozowanie, że kolejne lata przyniosą narastanie problemów związanych z zapewnieniem im odpowiedniej opieki medycznej i socjalnej.

Przeciętne trwanie życia wzrosło w okresie ostatniego pięćdziesięciolecia o ponad jedenaście lat, choć nadal jest krótsze, niż w krajach Europy Zachodniej, Japonii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych Ameryki. Na przykład: w odniesieniu do kobiet w wieku 60 lat przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w 1998 roku było o 5,4 roku, a w odniesieniu do mężczyzn o 4,6 roku krótsze, niż w Japonii. W przyszłości, utożsamianej z dalszym wydłużaniem się życia, kobiety nadal będą żyły dłużej od mężczyzn, choć różnice występujące w kategoriach płci będą coraz mniejsze. Przeciętne dalsze trwanie życia w miastach i na wsiach różnicuje się nieznacznie, choć w odniesieniu do ludzi starych – w miastach długość życia kształtuje się nieco korzystniej (dla osób w wieku 80 lat długość dalszego życia dla mężczyzn wynosi 6,5 roku w miastach i 6,2 roku na wsi; a dla kobiet – 7,4 roku w miastach i 7,2 roku na wsi).⁸⁰

⁷⁹ W 1980 roku w miastach mieszkało 52 %, a w 2000 roku – już 60 % ogółu ludzi starych. B. Szatur-Jaworska, *Starość w Polsce*, Warszawa 2002, s. 2

⁸⁰ *Trwanie życia. Informacje i opracowania statystyczne GUS*, Warszawa 2000, s. 8–9

Tabela 10. Udział ludzi starych w strukturze społecznej w Polsce w latach 1990–2030. Stan i prognozy demograficzne*

Ludność w latach (w tys.), Grupy wieku (w %)	OGÓLEM				MIASTA			WIEŚ		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	
1990 (w tys.)	38.183	18.606	19.577	23.615	11.336	12.279	14.569	7.270	7.299	
- 60 lat i w. (%)	15,0	12,2	17,6	13,5	10,9	16,0	17,4	14,3	20,4	
- 60-64	4,8	4,4	5,2	4,6	4,2	4,9	5,3	4,8	5,8	
- 65-69	3,9	3,3	4,5	3,6	3,0	4,1	4,5	3,8	5,2	
- 70-74	2,2	1,8	2,6	1,9	1,5	2,3	2,7	2,2	3,2	
- 75-79	2,0	1,5	2,5	1,7	1,2	2,2	2,5	1,9	3,0	
- 80 lat i w.	2,0	1,3	2,8	1,8	1,0	2,5	2,5	1,7	3,2	
1995 (w tys.)	38.609	18.786	19.823	23.876	11.420	12.456	14.732	7.365	7.367	
- 60 lat i w. (%)	15,9	13,0	18,6	14,8	12,2	17,2	17,6	14,4	20,8	
- 60-64	4,6	4,3	5,0	4,6	4,3	4,9	4,7	4,4	5,1	
- 65-69	4,2	3,7	4,8	4,0	3,5	4,4	4,6	4,0	5,3	
- 70-74	3,2	2,5	3,9	3,0	2,3	3,6	3,7	2,9	4,5	
- 75-79	1,7	1,2	2,1	1,4	1,0	1,8	2,0	1,5	2,5	
- 80 lat i w.	2,1	1,3	2,9	1,9	1,1	2,6	2,5	1,6	3,4	

Ludność w latach (w tys.). Grupy wieku (w %)	OGOŁEM			MIASTA			WIES		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
1997 (w tys.)	38.660	18.801	19.859	23.925	11.435	12.490	14.735	7.367	7.368
- 60 lat i w. (%)	16,2	13,3	18,9	15,4	12,7	17,8	17,6	14,3	20,8
- 60-64	4,5	4,2	4,8	4,6	4,2	4,8	4,5	4,1	4,8
- 65-69	4,3	3,8	4,8	4,2	3,7	4,6	4,6	4,0	5,2
- 70-74	3,4	2,6	4,1	3,1	2,5	3,8	3,8	2,9	4,6
- 75-79	2,0	1,5	2,5	1,8	1,3	2,2	2,4	1,8	3,1
- 80 lat i w.	2,0	1,2	2,7	1,7	1,0	2,4	2,3	1,5	3,1
1998 (w tys.)	38.667	18.798	19.869	23.923	11.427	12.496	14.744	7.372	7.372
- 60 lat i w. (%)	16,3	13,5	19,0	15,7	12,9	18,2	17,5	14,3	20,7
- 60-64	4,5	4,2	4,8	4,6	4,2	4,9	4,4	4,1	4,7
- 65-69	4,3	3,8	4,7	4,2	3,7	4,6	4,5	3,9	5,0
- 70-74	3,4	2,7	4,1	3,2	2,6	3,8	3,8	3,0	4,7
- 75-79	2,2	1,6	2,8	2,0	1,4	2,5	2,6	1,9	3,3
- 80 lat i w.	1,9	1,2	2,6	1,7	1,0	2,4	2,2	1,4	3,0
1999 (w tys.)	38.654	18.783	19.870	23.894	11.407	12.486	14.759	7.375	7.384
- 60 lat i w. (%)	16,4	13,4	19,3	16,0	13,1	18,5	17,5	14,3	20,7
- 60-64	4,5	4,1	4,8	4,6	4,2	4,9	4,3	4,0	4,6
- 65-69	4,2	3,7	4,7	4,2	3,7	4,6	4,4	3,8	4,9
- 70-74	3,5	2,8	4,2	3,3	2,7	3,9	3,9	3,0	4,7
- 75-79	2,3	1,6	3,0	2,2	1,5	2,7	2,7	2,0	3,5
- 80 lat i w.	1,9	1,2	2,6	1,7	1,0	2,4	2,2	1,5	3,0

Ludność w latach (w tys.). Grupy wieku (w %)	OGOŁEM			MIASTA			WIES		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
2000 (w tys.)	38.644	18.773	19.871	23.876	11.394	12.482	14.767	7.378	7.389
- 60 lat i w. (%)	16,7	13,7	19,5	16,2	13,4	18,8	17,5	14,2	20,8
- 60-64	4,4	4,1	4,7	4,6	4,2	4,9	4,2	3,9	4,5
- 65-69	4,2	3,7	4,6	4,1	3,7	4,5	4,2	3,7	4,7
- 70-74	3,6	2,9	4,3	3,4	2,8	4,0	3,9	3,1	4,7
- 75-79	2,5	1,8	3,2	2,3	1,6	2,9	2,9	2,0	3,7
- 80 lat i w.	2,0	1,2	2,7	1,8	1,1	2,5	2,3	1,5	3,2
2001 (w tys.)	38.632	18.760	19.871	23.847	11.375	12.472	14.785	7.386	7.399
- 60 lat i w. (%)	16,8	13,8	19,6	16,4	13,6	19,0	17,4	14,2	20,7
- 60-64	4,3	4,0	4,6	4,4	4,1	4,7	4,0	3,8	4,3
- 65-69	4,1	3,6	4,6	4,2	3,7	4,6	4,1	3,6	4,6
- 70-74	3,7	3,0	4,3	3,5	2,9	4,0	3,9	3,1	4,7
- 75-79	2,6	1,9	3,3	2,4	1,7	3,1	3,0	2,1	3,8
- 80 lat i w.	2,1	1,3	2,8	1,9	1,2	2,6	2,4	1,6	3,3
2005 (w tys.)	38.635	18.743	19.892	23.920	11.386	12.534	14.714	7.356	7.358
- 60 lat i w. (%)	16,9	13,7	19,7	16,8	13,9	19,6	16,7	13,2	20,0
- 60-64	3,9	3,6	4,2	4,1	3,9	4,4	3,4	3,2	3,6
- 65-69	4,0	3,5	4,4	4,1	3,6	4,5	3,8	3,4	4,2
- 70-74	3,6	2,9	4,1	3,5	2,9	4,1	3,6	2,9	4,3
- 75-79	2,8	2,1	3,5	2,7	2,0	3,3	3,0	1,9	3,9
- 80 lat i w.	2,6	1,6	3,6	2,4	1,5	3,3	2,9	1,8	4,0

Ludność w latach (w tys.). Grupy wieku (w %)	OGÓŁEM			MIASTA			WIEŚ		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
2010 (w tys.)	38.788	18.813	19.975	24.179	11.494	12.685	14.609	7.318	7.291
- 60 lat i w. (%)	19,0	15,8	22,0	19,7	16,6	22,6	17,7	14,7	20,8
- 60-64	6,1	5,8	6,4	6,7	6,3	7,0	5,1	5,0	5,3
- 65-69	3,5	3,1	3,9	3,7	3,4	4,1	3,1	2,8	3,4
- 70-74	3,4	2,8	4,0	3,5	2,9	4,1	3,3	2,7	3,8
- 75-79	2,8	2,1	3,4	2,8	2,1	3,4	2,8	2,1	3,6
- 80 lat i w.	3,2	2,0	4,3	3,0	1,9	4,0	3,4	2,1	4,7
2015 (w tys.)	39.005	18.931	20.074	24.508	11.647	12.861	14.497	7.283	7.214
- 60 lat i w. (%)	21,9	18,7	24,7	23,0	19,5	26,1	19,6	17,1	22,3
- 60-64	7,1	6,8	7,3	7,6	7,1	8,0	6,1	6,2	6,1
- 65-69	5,7	5,1	6,0	6,0	5,5	6,5	4,7	4,4	5,0
- 70-74	3,0	2,6	3,5	3,2	2,7	3,7	2,7	2,3	3,1
- 75-79	2,7	2,1	3,3	2,8	2,1	3,4	2,6	2,0	3,2
- 80 lat i w.	3,4	2,1	4,6	3,4	2,1	4,5	3,5	2,2	4,9
2020 (w tys.)	39.003	18.942	20.061	24.702	11.738	12.964	14.301	7.203	7.098
- 60 lat i w. (%)	24,5	21,1	27,5	25,7	21,8	29,0	22,2	19,8	24,5
- 60-64	7,0	6,8	7,2	7,2	6,8	7,5	6,7	6,8	6,6
- 65-69	6,5	6,0	7,0	7,0	6,3	7,6	5,7	5,5	5,8
- 70-74	4,9	4,2	5,5	5,3	4,5	6,0	4,1	3,7	4,6
- 75-79	2,5	1,9	3,0	2,6	2,0	3,1	2,2	1,7	2,7
- 80 lat i w.	3,6	2,2	4,8	3,6	2,2	4,8	3,5	2,1	4,8

Ludność w latach (w tys.). Grupy wieku (w %)	OGÓŁEM			MIASTA			WIEŚ		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
2030 (w tys.)	38.024	18.445	19.579	24.388	11.574	12.814	13.637	6.870	6.767
- 60 lat i w. (%)	26,9	23,4	29,8	27,2	23,3	30,8	25,8	23,6	28,2
- 60-64	5,7	5,7	5,6	5,4	5,4	5,5	6,1	6,2	6,0
- 65-69	5,5	5,3	5,7	5,3	5,0	5,6	5,8	5,7	5,9
- 70-74	6,0	5,3	6,4	6,1	5,3	6,7	5,6	5,3	5,9
- 75-79	4,9	4,0	5,7	5,2	4,2	6,2	4,2	3,7	4,8
- 80 lat i w.	4,8	3,1	6,4	5,2	3,3	6,8	4,1	2,7	5,6

* Źródła opracowania: Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999-2030, Warszawa 2000, s. 27, 35 i nast.; Ludność według płci i wieku w grudniu 1999 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2000; Mały Rocznik Statystyczny Polski, Warszawa 2000, s. 102 i n.; Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, s. 64-65; Ludność według płci i wieku w grudniu 2001 roku. Materiały źródłowe GUS, Warszawa 2002, s. 4-5

Według długookresowych prognoz demograficznych, w 2050 roku liczba ludności Polski obniży się do poziomu 34,7 mln; udział osób w wieku 60 lat i więcej wzrośnie do 35,8 %, a w wieku 65 lat i więcej do 28,4 % w ogólnej strukturze społecznej. Co trzeci Polak będzie w wieku emerytalnym, a w Europie Zachodniej – nawet co drugi mieszkaniec kontynentu.

Struktura demograficzna społeczeństwa polskiego, podobnie jak i na całym świecie, pozostaje w ścisłym związku z rozwojem gospodarczym. Tzw. „odwrócona piramida demograficzna”, czyli ustawiczny wzrost populacji ludzi starych i malejący przyrost naturalny, stały się regułą procesów cywilizacyjnych. O ile zwiększony udział trzeciej generacji w ogólnej strukturze społecznej można uznać za pozytywne zjawisko demograficzne (coraz dłuższe życie wyznaczone jest tak dobrobytem, jak dostępem do opieki medycznej i świadczeń zabezpieczenia społecznego), to malejący wskaźnik dzietności uznać należy za zjawisko negatywne (burzy proporcje rozwoju społecznego, grozi brakiem zastępowalności pokoleń). Coraz większy i przyspieszony spadek dzietności, udział ludzi starych w ogólnej strukturze społecznej określane jest mianem „drugiego przejścia demograficznego”, które zdaniem autorów Raportu UNDP o rozwoju społecznym: „w Polsce i innych krajach transformacji dokona się w okresie kilkakrotnie szybszym niż w krajach zachodnich”.⁸¹

Zdaniem demografów, zjawiska te stanowią dowód dynamicznego rozwoju kraju po upadku systemu totalitarnego, ale przy założeniu, że w 2020 roku na 100 osób w wieku produkcyjnym będzie przypadało 70 w wieku nieprodukcyjnym można przyjąć, że pogłębiająca się deformacja struktury demograficznej z czasem przynieść może poważne obciążenie budżetu państwa wydatkami na cele zabezpieczenia społecznego.⁸²

⁸¹ Raport UNDP o rozwoju społecznym – Polska 1999. Ku godnej, aktywnej starości, Warszawa 1999, s. 10

⁸² W 2000 roku na 100 osób pracujących przypadało 55 niepracujących, w tym dzieci, młodzież i ludzie starzy, a w 2002 roku – na 100 pracujących – 63 w wieku nieprodukcyjnym. Według prognoz ONZ, w 2020 roku ludzie w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce stanowić 26 %; w 2030 roku – 33,3 %, a w 2050 roku aż 50 % ogółu społeczeństwa. Prognozy polskie nie są wprawdzie aż tak drastyczne, ale niezależnie od tego które przewidywania się urzeczywistnią, zawsze wzrost liczebności grupy niepracujących, w tym także bezrobotnych i niepełnosprawnych, skutkować będzie coraz większym obciążeniem osób pracujących, co oznacza brak możliwości obniżenia kosztów pracy, składek na ZUS oraz wzrost wydatków na ochronę zdrowia i pomoc społeczną. E. Olczyk, Kosztowna starość. „Rzeczpospolita” 2002, nr 161 (6238), s. 2–5; B. Szatur-Jaworska, Starość..., op. cit. s. 2

Konsekwencje zmieniającej się struktury demograficznej dotyczyć będą tak gospodarki kraju i budżetów samorządowych, jak małych środowisk lokalnych, rodzin i przede wszystkim tych, którzy wkraczać będą w kolejne fazy starości. To sytuacja, rodząca problemy nawet w najbogatszych krajach. W tych, które są dopiero na etapie organizowania struktur nowoczesnego państwa i wdrażania zasad gospodarki rynkowej – grożąca nawet utratą płynności finansów publicznych. Problem jest o tyle trudny, że presja społeczna utrudnia zmianę prognozy emerytalnego, a rola indywidualnych oszczędności w funkcjonowaniu systemu zabezpieczeń społecznych nadal jest znikoma. Zdaniem Ewy Frątczak „starzenie się społeczeństw będzie miało wpływ na wzrost gospodarczy, poziom oszczędności i konsumpcji, na rynek pracy, na poziom rent i emerytur, a także na system podatków (...) to wyzwanie dla wszystkich instytucji i polityk, które były wcześniej ustanowione, a powinny być zmieniane”.⁸³

Przewidywany w najbliższej dekadzie wzrost liczebności populacji w wieku 60 lat i więcej o 900 tys. osób, a w wieku 65 lat i więcej o 250 tys. spowoduje nie tylko wzrost kosztów na zabezpieczenia emerytalne i opiekę medyczną (w grupie dożywających starości sędziwej wskaźnik niepełnosprawności przekracza 80 %), ale pogłębi istniejące już dysproporcje między wpływami i wydatkami z funduszu ubezpieczeń społecznych. Ludzi starych będzie coraz więcej, a młodych coraz mniej. Bez przesunięcia odpowiedzialności za jakość życia odchodzących na emerytury na nich samych, na ich rodziny i bliskich – aktywni zawodowo nie zdołają unieść obciążeń fiskalnych, zwiększanych dla zachowania płynności finansów publicznych. Bez konstruktywnych i szybkich rozwiązań systemowych, służących odciążeniu państwa w finansowaniu świadczeń emerytalnych i kształtowaniu indywidualnej przezorności, oszczędzania, przygotowania się do życia na emeryturze – finansom państwa grozić będzie zapaść, rynkowi pracy regres, społeczeństwu coraz większa pauperyzacja i polaryzacja, wzmacniana międzygeneracyjnymi konfliktami.

Prognostycy zmian demograficznych w Polsce, do 2030 roku za podstawę obliczeń przyjęli jeden z najbardziej optymistycznych wariantów zmian, jakie nastąpią w przyszłości: wzrost dzietności kobiet, przyrost ludności ogółem i ustawiczny wzrost średniego czasu trwania życia. Założono, że:

⁸³ Cyt. za E. Olczyk, op. cit., s. 5

- najbliższe lata przyniosą stabilizację warunków społeczno-gospodarczych, wzrost poziomu życia, a w konsekwencji i stabilizację poziomu dzietności kobiet, nawet wtedy, jeżeli zgodnie z europejskimi tendencjami średni wiek matek ulegnie przesunięciu powyżej 25 roku życia;
- nastąpi spadek umieralności, średnia czasu trwania życia ulegnie dalszemu przedłużeniu do 81 lat dla kobiet i 74 lat dla mężczyzn;
- w 2003 roku Polska znajdzie się w strukturach Unii Europejskiej, w wyniku czego nastąpi wzrost gospodarczy, przyrost miejsc pracy w miastach i nasilenie migracji: wewnętrznej ze wsi do miast oraz zagranicznej, związanej z poszukiwaniem miejsc pracy i powrotami do kraju Polaków przebywających za granicą.

Obserwacja wydarzeń z lat 2000–2002 pozwala na wyrażenie pewnego sceptycyzmu wobec tych założeń, choćby ze względu na przesunięcie terminu integracji z Unią na rok 2004. Także spadek umieralności wśród osób w starszym wieku wydaje się wręcz niemożliwy w sytuacji drastycznych ograniczeń w dostępie tej grupy społecznej do leczenia, leków, rehabilitacji i szeroko rozumianej ochrony zdrowia.⁸⁴ Projekcja umieralności z pewnością jest zbyt optymistyczna. Zarówno kondycja polskiej służby zdrowia, jak i warunki życia ludzi starych w Polsce sugerują raczej, że w najbliższych latach, po spadku umieralności w latach 1992–1998, ponownie nastąpi jej wzrost. Średnia długość życia jest wypadkową wielu czynników, a za najważniejsze z nich należy uznać: poziom życia, dostęp do ochrony zdrowia i poziom kultury zdrowotnej. Na tych obszarach w Polsce istnieje jednak wiele, trudnych do szybkiego wyeliminowania, zapóźnień i braków.

Problem starzenia się świata, określany mianem „rewolucji demograficznej”, od kilkudziesięciu lat absorbuje uwagę organizacji międzynarodowych. Pierwsza debata na forum ONZ odbyła się w 1948 roku w Argentynie, a następna w 1969 roku na Malcie. W 1982 roku ONZ zwołała w Wiedniu Światowe Zgromadzenie na temat Starości. Tam też, dla podkreślenia rangi problemu, przyjęto Proklamację na Temat Seniorów, będącą zarysem praktycznych działań na poziomie globalnym, regionalnym, ogólnokrajowym i lokalnym. Długowieczność uznano za największe wyzwanie XX wieku. II Światowe Zgromadzenie ONZ na temat Starzenia się Społeczeństw odbyło się w 2002 roku w Madrycie, stolicy

⁸⁴ Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999–2030, op. cit., s. 7–15

Hiszpanii, przewodniczącej wówczas Unii Europejskiej. Przyjęto tam Raport Sekretarza Generalnego ONZ w sprawie naruszania praw osób starszych, omówiono ich sytuację życiową w okresie transformacji ustrojowej i w konsekwencji opracowano Regionalną Strategię Wdrażania Międzynarodowego Planu Działań w Sprawie Starzenia się Społeczeństw, wskazując na priorytetowe kierunki działań politycznych, jakie powinny być podejmowane na rzecz zmiany warunków życia populacji ludzi starych. Przyjmując, że starzenie się społeczeństw dotyczy przede wszystkim Ameryki Północnej i Europy, w tym głównie państw wchodzących w skład Unii Europejskiej, uznano, że wspólnym celem jest zbudowanie „społeczeństwa dla osób każdego wieku” (*society for all ages*).⁸⁵ Podjęto szereg ważnych zobowiązań, z których za cenne należy uznać zarówno globalne: włączenia kwestii starzenia się do stałych elementów tworzenia i realizacji polityki państw członkowskich (*mainstreaming*), jak i takie szczegółowe jak: wspierania, w odpowiedzi na starzenie się ludności, zrównoważonego wzrostu gospodarczego, którego pozytywne skutki odczuwane byłyby przez wszystkie grupy społeczne; dostosowania rynku pracy do społecznych i gospodarczych konsekwencji starzenia się społeczeństw; wzmacniania systemów bezpieczeństwa socjalnego; dążenia do zapewnienia osobom w każdym wieku wysokiej jakości życia oraz niezależności życiowej, włączając w to zdrowie oraz dobrobyt, poprzez odpowiedni poziom usług socjalnych oraz zdrowotnych; zapewnienia pełnej integracji i uczestnictwa osób starszych w życiu społeczeństwa.

Polska podjęła apel, działania rozpoczynając od upowszechniania treści Planu z Madrytu⁸⁶ wśród przedstawicieli środowisk naukowych, samorządowych i pozarządowych oraz w wyniku tychże spotkań opracowu-

⁸⁵ Drugie Światowe Zgromadzenie ONZ na temat Starzenia się Społeczeństw. Madryt, Hiszpania 8–12 kwietnia 2002 roku, www.inic.un.org/pl/ageing/info.php

⁸⁶ Regionalna Strategia Wdrażania Międzynarodowego Planu Działań obejmuje pakiet dziesięciu zobowiązań szczegółowych. Zainteresowanie przenoszeniem ich na grunt polski zawarte zostało w Deklaracji, podjętej przez uczestników konferencji nt. „Starzenie się społeczeństw: problem międzynarodowy, problem polski”, zorganizowanej we wrześniu 2002 roku przez MPiPS oraz Biuro Koordynatora Systemu ONZ w Polsce, przed jesienną konferencją Europejskiej Agendy Społecznej ONZ w Berlinie. Pełny tekst zobowiązań międzynarodowych (w:) Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002

jąc tekst Deklaracji, potwierdzającej zainteresowanie wdrażaniem międzynarodowych ustaleń przedstawicieli wiodących dla ich realizacji środowisk. Taką reakcję można oceniać w kategorii swobodnego przełomu, jako że wcześniej wszelkie ustalenia podejmowane przez społeczność międzynarodową miały jedynie charakter deklaracji, które nie skutkują prawnie, rzadko znajdując też odbicie w konkretnych działaniach praktycznych. Oceniając efekty, jakie na przykład: przyniósł światu rok 1999 – ogłoszony przez ONZ „Międzynarodowym Rokiem Seniorów”, można nawet zaryzykować stwierdzenie, że międzynarodowe akcje nigdy w zasadzie nie przekładały się na radykalne, bądź choćby zauważalne, zmiany w warunkach życia ludzi starych na świecie. Ich charakter był bardziej spektakularny, niż praktyczny, bowiem o ile poprawiały samopoczucie kreatorów życia politycznego i społecznego, to pozostawały bez wpływu na jakość życia tych, którym je poświęcano.

Przygotowania do poszerzenia struktur Unii Europejskiej i przyjęcia do niej nowych członków wiązały się z koniecznością zdiagnozowania przez Komisję Europejską sytuacji demograficznej w krajach „Piętnastki”. Raport ogłoszono wiosną 2002 roku w Madrycie, w czasie trwania światowego zgromadzenia poświęconego starzeniu się społeczeństw.⁸⁷ Wynikało z niego, że w latach 2001–2005 wydatki budżetowe związane ze starzeniem się ludności (emerytury, usługi i opieka medyczna) mogą wzrosnąć w krajach Unii nawet do 5 % PKB. Nadmierne obciążenie finansów publicznych może w konsekwencji nie tylko obniżyć poziom wzrostu gospodarczego, ale nawet zagrozić stabilności budżetowej państw członkowskich. Przechodzenie na emerytury kolejnych roczników spowoduje też ustawiczne „pustoszenie” rynku pracy z populacji aktywnej zawodowo. Według prognoz demograficznych, najbliższe lata przyniosą w Unii 25 % wzrost liczebności grupy w wieku 50–64 lata i 20 % spadek liczebności populacji w wieku 20–29 lat. Autorzy Raportu założyli, że jeżeli zdiagnozowane trendy demograficzne utrzymają się, to za 50 lat liczba pracujących w krajach Unii zmniejszy się o prawie 40 mln osób, a na każdego emeryta w wieku powyżej 65 lat pracować będą tylko dwie osoby aktywne zawodowo, czyli mieszczące się w przedziale 15–64 lata.

⁸⁷ Światowe Zgromadzenie organizowane jest pod auspicjami ONZ. W 2002 roku jego współorganizatorem była Hiszpania, z racji przewodnictwa w Unii Europejskiej; www.cie.gov.pl z 2002 roku

W 2002 roku proporcje te wynosiły: cztery osoby pracujące na jednego emeryta. Zdaniem ekspertów unijnych, jedyną skuteczną odpowiedzią na starzenie się społeczeństw może być reforma systemu ubezpieczeń społecznych i emerytalnych oraz przedłużenie wieku aktywności zawodowej.

W krajach „Piętnastki” średni wiek odchodzenia na emeryturę waha się w granicach od 58 do 65 lat, przy czym w zasadzie żaden kraj nie jest skłonny do czynienia, w ramach akceptowanych przez społeczeństwo uprawnień, jakichkolwiek zmian. Za przykład można podać Francję, która nawet w czasie szczytu UE, jaki odbył się w marcu 2002 roku w Barcelonie, zdecydowanie sprzeciwiła się zmianie ustawowego progu emerytalnego na poziomie 60 lat. W konsekwencji podjęto wówczas jedynie zobowiązanie, że w najbliższym czasie średnia wieku odejścia na emeryturę w krajach Unii zwiększy się o 5 lat. Pojawia się zatem pytanie, czy poszerzenie struktur o kolejne kraje Europy Centralnej i Wschodniej pogłębi, czy też poprawi trudną sytuację na europejskich rynkach pracy? Jak wynika z analiz demograficznych, udział ludzi starych w ogólnych strukturach społecznych państw kandydujących do Unii Europejskiej w 2002 roku był mniejszy niż wśród wchodzących w skład „Piętnastki”, ale przy utrzymujących się tendencjach spadku wskaźnika przyrostu naturalnego i dalszego wydłużania średniej trwania życia, za 50 lat rozkład demograficzny ludności we wszystkich tych krajach zunifikuje się do obecnie istniejącego w Europie Zachodniej. Od lat wiadomo, że rozszerzenie Unii na Wschód nie tylko jej nie „odmłodzi”, ale i nie rozwiąże jednego z najpoważniejszych problemów współczesności, czyli rosnących kosztów starzenia się społeczeństw.

W krajach postkomunistycznych, gdzie system emerytalny jest w trakcie wdrażania, bądź nie został w ogóle wprowadzony, odchodzący na emerytury muszą być utrzymywani przez aktywnych zawodowo. Kosztowny solidaryzm międzypokoleniowy nie bez powodu budzi kontrowersje wśród obydwu grup. Próg wieku emerytalnego, ustalony na poziomie 65 lat jeszcze za czasów kanclerza Niemiec Otto Bismarcka, wymaga zmian, choćby z tego względu, że średnia trwania życia uległa istotnemu wydłużeniu, w krajach bogatych nawet o 25–30 lat. Oznacza to, że po przejściu na emeryturę statystyczny obywatel ma przed sobą przynajmniej 1/4 życia i o ile w krajach o utrwalonych zasadach samo-

dzielnego kumulowania kapitału na swoją starość – utrzymuje się on ze swoich oszczędności, to w krajach, gdzie fundusze emerytalne są dopiero na wstępnym etapie funkcjonowania na rynku – za jego utrzymanie odpowiedzialne jest państwo, czyli całe społeczeństwo.

W Polsce najważniejszą odpowiedzią na wyzwania demografii było wprowadzenie w 1999 roku reformy systemu emerytalnego, a w 2002 roku, po II Światowym Zgromadzeniu ONZ w Madrycie, podjęcie prac nad wypracowaniem planu działań, dostosowanych do specyfiki europejskiej i zobowiązań zawartych w Regionalnej Strategii Działania.⁸⁸

W Polsce, u progu XXI wieku odejście od tradycyjnego systemu emerytalnego stało się koniecznością i wyzwaniem współczesności, tym bardziej że oczekiwane skutki reformy mogły nastąpić nie wcześniej jak po 20–25 latach od jej wprowadzenia. Szczególnie ważne było uruchomienie III filara ubezpieczeń, dającego największe szanse na ekonomiczną samodzielność przyszłych pokoleń emerytów. Najtrudniejszy miał być okres przejściowy, kiedy z rynku pracy miały odchodzić setki tysięcy uprawnionych do świadczeń emerytalnych, powodując ogromne obciążenia dla budżetu. Zakładano, że w kolejnych latach transformacji bezrobocie prawdopodobnie spadnie, ale obniżenie kosztów pracy może okazać się rozwiązaniem niemożliwym, jako że przynajmniej do 2030 roku przewidywany jest stały wzrost liczebności populacji ludzi starych.

Starość demograficzna, do niedawna kojarzona z państwami dobrobytu, w niedalekiej przyszłości może stać się udziałem zarówno krajów biednych, jak i tzw. „rozwijających się”, bądź też budujących nową jakość systemową i społeczną. Różne jest jedynie tempo, w jakim zjawisko rozprzestrzenia się po całym świecie. Na przykład: we Francji wzrost udziału ludzi w wieku 65 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej z 7 % do 14 % trwał ponad 100 lat, a w Chinach przewidywany jest już po 30 latach. Można zaryzykować tezę, że kraje biedne (poza wyjątkami, gdzie kwestie demograficzne stanowią konsekwencję mniej lub bardziej ortodoksyjnej kultury religijnej) z reguły starzeją się szybciej, niż bogate,

⁸⁸ W strategii regionalnej, prezentowanej na konferencji ONZ w Berlinie we wrześniu 2002 roku, wiele miejsca poświęcono symulacji ewolucji sytuacji demograficznej w Polsce, zadaniom stojącym przed polityką społeczną oraz problemom uspołecznienia kwestii starości i starzenia się. Materiały na konferencję MPiPS oraz Biura Koordynatora Systemu ONZ w Polsce nt. „Starzenie się społeczeństw – problem międzynarodowy, problem polski”. Warszawa 2002

bowiem są bardziej podatne na internalizowanie trendów depopulacyjnych. Trudniej im też, z powodu choćby braku środków na prowadzenie skutecznej polityki prorodzinnej, odzyskiwać równowagę gwarantującą zastępowalność pokoleń i stabilność na rynku pracy. Społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się współczesnych społeczeństw absorbują uwagę całego świata. Coraz liczniejsza populacja ludzi starych, zarówno w krajach Unii, jak i na innych kontynentach (w Azji, Ameryce Łacińskiej), zmusza rządy poszczególnych państw do podejmowania trudnych kwestii jej ochrony zdrowotnej i socjalnej. Nasuwa się pytanie: „czy współczesna cywilizacja przygotowana jest na zmiany demograficzne, czy wszystkie kraje nacechowane postępującym starzeniem społeczeństwa są w stanie sprostać wyzwaniom nie tylko współczesności, ale o wiele trudniejszej przyszłości?” Według WHO, już teraz konieczne jest przygotowywanie i sukcesywne wdrażanie specjalnych programów zdrowotnych na rzecz ludzi starych, w tym głównie kobiet, których średnia trwania życia na całym świecie jest o kilka lat wyższa od średniej życia mężczyzn. Pół wieku wcześniej większość ludzi umierała w wieku 50–60 lat; w 2000 roku średnia długość życia wzrosła do 65 lat, a według szacunków WHO, w 2020 roku w wielu krajach Europy przekroczy poziom 70 lat. I tam właśnie, gdzie średnia długość życia należy do najwyższych w świecie, od lat prowadzona jest polityka, którą nazwać można „kompleksowym wsparciem społecznym trzeciego pokolenia”. Dążenie do ustawicznego podnoszenia jakości usług (medycznych, opiekuńczych, socjalnych) adresowanych do coraz liczniejszej populacji najstarszych, nierzadko skutkuje tzw. „siwieniem budżetów społecznych”.⁸⁹ Jednak nawet wtedy, gdy stan finansów publicznych nie pozwala na realizację wszystkich potrzeb – polityka wypełniania obszarów niedostatku odpowiednimi treściami nadal jest realizowana, choć rozłożona w czasie, bardziej ukierunkowana na aktywizację środowisk lokalnych i stymulowanie działań samopomocowych.

Prospektywizm i skuteczność działań podejmowanych w ramach polityki społecznej wobec starości wynikają z konsekwentnego przestrzegania reguł stałego monitorowania prognoz demograficznych i sytuacji życiowej ludzi starych. Na przykład: w Japonii, gdzie udział ludzi w wieku 65 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej w 2000 roku osiągnął po-

⁸⁹ Cyt. za B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...* op. cit., s. 9

ziom 17 %, a według prognoz, w 2020 roku średnia długość życia wzrosnie do 80 lat – obok popularnych domów opiekuńczo-leczniczych, którymi zastąpiono tam mało popularne „getta”, czyli domy pomocy społecznej, od lat realizowane są programy organizacji czasu wolnego ludzi starych, w ramach których funkcje integracyjne łączy się z edukacyjnymi, kompensacyjnymi i afiliacyjnymi.

Dla kreowania godnego życia ludzi starych zarówno w Polsce, jak i w całym, ustawicznie starzejącym się świecie, w tym głównie Europy, potrzebna jest międzypokoleniowa solidarność. Solidarność rozumiana w kategoriach nadania jednakowej rangi prawu do pracy ludziom młodym i prawu emerytów do godziwego zabezpieczenia społecznego. Tu nie powinno być miejsca na rywalizację, na antagonizowanie pokoleń poprzez odbieranie środków jednym w celu przekazania ich innym. To błąd, za który historia może bardzo krytycznie ocenić kreatorów sceny społeczno-politycznej. Zadanie polega zatem na ustawicznym, choć w sytuacji trudności gospodarczych i narastającej starości demograficznej, niełatwym poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających nie tylko zwalczaniu bezrobocia, ale i umożliwianiu obywatelom wyboru, co do sposobu zabiegania o jakość swego życia.

2. Starość w wymiarze jednostkowym – jako faza życia

Starość jest naturalną fazą życia, następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się. Nazwana przez Jerzego Piotrowskiego „kończącą tercją życia”,⁹⁰ utożsamiana jest ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych, ograniczeniem zdolności przystosowywania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjo-ekonomicznym – nierzadko też z pauperyzacją, samotnością, koniecznością korzystania z pomocy innych i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego. Wiązane z nią ograniczenia biopsychiczne, deficyty zdrowotne i sprawnościowe powodują, że z reguły wpisywana jest w stereotyp degradacji zarówno biologicznej, jak i społecznej. Jej wymiar, czas trwania i jakość nie poddają się jednak żadnym uogólnieniom, uproszczeniom, schematom, czy statystycznym wskaźnikom. Jest zróżnicowana osobniczo, implikowana długotrwałym, rozło-

⁹⁰ J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Warszawa 1973, s. 38

żonym w czasie nawet kilkudziesięciu lat, procesem starzenia się. Starzenie natomiast, jako etap życia i rozwoju, choć nieunikniony, może mieć różny przebieg i charakter. Inna zatem jest starość następująca w wyniku starzenia pomyślnego; inna w wyniku starzenia fizjologicznego i jeszcze inna w sytuacji starzenia patologicznego.⁹¹

Indywidualne zróżnicowanie przebiegu starości utrudnia jednoznaczne wyznaczenie jej początkowego progu i, nacechowanych pogłębiającymi się deficytami, kolejnych faz. Wiadomo natomiast, że jej wymiar i czas trwania określają zarówno czynniki biologiczne, jak i społeczne.

W epoce żelaza i brązu za starca uważano osobę w wieku 40 lat; w starożytnej Sparcie gerontów, czyli sędziwych starców wybierano spośród tych którzy ukończyli 60 lat, a obecnie za granicę starości sędziwej przyjmuje się 80 lub nawet 90 rok życia. Rozumienie istoty starości zależy zarówno od maksymalnej i średniej długości życia, jak i przeciętnego dalszego jego trwania, a te, wraz z historią ludzkości, warunkami życia i rozwojem medycyny, ulegają ustawicznym zmianom.⁹² Na przykład: średnia długość życia, szacowana przez Edwarda Rosseta na 20 lat dla ludów pierwotnych; 30 lat dla okresu średniowiecza i około 45 lat dla Europy XIX wieku – w połowie lat siedemdziesiątych XX wieku osiągnęła poziom około 70 lat.⁹³ Jeszcze w latach pięćdziesiątych za granicę starości przyjmowano 60 lat, a od co najmniej dwudziestu lat gerontologia umiejscawiają ją między 65 i 70 rokiem życia. O tym, że wszelkie

⁹¹Starzenie pomyślne oznacza wolny od chorób, optymalny przebieg procesu, stymulowany pozytywnym wpływem środowiska, niewielkimi deficytami w sferze psychospołecznej; starzenie fizjologiczne, zwane naturalnym lub zwyczajnym, to proces postępujących deficytów zgodnie z wiekiem chronologicznym, równomiernie rozłożony w czasie i determinowany czynnikami genetycznymi oraz środowiskowymi, pozbawionymi patologii; natomiast starzenie patologiczne oznacza przyspieszony spadek sprawności, funkcji organizmu, powodując tym samym przedwczesną śmierć. Źródła patologicznego starzenia mogą tkwić w chorobach, czynnikach psychologicznych (smutek samotności) lub środowiskowych

⁹²Maksymalna długość życia (*maximum life span*) to wskaźnik określający optymalny wiek, jakiego człowiek może dożyć w danym okresie historycznym, współcześnie szacowany na 125 lat; średnia długość życia to uśredniony wiek wszystkich osób (w tym także noworodków) zmarłych w określonym przedziale czasu, np. jednego roku; przeciętne dalsze trwanie życia (*life expectancy*) to przewidywany czas dalszego trwania życia w poszczególnych grupach wiekowych mężczyzn i kobiet. W. Pędich, *Ludzie starzy*, Warszawa 1996, s. 11

⁹³E. Rosset, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, Warszawa 1967

granice starości mają charakter umowny świadczy fakt, że przez ostatnie 30 lat, w różnych badaniach i opracowaniach, wiązano je z wiekiem obejmującym piętnastoletni przedział: od 55 do 70 lat. Zdaniem Wojciecha Pędicha, brak jednoznacznej interpretacji doprowadził do uzyskania nieporównywalnych wyników, uniemożliwiając tym samym prowadzenie rzetelnych analiz porównawczych.⁹⁴

W ramach podejmowanych prób sprecyzowania pojęcia „początku starości” Stefan Klonowicz wyróżnił dwie kategorie: wiek kalendarzowy (chronologiczny, astronomiczny, wyznaczany latami życia) i wiek biologiczny (funkcjonalny, wyznaczany zindywidualizowanymi cechami osobniczymi). Klasyfikację tę uzupełniła Lucyna Frąckiewicz, proponując cztery granice wyznaczające starość: chronologiczną, biologiczną, prawną (ustawowy próg wieku emerytalnego) i ekonomiczną (odejście od aktywności zawodowej, spadek dochodów).⁹⁵ Można tu jeszcze dodać granicę społeczną, jako że nie zawsze przekroczenie czterech wyżej wymienionych ogranicza pełnienie ważkich ról społecznych, aktywność twórczą i społeczną.⁹⁶ I choć wszystkie wskazane kryteria są niezmiernie ważne dla diagnozowania przebiegu trzeciej trzecji życia w nowej rzeczywistości społecznej, to z uwagi na płynność i trudności pomiaru, dla celów analiz porównawczych ostatecznie przyjęto granice wieku chronologicznego, pozostawiając je w ramach 60–65 lat. Co do etapów, kolejnych faz starości, w literaturze przedmiotu spotkać można klasyfikacje oparte na pięć, dziesięć lub nawet

⁹⁴ W. Pędich, Uwagi dotyczące specyfiki badań populacji ludzi starszych. „Gerontologia Polska” 1998, nr 2, s. 3

⁹⁵ S. Klonowicz, Starzenie się ludności. (w:) Encyklopedia Seniora, Warszawa 1986, s. 35; L. Frąckiewicz, Miejsce człowieka starego w rodzinie. (w:) Rodzina. Społeczeństwo. Gospodarka Rynkowa. Pod red. J. Kroszela, Opole 1995, s. 169

⁹⁶ Już tylko historia Polski dostarcza wielu przykładów wielkiej aktywności społecznej ludzi w podeszłym wieku, czasem o ograniczonej sprawności biologicznej, ale nie intelektualnej: Ludwik Solski (1855–1954) – wszechstronny aktor i reżyser – nawet w wieku 99 lat nie zrezygnował z aktywności, występując na scenie teatru krakowskiego; Tadeusz Kotarbiński (1886–1981) – filozof, logik, prakseolog – nauczyciel oddany swym uczniom, aktywny do ostatnich dni życia; Kazimierz Michałowski (1901–1980) – światowej sławy archeolog, egiptolog, historyk sztuki – do końca życia brał udział w ekspedycjach archeologicznych do Azji i Afryki; Jerzy Giedroyc (1906–2001) – twórca, wydawca i redaktor naczelny paryskiej „Kultury” – aktywny, sprawny intelektualnie, obecny w mediach międzynarodowych aż do śmierci, czy Papież Jan Paweł II – entuzjastycznie przyjmowany we wszystkich regionach kultur i religii świata – mimo ogromnych deficytów zdrowotnych, niestrudzenie wypełniający swą życiową misję „Pielgrzyma Świata”

piętnastoletnich przedziałach czasowych. Ustalanie podokresów starości według wieku metrykalnego wyznaczane jest z reguły celem badań. Na przykład: przy diagnozowaniu poziomu sprawności stosuje się przedziały pięcioletnie; przy przewidywaniu czasu dalszego trwania życia – przedziały dziesięcioletnie, a przy określaniu liczebności poszczególnych grup wiekowych – przedziały roczne.

Przy uwzględnianiu kryterium aktywności zawodowej, w Polsce trzecią tercję życia utożsamia się z wiekiem poprodukcyjnym. Starość kobiet mieści się wówczas w przedziale wieku 60–79 lat; mężczyzn w przedziale wieku 65–79 lat, a starość sędziwa dla obydwu płci – w wieku 80 lat i więcej. Powszechnie przyjęty podział na wczesną i późną starość opiera się jednak najczęściej, choć nie zawsze, na granicy wieku 75 lat. Dla przykładu: demografowie, zajmujący się prognozowaniem procesu starzenia społeczeństw Europy, najczęściej posługują się podziałem dziesięcioletnim, czyli stosują kryteria: młodszego wieku poprodukcyjnego (60–69 lat), starszego wieku poprodukcyjnego (70–79 lat) i starości sędziwej (po przekroczeniu 80 roku życia).⁹⁷ Natomiast Wojciech Pędich, wychodząc z założenia, że niewielkie przedziały wiekowe nie dają w badaniach gerontologicznych wyraźnych różnic między uzyskiwanymi wynikami, proponuje wprowadzenie podokresów piętnastoletnich: 60–74 lata – wczesną starość („*young old*”), 75–89 lat – późną starość („*old old*”) oraz 90 lat i więcej – długowieczność („*longlife*”).⁹⁸ Podział ten, nawet przy założeniu, że ludzie starzy nie stanowią jednolitej, homogenicznej grupy zarówno pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej, jak i sytuacji życiowej, społecznej oraz ekonomicznej, pozwala na wyeksponowanie najważniejszych cech, znamienne dla następujących po sobie faz starości. We wczesnej starości większość osób zachowuje sprawność zarówno fizyczną, jak i umysłową, a w krajach o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego – także samodzielność ekonomiczną.

⁹⁷ P. Szukalski, Proces starzenia się społeczeństw Europy: spojrzenie perspektywiczne. „Gerontologia Polska” 1998, nr 6 (2), s. 52; Zdaniem T. Kowalaka, „do osób starych zaliczamy te, które przekroczyły wiek produkcyjny (...) w odniesieniu do nich stosuje się określenia «osoby w starszym wieku» i «ludzie starsi»”. Por. T. Kowalak, Polityka społeczna, op. cit., s. 87

⁹⁸ W. Pędich, Ludzie starzy, op. cit., s. 7

Faza pełnej starości z reguły niesie stopniową redukcję sprawności, mobilności, aktywności i niezależności, a późnej starości – rozległe, wielopłaszczyznowe ograniczenia, wymagające pomocy i opieki innych. Zdaniem wymienionego autora „przedstawicielei najstarszej generacji często cechuje konserwatyzm, słaba zdolność akceptacji jakichkolwiek zmian, podejrzliwość, lęki, osłabiona pamięć i skłonność do introwersji, depresji, psychicznego „rozchwiania”, po przekroczeniu 75 lat zaledwie 9,4 % osób ocenia też swój stan zdrowia pozytywnie, a starość większości ludzi ma przebieg niepomyślny, jest okresem malejącej sprawności życiowej, pogarszającej się sytuacji ekonomicznej oraz zmniejszania się pozycji społecznej.”⁹⁹ Do takich radykalnych ocen skłaniają zapewne wyniki badań przekrojowych, prowadzonych wśród reprezentatywnych prób wytypowanych z dużych zbiorowości. Aby je przyjąć, trzeba jednak uwzględnić, coraz częściej stosowany przez gerontologów, podział na „trzeci wiek” i „czwarty wiek”.¹⁰⁰ Ten ostatni oznacza późną starość, zmniejszenie możliwości i rezerw organizmu, osłabienie pamięci, problemy z kontrolowaniem ciała, co z reguły związane jest z przekroczeniem 80 roku życia. I o ile przebieg pierwszego etapu implikowany jest czynnikami społeczno-ekonomicznymi, kondycją, aktywnością, wykształceniem, dostępem do opieki zdrowotnej; to na drugim etapie czynniki społeczne stają się mniej ważne, bo tempo starzenia (porównywalne w grupach rówieśniczych) wyznacza zapis ludzkiego genomu. Należy jednak pamiętać, że istnieje granica błędu statystycznego, a każde uogólnienia powinny uwzględniać też wyjątki. Z pewnością należy do nich zaliczyć kondycję psychofizyczną coraz liczniejszej populacji stulatków. Długowieczność, która wraz z rozwojem cywilizacji przestała być mitem, nie zawsze bowiem tożsama jest

⁹⁹ Tamże, *passim*

¹⁰⁰ W Niemczech czwarty wiek umiejscawiany jest w granicach wieku 75–80 lat. Identyfikuje się go wówczas, gdy umiera 50 % danego rocznika. Zdaniem Paula B. Baltesa (współczesnego niemieckiego psychologa i gerontologa, realizatora berlińskiego, interdyscyplinarnego projektu badawczego poświęconego starzeniu się ludzi po przekroczeniu 75 lat), o ile w trzecim wieku ludzie starzeją się w różnym tempie, to czwarty wiek oznacza jednakowy proces biologicznego starzenia się dla wszystkich z danego rocznika. Organizm jest słaby, podatny na choroby, pogłębia się dysfunkcyjność, a układ genetyczny nie pomaga w jej zwalczaniu, www.case.com.pl

z demencją i fizjologiczną wegetacją.¹⁰¹ Biorąc jednak pod uwagę niekwestionowaną niehomogenność starości, trzeba przyjąć, że uogólnienia i wszelkie formy „uśredniania” danych pozyskanych w toku działań eksploracyjnych nie tylko unifikują, ale i w specyficzny sposób „rozmywiają” faktyczny wymiar trzeciej tereji życia w kategoriach indywidualnych i środowiskowych.

Nie kwestionując ani rangi, ani też potrzeby prowadzenia systematycznych analiz statystycznych, badań porównawczych i przekrojowych, należy jednak stwierdzić, że jedyną metodą pozwalającą na rzetelne zdiagnozowanie rozległych obszarów uwarunkowań i przebiegu starości jednostkowej jest metoda biograficzna. Trudna, czasochłonna, ale coraz chętniej stosowana w badaniach społecznych, jako że będąca jedynym sposobem na zarejestrowanie niepowtarzalnych scenariuszy, jakie tylko życie potrafi napisać każdemu człowiekowi z osobna.¹⁰² Ludzie starzy żyją w różnych środowiskach, kulturach, klimatach, różne też mają predyspozycje genetyczne, różny poziom i styl życia, zatem nawet jeżeli przynależą do tej samej grupy wieku kalendarzowego, ich wiek funkcjonalny może różnicować się nawet w obrębie kilkudziesięciu lat.

Syntetyzując treść teorii, wyjaśniających przyczyny stopniowego wygasania i zanikania funkcji organizmu oraz wskazujących na różne źródła starości,¹⁰³ można przyjąć, że przebieg procesu starzenia się i osta-

¹⁰¹ W latach 1998–1999 w Polsce żyło 1951 stulatków. Najwięcej w Warszawie (400 osób) i w woj. podlaskim, a najmniej w woj. świętokrzyskim. Według M. Mossakowskiej, koordynatora programu badania polskich stulatków, nikt z żyjących przedstawicieli pokolenia długowiecznych nie nadużywał leków, a większość z nich wspomagała jedynie funkcje organizmu suplementami mineralnymi, witaminami. Długie życie zawdzięczali zatem nie tyle medycynie i farmakologii, co stylowi życia i predyspozycjom genetycznym. W tym samym czasie w Wielkiej Brytanii, gdzie preferowane jest hasło „aktywne życie to dobre życie”, populacja samych tylko kobiet w wieku 100 i więcej lat przekraczała 4 tys. osób; www.polityka.home.pl; www.case.com.pl

¹⁰² Warto tu wskazać choćby takie nowatorskie i ciekawe opracowania, przygotowane na podstawie badań jakościowych, jak: Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie... op. cit.; Style życia w starości. Pod red. O. Czerniawskiej, Łódź 1998; Lata tłuste, lata chude... op. cit.,

¹⁰³ Warto tu wymienić choćby takie jak: teoria zużycia organizmu, teoria przypadków, aktywności, odpowiedników, wyłączenia, deprivacji, stratyfikacji wieku, modernizacji, wymiany, społecznego naznaczenia. Szerzej na ten temat: B. Synak, Ludzie starzy. (w:) Encyklopedia socjologii, tom 2, Warszawa 1999, s. 144–146; E. Trafialek, W poszukiwaniu źródeł starości. „Gerontologia Polska” 1996, tom 4, nr 1, s. 20–29

teczny koloryt samej starości w równej mierze wyznaczają czynniki społeczno-demograficzne, kulturowe, ekonomiczne, co zdrowotne i psychiczne. Ponieważ nie ma czytelnych, bezpośrednich relacji i zależności między wiekiem biologicznym, a sprawnością i mobilnością, ważnym wskaźnikiem pomiaru jakości życia jednostkowego jest także aktywność, zakres uczestnictwa w życiu społecznym, status, prestiż oraz kondycja psychiczna, czyli tzw. „poziom dobrostanu”, w badaniach formułowany w kategoriach samooceny. Wprawdzie najbardziej pomyślny przebieg procesu starzenia nie może całkowicie zapobiec ani ostatecznej śmierci, ani też deficytom organizmu stymulowanym zegarem biologicznym, to w zasadniczy sposób może przedłużyć i wzbogacić samodzielnością, aktywnością, elastycznością, dobrym samopoczuciem, poczuciem użyteczności każdą z kolejnych faz życia.

Mimo jednostkowego wymiaru starzenia się i starości osobniczej, istnieje katalog, naukowo zweryfikowanych czynników psychospołecznych, które warunkują jakość i długość życia. Najważniejsze z nich to: poziom zaradności życiowej, świadomość wpływu na kierowanie swym życiem, kondycja psychiczna, zakres i charakter interakcji społecznych z rodziną i środowiskiem lokalnym oraz styl życia. W licznych badaniach naukowych, prowadzonych na całym świecie udowodniono, że przeciętne dalsze trwanie życia ludzi w starszym wieku warunkowane jest zarówno czynnikami zdrowotnymi, jak i psychospołecznymi. W dużej mierze zależy od płci, stanu cywilnego, wykształcenia, prestiżu społecznego i postawy przyjmowanej wobec własnej starości.¹⁰⁴

Wszystkie żywe organizmy w toku rozwoju podlegają nieuchronnym procesom, które uznać można za powolne, acz ustawiczne starzenie się, a mimo to ani młodość, ani dorosłość w kulturze współczesnego świata nie niosą tyłu pejoratywnych skojarzeń co starość. Może dlatego, że to ostatnia faza, symbolizująca kres, schyłek, a może dlatego, że mimo iż średni czas trwania życia uległ wyraźnemu wydłużeniu, to postęp nie zdołał całkowicie wyeliminować ryzyka konsekwencji związanych z podeszłym wiekiem (niepełnosprawności, zagrożenia chorobami wieku star-

¹⁰⁴ J. S. House, J. M. Lepkowski i inni, Ageing and health. „J. Health and Social Behavior” 1994, No 35; G. A. Kaplan, T. W. Wilson i inni, Social Functioning and Overall Mortality, „Epidemiology” 1994, No 5; G. A. Kaplan, T. E. Seeman i inni, Mortality among the Elderly in the Alameda County Study, „Behavioral and Demographic Risk Factors” 1987, No 3.

czego jak: miażdżyca, choroba Parkinsona, Alzheimer). I choć dla optymalnego zredukowania tych pejoratywnych skojarzeń nazwa kolejnej fazy życia, następującej po wieku dojrzałym, zastępowana jest innymi, zawierającymi pozytywny ładunek emocjonalny, jak: „trzeci wiek”, „starszy wiek”, „podeszły wiek”, „złota jesień”, „jesień życia”, czy „trzecia tercja życia” – to „uroda” tych określeń nie zmienia faktu, że są one jedynie synonimami źle odbieranego pojęcia „starość”.

Jednostkowy odbiór starości kształtuje jej społeczny stereotyp, a ten z kolei wpływa na kondycję zdrowotną, psychofizyczną i status całych populacji. Postawy wyrażane w powszechnych przekonaniach i wzorach, z czasem nakładają się na indywidualne odczucia ludzi starych, a ci kształtują swe zachowania i preferencje tak, aby sprostać oczekiwaniom ogółu. Ostatecznie, w społeczeństwach kultywujących młodość, urodę i kreatywność, tak właśnie utrwała się negatywny stereotyp starości. To kategoria zależności, która nawet w krańcowo od siebie różnych wymiarach kulturowych, ostatecznie rzutuje zarówno na koloryt, jak i na smutek starości. A ten w warunkach polskich jest wszechobecny i ustawicznie wzmacniany postępującą marginalizacją przedstawicieli trzeciego pokolenia. I choć postrzegany jest jako smutek starości jednostkowej, to w istocie symbolizuje nieuświadomiony jeszcze smutek współczesnego społeczeństwa, które marnotrawi ogromny potencjał kulturowy i wielki kapitał ludzki. Ogromne tempo zmian zachodzących we wszystkich sferach życia pozbawia ludzi starych autorytetu, szacunku dla wiedzy i doświadczenia, jakim cieszyli się jeszcze nawet w okresie przedtransformatyjnym. W konfrontacji z wymogami współczesności potencjał i mądrość tego pokolenia oceniane są jako nieprzydatne, nie przystające do realiów i wyzwań codzienności. Starość traci tym samym na swej dawnej „ważności”, a jej poprawny przebieg w dużej mierze zależy od innych, od całego społeczeństwa, bowiem dopiero za 20–30 lat zależeć będzie mogła od wcześniejszego życia tych, których udziałem się stanie.

Przełom XX i XXI wieku to czas, kiedy w okresie poprzedzającym przejście na emeryturę człowiek wielokrotnie zmuszany jest do funkcjonowania w świecie nowości, urządzeń, obyczajów i reguł wcześniej nieznanymi, wymagających ustawicznego dokształcania się, „doganiania” zarówno postępu, jak i zdolności cechujących ludzi młodych. W Polsce nierzadko też przekroczenie granicy wieku emerytalnego poprzedzone

jest długotrwałym bezrobociem i frustracją. Wiele osób przekracza granice wczesnej starości z już utrwalonym, zinternalizowanym poczuciem marginalizacji, ze świadomością, że kolejne lata życia będą ten proces pogłębiały. Ustawiczna adaptacja i samodoskonalenie są specyficznym wyzwaniem stawianym przez cywilizację przed ludźmi już po 45 roku życia, czyli w tzw. „wieku niemobilnym”. Niepodjęcie tego wyzwania jest w zasadzie tożsame ze zgodą na stopniową degradację społeczną, regres, utratę autorytetu, na wszechstronną deprywację. XXI wiek przyniósł też dla rozróżniania młodości i starości, nowe i specyficzne kryterium – technologiczne. Według niego stary jest nie ten, który przekroczył określony próg wieku kalendarzowego, ale ten, który utracił zdolność przystosowywania się do zmieniających warunków życia, zarówno własnego, jak i społecznego.¹⁰⁵

W świetle takiej interpretacji za człowieka starego, w zależności od jego elastyczności, otwartości na zmiany, zdolności do samoksztalcenia i rozwoju, równie dobrze uznać można osobę w wieku 50, jak i 70 lat. Dobra starość wymaga przygotowania tak jednostkowego, jak i postrzeżanego w skali makro. Nie można jednak zapominać, że tak jak historia nie znosi próżni, tak kultura nie lubi rewolucji. Wszędzie obowiązuje prawo ciągłości i kontynuacji, a to nakazuje, aby budowanie przyszłości umocowane było na wartościach tworzących korzenie narodowej tożsamości. Ich najcenniejszym nośnikiem zawsze byli i są ludzie starzy, przez Leona Dyczewskiego przyrównani do korzeni drzewa, bez którego nie może istnieć jego korona, czyli pokolenie ludzi młodych.¹⁰⁶ Wprawdzie „mądrość” współczesnej starości nie może konkurować z atrakcyjnym i wszechobecnym postępowaniem, ale bazując na dotychczasowych doświadczeniach, następne pokolenia emerytów można już do tej konfrontacji przygotować.

Starość, mimo znamionujących ją ograniczeń, nie jest tożsama z redukcją postrzegania rzeczywistości i krytycznej jej oceny, a te zdolności,

¹⁰⁵ Za symptomatyczne zachowania konserwatywne, zachowawcze, implikujące klasyfikację danej osoby do grupy „starych”, uznaje się powszechnie lęk przed komputerem i Internetem, przed telefonem komórkowym lub przed założeniem konta w banku. Zagubienie w rzeczywistości nacechowanej ogromnym tempem życia, „szumem informacyjnym”, technologiczną „nowomową” skutkuje strachem przed światem, przed wychodzeniem z domu, powolnym „znikaniem” z życia społecznego.

¹⁰⁶ L. Dyczewski, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Lublin 1994, s. 78

choć w dobie transformacji i aksjologicznego chaosu zasługują na szczególną uwagę – zupełnie zostały zignorowane, odrzucone. Ludzie starsi są nośnikami wiedzy, doświadczenia i mądrości życiowej, jaką wyłącznie może dać wiek i nie można skazywać ich na wykluczenie tylko dlatego, że żyli i pracowali w innym systemie ustrojowym. Obarczanie ich winą za kontestowaną obecnie przeszłość jest równie bezsensowne jak oskarżanie historii za jej przebieg. Starość bywa tak różna, jak wkraczający w tę fazę życia ludzie i przyjmowane przez nich postawy: aktywności, obrony, zależności lub wrogości.¹⁰⁷ Może być smutna, pełna rozgoryczenia, lęków i obaw, roszczeniowa i bezradna, bądź dostojna, rozważna i refleksyjna, sprzyjająca poszukiwaniu sensu życia, pełna aktywności, nadziei i pragnień. Zawsze jednak wiele w niej spokoju, dystansu wobec różnorodnych problemów, wiele miejsca na obiektywną analizę i syntezę. Jej mądrość może przybierać różne postaci, ale zawsze stanowi niezastąpione ogniwo w odwiecznym łańcuchu międzypokoleniowego przekazu.¹⁰⁸ Może być, jak trafnie ujął to Jan Szczepański „niezaangażowana, obojętna, wyposażona w wiedzę logiczną i intuicyjną... lub też ograniczona do... syntetyzacji doświadczeń życiowych, których nic nie wyparło z pamięci – ani zanik sprawności, ani żadne mechanizmy kompensacyjne”, ale zawsze jest bezstronna, bo świadomością kresu życia „zwolniona z testu odpowiedzialności”.¹⁰⁹ Starość jednostkowa stanowi naturalne continuum życia każdego człowieka i wbrew potocznym opiniom nie niszczy indywidualności, bo „świat wewnętrzny jest w człowieku, a ten nigdy się nie starzeje”.¹¹⁰

Wymiar współczesnej polskiej starości, poza czynnikami natury społeczno-demograficznej i ekonomicznej, wyznaczany jest kondycją psychiczną pokolenia najstarszych oraz szeroko rozumianymi przemianami kulturowymi. Jego niezmiernie ważnym stymulatorem jest zatem, tworzony przez lata i skumulowany w potencjale ludzkim, system uniwersalnych i polskich – narodowych preferencji aksjologicznych. Najważniejsze z nich to szacunek dla człowieka (dla osoby ludzkiej) i niezbywalne

¹⁰⁷ Denis B. Bromley wyróżnił 5 typów postaw wobec starości: konstruktywną, obronną, zależność i wrogości wobec siebie lub wobec otoczenia. Por. D. B. Bromley, *Psychologia starzenia się*. Tłum. Z. Zakrzewska, Warszawa 1969, s. 82 i nast.

¹⁰⁸ L. Dyczewski, *Kultura polska w procesie przemian*, Lublin 1995, s. 9

¹⁰⁹ J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, wyd. IV, Warszawa 1988, s. 283–284

¹¹⁰ Tamże, s. 284

prawo do godnego życia. Wyznaczały one, wyznaczają i wyznaczać będą także w przyszłości jakość życia jednostkowego w starości, niezależnie bowiem od tempa postępu, dynamiki zmian cywilizacyjnych – postawa społeczeństwa wobec najsłabszych (dzieci, osób niepełnosprawnych i starych) była i będzie miarą kultury społecznej. Weryfikacja systemu wartości, propagowanie społecznego myślenia i perspektywizmu winny być zatem traktowane w kategorii znaczących stymulatorów stylu życia Polaków w przyszłości.

W świetle teorii, jakimi posługuje się gerontologia społeczna, starzenie się może przebiegać według trzech różnych reguł: aktywności, kontynuacji lub wycofywania się z życia.¹¹¹ Funkcjonujący stereotyp polskiej starości mógłby upoważniać do stwierdzenia, że dominującą jest ostatnia z wymienionych, w świetle której przedstawiciele trzeciej generacji, tracąc ważne role społeczne wycofują się najpierw z rynku pracy, potem z grup, społeczności, z obowiązków i odpowiedzialności, a w końcu i z dochodzenia swych praw do samodzielnego, aktywnego życia. Wpisywanie przebiegu starzenia się w jakikolwiek schemat w odniesieniu do całej populacji byłoby jednak wielkim uproszczeniem, bowiem jednostki nie podporządkowują się zapisom teorii, lecz żyją i starzeją się według niepowtarzalnych i często nieprzewidywalnych scenariuszy. Nie bez wpływu na przebieg procesu pozostaje też szeroko rozumiany zespół wyznaczników globalnych – kulturowych, gospodarczych, społeczno-ekonomicznych, które można określić mianem **społecznej atmosfery starzenia**. Tworzą ją materialne warunki bytu ludzi starych, dostęp do placówek ochrony zdrowia, dominujące w społeczeństwie postawy wobec starości i wobec ludzi starych (stereotyp starości) oraz skuteczność działań podejmowanych na ich rzecz w ramach polityki społecznej. Biorąc pod uwagę fakt, że w przyszłości jakość życia ludzi odchodzących od aktywności zawodowej, tempo i przebieg procesu ich starzenia się w równej mierze wyznaczone będą jednostkowym przygotowaniem (psychicznym, materialnym, sprawnościowym) do konsumowania trzeciej tercji życia, co i skutecznością, trafnością rozwiązań podejmowanych na poziomie struktur państwa, środowisk lokalnych i wspólnot rodzinnych – **klasyfikację teorii starzenia się można uzupełnić o kolejną, uwzględniającą rangę kompetentnych działań profilaktycznych**

¹¹¹ Starzy ludzie w Polsce, op. cit., s. 17–20

i kompensacyjnych (jednostek, grup, społeczności, instytucji, organizacji, władz wszystkich szczebli), ukierunkowanych na wypełnianie deficytów znamienych dla wieku odpowiednimi, optymalnymi treściami. Wzbogacenie katalogu teorii starzenia się o teorię kompetentnej kompensacji wydaje się o tyle zasadne, że o ostatecznym wymiarze starości i procesu starzenia się decyduje i decydować będzie zarówno społeczeństwo, najbliższe otoczenie, sam człowiek, jak i pozostające do jego dyspozycji mechanizmy oraz instytucje dające poczucie bezpieczeństwa socjalnego, zdrowotnego i psychicznego.

3. Prawa i potrzeby ludzi starych

Prawa człowieka rozumiane są na całym świecie jako zespół uprawnień i wolności, przysługujących każdemu bez względu na rasę, płeć, wiek, wykształcenie, wyznanie, światopogląd i status społeczny. Są prawami moralnymi o charakterze uniwersalnym, zbiorem postulatów poszanowania tego, co dla człowieka stanowi najwyższą wartość, a więc: życia, wolności, godności i rozwoju. Wyrazem ich uznania przez określone społeczności są akty prawne: konstytucje, ustawy, umowy międzynarodowe, konwencje oraz deklaracje organizacji międzynarodowych. Historia ochrony praw człowieka sięga czasów oświecenia, czyli doby rozwoju nowoczesnych prądów myślowych. Po raz pierwszy istnienie naturalnych praw człowieka potwierdzono w Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela we Francji w 1789 roku (Wielka Rewolucja Francuska).

W XX wieku przyjęto zasadę, że respektowanie lub nierespektowanie praw jednostki nie jest wewnętrzną sprawą poszczególnych państw, ale problemem ogólnoludzkim, dotyczącym społeczności międzynarodowej. Podstawę prawną dla ochrony praw człowieka stworzyły dwa dokumenty: Karta Narodów Zjednoczonych z 1945 roku i Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1948 roku. W Deklaracji do podstawowych praw zaliczono: wolność, równość, prawo do pracy, ochrony prawnej, azylu, obywatelstwa, ochrony społecznej, do nauki i do zakładania rodziny.

Obecnie, podstawowymi dokumentami skupionymi na ochronie praw człowieka, opracowanymi dla społeczności światowej, są: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (Paryż 1948 rok), Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych oraz Międzynarodowy Pakt

Praw Obywatelskich i Politycznych (Nowy Jork, 1966 rok)¹¹², a dla społeczności europejskich: Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Rzym 1950 rok); Deklaracja zasad rządzących stosunkami między uczestnikami Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (Helsinki 1975 rok), a przede wszystkim zawarta w niej zasada VII, mówiąca o poszanowaniu praw człowieka wynikających z przyrodzonej godności osoby ludzkiej i ważnych dla jej pełnego, swobodnego rozwoju; Europejska Karta Społeczna (Turyn 1961 rok), uzupełniona w 1988 i w 1991 roku¹¹³ oraz zrewidowany w 1990 roku – Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego.

Prawa ludzi starych, skoncentrowane wokół lakonicznych, ale bogatych w treści haseł: niezależność, współuczestnictwo, opieka, samorealizacja i godność, zapisano w Katalogu Podstawowych Praw Ludzi Seniorów. Dokument proklamowany 16 grudnia 1991 roku przez ONZ, rekomendowano wszystkim państwom członkowskim, zachęcając tym samym społeczność międzynarodową do międzypokoleniowej solidarności i respektowania zapisów Rezolucji nr 46/91 zatytułowanej „By dodać życia do lat, które dodano do życia”.¹¹⁴

Europejski system ochrony praw człowieka powstał w latach pięćdziesiątych XX wieku. Zapoczątkowała go Rada Europy z siedzibą w Strasburgu, która sporządziła w Rzymie Konwencję o Ochronie Praw Człowieka, regulującą stosunki między państwem jako instytucją, a obywatelem. Dla przestrzegania zobowiązań zawartych w dokumentach europejskich, utworzono Europejską Komisję Praw Człowieka, Europejski

¹¹² Obydwa pakiety praw przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1966 roku, weszły w życie dopiero w 1976 roku, kiedy uzyskały wymaganą liczbę 35 ratyfikacji. Obecnie dokumenty ratyfikowane są przez ponad 100 państw. Poza nimi ONZ uchwaliła ponad 60 konwencji szczegółowych, przyjętych w ramach Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) i UNESCO

¹¹³ „EKS” zamiennie określana jest mianem „Europejskiej Karty Społecznej” lub „Europejskiej Karty Socjalnej”. W 1988 roku uzupełniono ją o zapis, że „każda osoba w podeszłym wieku ma prawo do ochrony socjalnej”, a 21 października 1991 roku tekst adresowany do rządów sygnatariuszy, członków Rady Europy, ostatecznie zmieniono. W 1997 roku Polska przyjęła, ratyfikowała i potwierdziła I i II część dokumentu, jednakże z wyłączeniem ustępów zawartych w 19 artykułach. Por. „Dziennik Ustaw” z 1999 roku, Nr 8, poz. 67

¹¹⁴ Status społeczny i prawny polskich seniorów... op. cit., zał. 2

Trybunał Praw Człowieka i Komitet Ministrów Rady Europy.¹¹⁵ Prawa człowieka mają charakter ponadczasowy i zakorzenienie w naturalnej godności człowieka; obowiązują zawsze i są niezbywalne, a jednak istniejące dokumenty międzynarodowe w niewielkim stopniu wpływają na prawny status osób starych, jako że nie eksponują w sposób szczególnie (poza Europejską Kartą Społeczną i Kodeksem Zabezpieczenia Społecznego) ich praw i przywilejów.

Z wyjątkiem Konwencji Rady Europy, dotyczącej spraw społecznych, chroniącej podstawowe prawa ekonomiczne i społeczne obywateli państw sygnatariuszy, prawa ludzi starych często traktowane są na równi z prawami obywatelskimi. Formulowane są w dokumentach międzynarodowych, zarówno w formie deklaracji, jak i konwencji, ale ich praktyczne konsekwencje można odnosić wyłącznie do konwencji. Na przykład: zapisy Konwencji Rzymskiej, podpisanej przez Polskę w 1991 roku, a ratyfikowanej w 1993 roku, znajdują odbicie w zapisach kodeksów praw i w najważniejszym dokumencie państwowym, jakim jest Konstytucja RP z 1997 roku. Egzemplifikacją deklaracji są natomiast takie międzynarodowe dokumenty jak: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Deklaracja Zasad Rządzących Stosunkami między Członkami OBWE, czy Manifest Ludzi Starych o Aktywny Udział w Budowaniu Europy, ogłoszony na IV Euroforum w 1994 roku w Barcelonie. Stanowią one modele, apele, pewne wzorce rozwiązań, w tym także dotyczących optymalnego zabezpieczenia praw ludzi starszych, ale nie zawierają nośnika wykonawczego, nie skutkują prawnie.

Jedynym dokumentem międzynarodowym, w całości ratyfikowanym przez Polskę jest Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, a zatem ocena statusu osób starych w Polsce w świetle zobowiązań międzynarodowych jest trudna. Niemniej jednak analiza praw człowieka, zawartych zarówno w Konwencji Rzymskiej (między innymi: prawo do życia, do wolności i bezpieczeństwa osobistego, do poszanowania życia prywatnego, rodzinnego, do wolności myśli, sumienia i wyznania, do wolności wyrażania opinii, czy swobodnego, pokojowego zgromadzania się i stowarzyszania), jak i w Europejskiej Karcie Społecznej (między innymi: prawo do pracy, do ochrony zdrowia, do zabezpie-

¹¹⁵ Jako analogiczną instytucję o zasięgu pozaeuropejskim, służącą ochronie praw człowieka, ustanowiono Komitet Praw Człowieka ONZ

czenia społecznego, do pomocy społecznej i medycznej, do korzystania z usług opieki społecznej, prawo niepełnosprawnych do rehabilitacji, prawo rodzin do ochrony społecznej, prawnej i ekonomicznej) upoważnia do stwierdzenia, iż w ustawodawstwie polskim ludzie starzy mają zagwarantowane niemal wszystkie prawa zawarte w dokumentach międzynarodowych, choć w grupie praw socjalnych niektóre z nich ograniczane są na skutek braku odpowiednich regulacji prawnych lub sposobu realizacji uprawnień. Przejawem tych ograniczeń jest niepełne respektowanie praw ludzi starych, bądź też dyskryminowanie ich, gorsze traktowanie niż pozostałych grup społecznych.

Zarówno trudna sytuacja ekonomiczna kraju, jak i brak spójnych rozwiązań w zakresie praw socjalnych powodują, że w Polsce ograniczane jest prawo do ochrony zdrowia, do zabezpieczenia społecznego, do pomocy społecznej i medycznej, do pomocy w miejscu zamieszkania; natomiast pod względem respektowania prawa do pracy i rehabilitacji ludzie starzy są grupą wyraźnie dyskryminowaną. Częściej też, niż przedstawiciele pokolenia młodych, zagrożeni są skutkami przestępczości, narażeni na ekskluzję społeczną. Prawo do życia zagrożone jest narastającą przestępczością, uderzającą przede wszystkim w osoby samotne, słabe i bezbronne; prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego ograniczane brakiem środków na usługi prawnicze i postępowanie sądowe; prawo wolności wyrażania opinii, utrudnione nieobecnością w skomercjalizowanych mediach i brakiem forum dyskusyjnego, umożliwiającego publiczną prezentację swych poglądów; prawo do swobodnego gromadzenia się i stowarzyszania ograniczane brakiem środków i profesjonalnego wsparcia, ukierunkowującego na dochodzenie swych praw i skuteczne akcentowanie obecności w społeczeństwie.¹¹⁶

Znacznie większe ograniczenia występują jednak wśród praw zawartych w Europejskiej Karcie Społecznej i to zarówno na płaszczyźnie regulacji prawnych, jak i sposobu ich realizacji. Ludzie starzy często są dyskryminowani w kategorii takich praw, jak: prawo do rehabilitacji i prawo do pracy. Wśród licznej rzeszy zabiegających o ich realizację, w istocie bowiem stanowią grupę najsłabszych. Wiele zastrzeżeń budzi też ograniczanie pozostałych praw: prawo do ochrony zdrowia – przez trudne do

¹¹⁶ Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a Europejskie Deklaracje Praw Człowieka. Ekspertyza PTG. „Gerontologia Polska” 1996, nr 2, s. VI–XXIV

ponoszenia przez utrzymujących się ze świadczeń społecznych koszty leków i leczenia, w tym przede wszystkim specjalistycznego, sanatoryjnego i rehabilitacji; prawo do zabezpieczenia społecznego – dla większości gwarancja jedynie „minimum socjalnego”, brak środków na pomoc dla wszystkich uprawnionych, kontrowersyjny, nie zawsze poprzedzony monitoringiem i rzetelną diagnozą środowiskową, ich podział; prawo do pomocy społecznej i medycznej – z uwagi na rozległe potrzeby społeczne w tym zakresie, najstarsi najrzadziej są dostrzegani, sami niechętnie i sporadycznie wyciągają ręce po pomoc; prawo do ochrony społecznej, prawnej i ekonomicznej – w małej, nuklearnej rodzinie rzadko jest miejsce dla przedstawicieli trzeciej generacji, rzadko też dysponują odpowiednią wiedzą i środkami na dochodzenie swych praw np. do alimentacji na drodze cywilnoprawnej.

Generalnie, interesy osób starych są w Polsce słabo chronione. Dotyczy to też prawa do ochrony socjalnej, co w świetle zapisu Karty oznacza ułatwienie godziwej egzystencji, adaptację mieszkania stosownie do potrzeb, pomoc w zaspokojeniu różnorodnych potrzeb w miejscu zamieszkania, godne traktowanie w domach pomocy społecznej. Tymi problemami, z uwagi na ogrom innych, pilnych, ważnych ze społecznego punktu widzenia, nie zajmują się żadne służby, w konsekwencji czego mieszkania ludzi w podeszłym wieku, samotnych są niefunkcjonalne, gorzej wyposażone, a w miejscu zamieszkania mogą liczyć przede wszystkim na pomoc rodziny i sąsiadów. Jednocześnie liczba oczekujących na miejsce w domu pomocy (przynajmniej do 1998 roku) corocznie podwajała się. Pewną stabilizację zarejestrowano dopiero w 2000 roku, kiedy sieć obejmowała 199 placówek publicznych i ponad 200 prywatnych, a liczba oczekujących na miejsce we wszystkich stacjonarnych placówkach pomocy społecznej spadła do poziomu poniżej 10 tys.¹¹⁷ Przyczyn takiego stanu można upatrywać zarówno w rozwoju sieci, jak i rzadszym umieszczaniu najstarszych krewnych w placówkach opiekuńczych. To efekt prostego rachunku ekonomicznego: bardziej opłacalne jest przyjęcie osoby starszej, wraz z przyśługującymi jej świadczeniami, do swojego gospodarstwa domowego, niż rezygnowanie z opieki i dodatkowych dochodów.

¹¹⁷ B. Paździor, Europejska Karta Społeczna. „Polityka Społeczna” 1996, nr 9 (272), s. 1–4; E. Trafiałek, Człowiek starszy w Polsce w latach 1994–1997, Katowice 1998, s. 42 i nast.; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 280–281

Mimo zapisu praw ludzi starych w wielu dokumentach, sprawą otwartą i szczególnie drażliwą jest sposób ich realizacji. To proces implikowany zarówno kondycją ekonomiczną kraju, priorytetami lokalnej i państwowej polityki społecznej, jak i stereotypem starości, głęboko utrwalonym w mentalności społecznej. Nie ma wprawdzie starości jednakiej dla wszystkich – jest niehomogenna, ale istnieje ważny ze społecznego i jednostkowego punktu widzenia – wymiar starości jednostkowej. Starości kreowanej zarówno przez samego człowieka, jego potrzeby, jak i przez obiektywne warunki codziennego życia.

Godna starość to dobra starość, niosąca zadowolenie z życia, satysfakcję z wcześniejszych dokonań, wypełniona akceptacją otoczenia, stabilizacją i zaspokojeniem odczuwanych potrzeb. Jako trzecia tercja życia, jest naturalnym continuum dorosłości i dojrzałości, lecz istota wypełniających ją treści czyni ją różną od wcześniejszych faz.

Potrzeb ludzi starszych nie można analizować w oderwaniu od pozostałych grup i poza szeroko pojmowanym społeczeństwem. W kategorii podstawowych nie różnią się od tych, jakie występują u każdego człowieka (fizjologiczne, bezpieczeństwa, akceptacji). Te też pominięto, ograniczając się do wyeksponowania najważniejszych potrzeb psychospołecznych. Charakteryzują się one zwiększonym odczuwaniem niedoborów i uzależnieniem ich zaspokojenia od warunków ekonomicznych oraz społeczno-kulturowych. Wraz z wiekiem na znaczeniu zyskują potrzeby materialnego zaspokojenia bytu, bezpieczeństwa i emocjonalnego wsparcia. Aspiracje prestiżowe, związane z wcześniejszą aktywnością zawodową, sukcesywnie tracą na znaczeniu na rzecz zwiększonego zapotrzebowania na akceptację otoczenia. Coraz więcej czasu pochłaniają codzienne obowiązki, a uwaga coraz częściej skupiana jest na refleksyjności, bilansowaniu życia, dążeniu do pozostawienia po sobie tego, co było w życiu najbardziej wartościowe. Uruchamiane zostają ogromne pokłady pamięci retrospektywnej, a deficyty codziennej egzystencji nierzadko kompensowane są narastającą religijnością. Strach przed śmiercią i niepełnosprawnością, przed samotnością, niezmiennie towarzyszą starości sędziwej, największą rangę nadaje jednak potrzebom psychicznym: akceptacji, afiliacji i miłości.

Clark Tibbits, amerykański gerontolog, który w 1954 roku wprowadził do terminologii naukowej pojęcie „gerontologii społecznej”, za naj-

ważniejsze potrzeby ludzi w starszym wieku, pozbawionych wielu ważnych, prestiżowych ról społecznych, uznał: potrzebę wykonywania społecznie użytecznych działań, potrzebę uznania za część społeczeństwa, społeczności i odgrywania w niej określonej roli, wypełnienia powiększonego wolumenu czasu w satysfakcjonujący sposób, potrzebę utrzymywania normalnych stosunków towarzyskich, uznania jako jednostki ludzkiej, autoekspresji i poczucia dokonań, odpowiedniej stymulacji psychicznej i umysłowej, ochrony zdrowia i opieki społecznej, odpowiednio ustalonego trybu życia i utrzymywania stosunków z rodziną, duchowej satysfakcji.¹¹⁸ Po przekroczeniu progu tzw. „starości sędziwej”, nasilają się potrzeby związane z pomocą medyczną, opieką i wsparciem ze strony rodziny, instytucji oraz osób z najbliższego otoczenia. Ich zaspokojenie jest głównym stymulatorem zadowolenia z życia, a ograniczanie prowadzi do senilizmu, poczucia odrzucenia, marginalizacji i ekskluzji społecznej.¹¹⁹

W Polsce, gdzie ludzie w wieku 60 lat i więcej stanowią ponad 16,8 %, a emeryci i renciści prawie 25 % ogółu społeczeństwa – coraz częściej mówi się o ich degradacji ekonomicznej i społecznej, o deprivacji potrzeb, o okazjonalnym postrzeganiu, przede wszystkim w kategoriach licznego elektoratu.¹²⁰ Diagnozowana minimalizacja potrzeb prawdopodobnie jest też skutkiem racjonalnego podejścia ludzi starych do życia, ich świadomości realnych możliwości korzystania z różnego typu form wsparcia z zewnątrz.

Współczesne pokolenie polskich seniorów zostało przez historię nauczone pokory. Ich socjalizacja przebiegała w warunkach, gdy starość nie upoważniała do żadnych roszczeń. Dlatego też tylko w wyjątkowo trudnych sytuacjach, w ekstremalnych warunkach decydują się na poszukiwanie pomocy i wsparcia w instytucjach. Zbigniew Woźniak stwierdził, że potrzeby maleją wraz z wiekiem i pogarszającym się stanem zdrowia i że czasem dotyczy to także kontaktów z rodziną. Można z tym poglądem polemizować, jako że w świetle najnowszych badań

¹¹⁸ Handbook of social gerontology. Societal aspects of aging. C. Tibbits (ed.), University of Chicago 1960

¹¹⁹ Z. Woźniak, Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej, Poznań 1997, s. 83 i nast.

¹²⁰ E. Trafialek, Człowiek starszy w Polsce... op. cit., s. 12 i nast.

gerontologicznych, dysfunkcyjność organiczna i sprawnościowa ludzi w podeszłym wieku najczęściej zwiększa ich zapotrzebowanie na kontakty z najbliższymi, na obecność i życzliwość osób, którym ufają.¹²¹ Są grupą społeczną, która odczuwa ogromną potrzebę akceptacji oraz aktywności, pełnienia różnorodnych ról społecznych, prawdziwego i w miarę swych możliwości pełnego uczestniczenia w codziennym życiu wspólnot rodzinnych, towarzyskich, sąsiedzkich, religijnych oraz lokalnych. Rodzina jest dla nich najważniejsza, ale równie ważny jest klimat społeczny najbliższego otoczenia, czyli przyjaźnie nastawieni sąsiedzi, życzliwy lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, uprzejmy urzędnik i ekspedientka. Są bardzo wrażliwi i czuli na wszelkie przejawy akceptacji lub odrzucenia, głęboko przeżywają brak szacunku i empatii. Ich obawy związane z przewidywaną utratą samodzielności i sprawności są równie poważne jak lęk przed odtrąceniem i brakiem użyteczności. To, że ich smutek jest niemy, nie znaczy że nie istnieje; to że nie manifestują swych uczuć, nie znaczy że ich nie doświadczają; podobnie jak to, że niechętnie wyciągają ręce po pomoc, nie znaczy że jej nie potrzebują.

Poza ograniczeniami materialnymi, które niemal od zawsze towarzyszyły codziennemu życiu większości polskich emerytów, współczesność skazała ich na swoiste „odrzucenie”, generujące poczucie braku użyteczności, samotność i smutek schyłku życia. Brak zainteresowania ludzi młodych potencjałem, jaki niesie wiek i doświadczenia życiowe, tworzy płaszczyznę permanentnej konfrontacji potrzeb przedstawicieli najstarszej generacji z obojętnością otoczenia. Izolacja i odrzucenie prowadzą do marginalizacji i frustrującego poczucia winy. Starzy ludzie, którzy w istocie nie mieli żadnego wpływu na swój obecny status społeczny, z czasem zaczynają się postrzegać tak, jak czują się postrzegani – jako balast dla społeczeństwa i rodziny, jako symbol minionej epoki, jako anachronizm. W zależności od postaw, jakie przyjmują wobec własnej starości – skutek może być różny, ale tak naprawdę, szczególnie w polskich realiach, nigdy nie gwarantujący satysfakcjonującego stylu życia.

¹²¹ Por. E. Trafialek, *Starość w miasteczku...* op. cit., passim

Starość w warunkach polskich obciążona jest często negatywnym stereotypem. W konsekwencji ludzie starzy postrzegają się tak, jak traktowani są przez otoczenie. Godzą się z pauperyzacją, zepchnięciem na margines życia społecznego, znoszą wszelkie konsekwencje trudnych polskich przemian. Ich potrzeby ulegają minimalizacji. Są zagubieni, mało widoczni, często borykający się z niedostatkami, biedą, pozbawieni możliwości dochodzenia swych praw, rzadko zdolni do zabiegania o akceptację, miłość, szacunek, o swoje prawa – wykluczeni bezradnością, nienadążający za wyzwaniem współczesnego świata. Zupełnie inni, niż ich rówieśnicy z krajów Europy Zachodniej – skoncentrowani wyłącznie na problemach zdrowotnych i materialnych, aktywni głównie na płaszczyźnie wokółrodzinnej i kościelnej.¹²² Nie napawa to optymizmem w sytuacji, gdy kraj aspiruje do unifikacji ze strukturami europejskimi.

W świetle międzynarodowych aktów prawnych, nieprzestrzeganie praw ludzi w podeszłym wieku jest równoznaczne z łamaniem praw człowieka. Ratyfikacja aktów międzynarodowych obliguje państwo do przeniesienia zapisów w nich zawartych do obowiązującego w kraju ustawodawstwa i kodeksu prawa. W Polsce podjęto takie zobowiązanie w odniesieniu do Konwencji Rzymskiej i części gwarancji z Europejskiej Karty Społecznej. Nie ratyfikowano, między innymi, takich ustępów jak: „zapewnienie płatnych dni świątecznych” (Art.2. p.2), „uznanie prawa pracowników do takiego wynagrodzenia, które zapewni im i ich rodzinom godziwy poziom życia” (Art.4. p.1), czy „uznanie prawa do ochrony przed ubóstwem i wykluczeniem społecznym” (Art.30). Ratyfikacja całej Karty oznaczałaby przyjęcie zobowiązań trudnych, ale (jak wynika z doświadczeń zachodnioeuropejskich) nie niemożliwych do zrealizowania. Z pewnością natomiast zostałaby oceniona jako ważny krok w kierunku dostosowywania polskiego ustawodawstwa socjalnego do standardów europejskich, świadcząc tym samym o pełnym przygotowaniu do wejścia w strukturę Unii. Dlaczego zatem Polska nie ratyfikowała dotychczas tego ważnego dokumentu w całości? Przede wszystkim dlatego, że przy obecnym stanie finansów publicznych i potencjalnej wydolności służb społecznych, nie jest w sta-

¹²² Potwierdziły to najnowsze badania ogólnopolskie, prowadzone w różnych regionach kraju. Por. Polska starość, op. cit., passim

nie odpowiednio chronić społecznych i ekonomicznych praw wszystkich obywateli.

Bezrobocie i ogromny margines biedy wielu grup społecznych powodują, że potrzeby, a zatem i prawa ludzi starszych, nie mogą być traktowane priorytetowo. Nawet najbardziej optymistyczne prognozy nie upoważniają do przyjęcia założenia, że kolejne lata przyniosą w tej mierze widoczną poprawę. Niewielki przyrost naturalny (0,9 w 1998 roku; 0,0 w 1999 roku; 0,3 w 2000 roku) i coraz dłuższy przeciętny czas trwania życia będą skutkowały stałym wzrostem wskaźnika udziału ludzi starych w ogólnej strukturze społecznej. Emerytów oraz osób dożywających starości sędziwej będzie zatem coraz więcej, ale mimo wszelkich trudności i problemów natury ekonomicznej społeczeństwo nie może pozostawać obojętne wobec potrzeby stworzenia im optymalnych warunków życia.

W krajach Europy Zachodniej na skutek zjawiska określanego mianem „*daddy boom*” pomału odchodzi się od modelu państwa socjalnego, opiekuńczego, na rzecz kreowania modelu państwa wspólnotowego; państwa, w którym każdy jest kreatorem swego życia na emeryturze, a najważniejszym podmiotem polityki społecznej jest funkcjonalna, otwarta infrastruktura środowiska lokalnego.¹²³

Wspólnotowość to jednocześnie propagowanie idei pomocniczości, solidaryzmu ludzkiego, dobra wspólnego i sprawiedliwości. Wdrożenie ich w życie, umocowanie w mentalności społecznej może w przyszłości o wiele lepiej zaowocować, niż coraz większe obciążanie budżetu państwa kosztami doraźnych i tak naprawdę mało skutecznych działań interwencyjno-pomocowych. Każdy człowiek ma prawo do godnego życia na wszystkich jego etapach, ale odpowiedzialnością za jego przestrzeganie w równej mierze musi czuć się obciążony sam zainteresowany, państwo, jak i całe społeczeństwo. Takie poczucie współodpowiedzialności wymaga czasu i zmian w mentalności społecznej, ale nawet przy założeniu, że jego ranga zacznie wzrastać dopiero wraz ze skutkami obecnej reformy emerytalnej, czyli za 15–20 lat, warto go lansować choćby z uwagi na ponadczasowy wymiar zasady według której „los jaki zapewnimy ojcom, w przyszłości będzie i naszym”.

¹²³ Szerokie omówienie tego zagadnienia w: P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna... op. cit.*

Ważną rolę w uświadamianiu praw a także i w zaspokajaniu potrzeb (psychicznych, afiliacyjnych, społecznej użyteczności) ludzi starych odgrywa nauka społeczna Kościoła, czytelna, dostępna i łatwa w przekazie z uwagi na wysoki poziom religijności tej populacji. Oparta na przestrzeganiu zasad dobra wspólnego, pomocniczości, solidarności, uczestnictwa i proporcjonalnego rozwoju, jako konsekwencja Ewangelii, istniała od zawsze. Szacunek dla człowieka, jako bytu złożonego z ciała i duszy, dla godności osoby ludzkiej, akcentowany był już w naukach Apostołów, papieży, teologów, ważne miejsce znajdując, między innymi, w doktrynie socjalnej Świętego Tomasza z Akwinu z XIII wieku. Idea wspólnoty i wzajemnej pomocniczości zawarta jest już w samej definicji katolicyzmu. Najwyraźniej kwestia społeczna, w tym ochrona najsłabszych ekonomicznie, czyli także ludzi starych, została poruszona w Encyklice papieża Leona XIII *Rerum novarum*, ogłoszonej w 1891 roku. W dokumencie tym zawarto postulat samopomocy i ideę sprawiedliwości. Kolejne Encykliki także mocno akcentowały prawo człowieka do godnego życia. Warto tu chociażby wspomnieć *Quadragesimo anno* papieża Piusa XI z 1931 roku, czy Encykliki II Soboru Watykańskiego: *Mater et magistra* z 1961 roku i *Pacem in terris* z 1963 roku papieża Jana XXIII, w których wyraźnie określono stanowisko Kościoła w kwestiach socjalnych, zawarto propozycje reform, eksponując wspólne dobro jako program katolickiej polityki społecznej.¹²⁴

Obecnie Jan Paweł II głosi, że katolicka nauka społeczna jest pogłębioną refleksją nad rzeczywistością ludzkiej egzystencji w społeczeństwie. Podmiotowość człowieka, podstawowe zasady życia społecznego, godność osoby ludzkiej podkreśla we wszystkich swoich homiliach i encyklikach. W Encyklice *Centesimus annus* z 1991 roku, będącej pogłębioną refleksją Leona XIII sprzed 100 lat, zawarł hasło priorytetu rozsądku nad siłą, skrytykował konsumizm, apelując do społeczności świata o wsparcie dla najbardziej zmarginalizowanych społecznie. Człowiek w każdym okresie swego życia, także u jego schyłku ma prawo do godności i o tę godność osoby ludzkiej Kościół zabiega od dziesiątków lat. Poszanowanie życia ludzkiego najpełniej egzemplifikuje od-

¹²⁴ Z. Zieliński, *Papiestwo i papieże dwóch ostatnich wieków*, Warszawa 1983, s. 480 i nast.

rzucenie przez Kościół „kultury śmierci”, krytyka egoizmu, niesprawiedliwości i hedonizmu, jakimi nacechowany jest świat współczesnej cywilizacji.

Obecne pokolenie ludzi starych w Polsce nie nagłaśnia swych potrzeb, nie zabiega o nowe prawa, o przestrzeganie zagwarantowanych. Ale to pokolenie specyficzne, prawdopodobnie niepowtarzalne, pokolenie głęboko doświadczone przez historię, zintegrowane silnie umocowaną w świadomości wspólnotowością życia w określonych realiach społeczno-politycznych. Piętnowane odpowiedzialnością za błędy przeszłości – marginalizowane. Czy słusznie? Czy społeczeństwo może ignorować jego potrzeby, fakt istnienia, prawa do godnej egzystencji? Zdecydowanie nie. Choćby ze względu na odwieczny pokoleniowy przekaz wartości, stanowiący podstawę tożsamości narodowej. Ludzie starzy to korzenie drzewa, jakim jest społeczeństwo. Są nośnikami ponadczasowych, uniwersalnych wartości, których nie można zagubić w dążeniu do modernizowania rzeczywistości społecznej. Postęp techniczny ograniczył ich autorytet w oczach młodych (nie są już żywymi bibliotekami – jak bywało dawniej), ale nie pozbawił cennej, życiowej mądrości, rozważi, którą chętnie przekazaliby pokoleniu ludzi młodych. Chcą być potrzebni – bowiem stanowią potencjał wiedzy i doświadczenia, jakie może dać tylko wiek. Chcą być zauważani, chcą uczestniczyć w kreowaniu nowej rzeczywistości, ale brak im wystarczającej siły przebiccia, środków, dostępnych mechanizmów egzekwowania praw, instytucjonalnej integracji i wsparcia społecznego w zabieganiu o współuczestnictwo w przemianach systemowych.

Przyszłościowy wizerunek zjednoczonej Europy, federacji państw bez granic, wspólny rynek – to zagrożenie dla narodowej tożsamości kulturowej. Właśnie dlatego wizerunek narodowy zbudowany na korzeniach przodków, na mądrości trzeciego pokolenia – trzeba wzmocnić, chroniąc tym samym wartości historii i kultury. Szacunek dla człowieka starego to szacunek dla samego siebie, to szacunek dla społeczeństwa, którego jest się obywatelem, to głębia człowieczeństwa. Godna starość, oparta na poszanowaniu praw obywatelskich, to część wizerunku społeczeństwa, jego kultury i poziomu rozwoju. Jest więc o co zabiegać i to zarówno w interesie obecnie żyjących, jak i następnymi pokoleń Polaków. Polska, podobnie jak większość państw euro-

pejskich, od lat nacechowana jest postępującą starością demograficzną. Oznacza to pilną potrzebę skorelowania zapisów prawnych, gwarantowanych praw, z realnymi potrzebami i oczekiwaniami coraz liczniejszej rzeszy ludzi starych i dożywających starości sędziwej.¹²⁵

¹²⁵ W 1999 roku populacja w wieku 80 lat i więcej stanowiła – 1,9 %, a w 2002 roku – 2,2 % ogółu społeczeństwa. Por. Prognoza ludności do 2030 roku. Informacje bieżące GUS; www.stat.gov.pl z 2002 roku

the first of these is the fact that the system is not closed. The system is open to the environment, and this means that there is a constant exchange of matter and energy between the system and the environment. This is a key feature of the system, and it is what makes it so interesting.

The second of these is the fact that the system is not in equilibrium. The system is constantly changing, and this means that it is always in a state of flux. This is another key feature of the system, and it is what makes it so dynamic.

The third of these is the fact that the system is not linear. The system is highly complex, and this means that it is not possible to describe it using simple linear models. This is a key feature of the system, and it is what makes it so challenging to study.

The fourth of these is the fact that the system is not deterministic. The system is highly sensitive to initial conditions, and this means that it is impossible to predict its future behavior with any accuracy. This is another key feature of the system, and it is what makes it so unpredictable.

The fifth of these is the fact that the system is not static. The system is constantly evolving, and this means that it is always in a state of change. This is a key feature of the system, and it is what makes it so dynamic.

The sixth of these is the fact that the system is not isolated. The system is highly interconnected, and this means that it is impossible to study it in isolation. This is another key feature of the system, and it is what makes it so complex.

The seventh of these is the fact that the system is not homogeneous. The system is highly heterogeneous, and this means that it is impossible to describe it using a single set of parameters. This is a key feature of the system, and it is what makes it so diverse.

The eighth of these is the fact that the system is not uniform. The system is highly non-uniform, and this means that it is impossible to describe it using a single set of parameters. This is another key feature of the system, and it is what makes it so complex.

The ninth of these is the fact that the system is not symmetric. The system is highly asymmetric, and this means that it is impossible to describe it using a single set of parameters. This is a key feature of the system, and it is what makes it so complex.

The tenth of these is the fact that the system is not isotropic. The system is highly anisotropic, and this means that it is impossible to describe it using a single set of parameters. This is another key feature of the system, and it is what makes it so complex.

The eleventh of these is the fact that the system is not homogeneous. The system is highly heterogeneous, and this means that it is impossible to describe it using a single set of parameters. This is a key feature of the system, and it is what makes it so diverse.

The twelfth of these is the fact that the system is not uniform. The system is highly non-uniform, and this means that it is impossible to describe it using a single set of parameters. This is another key feature of the system, and it is what makes it so complex.

ROZDZIAŁ III

MIEJSCE CZŁOWIEKA STAREGO W SPOŁECZEŃSTWIE I RODZINIE

1. Stan zdrowia i sprawność

Zdrowie, rozumiane jako optymalna sprawność fizyczna i psychiczna organizmu, czyli jako stan pożądany – mierzone jest w skali makro za pomocą wskaźników określających jego brak lub różnego rodzaju dysfunkcyjność, czyli będących w istocie jego zaprzeczeniem. W badaniach stanu zdrowia ludności, prowadzonych przez resort Zdrowia i Opieki Socjalnej oraz Główny Urząd Statystyczny, wykorzystywane są takie dane jak: zachorowalność, zgony, śmiertelność noworodków, przyczyny zgonów, średnia trwania życia, niepełnosprawność, uzależnienia i absencje chorobowe. W wielu przypadkach, dla celów międzynarodowych analiz porównawczych, stosuje się klasyfikacje i wskaźniki przyjęte przez Międzynarodową Organizację Zdrowia (WHO).

Określenie poziomu zdrowotności społeczeństwa jest zadaniem wyjątkowo trudnym, jako że czynniki powodujące jego wahania (genetyczne, wynikające ze złego stylu życia, na skutek korzystania z używek, nadmiernej eksploatacji organizmu, stresu) możliwe są do zarejestrowania dopiero w chwili ich zgłoszenia i ujawnienia. Rozproszone są zarówno w czasie (w przedziałach nawet 15–20-letnich), jak i przestrzeni (wieś – miasto, region, warunki życia różnicują stan zdrowia, umieralność i potencjalne zagrożenie określonymi chorobami: np. Śląsk – pylica, gruźlica, Pomorze – reumatyzm). Wiele schorzeń nie jest zgłaszanych, a systematyczne (obiektywne) pomiary stanu zdrowia możliwe są do przeprowadzania tylko w niektórych grupach społecznych (poborowi, pracownicy służby zdrowia, pracownicy sektora usług gastronomicznych,

dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym). GUS cyklicznie rejestruje subiektywne oceny zdrowia obywateli, ale uzyskane dane bardziej informują o odczuciach respondentów, niż o faktycznym poziomie zdrowotności populacji (deklaracje mogą być wypaczone brakiem świadomości, brakiem wiedzy medycznej, hipochondrią, malkontenctwem, bądź też optymizmem, bagatelizowaniem symptomów chorób).

Zdaniem Barbary Szatur-Jaworskiej, rzetelna ocena zjawiska, precyzyjnego zdiagnozowania stanu, jakości i zakresu problemów zdrowotnych ludzi starych, wymaga równoległego stosowania w badaniach przynajmniej kilkunastu zbiektywizowanych społecznych wskaźników pomiaru, choćby takich jak: dalsze przeciętne trwanie życia po przekroczeniu 60 i 75 lat w grupach płci, zachorowania na nowotwory złośliwe, choroby psychiczne i przewlekłe w przedziałach wiekowych 60–74 lata oraz 75 lat i więcej, wskaźnik niepełnosprawności i stopień mobilności w poszczególnych grupach wieku, liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. osób w starszym wieku, ilość „łóżek dziennych”, łóżek szpitalnych i łóżek w „szpitalach pielęgniarskich” w relacji do liczby ludności, stanowiącej potencjalne grono pacjentów. Za równie ważny wskaźnik pomiaru autorka uważa też jednak samoocenę stanu zdrowia ludności w wieku 60–74 lata oraz 75 lat i więcej, jako że pozostaje ona w bezpośrednim związku z kondycją psychiczną i poziomem zadowolenia z życia przedstawicieli najstarszej generacji.¹²⁶

Coraz liczniejsza rzesza ludzi dożywa późnej starości, co może mieć wieloraki wymiar: kompresji zachorowalności, wydłużonej w czasie sprawności, bądź przedłużenia życia w stanie niepełnosprawności i uzależnienia od opieki innych (służby zdrowia, opieki społecznej, rodziny). Według Haliny Worach-Kardas „wzrost długowieczności w skali masowej oznacza zarówno spadek częstości chorób, jak i – w jakiejś mierze – przedłużenie życia w stanie choroby i niepełnosprawności” – co zdaniem autorki stanowi obecnie wyzwanie dla kreatorów polityki zdrowotnej i społecznej.¹²⁷ Nasuwa to pytanie o kondycję zdrowotną przedstawicieli najstarszej generacji w Polsce.

¹²⁶ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...* op. cit., s. 158 i nast.

¹²⁷ H. Worach-Kardas, *Wydłużanie się średniego trwania życia w Polsce – aspekty demograficzne i środowiskowe*, „Gerontologia Polska” 1997, nr 4, s. 10

W świetle raportu z badania modułowego, przeprowadzonego przez GUS w 1994 roku, odsetek oceniających stan swego zdrowia jako „zły” – w grupie wiekowej 80–84 lata był niższy (36 %), niż w grupie 75–79 lat (41,4 %). Podobne „uskoki” w samoocenie stanu zdrowia ludzi starszych zanotowano w 1996 roku, kiedy wskaźnik negatywnie oceniających swą kondycję zdrowotną w grupie 75–79 lat wynosił 57,3 %, a w grupie 80 i więcej lat – 57,1 %. W badaniach z 1994 roku, wśród osób w wieku 80 lat i więcej nie wyodrębniono dalszych podgrup wiekowych, ale na podstawie dostępnych opracowań można stwierdzić, że po przekroczeniu 84 roku życia stan zdrowia z reguły ulega wyraźnemu pogorszeniu, a po przekroczeniu 95 lat zamyka się wyłącznie w kategoriach samooceny „zły” (50 %) i „bardzo zły” (50 %).¹²⁸

Tabela 11. Samoocena stanu zdrowia ludności w 1996 roku* (w %)

Stan zdrowia	OGOŁEM			MIASTO		WIES	
	Ogółem	M	K	M	K	M	K
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bardzo dobry	12,8	14,4	11,5	14,2	11,4	14,7	11,7
Dobry	41,6	44,2	39,4	44,4	39,9	43,8	38,7
Taki sobie	28,5	26,5	30,2	28,0	31,7	24,1	27,7
Zły	13,6	12,1	14,8	10,7	13,4	14,3	17,4
Bardzo zły	3,1	2,5	3,6	2,4	3,3	2,7	4,1

*Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000, s. 104

W 1998 roku GUS przeprowadził badania modułowe nad samooceną stanu zdrowia ludności, w oparciu o reprezentatywną próbę gospodarstw domowych. Wiadomo, że korzystanie z usług opieki zdrowotnej wiąże się ze stanem zdrowia społeczeństwa, który przez kolejne lata pozostawał w ścisłej relacji do stopnia zaawansowania wieku. I tak: w 1998 roku 62 % ogółu badanych oceniło stan swego zdrowia pozytywnie, a tylko 13 % zdecydowanie negatywnie; mężczyźni z reguły lepiej oceniali swój stan zdrowia niż kobiety; samoocena stanu zdrowia pozostawała w silnym związku nie tylko z wiekiem i płcią badanych, ale i z poziomem ich

¹²⁸ Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, Warszawa 1998, s. 64–65; A. Zajenkovska-Kozłowska, Zdrowie w rodzinie i wydatki na ochronę zdrowia w 1994 roku. Raport z badania przeprowadzonego w IV kwartale 1994 roku, Warszawa 1996, s. 58

wykształcenia; osoby legitymujące się wykształceniem wyższym i średnim zawsze lepiej oceniały stan swego zdrowia, niż pozostali.¹²⁹ Należy pamiętać, że wśród populacji osób starszych dominuje wykształcenie poniżej wyższego, co z pewnością ma istotny wpływ na formułowane przez nich oceny.

Tabela 12. Samoocena stanu zdrowia ludności w 1998 roku (w % do kategorii wieku i wykształcenia)*

Kategorie	SAMOOCENA STANU ZDROWIA				
	Bardzo dobre	Dobre	Takie sobie	Złe	Bardzo złe
<i>Wiek:</i>					
25–39 lat	16,8	60,3	18,7	4,0	0,2
40–54 lata	5,3	42,5	37,0	13,9	1,3
55–69	0,8	15,1	49,3	30,8	4,0
70 lat i więcej	0,4	6,4	39,6	41,8	11,8
<i>Wykształcenie:</i>					
Wyższe i polic.	14,0	50,4	28,7	6,4	0,5
Średnie ogóln.	18,3	46,1	24,3	9,9	1,4
Średnie zaw.	12,3	47,8	29,6	8,9	1,4
Zasad. zaw.	11,5	46,4	28,6	12,2	1,3
Podstawowe	15,3	29,3	30,0	21,6	3,8

* Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1998 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1999, s. 50

W 1998 roku, w stosunku do lat 1994 i 1996, zanotowano poprawę wyników w samoocenie stanu zdrowia ludności, ale są podstawy do twierdzenia, że były one zbyt optymistyczne w stosunku do rzeczywistości, bowiem: 22 % badanych stwierdziło, że choruje przewlekłe; 18,7 % wymaga stałej opieki lekarskiej; 15 % posiada orzeczenie o niezdolności do pracy. Korzystanie z różnych typów usług medycznych różnicowało się w obrębie takich zmiennych jak: miejsce zamieszkania, wiek i sytuacja finansowa, ale generalnie większość gospodarstw korzystała głównie z porad lekarskich w sektorze publicznym opieki

¹²⁹ Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych... op. cit., s. 17

zdrowotnej.¹³⁰ Wyjątek stanowiły usługi stomatologiczne – od kilku lat wyraźnie „przerzucone” do sektora prywatnego. One też w ogólnych wydatkach na ochronę zdrowia w większości gospodarstw domowych miały największy udział. Emeryci i renciści raczej rzadko korzystali z usług medycznych sektora prywatnego, a jeżeli już się na nie decydowali to z takich przyczyn jak: brak uprawnień do korzystania z nieodpłatnych usług sektora publicznego, brak lekarza odpowiedniej specjalności w publicznej opiece zdrowotnej, zbyt odległy termin wizyty, zbyt odległa lokalizacja zakładu publicznej opieki zdrowotnej, lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne oraz lepsi specjaliści w prywatnej służbie zdrowia, lepsze traktowanie pacjentów. Korzystanie z prywatnych usług stomatologicznych i protetycznych związane było z coraz większą dbałością o estetyczny wygląd.¹³¹

W Polsce wiedza na temat poziomu zdrowotności ludności osadzona jest głównie na rejestrach niepełnosprawności, zgonów i ich przyczyn oraz wskaźnikach przewidywanego dalszego trwania życia na różnych jego etapach. Szczegółowo analizowane są jedynie takie zjawiska jak: zachorowania na niektóre choroby zakaźne i zatrucia, rejestracje w poradniach gruźlicy i chorób płuc, w poradniach odwykowych i zdrowia psychicznego, zachorowania na gruźlicę układu oddechowego, na choroby weneryczne, nowotwory złośliwe i na choroby zawodowe.

Na przełomie lat 1994/1995 co piąty Polak wskazywał na kłopoty zdrowotne, ograniczające zdolności wykonywania podstawowych czynności. Wśród osób w wieku 45–49 lat odsetek deklarujących takie ograniczenie wynosił 12 %; w wieku 50–60 lat – 25 %, a w wieku powyżej 70 lat – 50 %. Generalnie, od lat wskaźniki określające stan zdrowia Polaków mogą budzić uzasadniony niepokój. W latach 1988–1994 populacja osób niepełnosprawnych osiągnęła poziom 15,5 %, a pod koniec tego okresu co siódmy mieszkaniec kraju był osobą niepełnosprawną, z czego inwalidzi prawni stanowili 11,2 %, a wyłącznie biologiczni – 4,3 %.¹³²

¹³⁰ Rocznik Demograficzny, Warszawa 1998, s. 46

¹³¹ Tamże, s. 51, 62; na większe, niż jeszcze przed trzydziestoma laty znaczenie, przywiązywane przez ludzi starych do wyglądu zewnętrznego wskazali też autorzy gerontologicznych badań porównawczych. Por. B. Bień, Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. (w:) Polska starość, op. cit., s. 91 i nast.

¹³² Inwalidztwo biologiczne, oznaczające ograniczoną zdolność do wykonywania podstawowych czynności, diagnozowano w oparciu o deklaracje badanych osób, nie po-

Tabela 13. Osoby niepełnosprawne prawnie w wieku 15 lat i więcej w 1996 i 1999 roku*

Niepełnosprawni	1996	1999
Ogółem (w tys.)	4.445	4.460
w tym w wieku (w %):		
– 15–24 lata	1,4	1,6
– 25–29 lat	2,5	3,0
– 30–39 lat	5,1	4,4
– 40–49 lat	12,6	12,1
– 50–59 lat	32,8	28,6
– 60 lat i w.	33,0	32,5

* Źródło: BAEL; Sytuacja demograficzna Polski. Raport Rządowej Rady Ludnościowej, Warszawa 1999, s. 56

Według Rocznika Statystycznego Ochrony Zdrowia, w 1996 roku 20,5 % dorosłych Polaków (w wieku 15 lat i więcej) zaliczano do kategorii „niepełnosprawny”, a 7,7 % do kategorii „o ograniczonej mobilności”. W grupie najstarszych mieszkańców kraju wskaźnik niepełnosprawności rósł proporcjonalnie do wieku. Skokowy wzrost niepełnosprawności zanotowano wówczas w grupie wieku 40–49 lat (89,7 % w miastach i 89,3 % na wsi), co prawdopodobnie bardziej należy wiązać z popularnym wówczas „załatwianiem sobie” uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, dla zapewnienia stałego źródła dochodu, niż z nagłym pogorszeniem kondycji zdrowotnej Polaków znajdujących się na granicy wieku niemobilnego. Generalnie jednak niepełnosprawność prawna i wyłącznie biologiczna narastały równoległe z wiekiem, choć zmianie ulegały relacje między nimi. O ile udział niepełnosprawnych prawnie był najwyższy w grupach wieku aktywności zawodowej (94,5 % niepełnosprawnych w wieku 50–59 lat to inwalidzi prawni), to w kategorii wieku 60 lat i więcej wykazywał tendencje spadku na rzecz niepełnosprawności biologicznej (40,9 % niepełnosprawnych w wieku 80 lat i więcej to niepełnosprawni biologicznie, nie posiadający orzeczenia prawnego o inwalidztwie).¹³³

siadających orzeczonej grup inwalidzkich. Por. A. Zajenkowska-Kozłowska, Zdrowie w rodzinie..., op. cit., s. 16–17

¹³³ Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997, s. 67

Tabela 14. Niepełnosprawni w wieku 15 lat i więcej w Polsce w 1996 roku* (na 1000 ludności danej grupy)

Wyszczególnienie	OGÓLEM		W TYM: W WIEKU (LATA)				
	Ogółem	Miasto	Wieś	18-44	45-59	60-64	65 i w.
Ogółem: 5.142.500 osób	174,7	159,5	200,7	58,2	284,9	382,6	411,7
Mężczyźni	172,2	155,5	199,0	62,3	298,4	417,8	419,7
Kobiety	177,1	162,9	202,3	54,0	272,6	351,7	406,9
Osoby posiadające orzeczenie prawne o inwalidztwie	148,6	136,7	168,8	49,7	266,1	345,6	309,5
- inwalidzi I grupy	30,3	28,8	32,9	6,5	24,1	57,4	124,1
- inwalidzi II grupy	56,2	56,2	56,2	17,1	100,0	151,5	116,1
- inwalidzi III grupy	55,5	49,3	66,0	24,7	126,6	121,7	58,1
- inwalidzi z orzeczeniem bez określenia grupy	5,6	1,5	12,5	0,8	13,6	13,1	9,8
- inwalidzi o nieustalonej grupie	1,0	0,9	1,2	0,6	1,8	1,9	1,4
Osoby nieposiadające orzeczenia prawnego, ale oceniane jako niepełnosprawne	26,2	22,8	31,9	8,5	18,8	37,0	102,2
- z całkowicie ograniczoną sprawnością	3,7	4,0	3,3	0,6	0,5	3,3	21,2
- z częściowo ograniczoną sprawnością	22,4	18,8	28,5	7,9	18,4	33,7	81,0

* Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000, s.105.

Kolejnymi czynnikami, pomocnymi w diagnozowaniu stanu zdrowia najstarszej populacji są: wydatki na ochronę zdrowia oraz częstotliwość korzystania z placówek służby zdrowia. W 1994 roku gospodarstwa emerytów i rencistów należały do ponoszących największe miesięczne wydatki na ochronę zdrowia – 5,3 % ogółu wydatków. W kolejnych latach udział wzrósł do 5,7 % w 1996 roku i do 6 % w 1997 roku.¹³⁴ Domownicy tych gospodarstw częściej też, niż pozostali, przebywali na leczeniu szpitalnym, korzystali z porad ambulatoryjnych, usług diagnostycznych i rehabilitacyjnych, choć rzadziej, niż przedstawiciele pozostałych grup społecznych, korzystali z leczenia stomatologicznego (głównie z powodu braku pieniędzy).

Z każdym kolejnym rokiem narastające koszty zakupu artykułów medyczno-farmaceutycznych redukowały możliwość korzystania przez ludzi starych z odpłatnych usług w zakresie ochrony zdrowia. O ile w 1994 roku zakup leków w ogólnej strukturze wydatków gospodarstw emerytów i rencistów na ochronę zdrowia wyrażany był wskaźnikiem 58,5 %; w 1995 roku – wskaźnikiem 58,8 %, to w 1996 roku wzrósł już do 61,2 %. Równocześnie wzrosły obciążenia finansowe związane z zakupem pozostałych artykułów służących ochronie zdrowia (z 2,4 % do 3,4 %), a redukcji uległy środki przeznaczone na usługi medyczne (z 39,1 % w 1994 roku, do 37,8 % w 1995 roku i 35,4 % w 1996 roku w ogólnej strukturze wydatków na ochronę zdrowia).¹³⁵ Z odpłatnych usług medycznych, w tym medycyny niekonwencjonalnej, ludzie starzy, szczególnie w wieku 70 lat i więcej, korzystali rzadko.

¹³⁴ Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1997 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998, s. 47

¹³⁵ Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, op. cit., s. 353

Tabela 15. Mobilność, niepełnosprawność i korzystanie z usług medycznych osób w wieku 60 lat i więcej w 1996 roku (w % do danej grupy wieku)*

Kategoria sprawności	Ogółem w kraju (dorośli)	60-64 lata	65-69 lat	70-74 lata	75-79 lat	80 lat i więcej
Sprawni fizycznie	79,2	55,8	44,3	36,0	29,9	15,5
Niesprawni fizycznie	20,5	43,8	55,4	63,4	69,8	83,7
O ograniczonej mobilności	7,7	14,9	20,3	25,5	32,7	52,9
O przestrzeni życiowej ograniczonej do łóżka	0,6	0,7	1,5	1,0	3,4	8,2
O przestrzeni ograniczonej do domu	1,7	2,8	4,6	5,6	6,4	15,5
O przestrzeni ograniczonej do domu i otoczenia	5,4	11,3	14,3	18,9	23,0	29,2
Posiadający orzeczenie prawne o inwalidztwie (na 1000 ludności danej grupy wieku)	148,6	334,5		312,3		274,6
Przebywający w szpitalach (w ciągu 12 miesięcy)	10,5	13,8	15,5	16,8	18,4	16,3
Korzystający z porady lekarza (w ciągu 3 miesięcy)	47,0	61,5	60,2	65,1	56,3	53,4
Korzystający z porady lekarza dentysty (w ciągu 3 miesięcy)	23,5	17,1	13,9	10,4	5,0	2,5
Korzystający z medycyny niekonwencjonalnej (w ciągu 12 miesięcy)	4,3	6,3	5,2	4,1	4,5	4,0

* Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, Warszawa 1998 s. 106-107, 86-87; Rocznik Statystyczny, Warszawa 1997, s. 105-

Czynniki, uznawane przez politykę społeczną za stimulatory stanu zdrowia ludności to: ładunek genetyczny, styl życia (higiena, żywienie, aktywność, poziom życia, wykształcenie, zawód), dostęp do instytucji opieki zdrowotnej (funkcjonalność, dostępność struktur) i czynniki środowiskowe (obiektywne, środowisko przyrodnicze). Są to zatem, kompatybilnie ze sobą powiązane, wyznaczniki o charakterze genetycznym, ekonomicznym i społecznym. Można je podzielić na: mikrosocjalne (higiena osobista, praktyki medyczne, styl życia, status społeczno-ekonomiczny, cechy społeczno-kulturowe, cechy biosocjalne jednostek) i makrosocjalne (typ i poziom zanieczyszczeń środowiska, infrastruktura i funkcjonalność placówek ochrony zdrowia).¹³⁶ Dogłębna analiza wymaga jednak wyeksponowania czynników szczegółowych, które z jednej strony implikują zdrowie i umieralność, z drugiej zaś pozwalają na pomiar poziomu zdrowotności. Zaliczyć do nich należy:

- zakres działań i funkcjonalność placówek ochrony zdrowia (profilaktyka, rehabilitacja, leczenie);
- ekologia środowiska życia (poziom zanieczyszczeń wody i powietrza, zagrożenia);
- wypadkowość (narażenie na urazy, samobójstwa, uszkodzenia, bezpieczeństwo pracy);
- warunki życia wpływające na rozwój płodu (dostęp do witamin, kalorycznego żywienia i higienicznego trybu życia przyszłych matek);
- dieta rodzin (średnia wieku macierzyństwa, liczba dzieci i ich wiek).

Na podstawie analizy materiałów statystycznych GUS można stwierdzić, że najczęstszymi chorobami przewlekłymi, diagnozowanymi wśród ludzi starych, w istotny sposób rzutującymi na ich złe samopoczucie, są choroby układu krążenia, stawów, kręgosłupa, płuc, wątroby, nerwice, choroby przewodu pokarmowego, moczowego, cukrzyca, miażdżyca, i nowotwory. Według opracowań izb lekarskich, wśród osób po 60 roku życia najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami jest zmęczenie, drętwienie kończyn, bóle układu kostno-mięśniowego, i tzw. „skokowe” ciśnienie tętnicze.¹³⁷ Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zarówno ich hospitalizacji, jak i zgonów.

¹³⁶ L. Frąckiewicz, *Polityka społeczna. Zarys wykładu*, Katowice 1998, s. 84

¹³⁷ G. Ciechomska, *Aktywna starość*, op. cit., s. 2

Tabela 16. Główne przyczyny zgonów w Polsce w 1996 i 1999 roku *

Przyczyny zgonów:	Ogółem w kraju	60-64 lata	65-69 lat	70-74 lata	75-79 lat	80-84 lata	85 lat i więcej	Σ = % do ogółu zgonów
Ogółem :	385496 381415	33184 30988	45274 44106	53554 53592	43749 56029	52995 39312	67294 69186	76,8 76,9
Choroby układu krążenia, w tym:	194326 181477	14167 12250	21893 19702	29726 26843	26515 31745	34401 23974	43954 44506	87,8 87,6
- <i>Miażdżyca</i>	73467 7192	2205 791	4762 1798	9211 3763	10634 6089	17556 6419	27229 15442	97,5 98,2
- <i>Choroby naczyń mózgowych</i>	30205 42183	2425 2836	3843 4876	5286 6858	4578 8376	5064 5758	4705 8465	85,8 88,1
Nowotwory złośliwe	78657 81595	11251 10709	13885 13847	13345 14137	8106 11143	6270 5305	3950 5087	72,2 73,8
Cukrzyca	5069 5331	621 521	910 842	1071 1099	715 1058	590 591	297 494	83,0 86,0
Choroby zakaźne i pasożyt., w tym:	2294 2283	239 217	261 259	242 251	182 221	149 139	93 118	50,8 52,8
- <i>Gruźlica</i>	1024 1022	118 114	116 122	118 117	92 96	90 58	42 46	56,3 54,1
Samobójstwa	5446 5778	370 345	301 283	189 219	97 122	65 70	48 52	19,6 18,9
Zabójstwa**	8730	37	47	24	22	14	11	1,8
Wyniszczenie z niedożywienia**	54	1	8	9	6	4	2	55,6

* Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, Warszawa 1998, s. 138-141

** Oznaczone kategorie przyczyn zgonów nie występowały we wcześniejszych opracowaniach GUS

Uzupełnienie informacji o kondycji zdrowotnej najstarszej populacji stanowi wskaźnik zachorowalności i główne przyczyny zgonów w kolejnych przedziałach wiekowych. Skłonność do zachorowań od wielu lat rośnie w Polsce proporcjonalnie do wieku. O ile w 1996 roku średnia liczba chorób na 1 osobę w wieku 45 lat i więcej wynosiła 1,79; to w kategorii wieku 60–69 lat – 3,44; 70–79 lat – 3,52, a w kategorii 80 lat i więcej – 3,48. Spośród ogólnej liczby przypadków pobytu w szpitalu, najliczniejszy udział miała kategoria wieku 65 i więcej lat (24,6 %).¹³⁸ W 1996 roku stwierdzono wzrost współczynnika zgonów w wieku powyżej 50 lat, w tym głównie na skutek chorób układu krążenia, chorób serca i nowotworów, a w grupie wieku 70–74 lata – w wyniku miażdżycy naczyń mózgowych. W latach 1996–1999 wskaźnik zgonów ludzi starych ogółem do liczby zgonów wzrósł z 76,8 % do 76,9 %, a w kategorii przyczyn największy wzrost umieralności zanotowano w grupie: chorób naczyń mózgowych, zakaźnych i pasożytniczych oraz cukrzycy i miażdżycy.

Geriatrzy do najistotniejszych predyktorów umieralności ludzi w starszym wieku, obok predyspozycji genetycznych i zachowań antyzdrowotnych (złe odżywianie, używki, brak ruchu, otyłość), zaliczają: płeć, stan cywilny, izolację społeczną, brak wsparcia społecznego w sytuacji pojawiających się deficytów, utratę kontroli nad własnym życiem i negatywną samoocenę stanu swego zdrowia. Na przykład: zjawisko tzw. „nadumieralności” mężczyzn implikowane jest innym trybem życia, innymi zachowaniami i aktywnością przedstawicieli różnych płci, nie tylko po przekroczeniu wieku emerytalnego ale i w okresie poprzedzającym starość. Mężczyźni, częściej niż kobiety wykonują ciężkie prace fizyczne, uprawiają niebezpieczne dyscypliny sportu, wykazują mniejszą dbałość o zdrowie.¹³⁹ Ryzyko zgonów w tej grupie płci jest większe we wszystkich grupach wiekowych, a w starości szczególnie. Ścisłe wiąże się też z poczuciem izolacji społecznej, brakiem wsparcia ze strony otoczenia, poziomem wykształcenia, przynależnością do grup społeczno-zawodowych, samotnością oraz negatywnym postrzeganiem swego statusu i stanu zdrowia.¹⁴⁰

¹³⁸ Korzystanie z usług medycznych w Polsce na przełomie lat 1995/1996. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997, s. 40

¹³⁹ J. Rodin, J. R. Ickovics, Women's health. „Am Psychologist” 1990, No 45, s. 9

¹⁴⁰ Stwierdzono, że osoby starsze o ograniczonych kontaktach z otoczeniem, częściej umierają z powodu chorób serca. Bardzo ważne jest też dla nich wsparcie psychiczne ze

Tabela 17. Zgony osób starszych według płci i wieku w 2000 roku (na 100 tys. ludności danej grupy wieku)*

Kategorie wieku	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
60–64 lata	1.685	2.543	986
65–69 lat	2.534	3.739	1.630
67–74 lata	3.815	5.465	2.756
75–79 lat	5.955	7.943	4.893
80–84 lata	9.553	11.563	8.598
85 lat i więcej	19.005	19.864	18.671

*Na podstawie: Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, s. 276

Najnowsze statystyki pokazują, że o ile w pięcioletnich przedziałach wiekowych od 60 do 74 roku życia umiera znacznie więcej mężczyzn, to od 75 roku życia wzwyż narasta zarówno liczba zgonów kobiet ogółem, jak i zgonów kobiet owdowiałych. O ile w przedziale wiekowym 80–84 lata zgony owdowiałych mężczyzn stanowią 34,8 % ogółu zgonów w tej grupie; w przedziale 85 lat i więcej – 54,2 %, to w odniesieniu do kobiet, w analogicznej kolejności, wskaźniki te wynoszą: 78,3 % i 87 %. Statystycznie kobiety żyją dłużej, wdowieństwo jest ich udziałem znacznie częściej niż mężczyzn, ale też lepiej potrafią, po stracie współmałżonka, kompensować trudną samotność. U mężczyzn największe ryzyko umieralności występuje w przedziale wieku 60–74 lata, co można wiązać z działaniem tzw. „brzytwy emerytalnej”. Odejście od aktywności zawodowej, utrata pracy, prestiżu, satysfakcjonujących dochodów nierzadko bowiem skutkują utratą sensu życia, brakiem poczucia więzi emocjonalnej, integracji z otoczeniem i bezradnością.¹⁴¹

strony współmałżonków, rodzin i formalne ze strony instytucji. Ponadto osoby o niskim poziomie wykształcenia, przynależące do niższych klas społecznych, odznaczają się gorszym stanem zdrowia. A. Grand, P. Grosclaude i inni, *Destability. Psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population*. „J. Clin Epidemiol” 1990, No 43, s. 8; G. Kaplan, V. Barell i inni, *Subjective State of Health and Survival in Elderly Adults*. „Sociale Sciences” 1988, No 43, s. 114

¹⁴¹ M. A. Davis, J. M. Neuhaus i inni, *Living Arrangements and Survival among Middle-Aged and Older Adults*. „Am I if Publ Hith” 1992, s. 82

Tabela 18. Zgony osób starszych według płci, wieku i stanu cywilnego w 2000 roku*

Kategorie wieku	Kategorie stanu cywilnego	Mężczyźni	Kobiety
60–64 lata	Ogółem	19.591	9.319
	W stanie małżeńskim	14.587	5.061
	W stanie wolnym	1.721	614
	Owdowiali	1.695	2.890
	Rozwiedzeni	1.588	754
65–69 lat	Ogółem	25.957	15.078
	W stanie małżeńskim	19.704	6.655
	W stanie wolnym	1.440	1.059
	Owdowiali	3.318	6.376
	Rozwiedzeni	1.495	988
70–74 lata	Ogółem	29.303	23.035
	W stanie małżeńskim	21.889	7.559
	W stanie wolnym	1.124	1.737
	Owdowiali	5.182	12.652
	Rozwiedzeni	1.107	1.087
75–79 lat	Ogółem	26.190	30.210
	W stanie małżeńskim	17.974	6.211
	W stanie wolnym	794	2.507
	Owdowiali	6.719	20.365
	Rozwiedzeni	703	1.127
80–84 lata	Ogółem	15.223	23.833
	W stanie małżeńskim	9.191	2.595
	W stanie wolnym	424	1.972
	Owdowiali	5.304	18.650
	Rozwiedzeni	304	616
85 lat i więcej	Ogółem	19.558	47.296
	W stanie małżeńskim	8.141	1.723
	W stanie wolnym	554	3.712
	Owdowiali	10.594	41.118
	Rozwiedzeni	269	743

* Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, s. 289

Ważną, choć w opracowaniach statystycznych nie identyfikowaną odrębnie, przyczyną zgonów ludzi starych jest choroba Alzheimera, na którą cierpi w Polsce około 200 tys. osób. Określana mianem „choroby podeszłego wieku” lub „choroby cywilizacji”, jako że rozpoznano ją zaledwie 90 lat temu – jest schorzeniem patologiczującym ostatni etap ży-

cia. Atakuje osoby w wieku 50–60 lat, przy czym ryzyko jej wystąpienia znacznie częściej dotyczy kobiet i osób, które przekroczyły 65 rok życia. Powoduje zaburzenia pamięci, zachowania, orientacji przestrzennej i po kilku latach uzależnia chorego od stałej opieki osób trzecich. W pierwszym okresie najczęściej jest bagatelizowana przez otoczenie, a jej objawy utożsamiane z właściwościami wieku. Lekarze określają to „podstępny początkiem”. W miarę postępowania objawy szybko się jednak nasilają, ostatecznie redukując samodzielność chorego do zera. Zdaniem geriatrów, „u ludzi powyżej 85 roku życia pojawia się 14 razy częściej, niż u osób w wieku 65–69 lat i tylko 15 % zachorowań wynika z uwarunkowań genetycznych”.¹⁴² Według różnych źródeł cierpi na nią obecnie od 18 mln do 20 mln ludzi na całym świecie, w tym: około 4 mln osób w Stanach Zjednoczonych Ameryki, 3 mln w Indiach, około 400 tys. w Wielkiej Brytanii, 300 tys. we Francji i w Polsce do 200 tys. osób.¹⁴³ Demograficzne starzenie się społeczeństw niesie ze sobą zagrożenie dalszego rozprzestrzeniania się choroby.

„Alzheimer”, zwany otępieniem starczym lub degeneracyjnym, jako że stanowi około 60 % wszystkich zdiagnozowanych przypadków otępienia, jest typowym przykładem patologii starzenia. Powoduje uszkodzenia mózgu, w konsekwencji czego następuje utrata pamięci, narasta dezorientacja, niepokój, zaburzenia snu, ustawicznej redukcji ulega też kontakt z otoczeniem.¹⁴⁴ Należy do schorzeń, które w miarę postępowania ograniczają myślenie abstrakcyjne, logiczne, rozpoznawanie, kojarzenie, wykonywanie wszelkich, z czasem najprostszych zadań, ostatecz-

¹⁴² S.R. Gambert, Czy to choroba Alzheimera? „Medycyna po Dyplomie” 1998, nr 2 (31), s. 22

¹⁴³ Wśród geriatrów nie ma zgodności zarówno w określaniu wieku największego ryzyka wystąpienia choroby, czasu jej trwania, jak i co do liczebności grupy cierpiących na nią osób. Np. zdaniem T. Gabryelewicza, w 2000 roku występowała ona u około 12 mln osób na świecie, a według R. Feldmana u 20 mln osób, przy czym przeciętne jej trwanie szacowano na okres od 5 do 12 lat. Według R. Piątkowskiego średnio trwać może 9 lat, a rozwijać się nawet do 20 lat. Por. Alzheimer. Serwis Informacyjny dla Lekarzy i Psychologów, www.alzheimer.pl/publication z 2002 roku; www.resmedica.pl/alzheimer z 2001 roku; R. Piątkowski, Choroba Alzheimera. „Medicover” 2000, www.medicover.pl/disease/alzheimer z 2000 roku

¹⁴⁴ R. Feldman, Choroba Alzheimera. „Res Medica”, www.resmedica.pl/alzheimer; M. Barcikowska, Wprowadzenie do problemów choroby Alzheimera. Serwis Informacyjny dla Lekarzy i Psychologów, www.alzheimer.pl/publication

nie prowadząc do braku samodzielności życiowej. Nieznana jest etiologia choroby i nieznane metody leczenia. Wiadomo, że jej rozwój zaburza i w końcu degraduje funkcjonowanie układu nerwowego, a medycyna wobec problemu pozostaje w zasadzie bezradna. Są preparaty, które spowalniają jej przebieg, nie mogą jej jednak ani zapobiec, ani wyleczyć.¹⁴⁵ Ponieważ objawia się w podobny sposób jak otępienie i depresja, niezmiernie trudno ją zdiagnozować we wczesnych fazach. Przebieg i czas trwania różnicuje się osobniczo, ale niezmiernie prowadzi do zgonu, poprzedzonego wieloletnią utratą samodzielności i kontaktu z otoczeniem.

W świetle tych, wybiórczo przytoczonych, wskaźników trudno orzekać o dobrej kondycji zdrowotnej Polaków. Już w 1994 roku stan zdrowia całej populacji określany był mianem „niezadowolającego”, bowiem co piąty mieszkaniec kraju miał stałe problemy zdrowotne, ograniczające zdolności do wykonywania podstawowych czynności, bądź też był przewlekłe chory.¹⁴⁶ W latach 1998–2000 sytuacja nie uległa wyraźnej poprawie, choć wskaźniki zarówno średniego czasu trwania życia, jak i przeciętnego dalszego trwania życia po przekroczeniu 60 lat – wzrosły i nadal wykazują tendencje wzrostu. Zaprezentowana analiza sugeruje bardziej negatywną, niż pozytywną ocenę jakości coraz dłuższego życia. Podeszły wiek częściej nacechowany jest niepełnosprawnością, niż mobilnością, co dla polityków społecznych powinno stanowić sygnał potrzeby wzmacniania kondycji służby zdrowia i opieki społecznej, a dla organizatorów oświaty, sportu, turystyki, rekreacji i wypoczynku – potrzeby upowszechniania zmiany stylu życia Polaków.

Tak, jak transformacja ze wszystkimi towarzyszącymi jej zjawiskami marginalizującymi nie tylko jednostki, ale i całe grupy społeczne, postawiła przed społeczeństwem wyzwanie kształcenia profesjonalistów pomocy społecznej i opieki socjalnej, tak i starość demograficzna z towarzyszącymi jej chorobami i zagrożeniami – stanowi wyzwanie, któremu trzeba sprostać. Wzory można czerpać z wielu państw Europy Zachod-

¹⁴⁵ W 2002 roku, w rafach koralowych w pobliżu Australii, odkryto komórki stymulujące proces starzenia się organizmu. Zdaniem naukowców, wykorzystanie ich w medycynie nie przedłuży trwania życia, ale może okazać się bardzo pomocne w utrzymywaniu zdrowia i sprawności także po przekroczeniu granic starości kalendarzowej, chronologicznej. Może też być ważnym odkryciem w zapobieganiu i zwalczaniu choroby Alzheimera

¹⁴⁶ A. Zajenkowska-Kozłowska, op. cit., s. 55

niej i Stanów Zjednoczonych Ameryki, gdzie wiele chorób, w tym także „Alzheimer”, od dawna przestały być problemami wstydlivymi, obciążającymi przede wszystkim rodzinę. Niemal w całej Europie w centrach wolontariatu przyszli opiekunowie przygotowywani są do swej pracy przez lekarzy i rehabilitantów, przez geriatrów i psychiatrów oraz przez praktyków, którzy swą wiedzę wyprowadzają z wieloletnich doświadczeń. Ważną rolę w systemie opieki odgrywają lokalne grupy wsparcia, domy dziennego, okresowego i stałego pobytu oraz tzw. „wyjazdy weekendowe”, w czasie których opiekunowie przebywający razem z chorymi uczą się nowych technik radzenia sobie z różnymi trudnościami. Opiekunowie muszą mieć do perfekcji opanowaną sztukę nawiązywania kontaktu w chorym na każdym etapie jego choroby, przejść szkolenie w zakresie rehabilitacji i fizykoterapii. Dopiero z takim wyposażeniem w wiedzę i sprawności mogą podejmować próby sprostania zadaniom opiekuńczym. Nierzadko opiekunami zostają ludzie starsi, którzy wcześniej opiekowali się swoim bliskimi chorymi i po ich śmierci pragną służyć swą pomocą oraz doświadczeniem innym.

Z każdym rokiem liczebność grupy ludzi starych, cierpiących na przewlekłe choroby, wzrasta, absorbując uwagę ustawicznie starzejącego się i tym samym potencjalnie zagrożonego świata. Powstają organizacje, stowarzyszenia i fundacje wspomagające zarówno chorych, jak i ich rodziny, a dzięki prasie, infoliniom i Internetowi od lat funkcjonuje międzynarodowe forum dyskusyjne, umożliwiające szeroką wymianę doświadczeń i wzajemne wspieranie się wszystkich tych, którzy na co dzień borykają się z problemami towarzyszącymi chorobom podeszłego wieku.¹⁴⁷

¹⁴⁷ Wystarczy tu wymienić choćby takie jak: anglojęzyczne pismo „*Alzheimer Europe*” i witryny internetowe: www.alzheimer.pl/info/europe.html; www.alzheimer.pl/organi.html; www.alzheimer.pl/o_nas/english.html; www.medicover.pl/disease/alzheimers.htm; www.alzheimer.pl/publication_detail. Do najbardziej znanych na świecie organizacji pozarządowych i stowarzyszeń wspierających chorych oraz ich rodziny należą: *Alzheimer's Society of Canada* w Kanadzie; *Alzheimer's Association of Queensland* w Australii; *Alzheimer Europe* w Luksemburgu; *Alzheimer's Society* w Wielkiej Brytanii; *Scottish Action on Dementia* w Szkocji; *Alzheimer Nederland* w Holandii; *Alzheimer Forum* w Niemczech; *Alzheimer Italia* we Włoszech; *Swiss Alzheimer Association* w Szwajcarii i *Alzheimer's Association* w Stanach Zjednoczonych Ameryki. W *Alzheimer's Disease International* (ADI), międzynarodowej federacji założonej w Londynie w 1984 roku, sku-

Nacechowany rozwojem nauki i techniki XX wiek, uwolnił człowieka od strachu przed wieloma, wcześniej śmiertelnymi chorobami, ale przyniósł też nowe zagrożenia, wobec których medycyna pozostaje bezradna. Trwa jej ustawiczny i niekończący się pościg za coraz nowszymi, trudnymi w diagnozowaniu, zwalczaniu i profilaktyce schorzeniami. Mimo ogromnego postępu w medycynie, farmakologii, rehabilitacji, wiedzy o higienie życia i zapobieganiu wszelkim dysfunkcjom organizmu ludzkiego – natura nadal często odnosi ponury triumf nad rozumem, wielu skazując na cierpienia i śmierć, nierzadko też wyprzedzając rytm biologicznego zegara życia. Człowiek żyje coraz dłużej, ale i coraz częściej trzecia tercja życia kojarzona jest z pauperyzacją, niepełnosprawnością, zapotrzebowaniem na pomoc rodzin i instytucji, kosztowne leczenie, rehabilitację, opiekę paliatywną.

Spółczesność pojmowana jako organizm, z jednej strony gwarantujący żyjącym w nim obywatelom ochronę prawną, zdrowotną i socjalną, z drugiej zaś uzależnione w swej kondycji od jakości życia grup i jednostek, w skali makro odpowiedzialne jest za szeroko rozumiane bezpieczeństwo zdrowotne. Jednym z jego elementów jest gwarantowanie pomocy i opieki osobom niepełnosprawnym oraz dotkniętym chorobami, w tym zaś przede wszystkim przewlekłymi i społecznymi. O ile problem zdrowotności dzieci, młodzieży i osób aktywnych zawodowo od dziesiątków lat absorbuje uwagę wszystkich członków społeczeństwa, to choroby wieku podeszłego, mimo wszechobecnej i narastającej starości demograficznej, ciągle pozostają w cieniu zainteresowań.

Mechanizm oparty na kulcie młodości i utrwalaniu stereotypu starości napiętnowanej ograniczoną sprawnością przeczy powszechnie uznawanej i akceptowanej przez społeczność międzynarodową zasadzie społecznego solidaryzmu, aktywizacji i sprawiedliwości. Trudno jednak „programować” go na jednakowe zaangażowanie wobec gwarancji prawa do godnego życia wszystkich grup wiekowych w sytuacji, gdy głównym

pionym jest już 50 organizacji alzheimerowskich, działających w różnych krajach całego świata. W Europie rolę koordynatora i inicjatora różnych form współpracy między organizacjami i stowarzyszeniami alzheimerowskimi pełni organizacja pozarządowa *Alzheimer Europe*. W Polsce najważniejsze to: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Choro-bą Alzheimer'a i Polska Fundacja Alzheimerowska. Problem skupia zarówno uwagę przedstawicieli świata nauki, jak i praktyków: lekarzy, terapeutów, opiekunów społecznych i pracowników socjalnych

wyznacznikiem sukcesu, prestiżu jest przedsiębiorczość, sprawność, mobilność, kreatywność, zdrowie i młodość. Ludzie młodzi najczęściej nie myślą o starości dlatego, że się jej boją. A boją się dlatego, że wiedza jaką posiadają na ten temat oparta jest na stereotypie marginalizacji, cierpienia, izolacji i osamotnienia. To swoiste „błędne koło”, które przerwać może utrwalenie w mentalności społecznej przekonania, iż zła starość nie musi być regułą, jest tylko kolejną fazą życia, wyznacznikiem jakości której nie zawsze jest wyłącznie wiek. O tym, jaki jest jej przebieg, decyduje wiele czynników: geny, higiena i warunki życia, profilaktyka, aktywność, a w sytuacjach ekstremalnych, chorobach ograniczających samodzielność – troska otoczenia i pomoc instytucji państwowych. Z badań epidemiologicznych wynika na przykład, że na ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera ogromny wpływ na wykształcenie i wcześniejsza aktywność umysłowa. Mniej są na nią narażone osoby mobilne intelektualnie, poddające swój umysł w toku całego życia ustawicznemu treningowi.

Dyskusja wokół problemu, czy społeczeństwo stać na edukację gerontologiczną, na profilaktykę i leczenie chorób wieku podeszłego wydaje się bezprzedmiotowa, jako że ludzie starzy będą populacją coraz liczniejszą (z coraz większą reprezentacją dożywających starości sędziwej) i ich codzienne problemy, pozornie jednostkowe, urastać będą do rangi ogólnospołecznych. Niezależnie od przyjmowanej postawy, z czasem starość stanie się także udziałem tych, którzy starają się o niej nie myśleć, odsuwać w odległą i „niewidzialną” przyszłość, niechętnie angażują się w sprawy i problemy przedstawicieli najstarszego pokolenia. Należy jednak pamiętać, że kiedyś i oni będą tymi przedstawicielami, konsumującymi kontestację oraz niechęć pokolenia młodych.

2. Warunki życia – funkcjonowanie gospodarstw domowych

W opracowaniach przedmiotowych warunki życia traktowane są jako synonimy takich określeń jak: „warunki bytu”, „poziom życia”, „jakość życia”, „poziom bytu materialnego”, lecz niezależnie od sformułowań oznaczają „stopień zaspokojenia materialnych i kulturalnych potrzeb gospodarstw domowych, realizowany poprzez strumienie towarów i usług odpłatnych oraz poprzez strumienie funduszy konsumpcji zbiorowej”.¹⁴⁸

¹⁴⁸ A. Luszniwicz, Statystyka społeczna, Warszawa 1982, s. 11

Potrzeby gospodarstw domowych stanowią zatem komplementarny związek potrzeb egzystencjalnych (żywność, odzież, mieszkanie, ochrona zdrowia) i socjalnych (stan posiadanych dóbr trwałego użytku, wykształcenie, wypoczynek, dostęp do instytucji publicznych i do zabezpieczenia społecznego).

Według Stanisława Kostrubca, baza statystyczna dostarczająca bieżących informacji na temat warunków życia ludności opiera się na trzech źródłach¹⁴⁹: danych makroekonomicznych (dochody, spożycie, sytuacja na rynku, zasoby mieszkaniowe, usługi świadczone na rzecz ludności), badaniach budżetów gospodarstw domowych, systematycznie prowadzonych przez GUS i na badaniach ankietowych, prowadzonych zarówno przez GUS, ośrodki naukowo-badawcze, jak i przez ośrodki badania opinii społecznej. Ze względu na różnorodność stosowanych metod pomiaru, publikowane dane nie zawsze są porównywalne, ale pozwalają na globalne postrzeganie zmian, jakie w różnych okresach występują w obrębie takich wskaźników jak: dominujące w społeczeństwie typy gospodarstw, źródła utrzymania ludności, dochody i wydatki w budżetach domowych, warunki lokalowe, poziom nasycenia dobrami trwałego użytku, czy subiektywna ocena warunków bytu formułowana przez przedstawicieli różnych grup społecznych. Optymalny model obiektywnych wskaźników skuteczności polityki społecznej wobec ludzi starych obejmuje przynajmniej cztery obszary badań:

- ograniczanie zakresu biedy (wskaźniki: odsetek ludzi w wieku 60 lat i więcej żyjących poniżej minimum egzystencji, poniżej minimum socjalnego i relatywnej linii ubóstwa, odsetek uprawnionych do korzystania z pomocy społecznej, luka dochodowa gospodarstw domowych utrzymujących się ze świadczeń emerytalno-rentowych);
- wzrost poziomu dochodów ludzi starych (wskaźniki: stopień zastępowalności dochodów z pracy świadczeniami z ubezpieczenia społecznego, udział przeciętnej emerytury i renty w przeciętnym wynagrodzeniu);
- zachowanie relacji między dochodami z tytułu rent i emerytur i dochodami z innych źródeł (wskaźniki: relacja przeciętnej renty rodzinnej, socjalnej i zasiłku stałego do przeciętnej emerytury, struktura dochodów gospodarstw emerytów i rencistów);

¹⁴⁹ S. Kostrubiec, Warunki bytu gospodarstw domowych. (w:) *Polityka społeczna*. Pod red. A. Kurzynowskiego, Warszawa 2002, s. 109–110

– zapewnienie stałych źródeł dochodu (wskaźniki: udział emerytów i rencistów oraz otrzymujących renty rodzinne i zasiłki wyrównawcze w ogólnej strukturze ludności, wydatki na emerytury i renty w ogólnej strukturze wydatków państwa i w PKB).¹⁵⁰

Urynkowanie gospodarki, załamanie rynku pracy i ujawnienie bezrobocia w pierwszych latach transformacji zbiegło się z postępującym procesem starzenia społeczeństwa, w konsekwencji czego nastąpił wyraźny wzrost liczby osób utrzymujących się ze świadczeń socjalnych i ubezpieczeń społecznych. W latach 1988–1995 zmianie uległa społeczno-ekonomiczna struktura typów gospodarstw domowych, co stanowi dowód na sukcesywne zwiększanie obciążeń budżetu państwa świadczeniami na rzecz osób niepracujących. Według GUS, w omawianym okresie udział gospodarstw pracowniczych w ogólnej strukturze spadł z 51,4 % do 37,2 %; rolniczych z 7,6 % do 7,4 %; użytkujących gospodarstwa rolne z 11,7 % do 5,9 %, a wskaźnik gospodarstw osób pracujących na własny rachunek wzrósł z 3,4 % do zaledwie 6,5 %. Równolegle odsetek gospodarstw emerytów i rencistów zwiększył się z 25,1 % do 38,3 %, a utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych z 0,8 % do 4,8 %.¹⁵¹

Od 1995 do 2001 roku przeciętny nominalny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów wzrósł z 319,68 zł do 673,89 zł i w kolejnych latach przemian był o około 10 % wyższy od średniej krajowej. Nie znaczy to jednak, że kondycja ekonomiczna gospodarstw utrzymujących się ze świadczeń ubezpieczeń społecznych była coraz lepsza. Na przykład: w 2000 roku, mimo wzrostu dochodów zarówno osób pracujących, jak i utrzymujących się z emerytur i rent – ich siła nabywcza była znacznie mniejsza niż przed rokiem. W sektorze przedsiębiorstw spadek siły nabywczej dochodów wynosił wówczas 2,1 %; w świadczeniach emerytalno-rentowych systemu pracowniczego – 5,4 %, a w przypadku świadczeń uzyskiwanych przez rolników indywidualnych – 6,2 %.¹⁵² Między dochodem rozporządzalnym pozostającym do dyspozycji w gospodarstwach emerytów i w gospodarstwach rencistów występowały znaczne różnice. W 2001 roku w gospodarstwach emerytów wy-

¹⁵⁰ Cyt. za B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość...*, op. cit. s. 165–166

¹⁵¹ Tendencje zmian, struktur ludności, gospodarstw domowych i rodzin w latach 1988–1995, Warszawa 1998, s. 171

¹⁵² W 2000 roku, w sektorze przedsiębiorstw przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto, w porównaniu z rokiem poprzednim, wzrosło o 13,2 %; w kategorii emerytur i rent z sy-

nosił on 725,46 zł, a w gospodarstwach rencistów – 509,07 zł. Dla porównania: średnia krajowa dochodu rozporządzalnego do dyspozycji wynosiła wówczas 620,47 zł; w gospodarstwach pracowniczych – 662,58 zł; w użytkujących gospodarstwa rolne – 493,12 zł; rolników – 481,38 zł i w gospodarstwach pracujących na własny rachunek – 773,80 zł.

Głównym źródłem utrzymania gospodarstw emerytów i rencistów były świadczenia z ubezpieczeń społecznych (83,9 %), choć uzupełniano je: dochodami z pracy najemnej – 8,8 % (8,3 % w gospodarstwach emerytów; 9,9 % w gospodarstwach rencistów); z pracy na własny rachunek – 1,2 % (w analogicznej kolejności: 0,9 %, 1,9 %); dochodami z indywidualnych gospodarstw lub działek – 1,2 % (0,6 %, 2,3 %) i z wynajmu budynków – 0,4 %. Z zasiłku dla bezrobotnych korzystało 0,6 % (0,5 % emerytów i 1 % rencistów), a z innych źródeł dochodu (w tym głównie z darów od osób prywatnych) – 4,5 % ogółu wszystkich gospodarstw emerytów i rencistów (3,5 % emerytów, 6,8 % rencistów).¹⁵³ Relatywnie wysoki poziom dochodów gospodarstw emerytów wyznaczany był zawsze dwoma czynnikami: najniższą liczbą osób nie posiadających własnych źródeł dochodu i najniższą przeciętną liczbą osób stanowiących odrębne gospodarstwo domowe.

Stały i wyraźnie podkreślany w analizach statystycznych wzrost dochodów nie nadążał ani za inflacją, ani za wzrostem kosztów utrzymania. Na przykład w 1997 roku realne emerytury i renty (pracownicze, pochodne i kombatanckie) netto, w porównaniu z 1996 rokiem, wzrosły o 6,2 % (w 1996 roku o 2,5 %). Wzrost ten wynikał z dwukrotnie przeprowadzonej w 1997 roku waloryzacji świadczeń. Według GUS, w grudniu 1997 roku siła nabywcza przeciętnej emerytury netto była w Polsce o 4,8 % większa niż przed rokiem. Jednak z uwagi na sukcesywny wzrost kosztów utrzymania oraz leczenia, nawet wówczas kondycja finansowa emerytów nie uległa radykalnej zmianie, choć w kolejnych latach transformacji była lepsza niż utrzymujących się z rent i źródeł niezarobkowych.¹⁵⁴ Świadczy o tym także fakt, że w latach 1995–2000 relacje przeciętnej miesięcznej emerytury brutto do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarstwie

stemu pozarolniczego o 0,1 %, a w kategorii świadczeń dla rolników indywidualnych o 8,2 %. Wstępna informacja o gospodarce w 2000 roku, op. cit. s. 3

¹⁵³ Sytuacja gospodarstw domowych w 2001 roku w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, Warszawa 2002; www.stat.gov.pl z 2002 roku

¹⁵⁴ Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju w 1997 roku, Warszawa 1998, s. 55

darce narodowej obniżyły się z 73,7 % do 63,6 % (70,8 % w 1996 roku; 69,8 % w 1997 roku; 67,8 % w 1998 roku).¹⁵⁵

Zdaniem polityków społecznych, autorów Raportu UNDP z 1999 roku, tempo deprywacji poszczególnych obszarów życia społecznego ludzi w starszym wieku, było relatywnie słabsze, niż w przypadku całej ludności. Z analizy wskaźników GUS wynika, że w ujęciu globalnym kondycja ekonomiczna gospodarstw domowych emerytów była znacznie lepsza niż rencistów, rolników, czy utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, ale uzyskane w badaniach tzw. „uśrednione” wskaźniki nie odzwierciedlały dużej rozpiętości w kwotach dochodu rozporządzalnego, jaki pozostawał do dyspozycji w poszczególnych gospodarstwach i rodzinach. O tym, że wiele z nich uzyskiwało dochody znacznie niższe od średniej krajowej, świadczył fakt, że w 1998 roku w gospodarstwach emerytów i rencistów na 20 % charakteryzujących się najlepszą sytuacją dochodową – przypadało ponad 36 % wszystkich dochodów tej grupy gospodarstw, a na 20 % najgorzej sytuowanych – niespełna 8 %; natomiast w 1999 roku przeciętny dochód rozporządzalny 20 % osób żyjących w najzamożniejszych gospodarstwach z tej grupy był ponad czterokrotnie wyższy niż w gospodarstwach 20 % osób najbiedniejszych.¹⁵⁶ Poglębiamąca się polaryzacja ekonomiczna społeczeństwa występowała zatem także w obrębie poszczególnych, pozornie zunifikowanych standardem życia, typach gospodarstw domowych.

W 2001 roku w niemal w co dziesiątym gospodarstwie domowym emerytów i w co czwartym rencistów diagnozowano zagrożenie ubóstwem. Na granicy ubóstwa relatywnego znajdowało się wówczas 9,8 % gospodarstw emerytów i 23,7 % rencistów; ubóstwa ustawowego – 8,5 % emerytów i 21,2 % rencistów, a na granicy minimum egzystencjalnego funkcjonowało 5,3 % gospodarstw emerytów oraz 14,2 % gospodarstw

¹⁵⁵ Mały Rocznik Statystyczny, Warszawa 1998, s. 140 – 142; Mały Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999, s. 142; Rocznik Statystyczny, Warszawa 2001, s. 173

¹⁵⁶ Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1998 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1999, s. 17; Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1999 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1999, s. 15

rencistów.¹⁵⁷ Linia zasięgu i głębi ubóstwa ludzi starych przebiegała wprawdzie niemal równoległe do rejestrowanej w całym kraju¹⁵⁸, ale na ostateczną ocenę kondycji ekonomicznej prowadzonych przez nich gospodarstw równie istotny co dochody, wpływ miała zmieniająca się struktura wydatków, w tym głównie na żywność, utrzymanie mieszkań i ochronę zdrowia.

W 1997 roku wartość spożycia, czyli wydatki realne w gospodarstwach domowych, ogółem wzrosły o 5,7 %, a w gospodarstwach emerytów i rencistów o 4,7 %. Wydatki podstawowe (żywność, stałe opłaty mieszkaniowe) tych ostatnich szczególnie znacząco obciążały budżety najbiedniejszych: dla 20 % emerytów i rencistów stanowiły aż 61 % ogółu wydatków realnych. Mimo wzrostu dochodów, możliwości wydatkowania na takie cele jak: zdrowie, kultura, turystyka, rekreacja, wypoczynek – nadal były ograniczone i prawie dziesięciokrotnie niższe niż w najzamożniejszych gospodarstwach osób pracujących.¹⁵⁹

W 1998 roku wydatki realne gospodarstw domowych wzrosły o 6,8 %. Ograniczone zostały możliwości oszczędzania, a ze względu na coraz wyższe oprocentowanie spłat – tzw. „życie na kredyt” (kredyty bankowe) stało się znacznie mniej popularne niż jeszcze w latach 1996–1997. We wszyst-

¹⁵⁷ Relatywna granica ubóstwa oznacza uzyskiwanie dochodów na poziomie 50 % miesięcznych wydatków gospodarstw domowych; ustawowa wyznaczana jest kwotą dochodu, która uprawnia do korzystania ze świadczeń pieniężnych pomocy społecznej, a minimum egzystencjalne to szacowany na podstawie cen towarów i usług, koszt zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (żywność, schronienie, odzież). Por. E. Trafiałek, Środowisko społeczne i praca socjalna, Katowice 2001, s. 56

¹⁵⁸ W 1993 roku poniżej relatywnej granicy ubóstwa żyło 12 %, a w 2001 roku – 17 % społeczeństwa; poniżej ustawowej granicy ubóstwa w 1997 roku – 13,3 %, a w 2001 roku – 15 %; natomiast odsetek żyjących w Polsce w skrajnym ubóstwie w latach 1994–2001 wzrósł z 6,4 % do 9,5 %. W ubóstwie najczęściej żyli mieszkańcy wsi i małych miasteczek oraz zamieszkujący regiony północnej części Polski dotknięte upadkiem rolnictwa państwowego i regiony tzw. „ściany wschodniej”, charakteryzujące się niskim poziomem urbanizacji i wyposażenia w infrastrukturę. Zasięg ubóstwa w Polsce w latach 1993–2001. Informacje i opracowania GUS; www.stat.gov.pl z 2002 roku; J.T. Kowaleski, Ludność w starszym wieku w rolniczych gospodarstwach domowych. (w:) Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania, op. cit.,

¹⁵⁹ Dochód rozporządzalny gospodarstwa domowego obejmuje wszystkie bieżące pieniężne i niepieniężne dochody gospodarstwa, pomniejszone o podatki od dochodów, spadków i darowizn oraz nieruchomości. Przeznaczony jest na wydatki konsumpcyjne, pozostałe wydatki oraz przyrost oszczędności. Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1997 roku, op. cit., s. 12–18; Kondycja finansowa polskich rodzin. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 175/173/96, s. 1–15, 17.

Tabela 19. Możliwości zakupu leków w wybranych typach gospodarstw domowych w 1998 roku*

Wyszczególnienie	Razem	TYP GOSPODARSTWA		
		pracownicze	emerytów	rencistów
Gospodarstwa kupujące leki	97,8	97,5	98,5	98,6
Często brak pieniędzy na wykup leków	5,9	4,0	5,9	12,0
Nieraz nie stać było na wykup leków	10,9	8,5	13,5	18,2
Zakup leków dużym obciążeniem finansowym	44,6	42,0	49,4	52,5
Brak ograniczeń finansowych przy zakupie	36,2	42,8	29,5	15,8

* Źródło: Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1998 roku, op.cit., s. 72.

kich typach gospodarstw poważne obciążenie dla domowego budżetu stanowił zakup leków (52,5 % rencistów, 49,4 % emerytów). W co dziesiątym gospodarstwie ogółem; w co ósmym emerytów i w co piątym rencistów często też nie wystarczało pieniędzy na wykupienie potrzebnych środków farmakologicznych. W gospodarstwach emerytów tylko stałe opłaty mieszkaniowe (czynsz) stanowiły 1/5 ogółu miesięcznych wydatków i był to najwyższy z notowanych w kraju wskaźnik. Skala wzrostu kosztów zakupu żywności była jeszcze większa. W konsekwencji w dochodzie rozporządzalnym gospodarstw domowych znacznemu ograniczeniu uległy wydatki na odzież, obuwie i wyposażenie mieszkań. Rok później dochód rozporządzalny w gospodarstwach ogółem wzrósł nominalnie o około 6 %, ale w ujęciu realnym obniżył się o niemal jeden punkt procentowy. Nieznacznie zmieniła się jego struktura. W gospodarstwach emerytów, podobnie jak i w rolników oraz użytkujących gospodarstwa rolne, zanotowano wówczas wzrost dochodów z pracy najemnej. Ostatecznie o ich kondycji ekonomicznej decydowały jednak dochody stałe o czym świadczy fakt, że w połączonej grupie gospodarstw emerytów i rencistów udział dochodów ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych w rodzinach najbiedniejszych wynosił 79 %, a w rodzinach najzamożniejszych – 81 %. Już w I półroczu 1999 roku wydatki zaczęły ulegać wyraźnemu zróżnicowaniu – więcej wydawano na towary nieżywnościowe i usługi, a mniej na żywność. W najzamożniejszych gospodarstwach

emerytów i rencistów wydatki na leki i usługi medyczne były pięciokrotnie wyższe, niż w najbiedniejszych. Należy zatem wnioskować, że kondycja zdrowotna ludzi starych w dużej mierze implikowana była kondycją ekonomiczną ich gospodarstw domowych. W najbiedniejszych rodzinach wydatki niezbędne dla życia (żywność, czynsz, opał, energia elektryczna) stanowiły 61 % ogółu wydatków. Dla porównania: w najlepiej sytuowanych gospodarstwach emerytów i rencistów stanowiły 46 %, a w gospodarstwach pracowniczych – 37 % ogółu wydatków.¹⁶⁰

W 2001 roku, w porównaniu z rokiem 2000, zanotowano realny spadek wydatków w większości grup społeczno-ekonomicznych gospodarstw domowych (u pracowników o 2,1 %, u rencistów o 0,7 % i u rolników o 0,4 %),

Tabela 20. Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstwa domowego na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w 2001 roku*

Wyszczególnienie	GOSPODARSTWA DOMOWE			
	Pracowników	Emerytów i rencistów		
		razem	emerytów	rencistów
Wydatki gospodarstwa domowego (w zł)	628,50	663,09	743,65	541,14
W odsetkach				
Towary i usługi konsumpcyjne, w tym:	96,7	94,8	94,1	96,2
– Żywność i napoje bezalkoholowe	28,4	32,7	31,3	35,8
– Napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe	3,2	2,7	2,4	3,1
– Towary nieżywnościowe i usługi	64,0	58,8	59,8	56,6
Odzież i obuwie	5,9	3,9	3,8	4,0
Użytkowanie mieszkania i nośniki energii, w tym:	18,6	22,5	22,7	22,0
– stałe opłaty mieszkaniowe ^a	15,4	18,6	18,6	18,5
– wyposażenie mieszkania i prowadzenie gosp.	5,1	4,7	4,8	4,6

¹⁶⁰ Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1999 r. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1999, s. 13–18

Wyszczególnienie	GOSPODARSTWA DOMOWE			
	Pracowników	Emerytów i rencistów		
		razem	emerytów	rencistów
Zdrowie, w tym:	3,4	7,4	7,7	6,7
- leki	1,9	5,3	5,6	4,8
- usługi medyczne	1,2	1,5	1,5	1,4
Transport	9,5	5,5	5,8	4,8
Łączność	4,5	4,0	4,0	4,1
Rekreacja i kultura, w tym:	7,7	5,0	5,2	4,6
- artykuły dla celów edukacyjnych	0,9	0,3	0,2	0,5
Edukacja	2,0	0,5	0,4	0,6
Restauracje i hotele	1,7	0,8	0,8	1,0
Inne towary i usługi, w tym:	5,6	4,5	4,6	4,2
- higiena osobista	3,0	2,1	2,0	2,1
Wydatki pozostałe, w tym:	3,3	5,2	5,9	3,8
- dary przekazane innym gospod. domowym	2,7	4,5	5,1	3,2

* najem mieszkania lub domu, zimna woda, energia elektryczna, ciepła, opłaty za gaz i ewentualnie za opał

* Opracowano na podstawie: Sytuacja gospodarstw domowych w 2001 roku... op. cit., s. 4

przy jednoczesnym wzroście wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe oraz związanych z użytkowaniem mieszkania, w tym głównie ze stałymi opłatami. W ogólnej strukturze wydatków zmniejszył się udział kwot wydatkowanych na zakup odzieży i ubrań oraz na wyposażenie mieszkań. Czynnikiem różnicującym strukturę wydatków domowych była przede wszystkim sytuacja dochodowa. W rodzinach najuboższych wydatki związane z zaspokojeniem podstawowych potrzeb stanowiły 59,7 % ogółu wydatków (w gospodarstwach pracowników 60,1 %, w gospodarstwach emerytów i rencistów 62,3 %), a w rodzinach najlepiej sytuowanych niepełna połowę ogółu wydatków (w gospodarstwach pracowników 34,7 %, w gospodarstwach emerytów i rencistów 44,7 %). W ciągu jednego roku w najbiedniejszych gospodarstwach emerytów i rencistów udział wydatków podstawowych w ogólnej strukturze wydatków wzrósł o 2 punkty.¹⁶¹

¹⁶¹ Sytuacja gospodarstw domowych w 2001 r., op. cit., s. 3

Sytuacja gospodarstw domowych rencistów była znacznie gorsza niż emerytów: kosztem redukcji wydatków na usługi i towary nieżywnościowe, na zdrowie, leki, transport, rekreację i kulturę oraz na prowadzenie i wyposażenie gospodarstw, zaspokajali podstawowe potrzeby życiowe. Mimo nieznaczących, ale stałych zmian zachodzących w strukturze wydatków (z tendencją do ograniczania ich na cele ponadpodstawowe), w kolejnych latach transformacji nasycenie gospodarstw domowych w dobra trwałego użytkowania było coraz większe. Na przykład: w 1995 roku – 20,1 %; w 1996 roku – 21,7 %, w 1997 roku – 23,3 %, a w 2001 roku już 28 % gospodarstw emerytów i rencistów dysponowało własnym samochodem (30,1 % gospodarstw emerytów i 24,3 % gospodarstw rencistów).¹⁶² Kierując się tradycyjnymi kryteriami, można odnieść wrażenie, że trudno orzekać o biedzie w sytuacji, gdy co trzecie gospodarstwo emerytów i rencistów dysponuje własnym samochodem. Ale kolejne lata przemian zmieniły nie tylko aspiracje, ale i klasyfikacje dóbr do grupy podstawowych i luksusowych. Samochód (podobnie jak magnetowid czy telewizor do odbioru w kolorze) jeszcze na początku lat dziewięćdziesiątych postrzegany był w kategoriach luksusu, a po dziesięciu latach zaczęto traktować go jako sprzęt niezbędny, podstawowego użytku. Różnice dotyczyły wartości i stanu technicznego pojazdów.

W 2001 roku, mimo pogłębiającej się pauperyzacji większości grup społecznych, samochód osobowy lub osobowo-dostawczy posiadało w kraju ponad 48 % gospodarstw domowych (47 % w miastach i 52 % na wsi), przy czym co dwudziesta rodzina dysponowała dwoma samochodami. Według deklaracji respondentów uczestniczących w badaniach GUS, większość z nich (52 %) posiadała samochód stary, o wartości nie przekraczającej 10 tys. zł, a tylko w co jedenastym gospodarstwie znajdował się samochód o wartości powyżej 30 tys. zł.¹⁶³ W 1995 roku kolorowe odbiorniki telewizyjne znajdowały się w 76,3 % gospodarstw emerytów i rencistów; anteny satelitarne w 20,9 %; pralki automatyczne w 48,8 %. Rok później stan nasycenia nimi gospodarstw ludzi utrzymujących się ze świadczeń ubezpieczeń społecznych wzrósł, w analogicznej kolejności wskazań, do: 81,8 %, 23,2 % i 51,3 %, a w 2000 roku do: 93 %,

¹⁶² Rocznik Statystyczny, Warszawa 1997, s. 198; Mały Rocznik Statystyczny, Warszawa 1998, s. 156; Sytuacja gospodarstw domowych w 2001 roku..., op. cit., s. 16

¹⁶³ Warunki życia ludności w 2001 roku. Studia i analizy GUS, Warszawa 2002, s. 5

37,2 %, 59,9 %.¹⁶⁴ Wyposażenie w dobra trwałego użytku w kolejnych latach ulegało wyraźnej poprawie, choć od 1999 roku w procesie dalszego nasycania nimi gospodarstw domowych nastąpiły pewne wahania. Gospodarstwa emerytów i rencistów należały do tych, w których w okresie jednego roku (1996–1997) zaszły największe zmiany, co spowodowało częściowe zniwelowanie dysproporcji poziomu wyposażenia w stosunku do pozostałych grup społeczno-ekonomicznych gospodarstw.¹⁶⁵ Poza wymienionymi wcześniej, nastąpił widoczny wzrost liczby posiadanych radioodbiorników, radiomagnetofonów stereofonicznych, magnetowidów oraz kuchenek mikrofalowych. Gospodarstwa mieszkańców wsi nadal były gorzej wyposażone w dobra trwałego użytkowania i to zarówno pod względem zasobności, jak i jakości sprzętu.

W latach 1999–2000 nasycenie gospodarstw emerytów i rencistów niektórymi dobrami zaczęło jednak wykazywać tendencje spadkowe: odsetek gospodarstw posiadających zamrażarkę spadł z 31,1 % do 30,5 %; pralkę i wirówkę elektryczną z 54,8 % do 51,2 %; odkurzacz elektryczny z 89,5 % do 88,5 %; odbiornik radiofoniczny z 71,8 % do 69 %; magnetowid z 34,1 % do 32,1 %.¹⁶⁶ Brak szczegółowych badań nie pozwala na jednoznaczne wskazanie przyczyn tego stanu. Na podstawie doświadczeń i obserwacji można jednak przyjąć, że z uwagi na brak środków, zużyty sprzęt w gospodarstwach emerytów i rencistów nie był ani naprawiany, ani zastępowany nowym, a rezygnacja z użytkowania niektórych dóbr trwałych wynikała z konieczności redukcji wydatków, przede wszystkim na nośniki energii elektrycznej.

Stan posiadania dóbr nie zawsze wyznaczał poziom zadowolenia z nich. W 1995 roku negatywną ocenę wyposażenia swoich gospodarstw wyraziła 1/4 emerytów i rencistów, a dla ponad połowy przyczyną takiej oceny była zła jakość sprzętu. Niesprawne przedmioty posiadali wówczas najczęściej ludzie starzy oraz utrzymujący się z niezarobkowych źródeł, czyli ci, którzy swe dochody przeznaczali na pokrycie bieżących kosztów utrzymania.¹⁶⁷ W kolejnych latach, w skali całego kraju notowano dalszą po-

¹⁶⁴ Rocznik Statystyczny, Warszawa 1998, s. 196–198; Budżety gospodarstw domowych w 1997 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998, s. 58

¹⁶⁵ Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1997 roku, op. cit., s. 21

¹⁶⁶ Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 213

¹⁶⁷ Warunki życia ludności w 1996 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997, s. 71–78

prawę wyposażenia gospodarstw domowych w dobra trwałego użytku, choć jakość posiadanego sprzętu wyraźnie różnicowała się zarówno w grupach społeczno-ekonomicznych, jak i w gospodarstwach o najwyższych i najniższych dochodach. W 2001 roku gospodarstwa osób najlepiej sytuowanych dysponowały urządzeniami nowoczesnymi (kamerami video, komputerami, drukarkami, scannerami, odtwarzaczami płyt kompaktowych, do odbioru DVD, zmywarkami do naczyń, kuchenkami mikrofalowymi, telefonami komórkowymi), a gospodarstwa najbiedniejszych posiadały głównie urządzenia podstawowe: telewizor do odbioru w kolorze, odbiornik radiowy, magnetowid, magnetofon, ewentualnie maszynę do szycia. W gospodarstwach domowych emerytów i rencistów uzyskujących najwyższe dochody, zmywarek do naczyń było trzykrotnie, a kamer video i urządzeń do odbioru telewizji satelitarnej – dwukrotnie więcej, niż w gospodarstwach uzyskujących dochody najniższe. Generalnie jednak gospodarstwa emerytów i rencistów, w porównaniu z pozostałymi typami gospodarstw, od początku przemian zaliczano do upośledzonych z uwagi na zły stan techniczny posiadanego sprzętu oraz relatywnie niski poziom nasycenia w dobra trwałego użytkowania, znamionujące dobrobyt i wysoki status społeczny (między innymi: odtwarzacze płyt kompaktowych, komputery, komputery z dostępem do Internetu, odbiorniki telewizji satelitarnej, DVD, pralko-suszarki, zmywarki do naczyń, kamery video, sprzęt treningowo-rehabilitacyjny).¹⁶⁸

Równie ważnym elementem jakości życia gospodarstw domowych jest mieszkanie, będące miejscem realizacji podstawowych funkcji rodziny, a nieraz i miejscem lokalizacji warsztatu pracy. Dla globalnej oceny sytuacji mieszkaniowej ważne jest zatem rozpoznanie takich czynników jak: rozmiar mieszkania, jego funkcjonalność, powierzchnia użytkowa na 1 osobę i jego standard (wyposażenie w media). Posiadanie na własność mieszkania przez każdą rodzinę jest swoistym minimum socjalnym w krajach Unii Europejskiej.

W Polsce zarówno typ własności, jak i odpowiedzialność osób i jednostek za jakość mieszkań, są bardzo zróżnicowane (mieszkania spółdzielcze = lokatorskie, własnościowe, z prawem własności hipotecznej; mieszkania komunalne = własnościowe i stanowiące własność gminy; mieszkania

¹⁶⁸ Zasoby dóbr trwałego użytku w społeczeństwie polskim. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 37/98, s. 13–22; Warunki życia ludności w 2001 roku, op. cit., s. 1–12

zakładowe, społeczne czynszowe, indywidualne = prywatne i wchodzące w skład wspólnot mieszkaniowych). Transformacja przyniosła wiele zmian w polityce mieszkaniowej. Poza, generowanym przez urynkowanie sfery mieszkalnictwa, wzrostem kosztów budowy mieszkań i ich utrzymania, zmieniła się też struktura gospodarstw domowych, ich rozmieszczenie i wielkość. I tak na przykład: w połowie lat dziewięćdziesiątych wzrosła liczba gospodarstw domowych wiejskich, a zmalała miejskich; wzrosła liczba gospodarstw emerytów, rencistów i utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, a zmalała liczba gospodarstw pracowniczych (skutek bezrobocia i starzenia się społeczeństwa). Jednocześnie, szczególnie w miastach, zaobserwowano tendencję do wzrostu wielkości mieszkań, wzrostu ilości izb w mieszkaniu i w powierzchni przypadającej na jednego mieszkańca.

Tabela 21. Warunki mieszkaniowe ludności w Polsce w latach 1990–2000*

Wyszczególnienie:	1990	1995	1998	1999	2000
Ludność ogółem (w tys.)	38.183,2	38.609,4	38.667,0	38.653,6	38.644,0
Mieszkania (w tys.), w tym:	11.180,0	11.649,0	11.846,0	11.922,0	12.003,0
– zamieszkane (w tys.)	11.022,0	11.491,0	11.688,0	11.763,0	11.845,0
Izby w mieszkaniach zamieszkanym (w tys.)	37.582,0	39.623,0	40.524,0	40.841,0	41.175,0
Powierzchnia użytkowa mieszkań (w tys. m ²)	656.586,0	694.873,0	713.998,0	720.824,0	728.366,0
Ludność w mieszkaniach (w tys.)	37.430,0	37.845,0	37.905,0	37.888,0	37.880,0
Przeciętna liczba izb w mieszkaniu	3,41	3,45	3,47	3,47	3,48
Przeciętna pow. użytkowa 1 mieszkania (m ²)	59,6	60,5	61,1	61,3	61,5
Przeciętna pow. użytkowa na 1 osobę	17,5	18,4	18,8	19,0	19,2
Przeciętna liczba osób na 1 mieszkanie	3,40	3,29	3,24	3,22	3,20
Przeciętna liczba osób na 1 izbę	1,00	0,96	0,94	0,93	0,92

* Na podstawie bilansu zasobów mieszkaniowych, Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000, s. 240; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 225

Ważnym wyznacznikiem standardu mieszkań jest ich wielkość. O ile do 1990 roku obowiązywały w Polsce dość ścisłe normy metrażu mieszkalnego na 1 osobę, to urynkwienie gospodarki zniosło wszelkie obowiązujące w tej mierze ograniczenia. Oddawane do użytku nowe mieszkania są też znacznie większe, niż jeszcze przed 15 laty. O ile w 1970 roku przeciętna powierzchnia oddawanych do użytku mieszkań wynosiła 50,7 m², to w 1995 roku już 89,6 m². Oczywiście budowane są też mieszkania mniejsze (jest na nie duży popyt) i stąd średnia statystyczna jest zaniżona o ponad 20 m², ale generalnie obserwuje się tendencje do budowania domów i mieszkań większych i bardziej komfortowych, niż dawniej.

W latach 1990–2000 przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkania wzrosła z 59,6 m² do 61,5 m²; przeciętna powierzchnia użytkowa na 1 osobę z 17,5 m² do 19,2 m², a przeciętna liczba osób przypadających na 1 mieszkanie spadła z 3,4 do 3,2. Różnica między zasobami mieszkaniowymi, a mieszkaniami zamieszkałymi w okresie tych lat nie uległa zmianie i utrzymywała się na poziomie 158 tys., podobnie jak i różnica między ogólną liczbą ludności i liczbą ludności zamieszkałą w mieszkaniach, która, z niewielkimi wahaniami, oscylowała w granicach 750–760 tys. osób.¹⁶⁹

W 1995 roku co trzecie gospodarstwo emerytów i rencistów posiadało na własność budynek mieszkalny; co ósme dysponowało mieszkaniem własnościowym; w 1996 roku – 40,9 % gospodarstw emerytów i rencistów miało na własność dom i 21 % mieszkanie własnościowe a w 1997 roku odsetek posiadających mieszkanie własnościowe (spółdzielcze lub kupione od gmin) wzrósł do około 30 %. Średnio co trzecie gospodarstwo emerytów i rencistów zajmowało mieszkanie lokatorskie. Zarówno w 1996 roku, jak i w 1999 roku sytuacja mieszkaniowa tej grupy społecznej oceniona też została przez Departament Warunków Życia GUS jako najlepsza w kraju. W 1996 roku przeciętna powierzchnia użytkowa zajmowanego lokalu wynosiła 56 m²; na 1 osobę przypadało około 26 m², a w 1999 roku przeciętna powierzchnia użytkowa wzrosła do 58 m². Na 1 osobę przypadało około 27 m²; na 1 izbę 0,6 osoby, na 1 pokój – niepełna 1 osoba, ale na wsiach około 1/3 ludzi starych zamieszkiwała w domach przeludnionych. W skali kraju przeciętna powierzchnia mieszkania wynosiła wówczas około 64 m²; na 1 osobę przypadało przeciętnie

¹⁶⁹ Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000, s. 240; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 225

20 m² powierzchni użytkowej mieszkania; na 1 izbę – 0,9 osoby, a na 1 pokój – 1,3 osoby.¹⁷⁰

Uśrednione dane z reguły zacierają rozpiętość diagnozowanych stanów. O tym, że tylko część populacji dysponowała relatywnie dużą powierzchnią użytkową mieszkań świadczyć mogą wyniki badań ogólnopolskich, w świetle których w 2000 roku około 40 % gospodarstw domowych ludzi starych cechowało przeludnienie. Przy założeniu, że w 1 izbie (poza kuchnią) nie powinny mieszkać więcej niż 2 osoby, przeludnienie było jeszcze większe – w gospodarstwach trzyosobowych sięgało 60 %.¹⁷¹

Wielkość mieszkania nie jest jednak jedynym wyznacznikiem jego wartości i funkcjonalności. W przypadku ludzi starych, głównie żyjących samotnie, prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe, stan techniczny zajmowanych mieszkań z reguły odbiega od powszechnie przyjętych norm. Zasoby mieszkaniowe stanowiące ich własność, z uwagi na brak środków na remonty i bieżące konserwacje, z czasem ulegają amortyzacji, tracą na wartości i podlegają procesowi określanemu mianem „zużycia technicznego i społecznego”. Szczególnie widoczne jest to w środowisku wiejskim i w starych dzielnicach dużych miast, gdzie ludzie starzy starzeją się razem ze swoimi mieszkaniami. Zdekaptalizowane, czasem od 30–40 lat nie modernizowane zasoby, nie odpowiadają potrzebom osób o ograniczonej sprawności. Oni sami niezmiernie rzadko też decydują się na ich sprzedaż lub zamianę na mniejsze i tańsze w utrzymaniu, zgodnie z zasadą, że „starych drzew się nie przesadza”.

W świetle najnowszych badań ogólnopolskich, przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie osób w wieku 65 lat i więcej, w 2000 roku 1/3 populacji ludzi starych mieszkała we własnych domach, przy czym 3/4 tej grupy stanowili mieszkańcy wsi. Było to 71 % ogółu najstarszych mieszkańców tego środowiska,¹⁷² podczas gdy w miastach ponad 2/3

¹⁷⁰ Dla porównania: w gospodarstwach osób utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych na 1 osobę przypadało 15 m² powierzchni użytkowej. Por. Wyposażenie gospodarstw domowych w dobra trwałe użytkowania w 1995 roku, Warszawa 1995, s. XXXI; Warunki życia ludności w 1996 roku, op. cit., s. 64–65; Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian. Pod red. H. Zaniewskiej, Warszawa 2001; Warunki życia ludności w 1999 roku. Studia i analizy GUS, Warszawa 2000

¹⁷¹ P. Błędowski, Gospodarstwa domowe..., op. cit., s. 132

¹⁷² Struktura społeczno-zawodowa mieszkańców wsi (37 % stanowili emeryci i renciści, 18 % rolnicy, 13 % robotnicy i pracownicy wykwalifikowani, 9 % bezrobotni, 7 % uczniowie i gospodynie domowe, 5 % robotnicy niewykwalifikowani, 3 % właścici-

zajmowało lokale spółdzielcze; 1/5 lokale komunalne, a własnym domem dysponowało zaledwie 5 %.¹⁷³

Mieszkańcy zasobów komunalnych to z reguły najgorzej oceniający swą sytuację materialną. Wyposażenie techniczne mieszkań ludzi starych, mimo widocznej poprawy, na przykład w porównaniu z latami siedemdziesiątymi, nadal wyraźnie odbiegało od standardów pełnej funkcjonalności: wodociąg nie posiadało 5,5 % (w tym niemal co ósme gospodarstwo ludzi starych na wsi); wodociąg bez WC posiadało 14,1 % (w tym co czwarte na wsi), a pełnym wyposażeniem w media (wodociąg, WC, łazienka, gaz, CO) dysponowało 64,4 % gospodarstw (z czego w dużych miastach – 86,4 %; w innych miastach – 75,3 %, a na wsiach zaledwie 42 %). Najwyższy odsetek nieposiadających wyposażenia w podstawowe instalacje techniczne występował wśród właścicieli własnych domów, w tym głównie na wsi. Nie wszyscy zatem mieli dostęp nawet do minimum wyposażenia. W cytowanych badaniach, 0,2 % respondentów nie miało doprowadzonej do domów energii elektrycznej; 16 % nie miało dostępu do splukiwanego ustępu, z tym że w środowisku wiejskim ograniczenia te dotyczyły 3/4 badanych. Mieszkania osób w wieku 75 lat i więcej, przynajmniej dwukrotnie częściej niż osób w wieku 65–74 lat, były źle wyposażone nawet w media standardowe. W sytuacji znacznych ograniczeń sprawnościowych, symptomatycznych dla osób wkraczających w późną starość, należy to uznać za szczególnie ważki problem. Dźwiganie wiader z wodą, opału, korzystanie z ustępu na zewnątrz budynku, szczególnie w zimie nie tylko przekracza możliwości ludzi starych i niepełnosprawnych, ale znacznie zwiększa ryzyko ich wypadkowości, zachorowalności, w konsekwencji prowadząc do pogłębiania niesamodzielności, zaniedbań zdrowia i higieny, do konieczności poszukiwania dla nich miejsc w szpitalach, domach pomocy, w hospicjach.

cele firm i 8 % pracownicy administracyjno-biurowi) potwierdzała wysoki poziom pauperyzacji tego środowiska, ostatecznie nie pozostającej też bez wpływu na techniczny stan zasobów mieszkaniowych ludności wiejskiej, w tym przede wszystkim ludzi starych, www.isp.org.pl z 2002 roku

¹⁷³ Większość mieszkań spółdzielczych zasiedlonych w miastach przez ludzi starych posiada status własnościowego; rzadziej lokatorskiego. Wykupowi lokali sprzyjała zarówno sytuacja na rynku mieszkaniowym, jak i kondycja ekonomiczna obywateli, jaka utrzymywała się do końca lat osiemdziesiątych. Popularne było wówczas przekształcanie prawa lokatorskiego na własnościowe, czyli wykup lokali od spółdzielni mieszkaniowych. Szerzej na ten temat: P. Błędowski, *Gospodarstwa domowe...* op. cit., s. 123 i nast.

Najlepsze warunki mieszkaniowe mieli ludzie w starszym wieku korzystający z lokali spółdzielczych (zarówno własnościowych jak i lokatorskich), gdzie odpowiedzialność za remonty, stan i funkcjonalność zasobów spoczywała na administracji jednostek zarządzających nimi. Standard mieszkań pozostawał z ścisłej zależności od powiązania gospodarstwa domowego z rolnictwem, od rodzaju zajmowanego lokalu i od wieku mieszkańców. Wszystkie instalacje techniczne znajdowały się w mieszkaniach 3/4 respondentów z dużych miast; w 2/3 z mniejszych skupisk miejskich i w 1/4 mieszkańców wsi. Znaczne ograniczenia w wyposażeniu dotyczyły przede wszystkim właścicieli domów: w co ósmym nie było instalacji wodociągowej i splukiwanego ustępu, a w co drugim nie było bieżącej ciepłej wody i centralnego ogrzewania. Wśród zamieszkujących lokale komunalne 2/3 respondentów nie miało ciepłej wody; niemal połowa pozbawiona była centralnego ogrzewania (45 %), a splukiwanego ustępu nie było średnio w co ósmym mieszkaniu.

Mimo różnorodnych niedostatków, ludzie starzy najlepiej czują się w swoich mieszkaniach i domach. W kreśleniu perspektywicznych zadań stojących przed polityką mieszkaniową trzeba ten fakt uwzględnić. O wiele tańsze i chętniej akceptowane jest na przykład: remontowanie, adaptacja lokali do potrzeb zamieszkujących je osób, niż tworzenie kosztownej sieci domów pomocy społecznej, do których ludzie starzy przeprowadzają się tylko w sytuacji braku innych rozwiązań. W warunkach gospodarki rynkowej rozpiętość dochodów uzyskiwanych przez emerytów i rencistów będzie coraz większa. Wśród najstarszych będą zarówno bardzo biedni, jak żyjący dostatnio. Ich potrzeby mieszkaniowe różnicować się będą równolegle do ekonomicznej kondycji gospodarstw domowych. Dlatego też w ramach polityki mieszkaniowej ważne będzie uwzględnianie dwóch kategorii potrzeb: ludzi dobrze sytuowanych, którym należy stworzyć sieć mieszkań, w których mogliby pozostawać do końca życia (adaptacja, przystosowanie do oczekiwań mieszkańców o ograniczonej sprawności) i ludzi biednych, żyjących poniżej granicy ubóstwa, dla których najlepszym rozwiązaniem jest pobyt w publicznych placówkach opieki. W ramach realizacji standardów międzynarodowych ważne jest też tworzenie sieci prywatnych pensjonatów i środowiskowych domów pomocy, gdzie tworzenie przyjaznego klimatu wiązałoby się z prawem posiadania własnych mebli, cennych przedmiotów, pamiątek rodzinnych i bibelotów, nadających wszystkim typom mieszkań „zastępczych” charakter prawdziwych domów, „ciepłych przystani”.

Generalnie, warunki życiowe znakomitej większości ludzi starych w Polsce były i są bardzo skromne. Nieco lepsze są ich warunki mieszkaniowe, ale zarówno wyposażenie gospodarstw domowych, stan posiadania dóbr trwałego użytku, jak i ich stan techniczny są już znacznie gorsze niż u ludzi młodych, w tym przede wszystkim w gospodarstwach pracowniczych. Mimo to, w subiektywnej ocenie warunków mieszkaniowych 61 % badanych określiło je mianem „bardzo dobrych i dobrych”; 32 % – „zadowolających”, 7 % – „złych i bardzo złych”, przy czym niezadowolone dwukrotnie częściej niż mężczyźni, wyrażały kobiety. Nawet w gospodarstwach związanych z rolnictwem 2/3 badanych mieściło się w kategorii pozytywnie oceniających swoje warunki mieszkaniowe. Negatywne oceny formułowali głównie samotne osoby zamieszkałe na wsi, w wieku 75 lat i powyżej oraz wynajmujące mieszkania, czyli najbiedniejsze.¹⁷⁴

W porównaniu z sytuacją zdiagnozowaną przez zespół Jerzego Piotrowskiego w latach sześćdziesiątych, sytuacja mieszkaniowa ludzi starych w Polsce uległa znacznej poprawie. Należy jednak pamiętać, że to co jeszcze przed dwudziestoma laty znamionowało komfort, u progu XXI w stało się standardem. O ile zatem porównywanie danych wydaje się w tej sytuacji bezprzedmiotowe, to warto zwrócić uwagę na fakt, że mimo iż wskaźniki określające deficyty występujące w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów są coraz mniejsze, to i tak w skali kraju nadal żyją dziesiątki tysięcy starych ludzi, pozbawionych nie tylko wygód, ale elementarnych urządzeń gwarantujących godne, higieniczne życie i dbałość o zdrowie. W opracowaniach statystycznych to tylko jednocyfrowe liczby, niewielki odsetek populacji, ale w rzeczywistości to rzesza ludzi marginalizowanych biedą, bezradnością, brakiem wsparcia otoczenia, którzy mają prawo nie rozumieć i nie akceptować postępu, jako że nie dane im było korzystanie z jego zdołbyczy. I nawet jeśli w badaniach, sondażach nie deklarują swego oczywistego wykluczenia, to nie znaczy że nie jest ono ich udziałem. Artykułowanie swych potrzeb, oczekiwań, aspiracji wymaga wiedzy i uświadomienia potencjalnych możliwości. Jednak ani siła, ani wiedza, ani zdolność dochodzenia swych obywatelskich praw nie są domeną bezradnych, chorych, zmęczonych pracą, biedą i ograniczeniami niesionymi przez wiek. Deprywacja potrzeb i marginalizowana przez współczesne społeczeństwo ich marginalizacja jest jednak niechlubnym elementem transformacyjnej rzeczywistości.

¹⁷⁴ Tamże, s. 125–139

Problem odpowiedniego stanu technicznego zasobów mieszkaniowych ludzi starych jest o tyle ważki, że zgodnie z powszechnie akceptowanymi na świecie trendami, optymalny model opieki nad nimi w przyszłości oparty będzie na dążeniu do możliwie najdłuższego samodzielnego zamieszkania. Całodobową, stałą opieką instytucjonalną obejmowani będą tylko zupełnie niezdolni do samodzielnego życia. Pozostali, nawet w sytuacji ograniczonej mobilności i sprawności, będą pozostawali we własnych mieszkaniach, korzystając z doraźnych form pomocy i opieki świadczonych przez profesjonalne placówki zlokalizowane w środowisku lokalnym.¹⁷⁵

Warunki życia ludzi starych w kolejnych latach trwania zmiany systemowej ulegały ustawicznym zmianom. Ich kondycja ekonomiczna, wysoko oceniana przez analityków GUS, różnicowała się zarówno środowiskowo (miasto, wieś), jak i dochodowo. W dużej mierze implikowana była też zmianami zachodzącymi na rynku pracy i w obrębie struktury demograficznej społeczeństwa.

Tabela 22. Wskaźniki zmian sytuacji życiowej ludzi starszych w Polsce w latach 1994–2000*

Kategorie	1994	1997	1998	1999	2000
Przeciętne dalsze trwanie życia po przekroczeniu 60 lat w grupie kobiet	20,4	20,8	21,0	21,1	21,5
Przeciętne dalsze trwanie życia po przekroczeniu 60 lat w grupie mężczyzn	15,8	16,1	16,4	16,3	16,7
Emeryci i renciści w ogólnej strukturze społecznej (w %)	23,1	24,1	24,3	24,5	24,3
Ludność w wieku 60 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej	15,7	16,2	16,3	16,5	16,6
Ludność w wieku 65 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej	11,0	11,7	11,8	12,0	12,2
Przeciętne miesięczne emerytury brutto (w zł.)	210,4	741,4	840,0	931,7	1000,0
Przeciętne miesięczne emerytury i renty brutto (w zł.)		643,2	732,4	814,0	875,4

¹⁷⁵ Szerzej na ten temat w pracy: Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian, op. cit.

Kategorie	1994	1997	1998	1999	2000
Relacje przeciętnej emerytury brutto do wynagrodzenia	73,7	69,8	67,8	65,0	63,6
Relacje przeciętnej miesięcznej emerytury i renty brutto do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej	63,5	60,3	59,4	57,4	55,7
Emeryci i renciści deklarujący niedostatki finansowe (w % do ogółu tej grupy społecznej)	70,0	40,0	36,8	38,5	43,0
Gospodarstwa emerytów i rencistów dysponujące własnym samochodem (w %)	20,1	23,3	24,4	25,4	26,2
Wydatki w gospodarstwach emerytów na ochronę zdrowia (w % do ogółu wydatków miesięcznych)	5,3	6,0	6,8	7,0	7,4
Koszty leków w gospodarstwach emerytów w ogólnej strukturze wydatków na ochronę zdrowia (w %)	58,5	61,2	56,2	67,2	71,6
Koszty usług medycznych w gospodarstwach emerytów w ogólnej strukturze wydatków na ochronę zdrowia (w %)	39,1	35,4	43,3	26,5	20,3
Stopa bezrobocia w grupie wieku niemobilnego (45 lat i więcej)	9,2	6,3	7,4	10,0	12,0
Udział osób w wieku 60 lat i więcej w Sejmie RP (w % do ogółu posłów)	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Udział osób w wieku 60 lat i więcej w Senacie RP (w % do ogółu senatorów)	19,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Wyjazdy zagraniczne osób w wieku 65 lat i więcej (w % do ogółu tej grupy wiekowej)	3,0	6,0	2,4	b.d.	1,0
Wyjazdy krajowe powyżej 5 dni osób w wieku 65 lat i więcej (w % do grupy wiekowej)	22,0	24,0	19,0	b.d.	8,0
Pozytywnie postrzegający zmiany społeczne w kraju w wieku 65 lat i więcej (w %)	32,0	37,0	28,0	26,0	10,0
Akceptujący sytuację polityczną i gospodarczą w kraju w wieku 65 lat i więcej (w %)	9,0	15,0	14,0	11,0	6,0

* Opracowano na podstawie: Rocznik Demograficzny, Warszawa 1997; Roczniki Statystyczne, Warszawa 1997, 1998, 1999; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001;

Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997; Małe Roczniki Statystyczne, Warszawa 1998, 1999, 2000; Informacja GUS o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, Warszawa 1997, 1998, 1999, 2000; Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1997 roku, w 1999 roku, op.cit.; Turystyka i wypoczynek, Warszawa 1999; Komunikaty z badań CBOS, nr 177/98, 143/99, 108/00, 124/00, 147/00; Przeciętne miesięczne wydatki w gospodarstwach domowych na 1 osobę w 2000 roku., www.stat.gov.pl z 2001 roku

O ile w świetle wskaźników statystycznych, zagrożenie ubóstwem w ich gospodarstwach zawsze było znacznie mniejsze niż w innych grupach gospodarstw domowych, to należy pamiętać, że już w najbliższej dekadzie będzie ono wykazywało tendencje wzrostu, jako że relacje przeciętnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej rejestrowane będą coraz to niższymi wskaźnikami, aby ostatecznie (po wdrożeniu w życie nowego systemu emerytalnego) spaść do poziomu nie przekraczającego 40 %. Tylko w latach 1994–2000 relacje przeciętnej miesięcznej emerytury brutto do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej uległy obniżeniu o 10,1 pkt., a przeciętnej miesięcznej emerytury i renty do przeciętnego wynagrodzenia – o 7,8 pkt. procentowego.

Od co najmniej dziesięciu lat realna siła nabywcza środków pozostających w dyspozycji emerytów i rencistów z każdym rokiem jest coraz niższa i nie zmienia tego nawet cykliczna (coraz bardziej symboliczna) waloryzacja świadczeń. W warunkach ich życia, podobnie jak i w wysokości uzyskiwanych dochodów istnieją ogromne rozbieżności. Na przykład: w 1999 roku w gospodarstwach emerytów i rencistów z 20 % osób o najwyższych dochodach – 19,1 % oceniło swą sytuację materialną jako „złą lub raczej złą”; podczas gdy wśród 20 % osób o najniższych dochodach, ocenę taką sformułowało aż 69,3 %. Z wielu względów ważnym elementem pomiaru funkcjonowania gospodarstw domowych jest samoocena formułowana przez tworzące je osoby. Z jednej strony pozwala na weryfikację „suchych” i uśrednionych wskaźników statystycznych; z drugiej zaś umożliwia diagnozowanie rzeczywistych potrzeb i oczekiwań, odczuć i postaw przedstawicieli różnych grup społecznych, dostarczając tym samym wiedzy niezbędnej w kreśleniu kierunków i zadań polityki społecznej.

W 1995 roku połowa emerytów i 43 % rencistów oceniało swą sytuację materialną jako „ani dobrą ani złą”; 22 % i 29 % w analogicznej kolejności jako „złą”; 14 % i 20 % jako „raczej złą” oraz 14 % i 9 % jako „raczej do-

brą” lub „dobrą”. Emeryci należeli wówczas do grup, których sytuacja z punktu widzenia dochodów była relatywnie dobra, zbliżona do przedsiębiorców, specjalistów i kadry kierowniczej, lepsza niż pracowników administracji i usług oraz zdecydowanie lepsza niż rencistów, których dochody porównywalne były z przeciętnymi w gospodarstwach robotników. Pod względem możliwości pozyskiwania dodatkowych źródeł dochodu z pracy zarobkowej ich sytuacja nie odbiegała od występującej wśród przedstawicieli kategorii społecznych aktywnych zawodowo i niewiele różniła się od pracowników biurowych oraz robotników. Do regularnego tak zwanego „dorabiania” do emerytury przyznawał się wówczas co dwudziesty emeryt.

Ta, wbrew potocznym opiniom, wcale nie najgorsza pozycja na mapie transformacyjnej pauperyzacji znalazła też potwierdzenie w kondycji psychicznej, jako że emeryci stanowili najliczniejszą grupę optymistycznie prognozującą rychłą poprawę sytuacji w kraju (24 % wskazań na kategorię „poprawi się”, przy wskaźniku 14 % w grupie robotników, 13 % w grupie specjalistycznej kadry kierowniczej i 8 % w grupie właścicieli przedsiębiorstw).¹⁷⁶ Można zatem wnioskować, że po pięciu latach trwania polskich przemian systemowych pozycja tej grupy społecznej, na tle innych, nie uległa znaczącym zmianom. Granica deklarowanego ubóstwa subiektywnego nie przekraczała 10%.¹⁷⁷ Biorąc pod uwagę ówczesną kondycję polskiej gospodarki (wzrost o 1/5 liczby ludności w wieku poprodukcyjnym w porównaniu z 1988 rokiem oraz skokowy wzrost odsetka utrzymujących się z emerytur: z 10,4 % w 1988 roku do 15,4 % w 1995 roku i rent: z 7,1 % do 9,7 %) – można stwierdzić, że warunki życia ludzi starych, relatywnie do sytuacji w kraju w skali makro, były

¹⁷⁶ Emeryci i renciści – sytuacja życiowa i poglądy. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1995, nr 174/149/95, s. 2–7, 13

¹⁷⁷ W pomiarze ubóstwa ekonomicznego rozróżnia się granice obiektywne i subiektywne. Dla potrzeb polityki społecznej stosuje się podejście obiektywne, uwzględniające tak zwane „ubóstwo absolutne” (deprywacja potrzeb) i „ubóstwo relatywne, czyli względne” (sprawiedliwy podział środków). Absolutne granice ubóstwa, do których należy minimum socjalne i minimum egzystencjalne, wyznaczane są w oparciu o metodę potrzeb podstawowych, która polega na ustaleniu niezbędnych elementów spożycia. Ponieważ koszyk towarów i usług, stanowiący podstawę pomiaru ubóstwa obiektywnego w kolejnych latach transformacji ustawicznie był korygowany – w omawianych badaniach z 1994 roku ograniczono się do rejestracji subiektywnej oceny poziomu życia respondentów. Tamże, s. 81–94 i Wskaźniki ubóstwa (w świetle badań budżetów gospodarstw domowych w 1996 roku), Warszawa 1997, s. 13–16

wówczas niezłe i znacznie lepsze, niż rejestrowane w gospodarstwach rolników oraz osób bezrobotnych.¹⁷⁸

W latach 1994–1998 odnotowano pozytywny trend w samoocenie kondycji bytowej polskich rodzin, w tym także w gospodarstwach ludzi starych utrzymujących się ze świadczeń społecznych. Odsetek oceniających materialne warunki gospodarstwa domowego jako „dobre” wzrósł z 17 % w 1994 roku do 29 % w 1998 roku, a niezadowolonych ze swej kondycji finansowej – spadł z 41 % do 27 %. Środowiska rencistów i osób starych, na tle ogólnego rozkładu, nadal jednak zaliczane były do kategorii gorzej sytuowanych, w obrębie których występuje większy odsetek krytycznie, niż pozytywnie oceniających swój status ekonomiczny. W kolejnych latach nastąpił wyraźny wzrost zasięgu ubóstwa.

W 1999 roku poniżej subiektywnej jego granicy znajdowało się 56,6 % gospodarstw emerytów i rencistów. Zdaniem Danuty Graniewskiej, pogorszenie wskaźników powodowane było wieloma skomplikowanymi czynnikami, z czego za najważniejsze można uznać „niewystarczające dla zaspokojenia potrzeb konsumpcyjnych bieżące dochody (...), wyczerpanie rezerw pieniężnych pozwalających wcześniej na zakup sprzętu trwałego użytkowania i inwestycje innego rodzaju.”¹⁷⁹ Niemal do końca lat dziewięćdziesiątych popularne były kredyty bankowe i zakupy ratalne. Możliwość szybkiego podniesienia standardu mieszkania, czy stanu posiadania nie tylko zachęcała do korzystania z nich, ale i stymulowała niezłą kondycję psychiczną społeczeństwa. Potem nastąpił nie tylko czas spłacania zaciągniętych pożyczek, ale i wzrost kosztów utrzymania. Wartość nabywca uzyskiwanych dochodów spadła, co dla wielu, głównie tych, którzy na ich wysokość nie mieli żadnego wpływu, oznaczało staczanie się po równi pochyłej: do rezygnacji z wielu wydatków i do biedy.

Zmiana kondycji gospodarczej kraju przełożyła się na pogorszenie warunków życia rodzin, prowadzonych przez nie gospodarstw domowych oraz na coraz większą kontestację bytu. W latach 1996–2001 odsetek żyjących w Polsce poniżej granicy ubóstwa wzrósł z 4,3 % do 9,5 %. Niemal co dziesiąty obywatel zagrożony był skrajną biedą, a co siódmy

¹⁷⁸ Tendencje zmian, struktur ludności, gospodarstw domowych i rodzin w latach 1988–1995, op. cit., s. 41 i 163

¹⁷⁹ Warunki życia emerytów i rencistów w Polsce i w krajach zachodnich... op. cit., s. 53

dysponował dochodami uprawniającymi do korzystania z pomocy społecznej (ustawowa granica ubóstwa).¹⁸⁰ W gospodarstwach emerytów i rencistów w latach 1999–2001 odsetek oceniających swą sytuację materialną jako „złą lub raczej złą” wzrósł o 2,1 pkt., a oceniających jako „przeciętną” spadł o 1,6 pkt. procentowego. Wśród przyczyn złej kondycji ekonomicznej, w skali makro wymieniano głównie: zbyt niskie płace, emerytury, renty, wysokie koszty utrzymania mieszkań, brak pracy i brak możliwości dodatkowych zarobków.

Jednym ze wskaźników poczucia stabilizacji społecznej są oceny dotyczące poczucia zagrożenia biedą. W 2001 roku pogorszenia swej sytuacji obawiało się 45 % ogółu gospodarstw domowych badanych przez GUS, a 19 % wiedziało, że grozi im bieda, choć nie wiedziało, jak sobie z nią poradzą (w miastach 18 %, na wsiach 21 %). Najgorzej swą przyszłość postrzegały rodziny związane z rolnictwem oraz gospodarstwa domowe emerytów i rencistów.¹⁸¹

Tabela 23. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych emerytów i rencistów w 1999 i 2001 roku (w %)*

Ocena sytuacji materialnej	Rok	Ogółem	GOSPODARSTWA DOMOWE	
			Pracowników	Emerytów i rencistów
Bardzo dobra i raczej dobra	1999	11,4	12,0	9,4
	2001	11,2	12,7	8,9
Przeciętna	1999	53,8	56,4	52,4
	2001	52,6	55,5	50,8
Zła i raczej zła	1999	34,8	31,6	38,2
	2001	31,8	31,8	40,3

* Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1999 roku, op. cit., s. 46; Sytuacja gospodarstw domowych w 2001 roku, op. cit., s. 49

Pogłębiając się polaryzację ekonomiczną społeczeństwa potwierdzało wówczas wiele wskaźników: połowa badanych gospodarstw oceniała swoją sytuację materialną jako „przeciętną”, ale w co trzecim oceniano ją jako „złą lub raczej złą”, a w zaledwie co dziewiątym jako „bardzo

¹⁸⁰ Zasięg ubóstwa w Polsce w latach 1993–2001, op. cit.

¹⁸¹ Warunki życia ludności w 2001 roku, op. cit., s. 8

dobrą i raczej dobrą”; najlepszą kondycję ekonomiczną deklarowały głównie gospodarstwa pracujących na własny rachunek, a najgorszą – gospodarstwa emerytów i rencistów. W obrębie tych ostatnich także występowały istotne różnice w ocenie poziomu życia: wśród gospodarstw 20 % osób o najwyższych dochodach – 28 % deklarowało, że jest on co najmniej dobry (33 % rodzin pracowników; 21 % emerytów i rencistów), a wśród 20 % uzyskujących najniższe dochody – 70 % gospodarstw (pracowników oraz emerytów i rencistów) oceniało go jako „zły lub raczej zły”.

Ponieważ najważniejszym i czytelnym wyznacznikiem subiektywnej oceny sytuacji materialnej gospodarstw była głównie wysokość uzyskiwanych dochodów – z całym prawdopodobieństwem należy zakładać, że zarówno materialne warunki funkcjonowania gospodarstw domowych, jak i kondycja psychiczna ludzi starych, utrzymujących się ze świadczeń ubezpieczeń społecznych, miast poprawie (takie przesłanki istniały jeszcze w połowie lat dziewięćdziesiątych), ulegać będzie dalszemu pogorszeniu. W najgorszej sytuacji znajdują się osoby najstarsze, niepełnosprawne, uzyskujące najniższe świadczenia. W warunkach skomercjalizowanej, a w sektorze publicznym niedoinwestowanej służby zdrowia¹⁸² – nie stać ich będzie nie tylko na leki, diagnostykę medyczną, czy rehabilitację, ale na przeżycie – na zakup żywności i utrzymanie mieszkania. Problem ich marginalizacji stanie się też ważkim problemem społecznym, jako że przynajmniej do 2020 roku notowany będzie ustawiczny wzrost populacji w wieku 80 lat i więcej (o około 80 %, przy ogólnym wzroście populacji ludzi starszych o 44 %).¹⁸³

¹⁸² Przy ogromnym zapotrzebowaniu na rozwój lecznictwa geriatrycznego, na instytucjonalne, profesjonalne formy opieki nad najstarszymi, w 2002 roku z powodu braku środków zaczęto likwidować, istniejące w nielicznych szpitalach, oddziały geriatryczne. W sierpniu 2002 roku podjęto taką decyzję w Szczecinie. Wcześniej, w 1999 roku zlikwidowano, jedyną na Wybrzeżu, Przychodnię Geriatryczną w Gdańsku

¹⁸³ Cyt. za W. Nieciński, Recenzja pracy: *Mieszkania starszych ludzi w Polsce*, op. cit. „Sprawy Mieszkaniowe” 2001, zeszyt 3, s. 116

3. Status społeczny

Status społeczny człowieka starego różnicował się w toku dziejów w obrębie regionów i kultur świata, ale jego ewolucji nie da się przyporządkować liniowemu rozwojowi. Miejsce i prestiż w społeczeństwie zawsze zależały od takich czynników jak: ustrój, struktura społeczna, priorytety kulturowe, model i funkcje rodziny, typy dominującego przekazu (mówionego, pisanego) oraz miejsce w hierarchii społecznej wypracowywane przez całe życie. Każda epoka miała swoją specyfikę, ale żadnej nie można utożsamiać ani z pełną admiracją, ani też kontestacją starości.

Starożytny Bliski Wschód starość szanował i wyróżniał, bowiem dar długiego życia traktował jako błogosławieństwo bogów. W starożytnym Rzymie ludzie starzy funkcjonowali w gremiach decydujących o najważniejszych sprawach państwowych, a ich wiedzy i doświadczeniu okazywano duży respekt. Jednocześnie jednak młodzież rzymska buntowała się przeciw ogromnej władzy *pater familias*.¹⁸⁴ Pisano o demograficznym naporze starości i jego skutkach, o wielkości i upadku starców. Starożytna Grecja starość często utożsamiała ze smutkiem. W mitologii greckiej podkreślano, że bogowie nie lubią starości; poeci i tragicy pisali o przekleństwie starości; komediopisarze starość ośmieszali, a filozofowie pisali rozprawy o jej nieszczęściu i dwoistości (mimo ułomności jakie niesie, wszyscy chcą jej dożyć; jest przeklęta i patetyczna; chciana i niechciana). Starożytni filozofowie należeli do grupy często dożywających starości sędziwej, stąd ich poglądy weryfikowane były praktyką codziennego życia.¹⁸⁵ Według Platona, idealny starzec to krzepki, wykształcony i bogaty człowiek, który na dobrą starość pracował całe ży-

¹⁸⁴ Próby obalenia wielkiej władzy starców, podejmowane przez młodych mieszkańców Rzymu, umiejscowiane są w czasach życia i twórczości Plauta, czyli na przełomie III i II w. p.n.e.

¹⁸⁵ Czas zgonu mieszkańców Grecji często zapisywano hasłowo „w wieku podeszłym” lub „bardzo stary”, filozofów utożsamiano ze starcami, o czym świadczą zachowane dzieła literatury, malarstwa i rzeźby, ale w odniesieniu do największych indywidualności twórczych tej epoki historykom udało się ustalić tzw. „domniemany wiek” w chwili ich zgonu. I tak np. Arystoteles, Heraklit, Sokrates żyli około 60 lat; Epikur, Protagoras, Lykon – około 70 lat; Dijonizjos, Kleantes, Ksenokrates, Pitagoras, Platon, Solon – około 80 lat; Diogenes, Myzon, Pyrron – około 90 lat, a czas życia Demokryta, Gorgiasza i Teofrasta szacuje się nawet na ponad 100 lat. Por. B. E. Richardson, *Old Age among the Ancient Greeks*, Baltimore 1933; D. Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, t. 1, tłum. I. Krońska, K. Leśniak, W. Olszewski, B. Kupis, Warszawa 1982, s. 67–68

cie. Platon traktował starość jako uwieńczenie ziemskiej egzystencji, podkreślając tym samym jej jednostkowy i niehomogeny wymiar. Jego uczeń, Arystoteles ze Stagiry, starość nazywał „chorobą naturalną”, choć podkreślał, że niezależnie od wieku człowiek winien mieć zawsze prawo do pełnej aktywności.¹⁸⁶ W greckiej Sparcie, kojarzonej z gerontokracją, rada starców¹⁸⁷ stanowiła najwyższą władzę, ale klasyczna Grecja, w przeciwieństwie do hellenistycznej, sytuowała starców na dolnych szczeblach drabiny społecznej. Choć kultura europejska już w starożytności wielbiła młodość, zdrowie i urodę, to starości znacznie częściej niż obecnie oddawano należną jej cześć.

Kolejne epoki, nowożytność, znamionował wprawdzie kult wieku męskiego (głównie wojownika), ale nad starością pochylano się ustawnie w poszukiwaniu jej źródeł i możliwości odsuwania w czasie. We wczesnym średniowieczu starca uczyniono symbolem literatury chrześcijańskiej. Dostrzegano niedolę ludzi starych, ich niepewną rolę w rodzinie i wskazywano na specyficzny związek między sferą *sacrum* a długowiecznością, o czym świadczyć miała duża liczebność starców wśród mnichów i duchowieństwa. Na przełomie XI i XII wieku podziwiano sędziwych wojowników, podkreślając jednak że są szanowani dotąd, dopóki nie złożą broni. W XIV i XV wieku, kiedy dżuma oszczędziła starców, epokę zaczęto kojarzyć ze starością demograficzną, a tę z kolei z narastaniem konfliktów międzypokoleniowych, nadmierną kumulacją dóbr i władzy w rękach starców, deprecjacją społeczną starych kobiet i problemami związanymi z wycofywaniem się z czynnego życia coraz liczniejszej grupy obywateli.¹⁸⁸ W opracowaniach historycznych rzadko

¹⁸⁶ Platon żył na przełomie V i IV wieku p.n.e, a Arystoteles w IV wieku p.n.e. W „Etyce Nikomachejskiej” Arystoteles nazwał człowieka „istotą społeczną... która jest przeznaczona do życia życiem społecznym” (*Animal Sociale*). Kontynuatorem jego filozofii był Marcus Tullius Cicero (III/I wiek p.n.e), słynny mówca rzymski, autor traktatu „Katon Starszy o starości”, a w XIII wieku Święty Tomasz z Akwinu. Por. Platon, Państwo, t. 1, tłum. W. Witwicki, Warszawa 1958, s. 27–28; Arystoteles, Retoryka. Poetyka, tłum. H. Podbielski, Warszawa 1988, s. 186–188; Eadem, Etyka Nikomachejska, tłum. D. Gromska, Warszawa 1956, s. 1196–1197; M. T. Cicero, O starości. (w:) Pisma Filozoficzne, t. 4, tłum. Z. Czerniakowa, Warszawa 1963, s. 19, 48

¹⁸⁷ Radę starców określano mianem „geruzji”, a wchodzący w jej skład geronci musieli mieć ukończone 60 lat. N. G. L. Hammond, Dzieje Grecji, tłum. A. Świderkówna, Warszawa 1977, s. 184 i nast.

eksponowany jest fakt, że w średniowieczu ludzie starzy mieli duży wpływ na życie polityczne i gospodarcze, jako że stanowili jedyną grupę, z którą epidemie dziesiątkujące ludność Europy, obchodziły się bardzo łagodnie. Zdaniem Jeana Delumeau, wydarzenia te spowodowały tendencje do ożywienia gerontokracji, ale w środowiskach twórczych stały się też źródłem inspiracji dla satyryków ośmieszających na przykład związki starców z młodymi dziewczynami.¹⁸⁹

Kolejne etapy rozwoju cywilizacji pogłębiały degradację starości, choć jej próg ulegał ustawicznemu przesuwaniu w czasie. Nieregularna krzywa statusu społecznego populacji najstarszych w większej mierze wyznaczała była jednak zawsze przynależnością poszczególnych jednostek do klas społecznych, ich mobilnością, wykształceniem, niż samą historią.

Generalnie jednak wiedza o starości przez wieki była tak skromna, że jeszcze w XIX wieku postrzegano ją w kategoriach choroby. Z jednej strony powodowało to rozwój opieki instytucjonalnej, z drugiej zaś pozbawiało autonomii i plasowało ludzi starych na marginesie życia społecznego, wśród bezdomnych, ułomnych i chorych psychicznie.

Choć krótki przegląd stereotypów starości poszczególnych epok nie upoważnia do żadnych uogólnień, to z całą pewnością można stwierdzić, że jej „złoty wiek” tak naprawdę nigdy nie istniał. W każdej epoce były miejsca i okresy stabilizacji, potocznie zwane „klasycznymi”, gdzie tak jak nie akceptowano wycofywania się z czynnego życia, tak starością pogardzano i były też takie, gdzie przekształcano istniejącą rzeczywistość, prowadzono walki, zmagano się z wrogami, epidemiami chorób, obalano mity, autorytety i stereotypy, a starość szanowano. Zagrożone życie stawało się wartością absolutną, niezależnie od wieku.

Za nadal aktualne należy uznać dualistyczne pojmowanie starości. To pogląd, według którego ludzie dzielą się na dwie kategorie: aktywnych, czynnych zawodowo niezależnie od wieku, nie wyróżniających się ze zbiorowości dorosłych (wariant optymalny, zgodny z teorią aktywności) oraz bezczynnych, niedołączonych, zagubionych, kształtujących stereotyp starości niechcianej (wariant negatywny, odpowiadający teorii wyłącza-

¹⁸⁸ G. Minois, *Historia starości. Od antyku do renesansu*, tłum. K. Marczevska, Warszawa 1995, passim; L. Frąckiewicz, *Karta Praw Człowieka Starego*, Warszawa 1985, passim

¹⁸⁹ J. Delumeau, *Przedmowa do: G. Minois, Historia starości. Od antyku do renesansu*, op. cit., s. 5–7

nia). Drugi wymiar dualistycznego pojmowania starości polega na tym, że ludzi starych traktuje się tak jakby do świata żyjących już nie należeli. Poprzez mocowanie w kulturze, zwyczajach i obyczajach różnorodnych norm, zakazów i nakazów, oczekuje się od nich na przykład: absolutnej mądrości, rozważagi, sprawiedliwości, wstrzemięźliwości, zachowań idealnych i bezbłędnych. A ludzie starzy są takimi samymi ludźmi jak dorośli, mają swoje zalety i wady, mają też swoje prawa dane żywym, kwestionowanie których w żadnych warunkach nie znajduje uzasadnienia. Specyficzne i zdaniem George'a Minois „nieludzkie” traktowanie starości wyraża się zakazem zachowań, wykonywania zajęć i uczestniczenia w rozrywkach, do jakich mają prawo młodzi. Zgodnie z tym negatywnym stereotypem „starzec powinien być świętym aby go doceniano, powinien być doskonały, bo inaczej stanie się odrażający i dzieciniały (...) erotyzm starców jest wstrętny, a gwałtowność zakrawa na kpinę”.¹⁹⁰

Te nieprzychylnie postawy wobec starości, jakkolwiek korzeniami umocowane w epoce starożytnej, wprawdzie w zmienionej, ale równie niesprawiedliwej, złej formie, w wielu społeczeństwach przetrwały do czasów współczesnych. I o ile starość demograficzna w XX wieku zyskała wymiar zjawiska o zasięgu ogólnoludzkim, to status i miejsce człowieka starego w strukturach określonych społeczeństw nadal rozstrzygane są w kategoriach narodowych strategii, kultur i stereotypów. Tylko w obrębie cywilizacji europejskiej średni czas trwania życia różnicuje się od 60 do 80 lat, a status i kondycja ekonomiczna oraz psychospołeczna ludzi starych – od spauperyzowanych i zmarginalizowanych pariasów, do aktywnych, samodzielnych i sprawnych emerytów, konsumujących swoją trzecią tercję życia w sposób satysfakcjonujący zarówno ich samych, jak i całe społeczeństwo.

Zdaniem Harvey'a C. Lehmana, status społeczny człowieka wyznacza gerontyczny paradoks, który polega na jednostkowym wyborze drogi życiowej: bądź to według reguł transferu dodatniego (wykorzystanie mądrości życiowej i erudycji), bądź transferu ujemnego (konserwatyzm, podporządkowanie się stereotypowi).¹⁹¹ Wiele zależy od sposobu pokonywania tzw. „schodów życia”, opisanych w literaturze nowożytnej jako mozolne wspinanie się po szczeblach drabiny (wzlot), odpoczynek (sta-

¹⁹⁰ G. Minois, op. cit., s. 323 i nast.

¹⁹¹ Tamże, s. 326 i nast.

gnacja) i powolne schodzenie, zbliżanie się do wygodnego fotela (upadek)¹⁹² oraz od dominującego w społeczeństwie modelu rodziny: patriarchalnej, wielopokoleniowej, otaczającej swych najstarszych członków szacunkiem, bądź nuklearnej, demokratycznej, opartej na odrębności ekonomicznej i mieszkaniowej, na niezależności członków.

Rodzina od zarania dziejów była, jest i prawdopodobnie zawsze będzie podstawową komórką społeczną. W literaturze przedmiotu można znaleźć szereg jej różnorodnych definicji, ale niezależnie od różniących je niuansów słownych, można przyjąć, że rodzina to zbiorowość ludzi połączona więzami emocjonalnymi, prawnymi i ekonomicznymi, czyli więzami pokrewieństwa, małżeństwa, bądź adopcji. Jako podstawowa struktura społeczna, jest też specyficznym zwierciadłem, w którym odbijają się wszelkie zmiany zachodzące w społeczno-politycznym organizmie państwa. Jest najmniejszą jednostką metodologiczną, umożliwiającą analizę szeroko pojmowanych skutków historycznych przemian. Niezależnie jednak od epoki, od kondycji poszczególnych społeczeństw w toku ich rozwoju, rodzinie przypisywane są funkcje, zmienność znaczenia których pozwala śledzić historię ludzkiej cywilizacji.

Spośród wielu klasyfikacji funkcji rodziny, proponowanych przez literaturę socjologiczną, pedagogiczną i psychologiczną, na szczególną uwagę zasługuje opracowana przez Zbigniewa Tyszkę. Według niego podstawowe funkcje rodziny to: materialno-ekonomiczna, opiekuńczo-zabezpieczająca, prokreacyjna, seksualna, legalizacyjno-kontrolna, socjalizacyjna, klasowa, kulturowa, rekreacyjno-towarzyska oraz emocjonalno-ekspresyjna.¹⁹³ To szczegółowa ekspozycja typów więzi, zależności i wpływów, jakie występują w relacjach osobniczych między członkami wspólnoty rodzinnej. Zmienność ich rangi świadczy o ustawicznie modyfikowanym w toku dziejów modelu państwa i prowadzonej przez niego polityki społecznej. Pozwala też na uchwycenie pewnych norm i prawidłowości determinujących status najstarszych członków społeczeństwa. Jego optymalny wymiar, czyli pełna samodzielność i funkcjonowanie ludzi starych w kategoriach pełnoprawnego członka społeczeństwa, co

¹⁹² Szerzej na ten temat: M. Halicka, *Historyczna zmienność traktowania starości*. „Gerontologia Polska” 1995, nr 3/4, s. 42–44; P. Borscheid, *Geschichte des Alters*, München 1989, s. 46–50

¹⁹³ Z. Tyszka, *Socjologia rodziny*, Warszawa 1974, s. 27 i nast.; Eadem, *Stan i przeobrażenia współczesnych rodzin*, Poznań 1991, *passim*

ma już miejsce w Stanach Zjednoczonych Ameryki, w Japonii i wielu krajach Europy Zachodniej, uzyskano w wyniku długotrwałego procesu obejmującego kilka etapów: od marginalizacji ludzi starych, poprzez propagowanie zasad samodzielnego życia na emeryturze i poszukiwanie potencjalnych obszarów kompensacji deficytów powstających po odejściu od aktywności zawodowej, aż po wdrożenie do samokreacji i przejęcia przez jednostki pełnej odpowiedzialności za swoją starość.

Sytuacja, w jakiej ludzie starzy znaleźli się w Polsce na przełomie XX i XXI wieku, porównywalna jest w zasadzie do tej, jaką w krajach o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego rejestrowano na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych.¹⁹⁴ Na poważne opóźnienia historyczne nałożyło się wiele czynników natury politycznej i ekonomicznej, a podjęcie wyzwań związanych z ich likwidacją w równej mierze utrudniła, niespotykana wcześniej, eksplozja starości demograficznej, co i rozległe skutki trwającej zmiany systemowej. Wyzwanie pozostało zatem nie tylko aktualne, ale i bardzo ważne, jako że w niedalekiej przyszłości kultura i jakość życia Polaków oceniana będzie przez społeczność międzynarodową przez pryzmat bezpieczeństwa socjalnego najsłabszych, w tym także ludzi starych.

Transformacja przyniosła rodzinie polskiej wiele zmian, szczególnie trudnych do zaakceptowania dla tych, którzy na swych „schodach życia” zbliżali się do odpoczynku. Zamknięto „parasol ochronny”, pod którym od zakończenia II wojny światowej gwarantowano bezpieczeństwo ekonomiczne całym rodzinom. I choć odchodzenie od opiekuńczego interwencjonizmu państwa odbywało się stopniowo, to dla ludzi w wieku niemobilnym i tak za szybko, aby zdolali odnaleźć się w nowej rzeczywistości, czy zgromadzić środki gwarantujące samodzielność na wypadek przejścia do grupy utrzymujących się z niezarobkowych źródeł.

W dążeniu do unifikacji ze strukturami europejskimi Polska ratyfikowała wprawdzie szereg międzynarodowych aktów prawnych (Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejska Karta Społeczna w podstawowych zapisach, Deklaracja Praw Dziecka, Konwencja Praw Dziecka), zapewniających pomoc rodzinie, ale realia gospodarcze i ustawicznie słaba kondycja finansów publicznych w ko-

¹⁹⁴ B. Donicht-Fluck, *Altersbilder und Altenbildung. „Bildung und Freizeit im Alter”*, Bern-Göttingen-Toronto 1992, s. 16-20

lejnych latach zmuszały do redukcji gwarancji socjalnych do absolutnego minimum.

W 1999 roku, w związku z ogłoszonym przez ONZ „Rokiem Osób Starszych”, Papież Jan Paweł II wystosował List Apostolski do Ludzi Starszych. Źródłem inspiracji, tego szeroko komentowanego na świecie wystąpienia, był obserwowany w Watykanie kryzys cywilizacji, degradujący najsłabszych. Papież podkreślił, że ludzie starsi są potrzebni i tak, jak wszyscy, mają prawo do godnego życia i czerpania z niego radości. „Sam jestem stary” – stwierdził, ale „umiem cieszyć się z życia i dobrze korzystać z daru jaki stanowi”. Zauważył, że choć człowiek żyje coraz dłużej, nie znaczy że starość jest coraz lepsza i niesie ból, którego wszyscy bardziej się obawiają, niż samej śmierci. Odrzucając eutanazję, przyznał jednocześnie, że dopuszcza śmierć następującą w wyniku odłączenia aparatury podtrzymującej życie, bowiem jak stwierdził „śmierć jest nieunikniona, ale ból można ograniczać i ku temu powinna zmierzać współczesna cywilizacja – zapewnić godne życie i godną śmierć”.¹⁹⁵

Od wieków miejsce i status człowieka starego w społeczeństwie wyznaczane są kondycją ekonomiczną, mobilnością i szeroko rozumianą aktywnością: od kontynuacji aktywności zawodowej, poprzez społeczną i polityczną, kulturalną, oświatową, rekreacyjną, aż po wokółrodzinną, towarzyską i religijną.¹⁹⁶

Zdaniem autorów Raportu UNDP, stosunek społeczeństwa do ludzi starych jest niejednoznaczny: z jednej strony wszyscy chcą żyć długo – z drugiej odrzucają starość i zaczynają o niej myśleć dopiero po przekroczeniu 50 roku życia; z jednej strony akceptują kosztowny system zabezpieczenia społecznego starości – z drugiej nie popierają rozwiązań instytucjonalnych i infrastrukturalnych, które niesprawnym ułatwiają kontakt z otoczeniem. Odnosi się wrażenie, napisano w Raporcie, że „stary człowiek powinien siedzieć w domu, a najważniejsze jest żeby miał pieniądze”.¹⁹⁷

¹⁹⁵ List Ojca Świętego Jana Pawła II do osób w podeszłym wieku, Tarnów 1999, *passim*

¹⁹⁶ W wielu zawodach uzyskanie uprawnień emerytalnych nie jest tożsame, a przynajmniej nie musi być, z rezygnacją z aktywności zawodowej. Przykładem są rolnicy, przedstawiciele tzw. „wolnych zawodów”, lekarze, prawnicy, pracownicy nauki

¹⁹⁷ Raport UNDP o rozwoju społecznym... *op. cit.*, s. 47

Jednak wbrew potocznym opiniom, polscy emeryci i renciści nie zawsze są ludźmi niepełnosprawnymi, odsuniętymi od życia społecznego. Najbardziej mobilni, o wysokich kwalifikacjach wykonują swój zawód po przekroczeniu progu wieku emerytalnego i uzyskaniu uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Nie są to przypadki odosobnione nawet w warunkach konkurencyjności rynku pracy i narastającego bezrobocia.¹⁹⁸ Nie wszyscy zatem są biedni, arbitralnie zmuszani do utrzymywania się ze świadczeń społecznych. Ich status ekonomiczny, przynajmniej do 70 roku życia, kiedy przekroczenie biologicznego progu starości w naturalny sposób może zredukować sprawność, implikowany jest szeregiem czynników zewnętrznych (chłonność lokalnego rynku pracy, wykształcenie, kwalifikacje zawodowe, sytuacja rodzinna) i wewnętrznych (stan zdrowia, nastawienie psychiczne, charakter i poziom odczuwanych potrzeb), a zatem i trudny do zamknięcia w obrębie jednolitego schematu przyczynowo-skutkowego. Stanowiąc ponad 1/3 ogółu dorosłej populacji kraju nie zawsze też podporządkowują się stereotypowi społecznej degradacji, broniąc się przed tzw. „brzytwą emerytalną”.¹⁹⁹

Ponieważ chronologiczny i prawny próg starości rzadko jest tożsamy z obniżeniem mobilności, aktywności, sprawności organizmu (próg biologiczny) – odejście na emeryturę może wiązać się z pogorszeniem kondycji psychicznej, marazmem, frustracją i poczuciem bezsensu życia. Pozbawienie ważnych ról społecznych, obniżenie poziomu dochodów skutkuje zatem nie tylko pauperyzacją, ale i specyficznym wykluczeniem z życia społecznego. Dla wielu, szczególnie mężczyzn, bez reszty oddanych pracy zawodowej, taka właśnie „brzytwa emerytalna” jest początkiem końca.

Spychanie na margines życia społecznego, niezależnie od chęci, sił i mobilności zainteresowanych, powoduje poczucie osamotnienia, odrzucenia, nieużyteczności, a w konsekwencji choroby i przedwczesną śmierć. O tym, jak wiele osób w tzw. „wieku niemobilnym”, w sytuacji narasta-

¹⁹⁸ Obszerne omówienie zagadnienia funkcjonowania zawodowego po przejściu na emeryturę zawarto w pracy B. Urbaniak, *Praca zawodowa po przejściu na emeryturę – społeczno-ekonomiczne przesłanki powrotu emerytów do aktywnego życia zawodowego*, Łódź 1998

¹⁹⁹ „Brzytwa emerytalna” to określenie często używane zamiennie z takimi, jak „nożyce emerytalne”, „nożyce życia” i „gilotyna emerytalna”, a oznacza arbitralny nakaz odchodzenia od aktywności zawodowej po przekroczeniu wieku emerytalnego

jącego bezrobocia, pozbawionych zostało pracy świadczy fakt, że w skali kraju co miesiąc kilka tysięcy osób zyskuje status emeryta lub rencisty, nie na skutek utraty statusu pracownika, ale bezrobotnego. Na przykład: w czerwcu 2000 roku w urzędach pracy wykreślono z rejestru bezrobotnych 2,1 tys. osób; w marcu 2002 roku – 3,0 tys. osób, a miesiąc później już 3,5 tys. osób z powodu uzyskania przez nich uprawnień emerytalno-rentowych.²⁰⁰ Można zatem przyjąć, że średnio w skali roku grupa emerytów i rencistów powiększa się o ponad 30 tys. osób doświadczonych bezrobociem, zmęczonych biedą, bezradnych wobec ograniczeń niesionych przez otaczające ich realia.

W miarę „kurczenia się” rynku pracy, wzrasta liczebność grupy bezrobotnych w wieku przedemerytalnym i maleje wskaźnik zatrudnienia w wieku niemobilnym. Na przykład: w 1999 roku, kiedy stopa bezrobocia rejestrowanego w skali kraju wynosiła 13,1 % (2.349,8 tys. osób), w urzędach pracy zarejestrowanych było 41,2 tys. osób w wieku 55 lat i więcej, a w 2000 roku, gdy stopa bezrobocia rejestrowanego osiągnęła poziom 15,1 % (2.702,6 tys.), liczba pozostających bez pracy (zarejestrowanych) w tym wieku wzrosła do 47,5 tys. osób.²⁰¹ Wyraźnie ograniczone też zostały możliwości łączenia aktywności zawodowej, pracy zarobkowej ze świadczeniami z ubezpieczeń społecznych. O ile w 1995 roku w niepełnym wymiarze godzin pracowało 436,5 tys. emerytów i rencistów (303,6 tys. mężczyzn, 132,9 tys. kobiet); w 1999 roku – 374,9 tys. (265,6 tys. mężczyzn, 109,3 tys. kobiet), to w 2000 roku liczba niepełnozatrudnionych, uzyskujących świadczenia emerytalno-rentowe uległa dalszej redukcji, do poziomu 319 tys. (227 tys. mężczyzn, 92 tys. kobiet). Biorąc pod uwagę fakt, że w 1995 roku świadczenia z ubezpieczeń społecznych pobierało 9.085 tys.; w 1999 roku – 9.453 tys., a w 2000 roku – 9.412 tys. osób – należy przyjąć, że niezależnie od wahań koniunktury na rynku pracy, możliwości uzupełniania świadczeń emerytalno-rentowych dochodami z pracy zarobkowej ulegały ustawicznej redukcji. W 1995 roku korzystało z nich 4,8 %; w 1999 roku około 4 %, a w 2000 roku niespełna 3,4 % emerytów i rencistów.²⁰²

²⁰⁰ Miesięczna informacja o bezrobociu w Polsce w: maju 2000 roku, w marcu 2002 roku i w kwietniu 2002 roku. Serwis informacyjny GUS, www.stat.gov.pl

²⁰¹ Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 148–149

²⁰² Tamże, s. 142

Przed ustawowym (nie podlegającym weryfikacji jednostkowych predyspozycji, sił i umiejętności) „usuwaniem” z rynku pracy, bronić potrafią się tylko nieliczni: wykształceni, posiadający wysoki status społeczny, autorytet, a nierzadko i władzę. Stanowią swoistą elitę społeczną, której deficyty wkomponowane w stereotyp starości, nie dotyczą. Są też tacy, którzy chętnie przed przekroczeniem progu emerytalnego rezygnują z aktywności zawodowej, zabiegając o rentę inwalidzką lub tzw. „wcześniejszą” emeryturę. Świadomie decydują się na uzyskiwanie mniejszych dochodów, bądź to z powodów rodzinnych (opieka nad chorym, niepełnosprawnym członkiem rodziny, nad wnukami), bądź z niechęci do podnoszenia swych kwalifikacji, umiejętności, determinujących dalsze pozostanie na zajmowanym stanowisku. Za powszechne należy też uznać zjawisko odchodzenia na „wcześniejsze” emerytury, w obawie przed bezrobociem.

W 1997 roku, wśród mieszczących się w przedziale 60–64 lata, pracowało 23,3 % (w niepełnym wymiarze 9,7 %); status bezrobotnego posiadało 0,9 %, a w grupie wieku 65 i więcej lat pracowało 10 % (w niepełnym wymiarze 5,4 %). O ile w grupie wiekowej 30–44 lata wskaźnik zatrudnienia oscylował wówczas w granicach 78–80 %; w grupie wiekowej 45–54 lata – 60–70 %; 55–64 lata – 20–40 %; to wśród osób w wieku 65 lat i więcej wahał się zaledwie od 8 % do 11 %. Biernie zawodowo pozostawały zarówno osoby starsze (91 % w wieku 65 lat i więcej oraz 77 % w wieku 60–64 lata), jak i młodsze, mieszczące się w kategoriach wieku niemobilnego (56 % w grupie 55–59 lat; 32 % w grupie 50–54 lata i 18 % wśród osób w wieku 45–49 lat). Biernie zawodowo, po przekroczeniu wieku emerytalnego nie poszukiwali pracy, a jako główne przyczyny braku zainteresowania dodatkowym źródłem dochodu wymieniali: nieodpowiedni wiek (64 %), niesprawność, choroby (28,4 %), brak zainteresowania dalszą aktywnością zawodową (3,5 %), zaangażowanie w prace związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego (3,4 %), zniechęcenie bezskutecznością poszukiwań (0,5 %), konieczność uzupełnienia swoich kwalifikacji (0,02 %).²⁰³

²⁰³ W analizach GUS, dotyczących aktywności ekonomicznej, stosowany jest podział ludności na „mobilnych” (od 15 do 44 lat) i „niemobilnych” (od 45 do prawnie ustalonego wieku emerytalnego). Aktywność ekonomiczna ludności Polski. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998, s. XIII, XXX, 3, 63

Ponad 3/4 populacji w wieku 65 lat i więcej nie interesowało się działalnością żadnej z istniejących w Polsce organizacji, stowarzyszeń, klubów, ani fundacji. Społeczną aktywność deklarował co piąty przedstawiciel tej grupy, informując, że swój wolny czas poświęca na pracę w przynajmniej jednej organizacji. Znikomy zakres aktywności politycznej korelował niejako z rejestrowanym wśród ogółu dorosłych Polaków (0,3 % w roku 1998)²⁰⁴, a potwierdzony został nieudaną próbą zaistnienia na scenie politycznej w wyborach do Parlamentu w 1997 roku. Mimo rozległych często zainteresowań i wyczuwania pulsu zmian zachodzących na wszystkich płaszczyznach życia społecznego²⁰⁵, aktywność ludzi starych w Polsce miała głównie charakter wokółrodzinny. Na płaszczyźnie społecznej była mało widoczna i raczej nieudolna, słabo zorganizowana, wymagająca wsparcia z zewnątrz. Niewielka była też aktywność polityczna, o poziomie której świadczyły wskaźniki udziału osób w wieku 60 lat i więcej w strukturach polskiego Parlamentu i we władzach gmin. W I kadencji Sejmu RP (od 25.XI.1991 roku do 31.V.1993 roku) stanowili 7 %; w II i III kadencji (od 14.X.1993 roku do 19.X.1997 roku i od 20.X.1997 roku do 22.IX.2001 roku) – 6 % ogółu posłów; w III kadencji Senatu RP (od 15.X.1993 roku do 19.X.1997 roku) – 19 % ogółu senatorów, choć w IV kadencji Senatu RP (od 20.X.1997 roku do 22.IX.2001 roku) ich reprezentacja osiągnęła już poziom 30 %. Pod koniec 1996 roku, wśród pełniących funkcje radnych gmin, osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły niespełna 10 % reprezentujących interesy społeczności lokalnych.²⁰⁶

²⁰⁴ Zbiorowa aktywność społeczna Polaków. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 44/98, s. 1–3

²⁰⁵ Dowodem na to były niepokoje przedstawicieli najstarszej generacji związane ze złą kondycją służby zdrowia i oświaty oraz zarejestrowane w sondażu CBOS z 1997 roku deklaracje związane z chęcią świadczenia na cele charytatywne, gdzie za preferencyjne uznano: pomoc ludziom starym i samotnym (62 % emeryci; 57 % w wieku 65 lat i więcej), pomoc dzieciom chorym i upośledzonym (55 % emeryci; 61 % renciści; 55 % najstarszej grupy wieku) oraz zakup profesjonalnego sprzętu medycznego dla szpitali (co piąty respondent). Por. Aktywność charytatywna Polaków. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 31/97, s. 15

²⁰⁶ Mały Rocznik Statystyczny, Warszawa 1998, s. 86 i 84; Rocznik Statystyczny, Warszawa 1997, s. 50, 55

Według Tadeusza Łobożewicza, powołującego się na niemieckich gerontologów, pasywny bądź aktywny stosunek do otoczenia zależy od takich zmian zachodzących w osobowości jak: wzmacnianie charakteru, wycofywanie się z życia towarzyskiego, bezczynność, nuda, utrata wiary we własne siły, depresje.²⁰⁷ Klasyfikację tę można wzbogacić cechami wskazanymi przez Barbarę W. Davis: gotowością pomocy, rozumieniem funkcji w grupie, zaufaniem do siebie, samoakceptacją i wzbogacaniem psychiki.²⁰⁸ Należy jednak pamiętać, że wzmacnianie cech charakteru, dążenie do zachowania satysfakcjonującego statusu społecznego, podobnie jak każdy wysiłek ukierunkowany na podnoszenie wartości w oczach otoczenia i własnych, wymaga umiejętności, siły, odwagi, determinacji i rozważnej kalkulacji, na które nie wszyscy potrafią się zdobyć, bądź po prostu nie potrafią.

Walka o godne miejsce w społeczeństwie, o prestiż i szacunek, poza umiejętnością jej prowadzenia, musi znajdować umocowanie w wiedzy, wykształceniu, aktywności społecznej, zawodowej, rodzinnej i towarzyskiej. Tym samym regułą podlega status społeczny ludzi starych, z tym tylko zastrzeżeniem, że obecnemu ich pokoleniu tej zależności w okresie przedtransformacyjnym nigdy nie uświadamiano.

4. Organizacja czasu wolnego

Wszelkie formy aktywności pozazawodowej wyznaczane są: wiekiem, picią, stanem zdrowia, wykształceniem, statusem społeczno-ekonomicznym i stylem życia. W 1994 roku głównymi jej sferami wśród ogółu dorosłych Polaków były: uczestnictwo w kulturze masowej (od 67 % do 96 % zależnie od rodzaju czynności), zajęcia domowe i życie rodzinne (od 31 % do 63 %) oraz udział w praktykach religijnych (ponad 80 %). Aktywna działalność społeczna i obywatelska absorbowwała zaledwie 5 %, a rekreacja i rozrywka poza domem – 30 % ogółu badanych. Formy aktywności społecznej plasowały się na końcu listy powszechnie wykonywanych czynności, czyli po: zajęciach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego (80–90 %), kontaktach z sąsiadami (92 %), korzystaniu ze środków masowego przekazu, zaspokajaniu potrzeb zwią-

²⁰⁷ Cyt. za T. Łobożewicz, Samopoczucie psychospołeczne ludzi starszych a ich aktywność ruchowa. „Gerontologia Polska” 1995, tom 3, nr 1/2, s. 25–26

²⁰⁸ B. W. Davis, Educational Gerontology, Pensylwania 1987, s. 299

zanych z wiarą i religijnością (80 %–90 %) i po pasywnych formach relaksu (40 %–80 %). Wśród tych ostatnich największą popularnością cieszyło się oglądanie programów telewizyjnych (96 %), słuchanie radia, czytelnictwo, sen i tak zwane „nicnierobienie”, czyli wystawanie lub siedzenie przed domem i wyglądanie przez okno (46 %). Respondenci w wieku powyżej 55 lat dominowali wśród systematycznie oglądających programy telewizyjne, zajmujących się pracami w gospodarstwie domowym, utrzymujących kontakty towarzyskie z sąsiadami,²⁰⁹ uczestniczących w praktykach religijnych. Najślabiej natomiast byli reprezentowani w grupie deklarujących uczestnictwo w kulturze, podejmujących dodatkowe prace, zajęcia zarobkowe i angażujących się w działalność społeczną (w tym przede wszystkim: organizacyjną, polityczną i związkową).²¹⁰

W 1996 roku czas wolny wypełniali głównie zajęciami w gospodarstwie domowym, telewizją i wypoczynkiem biernym: snem oraz beczynnością (około 40 % czasu dobowego).²¹¹ Wykonywanie takich czynności, jak: zaspokajanie potrzeb fizjologicznych (sen, posiłki) oraz higiena osobista, ubieranie się – zajmowało im o wiele więcej czasu (połowa doby), niż osobom młodszym, aktywnym zawodowo.

Według Maciei Falkowskiej, trudny do zdefiniowania czas wolny może być wypełniony zarówno czynnościami obowiązkowymi, jak i nieobowiązkowymi, wykonywanymi chętnie, bądź pod presją, bowiem „to co dla jednych jest zabawą i przyjemnością, dla innych może być obowiązkiem i przymusem”.²¹² Czas wolny, jakim dysponują ludzie starzy, wbrew potocznym interpretacjom, nie dla wszystkich stanowi jednakowo rozległą płaszczyznę życia, pozostającą do zagospodarowania treściami „z wy-

²⁰⁹ Dla ludzi starych, nie pozostających we wspólnotach mieszkaniowych z dziećmi i wnukami, kontakty sąsiedzkie stanowią główną płaszczyznę interakcji społecznych. Zdaniem L. Frąckiewicz: „kontakty sąsiedzkie są w tej grupie ludności często bardziej bliskie niż rodzinne, zwłaszcza, że duża ruchliwość przestrzenna młodych generacji powoduje niekiedy znaczny dystans przestrzenny między nimi a starszymi wiekiem członkami rodzin (...) pogłębia to również dystans rozwoju kulturowego starszej i młodszej generacji. L. Frąckiewicz, *Miejsce człowieka starego w rodzinie*, op. cit., s. 173

²¹⁰ Sfery pozazawodowej aktywności Polaków. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 140/125/94, s. 20

²¹¹ Budżet czasu ludności w 1996 roku. Departament Warunków Życia GUS, Warszawa 1998, s. 36–38

²¹² M. Falkowska, *Czas wolny i orientacje kulturalne Polaków*. (w:) *O stylach życia Polaków*, op. cit., s. 192

boru". Jego wymiar różnicuje się w grupach płci, wieku, stanu cywilnego, biologicznego typu gospodarstwa domowego i miejsca stałego zamieszkania, a na sposób spędzania dodatkowo wpływają takie czynniki jak: źródło utrzymania i wysokość uzyskiwanych dochodów, wykształcenie, przynależność do grupy społeczno-ekonomicznej. Deficyty sprawnościowe powodują, że funkcjonują oni o wiele wolniej od młodych. Więcej czasu muszą poświęcać na zaspokojenie potrzeb biologicznych i prowadzenie gospodarstwa domowego. Potrzebują o około 1,5 godziny więcej snu niż osoby trzydziestoletnie, a przy pojawiającym się ryzyku zachorowalności, wypadkowości i niepełnosprawności, więcej czasu (niż wymaga sen) spędzają w łóżku.²¹³

Związani z rolnictwem mają inne problemy, bowiem ich aktywność zawodowa i wymiar czasu wolnego wyznaczone są nie tyle wiekiem, co faktyczną sprawnością fizyczną i porami roku.²¹⁴ W zależności od miejsca stałego zamieszkania (wieś–miasto), obciążeń zajęciami podejmowanymi na rzecz domu i rodziny (kobiety–mężczyźni) oraz pór roku (rolnicy–nie-rolnicy) – waha się od 2 do 10 godzin na dobę. Zagospodarowanie go z pożytkiem dla siebie i otoczenia dla ludzi w starszym wieku nie jest sprawą prostą, jako że konfrontacja potrzeb z możliwościami rzadko przynosi consensus.

W II połowie lat dziewięćdziesiątych najwięcej miejsca w budżecie czasu ogółem wśród osób w wieku 65 lat i więcej zajmowało: zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, zajęcia domowe i przemieszczanie się (dojazdy, dojeżdżanie do rodziny, do sklepów, Kościoła, do urzędów). Ponieważ prace domowe, poza codziennymi obowiązkami, obejmowały też pomoc świadczoną na rzecz dzieci, opiekę nad wnukami, nad zwierzętami i pielęgnowanie roślin (na ich wykonywanie wskazało 90,2 % badanych), można uznać, że wielu osobom do własnej dyspozycji pozostawał w zasadzie niewielki margines czasu wolnego. Po spełnieniu codziennych obowiązków, najchętniej też wypełniały go wypoczynkiem biernym. Preferowaną formą było korzystanie ze środków masowego przekazu (92,1 %), życie towarzyskie,

²¹³ W przypadku najstarszych prawdopodobieństwo przymusowego spędzania czasu w łóżku jest kilkunastokrotnie większe, niż w wieku 20–40 lat. P. Szukalski, Wykorzystanie czasu przez osoby starsze w Polsce. „Gerontologia Polska” 1999, nr 7 (I), s. 10

²¹⁴ Budżet czasu ludności. Analizy i opracowania GUS, Warszawa 1998; T. Weber, G. Whitting i inni, Employment policies and practices toward older workers. „Labour Market Trends” 1997, No 4

czyli spotkania z przyjaciółmi i sąsiadami (81,1 %). Co trzeci z badanych deklarował udział w sporcie i rekreacji; natomiast na realizację zamiłowań osobistych, hobby wskazało zaledwie 4 %. Najmniejszym zainteresowaniem cieszyły się wszelkie formy rozrywki i kultury (0,8 %) oraz edukacyjne (0,3 % wskazań).²¹⁵ Przyczyn szukać można tak w barierach ekonomicznych, jak i w braku odpowiednich nawyków. Dla mieszkańców wsi i miasteczek dodatkowe utrudnienie w dostępie do interesujących ofert stanowiły bariery przestrzenne, dzielące ich od kin, teatrów, klubów seniora, wystaw, czy centrów kulturalnych.

Już w 1997 roku 3/4 emerytów i rencistów deklarowało nadmiar czasu wolnego, co sugeruje pewną bezradność w sposobie dysponowania nim. Bezradność implikowaną zarówno świadomością ograniczonych możliwości (zdrowie, finanse), jak i brakiem pomysłów, stereotypem stagnacji, spokoju, pozostawania w bliskości domu, brakiem nawyków do podejmowania inicjatyw, działań poszerzających kontakty międzyludzkie, mogących wypełnić życie satysfakcjonującymi treściami. W świetle tych analiz, statystyczny Polak w starszym wieku jawił się przede wszystkim jako domator, utyskujący na izolację, osamotnienie, na nadmiar czasu, krzątający się wokół domu, preferujący pasywny styl życia – nie dający mu specjalnego zadowolenia. Pozostałe potencjalne płaszczyzny aktywności, jak: rozrywka, edukacja, turystyka czy kultura – pozostawały na ogół poza zasięgiem zainteresowań i możliwości. Nasuwa się pytanie: „dlaczego kultura – jeśli każda forma jej odbioru jest nie tylko przyjemnością (nawet przy założeniu zróżnicowanych form i poziomu proponowanych przez rynek ofert), ale i warunkiem śledzenia zmian w otaczającej rzeczywistości?” Przyczyn jest wiele, choć jak w każdej kategorii analizowanych ograniczeń, najważniejsza tkwi w braku środków finansowych. Przy malejących nakładach budżetu państwa na kulturę oraz sukcesywnej redukcji kadry zatrudnionej w placówkach i instytucjach odpowiedzialnych za jej upowszechnianie – obniżyła się ich atrakcyjność, a oferta kierowana do grona potencjalnych odbiorców uległa ubożeniu.²¹⁶ W przypadku sieci placówek sprywatyzowanych pojawiła się natomiast istotna bariera komercjalizacji.

²¹⁵ Budżet czasu ludności, op. cit. s. 37

²¹⁶ Wydatki na kulturę w 1991 roku stanowiły 1,01 %; w 1994 – 0,77 % i w 1996 roku – 0,76 % ogółu wydatków budżetu państwa. Por. Kultura w latach 1994–1996. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997, s. XXXIII–XXXV

Dla świadczeniobiorców rent i emerytur czynnikiem w największej mierze ograniczającym dostęp do szeroko rozumianej kultury (kina, teatry, filharmonie, muzea, zakup książek i prasy) były koszty nie mieszczące się w ustawicznie redukowanych (na skutek wzrostu kosztów utrzymania) budżetach domowych. Wydatki na kulturę, sport i wypoczynek w gospodarstwach najstarszych w latach 1996–1997 stanowiły zaledwie 4 % ogółu wydatków, czyli były mniejsze niż ponoszone na transport i łączność (6,6 %). Same tylko wydatki na gazety i czasopisma w 1996 roku pochłaniały 24,5 % ogółu wydatków na kulturę, a kolejne pozycje zajmowały: opłaty za abonament radiowo-telewizyjny (25,2 %); zakup sprzętu radiowo-telewizyjnego (11,9 %) i zakup książek (3,1 %).

W placówkach upowszechniania kultury ludzie starzy skupiali się głównie w organizowanych na ich terenie klubach seniora. W 1996 roku w 933 domach kultury, kluby seniora skupiały 20.126 członków; w 1368 ośrodkach kultury – 23.352 członków; w 455 klubach osiedlowych – 14.322 i w 919 świetlicach – 2.083 członków. W sumie z placówkami kultury utrzymywało kontakt około 60 tys. osób, co stanowiło zaledwie 0,6 % populacji emerytów i rencistów.²¹⁷

W kolejnych latach urynkowania kultury, jej dobra stawały się towarem dostępnym dla nielicznych. Pojawiło się też nowe zjawisko – konkurencja i prywatyzacja wielu instytucji – kultura zderzyła się z komercjalizacją. Wzrosła zależność między ceną, a wartością formy i treści przekazów kulturalnych. W 1998 roku GUS zanotował zahamowanie spadku uczestnictwa w kulturze i nieznaczny wzrost podaży oraz konsumpcji usług kulturalnych. Kultura była spychana na dalszy plan zarówno w kategorii potrzeb społecznych, jak i problemów ekonomicznych. Dla przykładu: wydatki budżetu państwa na kulturę w 1998 roku stanowiły 0,45 % PKB (w 1996 roku – 0,47 %; w 1997 roku – 0,48 % PKB), a w 2000 roku stanowiły zaledwie 0,1 % ogółu wydatków państwa, co w relacji do PKB dawało wskaźnik 0,0 %. O wiele wyższe były wydatki na kulturę i sztukę z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. W 1999 roku stanowiły 3,1 %, a w 2000 roku – 3,1 % ogółu ich rocznych wydatków.²¹⁸

²¹⁷ Tamże, s. LXIII, 138–139 i *Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1997 roku*, op. cit., s. 47

²¹⁸ *Kultura w 1998 roku. Informacje i opracowania GUS*, Warszawa 1999, s. 4; *Rocznik Statystyczny RP*, Warszawa 2001, s. 497, 503

W konsekwencji kultura stała się droższa i o wiele mniej dostępna, niż w okresie przedtransformacyjnym. Jej komercjalizacja znalazła też bezpośrednie odbicie we wzroście nominalnych na nią wydatków we wszystkich typach gospodarstw domowych. I tak udział wydatków na kulturę w ogólnych wydatkach gospodarstw domowych: w gospodarstwach emerytów i rencistów zmniejszył się z 2,9 % w 1997 roku do 2,8 % w 1998 roku (w gospodarstwach pracujących na własny rachunek wzrósł wówczas z 2,9 % do 3,1 %). Najwięcej środków (21,9 %) wydawano na gazety i czasopisma. W gospodarstwach emerytów i rencistów było to 26,8 % (w 1997 roku – 23,2 %); w następnej kolejności: na opłaty abonamentu radiowo-telewizyjnego 20,1 % (w 1997 roku – 16 %) i na zakup sprzętu do odbioru kultury we własnym domu (odbiorników radiowych, telewizyjnych, magnetofonów, odtwarzaczy, kaset video itp.).

W grupie emerytów te kosztowne zakupy dokonywane były rzadko, średnio pochłaniały 14,3 % ogółu miesięcznych wydatków na kulturę. W 2001 roku połączone kategorie wydatków „rekreacja i kultura” w gospodarstwach emerytów i rencistów stanowiły 5 % ogółu miesięcznych wydatków na 1 osobę. Dla porównania: w gospodarstwach pracowników na tę kategorię przeznaczano 7,7 %; w gospodarstwach pracujących na własny rachunek 8,1 %; a ogółem średnio w kraju 6,5 % ogółu miesięcznych wydatków na 1 osobę.²¹⁹

Niemal równie skromnie w analizach statystycznych prezentowała się aktywność turystyczna ludzi starych. W latach 1994–1996 wzrosła w Polsce liczba osób uprawiających turystykę krajową i podróżujących za granicę.²²⁰ Wzrost aktywności turystycznej Polaków, w niewielkim wprawdzie stopniu, ale dotyczył także grupy najstarszych. Spośród osób w wieku 65 lat i więcej w 1996 r. – 25 % podróżowało po kraju poniżej 5 dni; 22 % organizowało sobie wyjazdy dłuższe, a 3 % uczestniczyło w wyjazdach zagranicznych. Rok później wskaźniki te, w analogicznej kolejności, wzrosły do poziomu: 28 %, 24 % i 6 %, ale już w latach 1998–1999 zaczęły ulegać ponownej redukcji. Stosunkowo najmniej aktywne turystycznie były osoby w wieku powyżej 70 roku życia (19,8 %), a do-

²¹⁹ Tamże, s. 8–9; Sytuacja gospodarstw domowych w 2001 roku, op. cit., s. 6

²²⁰ Odsetek wyjeżdżających wówczas za granicę wzrósł z 9 % do 13 %; podróżujących po kraju poniżej 5 dni – z 29 % do 38 %, a dłużej – z 29 % do 33 %. Por. Turystyka w 1996 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997, s. 28

minujące, krótkotrwałe wyjazdy osób starszych częściej miały na celu odwiedziny u krewnych i znajomych (70,1 %), niż wypoczynek i rekreację (21,6 %).²²¹

W okresie od 1995 do 1998 roku nastąpiły wyraźne zmiany w aktywności turystycznej Polaków. W skali makro zmniejszył się odsetek gospodarstw wyjeżdżających na krótko w kraju, wzrósł natomiast udział gospodarstw domowych uczestniczących w dłuższych wyjazdach krajowych i wyjazdach turystycznych za granicę. W grupie emerytów i rencistów jednak wyraźnie zmalała aktywność turystyczna w zasadzie we wszystkich rodzajach wyjazdów turystycznych. Wzrosła jedynie w kategorii wyjazdów krajowych, krótkotrwałych, związanych najczęściej ze spotkaniami rodzinnymi (około 70 %) lub realizacją celów religijnych, udziałem w uroczystościach kościelnych i pielgrzymkach (średnio 5 %).²²² Takich danych dostarczyły osoby wchodzące w skład gospodarstw, które w badaniach GUS w ogóle zadeklarowały aktywność turystyczną, ale trzeba dodać, że 44,6 % uczestniczących w nich – nie wyjeżdżało nigdzie. Brakiem aktywności turystycznej charakteryzowały się głównie gospodarstwa emerytów (58,2 %) i rencistów (56,1 %).

Aktywność stymulowana była zarówno społeczno-ekonomicznym typem gospodarstwa domowego, typem biologicznym, jak i sytuacją materialną rodzin. Gospodarstwa miejskie charakteryzowały się większą aktywnością turystyczną, niż wiejskie (wiejskie stanowiły tylko 22,7 % wszystkich wyjazdów zrealizowanych w badanych gospodarstwach). Porównanie wyników badań z lat 1995 i 1998 pozwoliło analitykom na sformułowanie wniosku, że o ile w ciągu tych lat kategorie gospodarstw nie wykazujących aktywności turystycznej pozostały takie same, to wyraźnej zmianie uległy wskazywane przyczyny takiego stanu. Był to przede wszystkim brak środków finansowych lub zły stan zdrowia. Dominowały względy ekonomiczne. Generalnie z całej grupy wytypowanej do badań tylko 7,9 % uczestniczyło w wyjazdach zagranicznych; w wyjazdach krajowych (zarówno krótkotrwałych, jak i urlopowych) łącznie 52,5 % badanych. Znaczną część wyjazdów stanowiły też wyjazdy dzieci i mło-

²²¹ Tamże, s. 28; Turystyka w 1997 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998, s. 17; Turystyka i wypoczynek (w okresie od 1.X.1998 – 30.IX.1999), op. cit., s. 44, 60–61

²²² Turystyka w 1997 roku, op. cit., s. 61 i nast.

dzieży na kolonie i obozy. W Polsce turystyka pozostawała nie tylko droga, ale i nienależycie promowana.²²³

W latach 1998–1999 prawie 60 % gospodarstw emerytów i 61 % rencistów nie planowało żadnych wyjazdów urlopowych. Emeryci planowali najczęściej krajowe wyjazdy do rodziny, organizowane samodzielnie (15 % ogółu planowanych wyjazdów). Tylko 3 % gospodarstw emerytów zamierzało wyjechać za granicę, korzystając z biur turystycznych. Wyjazdy krótkoterminowe (od 2 do 4 dni) często wiązały się z pogrzebami, ślubami i innymi wydarzeniami rodzinnymi. Zarejestrowano je w 23 % gospodarstw rencistów. Wyjazdy weekendowe należały do rzadkości. Największy odsetek gospodarstw uczestniczących w wyjazdach zagranicznych stwierdzono wśród pracujących na własny rachunek (18,1 %), gospodarstwach pracowniczych (10,7 % badanych) i utrzymujących się z niezarobkowych źródeł (9 %), co w odniesieniu do tych ostatnich należy prawdopodobnie wiązać z sezonowymi ich wyjazdami w celach zarobkowych. Dla porównania: w gospodarstwach rolników odsetek planujących wyjazdy wynosił zaledwie 2,2 %. Najmniej aktywne turystycznie (we wszystkich formach wyjazdów) były osoby w wieku powyżej 70 lat.²²⁴

Nasuwa się zatem pytanie: „jakie są główne formy wypoczynku ludzi starych w Polsce?” Zgodne z funkcjonującym stereotypem starości spauperyzowanej, odsuniętej na margines skomercjalizowanej rzeczywistości, najczęściej jest to: oglądanie TV i słuchanie radia, wypoczynek bierny, czytanie, praca na działce; praktyki religijne, udział w spotkaniach towarzyskich. Uprawianie hobby, sportu i ćwiczeń fizycznych, chodzenie do kawiarni, restauracji, zwiedzanie zabytków, muzeów, udział w imprezach kulturalnych, zakupy dla przyjemności – stanowią sposób na wypełnienie czasu wolnego zarezerwowany dla nielicznych, zaliczanych do kategorii elit społecznych.²²⁵

Porównanie badań GUS z lat 1984 i 1999 dostarczyło wielu ciekawych informacji na temat zmieniającego się stylu życia najstarszych Po-

²²³ Tamże, s. 96

²²⁴ Turystyka i wypoczynek (w okresie od 1.X.1997–30.IX.1998). Departament Warunków Życia GUS, Warszawa 1998, s. 44; Turystyka i wypoczynek (w okresie od 1.X.1998–30.IX.1999), op. cit., s. 44, 60

²²⁵ Tamże, s. 40 i nast.; Turystyka i wypoczynek (w okresie od 1.X.1997–30.IX.1998), op. cit., s. 110

laków. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych znacznie rzadziej niż dawniej związani byli z pracą zawodową (wysoki wskaźnik tej aktywności pozostał jedynie w środowisku rolników), a częściej z własnym domem i rodziną. Skróceniu uległ czas poświęcany na zakupy, ale znacznie więcej przeznaczano go na uprawianie praktyk religijnych. Swoistemu „skarleniu” uległa aktywność kulturalna i turystyczna. Tę pierwszą z reguły ograniczano do oglądania telewizji, a drugą do wyjazdów rodzinnych i do tzw. „turystki pielgrzymkowej”. Przy uwzględnieniu wszelkich ograniczeń sprawnościowych i natury ekonomicznej, zastanawiać może notowany spadek zainteresowań uprawianiem hobby. Popularne dawniej kolekcjonerstwo, realizacja zamiłowań, zainteresowań i uzdolnień (np. numizmatyka, filatelistyka, czytelnictwo ze wskazaniem na określone tytuły i tematykę, pisanie pamiętników, wierszy, gra na instrumencie, rzeźba, malarstwo, haftowanie, wyszywanie) – stały się domeną życia nielicznych, aktywnych, mobilnych, skutecznie przeciwstawiających się modzie postępu zarezerwowanego dla młodych i marazmu wiążanego z przejściem na emeryturę.²²⁶ Skupiskiem takich elit ludzi w starszym wieku, poza słabo rozwiniętą siecią klubów seniora, są uniwersytety trzeciego wieku, gdzie typ pomyślnego starzenia skutecznie współgra z modelem samopomocy. W 2000 roku zapewniały one aktywne i satysfakcjonujące formy spędzania czasu wolnego około 9 tys. osób, co stanowiło niespełna 0,1 % populacji polskich emerytów i rencistów.²²⁷

Ocena skuteczności polityki społecznej w tej sferze życia ludzi starych jest o tyle trudna, że pomiar, rejestracja różnorodnych form zachowań, tworzących rozległe spectrum organizacji czasu wolnego, prowadzone są przez różne instytucje (GUS, OBOP, CBOS, ośrodki naukowe i badawcze), stosujące nie zawsze porównywalne wskaźniki pomiaru. Według Barbary Szatur-Jaworskiej, do najbardziej czytelnych i zobiektywizowanych wskaźników skuteczności polityki organizacji czasu wol-

²²⁶ Na ewoluującą zmianę postaw wskazywano już w starożytności, kolejne fazy życia wiążąc z modyfikowanymi przez wiek priorytetami: od *homo eroticus*, przez *homo politicus* i *homo economicus*, aż po *homo gastronomicus*. Por. A. Krawczuk, *Starożytność daleka i bliska*, Warszawa 1987, s. 116

²²⁷ Wśród słuchaczy dominowały kobiety (86,2 %), osoby mieszczące się w przedziale wieku 60–79 lat (77 %) oraz legitymujące się wykształceniem średnim (57,3 %) lub wyższym (38 % ogółu słuchaczy). Szerzej na ten temat (w:) *Trzeci wiek bez starości*. Pod red. A. Jopkiewicza i E. Trafialek, Kielce 2000

nego ludzi starych zaliczyć należy: zapewnienie dostępu do podstawowych form uczestnictwa w kulturze (wskaźniki: odsetek osób w wieku 60 lat i więcej korzystających z bibliotek, ilość czasu poświęcana na odbiór kultury); umożliwienie czynnego wypoczynku ludziom starym (wskaźniki: odsetek gospodarstw w osobami w wieku 60 lat i więcej uczestniczących, bądź nie uczestniczących z powodu ograniczeń finansowych, w wyjazdach krajowych i zagranicznych); zadowolenie z form spędzania czasu wolnego (wskaźniki: ocena zaspokojenia potrzeb w zakresie turystyki, wypoczynku i uczestnictwa w kulturze).²²⁸

W praktyce, optymalnie zobiektywizowane definiowanie ewaluacji utrudnione jest, na przykład: brakiem odrębności w analizach porównawczych kategorii wiekowych 60 lat i więcej oraz pomijaniem w cyklicznie publikowanych opracowaniach, takich danych jak: ilość czasu poświęcanego na określone formy uczestnictwa w kulturze, sporcie, rekreacji i wypoczynku, czy poziom zadowolenia – zaspokojenia potrzeb uczestnictwa i aktywności.

5. Kondycja psychiczna – nadzieje i niepokoje

Kondycja psychiczna społeczeństwa jest pochodną świadomości społecznej, a tę w głównej mierze kształtuje jakość życia, rozumiana jako komplementarna struktura czynników determinujących zaspokajanie potrzeb egzystencjalnych, socjalnych, bezpieczeństwa, rozwoju i samo-realizacji. Jakość życia wyznaczają różnorakie płaszczyzny, które można analizować w kategoriach ocen obiektywnych i subiektywnych. Najważniejsze z nich to: polityczna, ekonomiczna, środowiskowa oraz bezpieczeństwa zdrowotnego i ochrony socjalnej. Ich czytelność, funkcjonalność i dostępność kształtują nie tylko poziom i zadowolenie z życia, ale stanowią potencjalne obszary kontaktu człowieka z wartościami zawartymi w sferze bytu materialnego, społecznego i psychicznego. Zatem na kondycję psychiczną i preferencje aksjologiczne społeczeństwa wpływa sytuacja gospodarcza kraju, poziom stabilizacji sceny politycznej, funkcjonowanie struktur państwa (głównie podmiotów polityki społecznej).

²²⁸ Inne propozycje metodologicznych rozwiązań, służących ocenie skuteczności polityki społecznej wobec ludzi starych w różnych dziedzinach ich życia, B. Szatur-Jaworska zawarła w pracy: *Ludzie starzy i starość*, op. cit., s. 165–169

W sytuacji wszelkich przełomów załamują się liczne i ważne konstelacje wyznaczające poczucie bezpieczeństwa jednostek: lokalne, towarzyskie, międzypracownicze i rodzinne. Zmienia się też w konsekwencji rozumienie wspólnoty wartości. Jakościowo i zakresowo zmieniają się czynniki wyznaczające kondycję psychiczną różnych grup i jednostek. To dynamiczny proces, w którym na skutki zmiany nakładają się zróżnicowane aspiracje i obawy, społeczne fakty i wybory – ustawicznie modyfikujące dominujący w społeczeństwie system wartości. Ważne zatem są każde badania mające na względzie implikacje praktyczno-społeczne. Dzięki nim można zapoznać się nie tylko ze specyfiką zmian zachodzących w obrębie preferencji aksjologicznych poszczególnych grup społecznych, ale i opracować system optymalnych działań służących utrwalaniu łańcucha międzypokoleniowego przekazu. Nadążanie za wyzwaniem zmiany wymaga znajomości jej specyfiki oraz wprowadzania form i metod pozwalających na trwanie tradycji, na poszanowanie korzeni kultury narodowej, niezależnie od priorytetów, jakie wymusza agresywny postęp.

Postawy ludzi starych wobec wartości, podobnie jak i znaczenie znamionujących je opcji zachowawczych (często ocenianych w kategoriach konserwatyzmu), w opracowaniach gerontologicznych interpretowane są różnie. Na przykład: według Józefa Rembowskiego „ludzie starzy kurczowo trzymają się starych wartości, nie dostrzegają nowych”, choć jednocześnie „człowiek stary stara się często zrozumieć i zaakceptować wszystko co nowe, budzić sympatię otoczenia, ale nie zawsze mu się to udaje i (...) wówczas staje się przykry, w każdej zmianie widzi zamach na osobisty spokój i stabilizację, każdą nowość przyjmuje z irytacją i niezręcznie z uprzedzeniem”²²⁹, a według Leona Dyczewskiego przedstawicieli najstarszej generacji „od wieków są ogniwem tożsamości społeczeństwa”, natomiast porozumienie między kolejnymi pokoleniami jest „niezbędne w rodzinie i społeczeństwie, aby te dwie grupy społeczne mogły rozwijać się i wzajemnie udzielać sobie pomocy”.²³⁰ Pojawiają się zatem pytania: czy ludzie starzy są konserwatywni, czy otwarci?; czy ich kondycja psychiczna, preferencje i obawy wynikają z wieku, czy też

²²⁹ J. Rembowski, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa-Poznań, 1984, s.100-101

²³⁰ L. Dyczewski, *Ludzie starzy i starość...* op. cit., s. 76 i 78

z uwagi na jednostkowe zróżnicowanie nie poddają się żadnym uogólnieniom? Wykorzystując wyniki różnych badań, każdą tezę – próbę udzielenia odpowiedzi na te pytania – można zarówno udowodnić, jak i obalić.

Podeszły wiek ma swoje symptomatyczne cechy, ale nie u wszystkich one występują z jednakową siłą; ludzie starzy szanują tradycje i doświadczenie, ale nie znaczy to, że nie poddają się kanonom nowoczesności. Starość jest taka, jak życie: odmienna osobniczo, choć w kategorii funkcji organicznych podporządkowana zegarowi biologicznemu. Starzy ludzie różnią się między sobą tak samo, jak różnią się ludzie młodzi. Podobnie jak oni, odczuwają satysfakcję, zadowolenie, dyskomfort i samotnienie; tak samo mogą być szczęśliwi, jak i nieszczęśliwi. Pewne różnice jednak istnieją. Doświadczenie, rozważa, refleksyjny krytycyzm, czyli kryteria oceny wydarzeń oraz przeżyć, jakie dać może wyłącznie wiek. Wszelkie opinie formułowane przez ten pryzmat są rzetelne i cenne, zasługujące na rejestrowanie, nawet w sytuacji przeświadczenia o zdecydowanie wyższej w tym przypadku randze badań jakościowych nad ilościowymi. Nie kwestionując niehomogennego wymiaru starości jednostkowej i zachowując dystans wobec wszelkich wskaźników statystycznych, unifikujących sferę życia psychicznego przedstawicieli najstarszej generacji, warto prześledzić jednak wyniki niektórych badań, pokazujących jak w kolejnych latach polskiej transformacji zmieniały się nadzieje i niepokoje ludzi starych i w jakich relacjach pozostawały do wyrażanych przez przedstawicieli innych grup społecznych oraz wiekowych.

W 1997 roku co trzeci Polak za najważniejszą wartość uważał zdrowie²³¹; co piąty – pracę zawodową; co siódmy – wartości egzystencjalne (rozsądek, optymizm, wykształcenie, miłość); co ósmy – wartości materialne (pieniądze, dobrobyt, dom, samochód); co dziewiąty – wartości moralne (uczciwość, prawda, dobroć) i tylko co szesnasty – wartości doty-

²³¹ Preferencja zdrowia, jako czynnika wyznaczającego sprawność i możliwość realizacji wszelkich celów oraz dążeń, uznawana jest za ponadczasową i podstawową normę życia. Zgodnie z teorią T. Parsonsa stanowi „standard przyjęty w danej kulturze i grupie, jako wystarczający podmiotowy warunek umożliwiający jednostce pełnienie danej roli lub ról społecznych określających postać uczestnictwa społecznego”. Por. T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1980, s. 321 i nast.; E. Roman, *Zdrowie jako wartość socjalizowana*. (w:) *Socjalizacja a wartości. Aktualne konteksty*. Pod red. T. Frąckiewicz i J. Modrzewskiego, Poznań 1995, s. 76–77

czące życia społecznego (pokój, ojczyzna, stabilizacja). Wśród deklaracji badanych przeważały raczej stwierdzenia epikurejskie (żyć pełnią życia, pełnią człowieczeństwa), niż hedonistyczne (szybkie życie, dużo wrażeń, zabawa). Tylko 2 % wskazało na spokojną starość jako wartość uznawaną, implikującą poszukiwanie sensu życia.²³² Najważniejsza dla zdecydowanej większości była sfera życia rodzinnego, a za najmniej ważne uznano wartości związane z władzą, państwem, gospodarką i polityką. Ludzie starszy, dla których zdrowie i rodzina stanowiły absolutne priorytety, ważne były wówczas także wartości prospołeczne oraz moralne; mniej ważne materialne i z oczywistych powodów zawodowe. Wyrażali szacunek dla człowieka, historii, dla wolności i religii. Ich aspiracje materialne były niewielkie i w latach 1994–1997, na tle pozostałych grup społecznych, przewyższały jedynie deklarowane przez rolników.²³³

Także w 1998 roku, przy pewnym wzroście dochodów – nie zwiększyły się, co stanowiło pewien symptom deprivacji potrzeb, bowiem niski poziom ich zaspokojenia zanotowano wówczas w 34 % rodzin emerytów i 24 % rodzin rencistów.²³⁴ Można to określić mianem „marginalizacji”, odsuwania się w cień społeczeństwa, ale można też oceniać jako świadomą akceptację jakości życia. Jakości wprawdzie bardziej mizerniej od obserwowanej wśród ludzi młodych – jednakże lepszej, niż zapamiętana z okresu własnej młodości, czy nawet i dorosłości. Aspiracji człowieka staroego nie można porównywać z tymi, jakie cechują ludzi młodych.²³⁵ Inny jest zakres potrzeb, możliwości, inne postrzegane podstawy, dające zadowolenie z życia. Na starość „kurczą się”, i choć można temu zapobiegać,

²³² K. Pankowski, O sensie życia, wartościach życiowych, cnotach i występkach (w:) O stylach życia Polaków, op. cit., s. 20

²³³ Priorytet tak zwanych „wartości wokółrodzinnych” rejestrowany był w sondażach CBOS we wszystkich omawianych latach transformacji wśród przedstawicieli wszystkich grup wiekowych. Por. Rodzina – wartość uznawana czy realizowana? Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 197/175/94; Młodzież o sobie: wartości, obyczajowość, grupy odniesienia. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 173/171/96; Aspiracje Polaków, czyli na co przeznaczylibyśmy wysoką wygraną. Komunikat z badań CBOS 1996, nr 38/96; Portret Polaka frasośliwego – opinie o sensie życia, wartościach życiowych i marzeniach. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 58/97; Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie. Pod red. P. Kryczki, Lublin 1997

²³⁴ Aspiracje materialne polskich rodzin. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 4/98, s. 9, 13

stymulować, – choćby poprzez preferowanie nowego, bardziej zachodnio-europejskiego stylu życia – to w dobie ciągle ograniczonych możliwości, trzeba ten stan rzeczy uznać za symbol czasu polskich przemian, bądź też przyjąć interpretację francuskiego gerontologa Jacquesa Gauchera według którego: „oddalanie się człowieka starszego to nie izolacja, tylko rekonstrukcja relacji z otoczeniem”.²³⁶ Warto tu też przytoczyć ocenę sformułowaną przez Józefa Rembowskiego: „ludzi starych cechuje cierpliwość (...) spokojne, pełne zrozumienia wnikanie w potrzeby społeczne środowiska (...) starość coś zabiera i coś daje (...) pewne wartości znikają z wolna, tracąc swą życiodajną moc, a ich miejsce zajmują inne wartości.”²³⁷ Są jednak wartości o charakterze uniwersalnym, których znaczenia nie narusza ani historia, ani zmieniający się koloryt problemów codziennego życia: zdrowie, rodzina i poczucie bezpieczeństwa. To na ich orbicie ustawicznie krążą, zmieniają się, znikają lub narastają zarówno marzenia, nadzieje, jak i lęki, obawy i niepokoje obywateli. Tempo zachodzących zmian nie pozwala na ich równomierną, rozłożoną w czasie ewolucję, jako że z reguły stanowią prostą reakcję na bodźce wysyłane przez rozległe i ciągle jeszcze chaotycznie konstruowane, modyfikowane spectrum sceny politycznej oraz życia społeczno-gospodarczego.

²³⁵ W świetle badań przeprowadzonych przez H. Świdę-Ziembę, młodzież schyłku lat dziewięćdziesiątych była pokoleniem stabilizacji, siły, sukcesu i wiary w dobrą przyszłość. Cechował ją optymizm, niechęć do agresji, dążenie przystosowania się do świata, który można zaakceptować. Młodzi ludzie, podobnie jak i pokolenie najstarszych, niezwykle wysoko cenili sobie głęboki, „afiliacyjno-rozumiejący” kontakt z ludźmi. Często postrzegali go nawet w kategoriach sensu życia, ale wychodząc z założenia, że nowych czasów trzeba się nauczyć, uważali że wiedza ta jest nieosiągalna dla starszych od nich. Twierdząc, że „rodzice i nauczyciele nie bardzo łapią o co chodzi” – podważali sens pokoleniowego przekazu, opartego na autorytecie. Nasuwa to wniosek, że pokolenie ludzi młodych inaczej odbiera czas przemian, niż pokolenie starszych. Widzi perspektywę na przyszłość i nie zamierza oglądać się za siebie. Pozwala to też zakładać, że następne pokolenia polskich emerytów będą zupełnie inne, niż obecnie żyjące. Optymizmem napawa fakt, że mimo różnic w stosunku do świata i jego problemów – więź pokoleń istnieje. Jest nią wspólna afiliacja dobrych kontaktów międzyludzkich, dostrzeżenie drugiego człowieka. Por. H. Świda-Ziemia, Wartości egzystencjalne młodzieży lat dziewięćdziesiątych, wyd. II, Warszawa 1998, *passim*

²³⁶ J. Gaucher, Żaloba i etapy życia. (w:) Przygotowanie do życia na emeryturze. Pod red. B. Juraś-Krawczyk, Łódź 1998, s. 22

²³⁷ J. Rembowski, Psychologiczne problemy, *op. cit.*, s. 100

Człowiek w ciągu swego życia wielokrotnie zmienia potrzeby, postawy i aspiracje, kryteria oceny wydarzeń, a niekiedy nawet system aksjologicznych preferencji. Ta elastyczność wynika zarówno z doświadczeń życiowych, zmiany ról społecznych, jak i wychodzenia naprzeciw wyzwaniom rzeczywistości, ale zawsze ściśle jest powiązana z poszukiwaniem płaszczyzn dających zadowolenie z życia, przynoszących satysfakcję, spełnienie oczekiwań i planów.

Tabela 24. Nadzieje ludzi starych w Polsce w latach 1999–2002* (w %)

Kategorie odpowiedzi w latach:	1999		2000		2001		2002	
	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej
Nadzieje dotyczące spraw kraju, ogólnospołecznych								
Na nic nie liczę, nic się nie zmienia	10,0	11,0	10,0	13,0	6,0	7,0	6,0	5,0
Spokój, stabilizacja, brak konfliktów społecznych i politycznych	25,0	25,0	22,0	21,0	18,0	22,0	14,0	19,0
Stabilizacja w gospodarce, rozwój gospodarczy, poprawa sytuacji	17,0	11,0	20,0	10,0	19,0	10,0	31,0	20,0
Dobrobyt, poprawa sytuacji materialnej społeczeństwa – obywateli	21,0	24,0	18,0	17,0	18,0	22,0	12,0	12,0
Poprawa sytuacji na rynku pracy, likwidacja, zmniejszenie bezrobocia	11,0	7,0	15,0	11,0	20,0	15,0	32,0	25,0
Udane reformy, aby ich skutki poprawiły warunki życia ludzi	10,0	5,0	4,0	3,0	3,0	1,0	1,0	0,0
Walka z przestępczością, zapewnienie bezpieczeństwa osobistego			5,0	6,0	3,0	1,0	1,0	1,0
Wstąpienie Polski do NATO i UE (od 2000 r. kategoria dot. tylko UE)	7,0	1,0	4,0	3,0	4,0	4,0	3,0	0,0
Poprawa stylu rządzenia, stosunku do obywateli, właściwe decyzje polityczne			11,0	9,0	10,0	12,0	6,0	7,0

Kategorie odpowiedzi w latach:	1999		2000		2001		2002	
	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej
Inne	11,0	14,0	12,0	20,0	7,0	6,0	2,0	1,0
Trudno powiedzieć	11,0	13,0	10,0	12,0	11,0	13,0	8,0	12,0
Nadzieje dotyczące spraw osobistych i rodzinnych								
Brak marzeń, nadziei, na nic już nie liczy	8,0	16,0	9,0	18,0	10,0	13,0	8,0	12,0
Stabilizacja, bezpieczeństwo osobiste	13,0	11,0			10,0	9,0		
Znalezienie i gwarancja pracy, awans	20,0	5,0	25,0	6,0	25,0	4,0	31,0	6,0
Materialne warunki życia	40,0	28,0	51,0	36,0	49,0	44,0	40,0	32,0
Zdrowie – własne i bliskich	27,0	41,0	15,0	25,0	23,0	42,0	23,0	41,0
Nadzieje związane z dziećmi i wnukami	6,0	8,0			4,0	5,0	5,0	9,0
Sprawy osobiste			11,0	13,0	6,0	1,0	6,0	1,0
Sprawy ogólnospołeczne			14,0	17,0	3,0	4,0	2,0	3,0
Inne	10,0	8,0	3,0	1,0	3,0	3,0	2,0	3,0
Trudno powiedzieć	2,0	3,0	3,0	4,0	4,0	4,0	3,0	7,0

* W badaniach stosowano pytania otwarte, a odpowiedzi kategoryzowano, rejestrując tylko najważniejsze kwestie podnoszone przez respondentów. Opracowano na podstawie: Nadzieje i obawy Polaków. Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 1999–2002, nr 41/99, 37/00, 17/01, 21/02

W 1999 roku nadzieje ludzi starych dotyczyły głównie kwestii zdrowotnych (41 %), materialnych (28 %) i stabilizacji gospodarczej kraju (25 %). W różnych sformułowaniach podkreślali, że zależy im na spokoju i poprawie warunków życia całego społeczeństwa, stabilizacji społeczno-politycznej, porozumieniu między władzą a obywatelami. Stanowili jednak grupę w niewielkim stopniu zainteresowaną sytuacją na rynku pracy, skutkami reform i wejściem Polski w struktury NATO oraz Unii Europejskiej. Co piąty ankietowany deklarował brak jakichkolwiek nadziei na poprawę własnej sytuacji życiowej; co dziewiąty – na poprawę sytuacji w kraju; a co ósmy nie miał w tej sprawie nic do powiedzenia. Ten symptomatyczny dla postaw rezygnacji, wskaźnik braku zainteresowania przyszłością utrzymywał się na niezmiennym poziomie wśród osób w wieku 65 lat i więcej także przez następne trzy lata.

W 2000 roku wzrosły nadzieje na poprawę materialnych warunków bytu (36 %), ale tylko co czwarty ankietowany koncentrował swe wypowiedzi wokół problemów zdrowia. Nie bez znaczenia dla uzyskania takich wyników był fakt oczekiwania na pozytywne skutki reformy systemu, bowiem w latach 2001–2002 problemy zdrowia, podobnie jak w 1999 roku, ponownie absorbowały już uwagę co drugiej osoby w starszym wieku.²³⁸

Niepokoje i obawy przedstawicieli najstarszej generacji w kolejnych latach polskich przemian wzmagaly się, bądź też ulegały redukcji – relatywnie do zmian zachodzących w warunkach życia społeczeństwa. W 1997 roku wyraźniej, niż w latach poprzednich, czuli się zagrożeni biedą, wysokimi kosztami leczenia, utrzymania i narastającą przestępczością, lecz już w znacznie mniejszym stopniu niż w latach 1994–1995, obawiali się konfliktów zbrojnych, złych skutków prywatyzacji i zatrucia środowiska naturalnego. W tym samym czasie dorośli Polacy największe zagrożenia postrzegali w: pogorszeniu stanu zdrowia, przestępczości, biedzie, ewentualnej utracie pracy, kosztach leczenia, braku perspektyw dla dzieci i dalszym obniżaniu poziomu życia. Jeszcze trzy lata wcześniej najbardziej obawiali się biedy, natomiast w 1997 roku źródłem ich niepokojów było przede wszystkim zdrowie (48 %), coraz droższe leki i koszty leczenia (35 %). Poczucie zagrożenia

²³⁸ Badania CBOS przeprowadzono w lutym 2000 roku, czyli niespełna rok od wprowadzenia reformy. Etap wdrażania nowych zasad traktowany był jako niezbędny czas oczekiwania na poprawę jakości i dostępu do opieki medycznej. Opracowano na podstawie: *Nadzieje i obawy Polaków, Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 1999–2002*, nr 41/99, 37/00, 17/01, 21/02

przestępczością było równie wysokie, jak w deklaracjach ludzi starych. O ile w 1994 roku przestępców lękało się 32 % Polaków, to w 1997 roku już 43 %. Mimo spadku bezrobocia, wzrósł też odsetek obawiających się o utratę pracy (wzrost z 30 % do 37 % w analogicznym okresie). Pewnej redukcji uległa jedynie troska o przyszłość dzieci (spadek z 37 % do 31 %).

W latach 1993–1997 zmienił się w Polsce nie tylko zasięg ubóstwa w skali makro, ale i postrzeganie jego rozmiarów we własnym otoczeniu. Wśród osobistych niepokojów zanotowano tendencję do redukcji obaw związanych z materialną sferą życia, ale nadal przyznawał się do niej do szósty emeryt (16 %), co piąty bezrobotny (21 %), co czwarty rencista (28 %) i co czwarta osoba w wieku 65 lat i więcej (23 %).²³⁹

Zagrożenia dostrzegane i szczególnie akcentowane przez ludzi starych w kolejnych latach przemian w takich kategoriach, jak: bieda i przestępczość były nieco silniej akcentowane, bądź zbieżne z odczuciami ogółu społeczeństwa, ale w kategorii niepokojów osobistych, związanych z chorobami i pogarszaniem się stanu zdrowia – zdecydowanie dominowały nad pozostałymi. W 1998 roku lęk przed chorobami i pogarszaniem się stanu zdrowia wyraziło 66 % ogółu ankietowanych i 85 % osób w wieku 65 lat i więcej. Symptomatyczny dla osób starszych i niepełnosprawnych lęk przed pogarszaniem się stanu zdrowia, związany był prawdopodobnie także z sukcesywnie wzrastającymi w latach 1994–1998 kosztami leczenia i słabą kondycją polskiej służby zdrowia. W 1994 roku co trzecia osoba w wieku powyżej 70 lat twierdziła, że jej stan zdrowia jest „taki sobie”, a ponad połowa, że ocenia go jako „zły lub bardzo zły”. Wśród osób w wieku 60–74 lata co trzecia osoba była niepełnosprawna, a co piąta cierpiała na przewlekłe schorzenia.²⁴⁰ W samoocenie, co trzecia osoba mieszcząca się w kategorii wieku 75–79 lat definiowała stan zdrowia jako „zły”; co ósma jako „bardzo zły”; a w 1996 r. co druga jako „zły” i co siódma jako „bardzo zły”. Połowa ludności w wieku 80 lat i więcej zaliczana była wówczas do kategorii osób niepełnosprawnych.²⁴¹

²³⁹ Społeczna definicja biedy, jej zasięg i przyczyny. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 33/97, s. 1–3; Czy Polacy są zadowoleni z życia? Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 42/98, s. 12–17

²⁴⁰ A. Zajenkowska-Kozłowska, Zdrowie w rodzinie i wydatki na ochronę zdrowia..., op. cit., s. 15 i 20

²⁴¹ Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 roku, op. cit., s. 35; Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997, s. 135; Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, op. cit., s. 64–65

Tabela 25. Zagrożenia postrzegane przez ludzi starych w Polsce w latach 1994–1998 (w %)*

Kategorie odpowiedzi	1994		1997		1998		
	Emeryci i renciści	W wieku 65 lat i więcej	Emeryci	Renciści	Emeryci	Renciści	W wieku 65 lat i więcej
Upadek obyczajów, demoralizacja społeczeństwa	22,0	21,0	23,0	16,0	56,0	51,0	55,0
Zatrucie środowiska naturalnego	19,0	20,0	21,0	19,0	40,0	44,0	45,0
Rządy ludzi niekompetentnych, nieodpowiedzialnych	26,0	23,0	27,0	18,0	44,0	41,0	43,0
Bezrobocie	63,0	61,0	51,0	65,0	51,0	59,0	58,0
Niedostatek żywności, głód	18,0	17,0	17,0	24,0	32,0	44,0	27,0
Przestępczość, działalność rozmaitych mafii	32,0	35,0	50,0	44,0	75,0	68,0	77,0
Możliwość konfliktu z innymi państwami	11,0	11,0	4,0	5,0	22,0	19,0	26,0
Możliwość ruchów, niepokojów społecznych	11,0	10,0	8,0	7,0	21,0	18,0	20,0
Zbyt niskie płace, zbyt wysokie ceny	51,0	52,0	54,0	49,0	64,0	73,0	66,0
Pogorszenie stanu zdrowia					81,0	86,0	85,0

* W badaniach CBOS z lat 1994–1997 nie występowały pytania związane z osobistymi źródłami niepokojów. Z analiz opisowych wynika jednak, że ludzie w wieku powyżej 55 roku życia oraz emeryci i renciści stanowili wówczas grupę najliczniej akcentującą swe obawy związane ze stanem zdrowia i brakiem pieniędzy na leczenie w przypadku choroby. Opracowano na podstawie: Problemy ważne dla nas i dla kraju. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 24/20/94; *Problemy kraju i niepokoje Polaków*. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1995, nr 34/28/95; M. Strzeczewski, Obawy i niepokoje Polaków. Serwis Informacyjny CBOS, 1997, nr 2; *Obawy i niepokoje Polaków*. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 41/98.

W latach 1994–1998, narastające obawy wiązały się ponadto z takimi zagrożeniami jak: spadek dochodów realnych, bezrobocie, niekompetencja władz i ewentualne rozruchy, niepokoje społeczne, będące odpowiedzią na brak ładu społecznego.²⁴²

W okresie kolejnych lat zmieniała się zarówno kondycja materialna społeczeństwa, jak i postawy przedstawicieli poszczególnych grup społecznych wobec zasobności finansowej. Odsetek akceptujących polaryzację ekonomiczną społeczeństwa wzrósł z 69 % w 1994 roku do 74 % w 1997 roku. Najstarsi respondenci, podobnie jak rolnicy i robotnicy, rzadko aprobowali bogactwo innych, ale pytani o główne jego źródła odpowiadali, że: jest efektem solidnej pracy (34 %); określonych cech charakteru ludzi dbających o swoje interesy (19 %); skutkiem dobrego startu zapewnionego przez rodzinę, poprzez spadek, pomoc rodziców (15 %) i rzadziej, że: szybkie bogacenie wymaga sprzyjających okoliczności (10 %); sprzyjała temu zmiana ustroju, luki w prawie, przejmowanie majątków oraz „układy” (9 %); wysoki status materialny wyznacza wykształcenie i wysokie kwalifikacje (7 %).²⁴³ Starania o szybką poprawę własnej sytuacji ekonomicznej wiązali głównie z ograniczaniem wydatków (74 %). Rzadziej uciekali się do zaciągania pożyczek (10 %) i podejmowania prac zarobkowych (5 %), a najrzadziej starali się rozwiązywać swoje problemy finansowe poprzez lokaty i inwestycje pieniężne, mogące w przyszłości zaowocować zyskiem (2 %).²⁴⁴

W 1994 roku, prognozując kolejny rok, nie przejawiali też zbytniego optymizmu: 40 % przewidywało, że 1995 rok będzie dla nich taki sam (21 %) lub gorszy (19 %).²⁴⁵ Po upływie dwunastu miesięcy nasiliły się niepokoje o skutki niekompetencji władz (w wymienionych grupach 34 %

²⁴² Tamże, s. 1, 9–10; Poczucie zagrożenia przestępczością w społeczeństwie polskim. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 46/41/94, s. 1–12

²⁴³ W latach 1994–1997 nastąpiło wyraźne poszerzenie obszaru zamożności w odczuciu społecznym. Wzrósł odsetek deklarujących, że znają kilka osób lub rodzin naprawdę bogatych, a zmalała liczba nie znających nikogo żyjącego dostatnio, mimo że próg tak zwanego „bogactwa” podniósł się z 1000 PLN do 2100 PLN miesięcznie na osobę. Postrzeganie bogactwa i ludzi bogatych. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 30/97, s. 3–5, 15, 25

²⁴⁴ Sposoby poprawy własnej sytuacji materialnej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 106/98, s. 23

²⁴⁵ Prognozy na rok 1995. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 226/200/94,

i 31 %), narastającą przestępczość (37 % i 42 %) oraz rozprzestrzenianie się takich zjawisk jak: alkoholizm, narkomania (21 % i 24 %), demoralizacja (22 % i 23 %). W mniejszym stopniu ich uwagę absorbowały już jednak takie problemy jak: ewentualny konflikt zbrojny, rozruchy i niepokoje społeczne oraz złe skutki prywatyzacji.²⁴⁶

Od 1995 roku katalog źródeł ich lęków wzbogacony został coraz większą brutalizacją życia. Wówczas to 3/4 Polaków uważało, że Polska nie jest krajem bezpiecznym. Szczególnie zagrożeni czuli się mieszkańcy wielkich aglomeracji miejskich (50 %); osoby w wieku 55–64 lat (41 %) oraz emeryci (40 %). W 1996 roku na kategorię „w Polsce zdecydowanie nie żyje się bezpiecznie” – wskazało 40 % emerytów i 34 % w wieku 65 lat i więcej, a na kategorię „w Polsce raczej nie żyje się bezpiecznie” – w analogicznej kolejności: 40 % i 45 %. W sumie, po sześciu latach budowania nowych struktur społecznych, brak poczucia bezpieczeństwa cechował wypowiedzi 77 % ogółu dorosłej ludności kraju; 80 % emerytów, 83 % w wieku 55–64 lata i 79 % powyżej tego wieku.²⁴⁷

Zachwiane poczucie bezpieczeństwa stanowiło ważny, ale nie jedyny czynnik implikujący społeczną ocenę polskiej transformacji. W 1996 roku 74 % respondentów CBOS przyznało, że nastąpił widoczny postęp w kontaktach Polski z innymi krajami; a 59 % że poprawie uległa też sytuacja gospodarcza.²⁴⁸ Ponad 60 % ludzi starych uważało, że w latach 1989–96 w Polsce zmieniło się na lepsze.²⁴⁹ Najmniej entuzjazmu w ocenie minionych lat wykazywali mieszkańcy wsi, rolnicy, renciści i bezrobotni, jako że to oni najbardziej boleśnie odczuli wdrażanie reguł wolnego rynku. W 1996 roku, na Polskę przed 1989 rokiem, jako kraj bardziej przyjazny dla siebie niż obecnie, wskazało 39 % emerytów i 50 % rencistów.²⁵⁰ Co dziesiąty ankietowany radykalnie dystansował się wobec władzy, nie czując się tym samym współodpowiedzialnym za kreowanie nowych realiów życia.²⁵¹

²⁴⁶ Problemy kraju i niepokoje Polaków, op. cit., s. 10–11

²⁴⁷ Poczucie zagrożenia przestępczością w kraju i w miejscu zamieszkania. Komunikat z badań CBOS. Warszawa 1996, nr 67/96, s. 1–2, 11

²⁴⁸ Społeczny odbiór zmian zachodzących w Polsce od 1989 roku. Komunikat z badań CBOS. Warszawa 1996, nr 56/56/96, s. 1

²⁴⁹ Ocena polskich reform w latach 1989–1996. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 170/168/96, s. 26

²⁵⁰ Społeczny odbiór zmian, op. cit., s. 1, 8, 11

²⁵¹ Konflikty w polskim społeczeństwie. Aktualność dawnych podziałów. Komunikat z badań CBOS. Warszawa 1996, nr 155/153/96, s. 5 i 15

Ten typ świadomości, określanej mianem „falszywej”²⁵², kształtował zarówno postawy, jak i niepokoje wyrażane przez przedstawicieli różnych grup społecznych. Tęsknota za PRL wyraźnie dominowała wśród respondentów w wieku 45–54 lat (54 %), z wykształceniem podstawowym (50 %) i zasadniczym zawodowym (51 %), rolników (65 %), robotników niewykwalifikowanych (54 %), bezrobotnych (63 %) oraz oceniających swe warunki materialne jako „złe” (57 %).²⁵³ Krytyczny stosunek do rzeczywistości wielu grup społecznych (w tym także nie uwzględnianej w żadnych sondażach, grupy dwuzawodowców, byłych polskich chłoporobotników), korelował z poziomem ich pauperyzacji i utratą przywilejów gwarantowanych wcześniej przez „opiekuńcze” państwo socjalistyczne.

Niezależnie od swej kondycji materialnej i zadowolenia, bądź też kontestacji zmian zachodzących w kraju, większość społeczeństwa potrafiła hierarchizować problemy społeczne wymagające szybkich rozwiązań. Dla przykładu: w rangowaniu kwestii zasługujących na priorytety finansowe w budżecie państwa emeryci, renciści oraz w wieku 65 lat i więcej wskazywali: dofinansowanie służby zdrowia, dożywianie dzieci w szkołach i dofinansowanie oświaty, dopiero na czwartym miejscu umieszczając sprawy dla siebie w istocie najważniejsze – utrzymywanie świadczeń emerytalnych na dotychczasowym poziomie.²⁵⁴ Rzeczywistość postrzegali zatem przez szeroki pryzmat wielorakich problemów społecznych.

²⁵² K. Milczarek, *Przystosowani? O kondycji materialnej i psychospołecznej Polaków*. (w:) *O stylach życia Polaków*, op. cit., s. 133

²⁵³ *Spółeczny odbiór zmian*, op. cit., s. 6

²⁵⁴ *Emerytury i renty w społecznej świadomości*. Komunikat z badań CBOS. Warszawa 1996, nr 82/81/96, s. 16

Tabela 26. Niepokoje i obawy ludzi starych w Polsce w latach 1999–2002 (w %)*

Kategorie odpowiedzi	1999		2000		2001		2002	
	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej
Niepokoje i obawy dotyczące spraw kraju, ogólnospołecznych								
Brak obaw, jakoś to będzie	4,0	3,0	4,0	2,0	4,0	4,0	2,0	2,0
Wzrost przestępczości, brutalizacji życia	5,0	7,0	8,0	10,0	6,0	5,0	2,0	4,0
Niepokoje społeczne, destabilizacja, chaos, strajki	26,0	30,0	22,0	20,0	18,0	18,0	17,0	21,0
Zagrożenia zewnętrzne	12,0	12,0	15,0	26,0	10,0	18,0	16,0	24,0
Pogorszenie sytuacji gospodarczej kraju	23,0	22,0	11,0	5,0	14,0	10,0	31,0	20,0
Pogorszenie warunków życia obywateli			10,0	9,0	7,0	11,0	7,0	14,0
Złe rządy, złe decyzje, korupcja			13,0	12,0	8,0	5,0	5,0	4,0
Wejście do UE	7,0	4,0	4,0	1,0	4,0	1,0	2,0	1,0
Wzrost bezrobocia	8,0	10,0	10,0	6,0	18,0	11,0	18,0	15,0
Negatywne skutki reform	11,0	8,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Zmiana, upadek rządu, rozgrywki polityczne	6,0	4,0	13,0	12,0	2,0	2,0		

Kategorie odpowiedzi	1999		2000		2001		2002	
	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej	Ogół dorosłych Polaków	W wieku 65 lat i więcej
Inne	11,0	10,0	8,0	10,0	5,0	4,0	2,0	2,0
Trudno powiedzieć	12,0	14,0	12,0	12,0	15,0	20,0	11,0	13,0
Niepokoje i obawy dotyczące spraw osobistych i rodzinnych								
Brak obaw	6,0	4,0	6,0	5,0	5,0	4,0	6,0	5,0
Choroba, pogorszenie stanu zdrowia	42,0	51,0	33,0	46,0	35,0	51,0	36,0	56,0
Utrata pracy, troska o pracę dzieci	26,0	9,0	31,0	9,0	32,0	8,0	32,0	11,0
Materialne warunków życia	23,0	27,0	32,0	27,0	34,0	31,0	27,0	21,0
Zdarzenia losowe, niepowodzenia	7,0	4,0	13,0	21,0	6,0	9,0	5,0	6,0
Lęk o przyszłość dzieci, wnuków	2,0	2,0			1,0	0,0	2,0	2,0
Inne	12,0	15,0	4,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0
Trudno powiedzieć	3,0	3,0	3,0	4,0	5,0	4,0	5,0	3,0

* Opracowano na podstawie: Nadzieje i obawy Polaków. Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 1999–2002, nr 41/99, 37/00, 17/01, 21/02

W 1999 roku zarówno nadzieje, jak i obawy dorosłych Polaków wiązały się z materialnymi warunkami bytu i zdrowiem. W następnej kolejności młodszy wymieniali: pracę (nadzieje na jej uzyskanie, na awans lub obawy przed jej utratą), a starsi obawiali się pogorszenia sytuacji materialnej oraz mieli nadzieję na utrzymanie dotychczasowego poziomu życia. Hierarchia priorytetów różnicowała się w obrębie grup wiekowych. O ile dla młodzieży najważniejsze było zdobycie wykształcenia, pracy, założenie rodziny; dla dorosłych – bezpieczeństwo bytowe; to dla najstarszych – zdrowie własne i bliskich. Wśród tych ostatnich zanotowano najwyższy wskaźnik braku wszelkich nadziei, co można interpretować jako bierność i sygnał rezygnacji oraz zobojętnienia. Przy uwzględnieniu subiektywnej oceny warunków materialnych, okazało się, że postawy takie są znamienne dla nisko oceniających standard swego życia i dla aktywnie uczestniczących w praktykach religijnych. Rezygnacja cechowała zatem głównie ludzi żyjących skromnie, częściej wierzących niż niewierzących, szukających kompensacji dla swych codziennych problemów w sferze przeżyć transcendentalnych. Rok później polaryzacja społeczna pogłębiła się, a niepokoje Polaków, głównie tych którzy nie stali się beneficjentami przemian, zaczęły narastać. Wśród najsłabszych (rolników, bezrobotnych, utrzymujących się z niezarobkowych źródeł) zniechęcenie dominowało nad wiarą w jakąkolwiek możliwość zmiany swego statusu społecznego.

Od 1998 roku głównym źródłem niepokojów ludzi starych był chaos i destabilizacja życia społecznego. Co trzeci obawiał się rozruchów, strajków i pogłębiania różnic w poziomie życia ludności; co piąty – pogorszenia sytuacji gospodarczej; a co dziesiąty – skutków narastającego bezrobocia. W latach 1999–2002 troski o przyszłość (poza niezmiennie najważniejszym zdrowiem) dotyczyły przede wszystkim sfer związanych z materialnymi warunkami życia, zarówno w skali makro, jak i dotyczącej gospodarstwa domowego. Ludzie starzy najbardziej bali się zatem biedy, kojarzonej nie tylko z codziennymi ograniczeniami egzystencjalnymi, ale nade wszystko z brakiem dostępu do towarów i usług służących dbałości o zdrowie. W 2002 roku strach przed chorobą, niepełnosprawnością, pogorszeniem stanu zdrowia wyraziło już 56 % badanych w wieku 65 lat i więcej. Lęki towarzyszyły zmęczeniu, utracie optymizmu i wiary w sens prognozowania przyszłości. W latach 1999–2000 i w 2002 roku – co ósmy, a w 2001 roku co piąty respondent w starszym wieku swój udział w sondażu zbywał stwierdzeniem „trudno powiedzieć”.

Na podstawie analizy różnorodnych badań prowadzonych nad kondycją psychiczną ludzi starych i w starszym wieku,²⁵⁵ można stwierdzić, że pozostaje ona w ścisłej zależności od: stanu zdrowia, mobilności i oceny własnego życia, kontaktów z rodziną (co nie wiąże się ze wspólnym zamieszkaniami) oraz kondycji ekonomicznej gospodarstw domowych. Stany depresyjne i lękowe, często utożsamiane ze starością w ogóle, najczęściej też występują u osób niezadowolonych ze swojego życia.²⁵⁶ Upoważnia to do wniosku, że w ostatecznym wymiarze na kondycję psychiczną znacznie większy wpływ ma jakość życia, niż sam wiek.

Zdaniem Barbary W. Davis, osoby starsze potrzebują połączenia ogromnej ilości wydarzeń ze swoim życiem; wydarzeń związanych z przyjmowaniem nowych ról w rodzinie i dostosowywaniem się do takich sytuacji, jak: dymisja, wdowieństwo, utrata prestiżu.²⁵⁷ Różnorodna aktywność pełni wtedy rolę kompensatora strat i ostatecznie rzutuje na poziom zadowolenia z życia. W sumie, wszelkie postawy i artykułowane opinie stanowią komplementarnie ze sobą powiązane czynniki: zdrowotne, ekonomiczne, psychiczne i afiliacyjne.

W wypowiedziach zarejestrowanych przez CBOS w latach 1999–2002, tak w kategorii nadziei, jak i obaw dominowało pragnienie stabilizacji, spokoju i normalnego życia.²⁵⁸ Zaczęło się pojawiać zmęczenie, zarówno samą zmianą, jej trudnymi konsekwencjami, bezrobociem, bezradno-

²⁵⁵ M. Susulowska, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 1989; T.L. Brink, J.A. Yesavage i inni, *Screening tests for geriatric depression*. „*Clinical Gerontologist*” 1982, No 1; R.J. Zonneveld, *Lebenslange Beeinflussung auf den Gesundheitszustand Belagter*, Materiały X Kongresu Towarzystwa Gerontologicznego, Berlin 1985

²⁵⁶ W psychometrycznych badaniach testowych, pod koniec lat dziewięćdziesiątych przeprowadzonych wśród słuchaczek UTW w Warszawie, stany lękowe występowały u 80 % badanych (średnia wieku 71,2). U co trzeciej wiązały się z lękiem przed chorobą; u co drugiej z utratą sprawności; u co czwartej z samotnością i tylko u co dziesiątej – ze śmiercią. Tego typu niepokoje znamienne były dla osób, które oceniały swoje życie jako nieudane. Badaniami objęto kobiety w wieku 55–87 lat, systematycznie uczestniczące w zajęciach edukacyjnych. Poziom niepokoju oceniano na podstawie inwentarza stanu i cechy lęku według Spielbergera, a poziom depresji – w skali depresji geriatrycznej (GDS). H. Szwarz, B. Szyszko-Wydra, *Ocena własnego życia a aktualna sytuacja psychospołeczna badanych osób starszych*. „*Gerontologia Polska*” 1999, nr 7 (I), s. 33–37

²⁵⁷ B. W. Davis, *Educational Gerontology*, op. cit., s. 297–306

²⁵⁸ Opracowano na podstawie: *Nadzieje i obawy Polaków*. Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 1999–2002, op. cit.

ścią, jak i coraz bardziej widocznym brakiem regularnego postępu w dążeniu do oczekiwanego bezpieczeństwa socjalnego i dobrobytu. Sprawy priorytetowe dla władz, jak choćby integracja ze strukturami Unii Europejskiej, reformy, walka z przestępczością – dla obywateli nie miały większego znaczenia. Ich coraz gorszą kondycję psychiczną kształtowały realia codzienności, a nie postęp w negocjacjach, wskaźniki wykrywalności sprawców przestępstw, plany reformowania nieudanych reform, czy futurystyczna, europejska przyszłość, której głównie ci najstarsi mogli w ogóle nie doczekać.

Kolejny etap transformacji, obok głębokich zmian gospodarczych, wzrostu prestiżu na scenie międzynarodowej i wielu zjawisk zasługujących na pozytywną ocenę – przyniósł też wyraźną pauperyzację i polaryzację społeczeństwa. Podział na „przegranych” i „wygranych”, na „beneficjentów” i „poszkodowanych”, wydaje się najbardziej czytelny dla zdiagnozowania zakresu konsekwencji szeroko rozumianych przemian systemowych, poniesionych przez poszczególne grupy społeczne.

Nowa rzeczywistość, wymuszająca elastyczność w myśleniu i działaniu, promująca młodość, mobilność, przedsiębiorczość, kompetencje i tak zwaną „siłę przebicia”, satysfakcjonuje głównie tych, którzy są w stanie sprostać tym wymaganiom. Dla rozumienia, akceptacji i internalizacji nowych reguł życia potrzebne jest odpowiednie przygotowanie, wiedza, kwalifikacje, predyspozycje i możliwości. Nasuwa się zatem pytanie: jak poziom własnego przystosowania społecznego postrzegany był przez ludzi starych? W 1997 roku polscy emeryci w różnym stopniu utożsamiali się z wszystkimi grupami wymienionymi na skali przystosowania: przegranych (18 %), przegrywających (17 %), stabilnych (16 %), dynamicznych (15 %), rozczarowanych (14 %) i wygranych (9 %). W ujęciu globalnym poziom swojego przystosowania do nowych realiów negatywnie oceniła co druga osoba w wieku 65 lat i więcej; pozytywnie co czwarta, a z grupą tak zwanych „stabilnych” utożsamiała się co dziesiąta.²⁵⁹

Samoocena kondycji materialnej i psychospołecznej może być efektem złożonym, kombinacją różnych postaw, a z pewnością implikowana jest takimi czynnikami jak: struktura rodziny, aspiracje ekonomiczne, koszty utrzymania, czy zakres podstawowych potrzeb. W najtrudniejszej

²⁵⁹ K. Milczarek, *Przystosowani? O kondycji materialnej...* op. cit., s. 103, 127

sytuacji zawsze jednak pozostają głównie osoby o niskich dochodach, prowadzące gospodarstwa jednoosobowe, pozbawione możliwości choćby dorywczego zarobkowania, niepełnosprawne i chore, narażone na ponoszenie wysokich kosztów leków, leczenia i rehabilitacji, czyli w istocie bezradne wobec przytłaczającej biedy.

Degradacja społeczna, przynajmniej do 1997 roku była jednak w Polsce udziałem coraz mniej licznej grupy osób. Powszechne poczucie ubożenia społeczeństwa ulegało sukcesywnej redukcji, a przyjęty kierunek przemian społeczno-gospodarczych dobrze rokował na przyszłość. Postrzegali to także ludzie starzy, o czym świadczy wzrost odsetka formułujących wówczas pozytywne oceny rzeczywistości. Zdawali sobie sprawę z obowiązujących w gospodarce rynkowej priorytetów i mimo rozlicznych trudności, ograniczeń, starali się „dopasować” do nowych realiów życia na miarę możliwości. Nierzadko zmuszani byli do redukcji swych wydatków (75 %), bądź korzystania z pomocy bliskich (29 %), ale sporadycznie, w dążeniu do poprawy swej kondycji finansowej, uciekali się do takich środków jak: podejmowanie dodatkowych prac (2 %), czy pożyczanie i wyprzedawanie się (7 %).²⁶⁰ Swój status ekonomiczny częściej też niż rolnicy, bezrobotni, utrzymujący się ze źródeł niezarobkowych, skłonni byli postrzegać w kategoriach akceptacji dla zachodzących zmian, choć nie zawsze byli z nich zadowoleni.

Najtrudniejszym okresem od początku transformacji był przełom lat 2001/2002, kiedy po ujawnieniu ogromnego deficytu budżetowego, w poszukiwaniu oszczędności zaczęto ograniczać wydatki na cele społeczne. Podjęto decyzje o likwidacji zasiłków przedemerytalnych, a w kategorii praw już nabytych o obniżeniu świadczeń przedemerytalnych z 90 % do 80 % przyszłej emerytury. Obniżono próg dochodowy uprawniający do uzyskania zasiłku rodzinnego, zaostbrono kryteria wypłaty alimentów z Państwowego Funduszu Alimentacyjnego i zasiłków z pomocy społecznej, zlikwidowano gros ulg (np. komunikacyjne) i zasiłki porodowe, skrócono urlopy macierzyńskie, zamrożono płace w sferze budżetowej, zapowiedziano wzrost podatków pośrednich i bezpośrednich. Bezprecedensowo zła kondycja finansów państwa oraz lawinowy wzrost bezrobocia niemal wszystkich pozbawiły nadziei na rychłą poprawę sytuacji, a ludzi starych szczególnie. Redukcja wydatków państwa na cele publiczne, czy to doty-

²⁶⁰ Tamże, s. 109–110

cząca świadczeń, ulg i uprawnień, czy też kosztów utrzymania – niezależnie od adresata – dotyczyła ludzi starych, emocjonalnie i bardzo często ekonomicznie (poprzez wspólne gospodarstwa domowe) związanych z dziećmi i wnukami. Coraz gorszy los polskich rodzin zyskał proste przełożenie na pogorszenie bytu ludzi starych.

W świetle badań GUS, polska bieda wyraźnie zaczęła narastać od 1998 roku. W 2001 roku odsetek gospodarstw żyjących w kraju poniżej minimum socjalnego osiągnął 57 %, a poniżej minimum egzystencjalnego niemal 10 %. Skrajne ubóstwo diagnozowano głównie w rodzinach wielodzietnych (33 %) i wiejskich (15 %). Bieda tych ostatnich była też udziałem ludzi starych, stanowiących liczną populację wśród mieszkańców wsi. Dla mieszkających w miastach największym obciążeniem finansowym stały się koszty utrzymania mieszkań: w 2001 roku w jednoosobowych gospodarstwach emeryckich stanowiły one już 40 % ogółu miesięcznych wydatków, a w 2002 roku wzrosły o dalsze dwa punkty procentowe. W tym samym czasie najniższa emerytura, renta rodzinna i renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy wzrosły o niespełna 0,5\$.²⁶¹

Kondycja psychiczna wynika z satysfakcji życiowej²⁶², przede wszystkim zaś z aktualnych możliwości zaspokojenia swych potrzeb i aspiracji. Zatem równie istotnym jej wskaźnikiem, co nadzieje i obawy, jest poziom zadowolenia z życia. Z ogólnopolskich badań gerontologicznych wynika, że w 2000 roku średnio co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej była całkowicie zadowolona z obecnego życia (32,8 %); co druga – częściowo (51,4 %), a niezadowolona co szósta (15,8 %). Wśród zadowolonych dominowali mieszkańcy małych (35,7 %) i dużych miast (31,7 %) oraz mężczyźni (35 %), a wśród niezadowolonych – mieszkańcy wsi (17 %), oceniający swój stan zdrowia jako „zły” lub „raczej zły” (24,4 %) oraz kobiety z wykształceniem poniżej średniego (w miastach 18,2 %;

²⁶¹ Od 1 czerwca 2002 roku wymienione świadczenia wzrosły z 530,26 zł do 532,91 zł, a kurs dolara i euro kształtował się wówczas na poziomie 4,2 zł – 4,1 zł. Por. Świadczenia społeczne. Serwis informacyjny MPiPS, www.mpips.gov.pl; Sytuacja gospodarstw domowych w 2001 roku... op. cit; Biuletyn Statystyczny GUS, Warszawa 2002

²⁶² Z uwagi na brak jednoznacznej interpretacji tego pojęcia w literaturze przedmiotu, przyjęto że satysfakcja z życia oznacza subiektywną ocenę relacji między potrzebami, aspiracjami, a poziomem i potencjalnymi możliwościami ich zaspokojenia, przy jednoczesnym założeniu, że jednostkowe kryteria samooceny satysfakcji wyznaczane są zmieniającymi się tak potrzebami, jak i aspiracjami

na wsi 19,2 %). Głównym wyznacznikiem zadowolenia z życia był poziom zadowolenia z sytuacji materialnej i kontaktów z rodziną, co potwierdza, eksponowany wcześniej, osobisty i rodzinny kontekst dla kondycji psychicznej tej populacji. Co drugi, bardzo zadowolony ze swojej sytuacji materialnej i co trzeci umiarkowanie zadowolony – wyrażali całkowite zadowolenie z obecnego życia, a wśród bardzo dobrze oceniających swe stosunki z rodziną niezadowolony z życia wyraziło zaledwie 9 % badanych.²⁶³ Jak wynika z cytowanych badań, satysfakcja życiowa ludzi starych (obejmująca zadowolenie z obecnego życia i wcześniejszych dokonań) pozostawała w bezpośrednim związku z ich religijnością oraz z odczuwanym, bądź nie odczuwanym, osamotnieniem.

Prezentowana analiza upoważnia do sformułowania wniosku o w sumie niezłej kondycji psychicznej ludzi starych. Na tle ich wielopłaszczyznowej, pogłębiającej się marginalizacji można to uznać za polski fenomen czasów, ale przy uwzględnieniu specyficznej pokory cechującej pokolenie seniorów przełomu XX i XXI wieku, trzeba też mieć świadomość, że to już prawdopodobnie ostatnia generacja ze spokojem godząca się na różnorodne ograniczenia.

Wysoki poziom zadowolenia z życia ludzi starych w Polsce można różnie interpretować. Janusz Czapiński określa to mianem „polskiego paradoksu”, wyjaśniając że u postaw takiej kondycji tkwi obserwacja życia rówieśników i brak powodów do zazdrości. Zdaniem autorów opracowania „Polska starość”, tendencja do częstego wyrażania satysfakcji z życia „może wskazywać na dobre zabezpieczenie starości i poczucie bezpieczeństwa lub może być wyrazem przystosowania się do istniejących warunków i minimalizowania oczekiwań wraz ze starzeniem się”.²⁶⁴ Biorąc pod uwagę subiektywny wymiar wszelkich deklaracji formułowanych przez przedstawicieli najstarszego pokolenia, można uznać, że każde ze wskazanych źródeł znajduje swe uzasadnienie, pod warunkiem że dotyczy określonych grup wiekowych, społecznych i terytorialnych. O ile starzy mieszkańcy miast, z reguły lepiej wykształceni, uzyskujący wyższe świadczenia emerytalno-rentowe, mający większe potencjalne moż-

²⁶³ M. Halicka, W. Pędich, Satysfakcja życiowa ludzi starych. (w:) Polska starość, op. cit., s. 220–223

²⁶⁴ M. Halicka, W. Pędich, op. cit., s. 225; J. Czapiński, Trudno wmówić dobrobyt, kiedy wokół bieda. „Polityka” 2000, nr 2 (2227), s. 9

liwości dostępu do placówek ochrony zdrowia i szeroko rozumianej infrastruktury usługowej – mogą wiązać swą satysfakcję życiową z relatywnie do innych lepszą kondycją materialną i warunkami codziennego życia; to mieszkańcy małych środowisk, głównie wiejskich i małomiasteczkowych, integralnie związani z biedą bliskich i otoczenia – godzą się ze swoją marginalizacją, kompensacji wszelkich niedostatków upatrując w akceptacji rodziny i w zaangażowanej religijności.²⁶⁵

6. Samotność i osamotnienie

Zagubienie człowieka w nowej rzeczywistości skutkuje wielorako: bezsilnością, apatią, marazmem, a nierzadko agresją i wrogością wyrażaną wobec siebie lub otoczenia. Z reguły jednak niesie marginalizację, smutek i osamotnienie. To temat wyjątkowo rzadko poruszany i choć nikomu nieobcy, pomijany zarówno przez świat nauki, jak i praktyków życia społecznego, zdominowany przez inne, nie mniej dotkliwe dla człowieka zjawiska wokółtransformacyjne jak: bezrobocie, bieda, bezdomność, choć w istocie niezmiennie z nimi spleciony, towarzyszący wszelkim „zawirowaniom” dróg ludzkiej egzystencji.

Rozwój techniki, elektroniki, Internet, telefonia komórkowa, przekaz satelitarny – otworzyły przed człowiekiem ogromne możliwości rozwoju, szybkiego komunikowania się, zdobywania wiedzy, załatwiania wielu istotnych spraw życiowych i zawodowych bez konieczności bezpośredniego kontaktowania się z innymi – ale wyeliminowały też z wielu procesów przekazu samego człowieka. Człowieka, który, jako istota z natury społeczna, czerpiąca siłę, odporność psychiczną z pozytywnego przebiegu interakcji grupowych, potrzebuje kontaktów „face to face”, bliskości, wyrazów akceptacji, zyskując w ten sposób potwierdzenie swej roli, miejsca i prestiżu we wspólnocie, czy to rodzinnej, lokalnej, czy też publicznej, wyznaniowej lub narodowej.

Na wzór „Samotnego tłumu” Davida Riesmanna²⁶⁶, samotność postrzegana może być dwójako: jako jednostkowy ludzki dramat i jako nieuchronność społecznego bytu. Zmieniły się realia, czas, miejsce i boha-

²⁶⁵ Pełną analizę tych uwarunkowań zaprezentowano w opracowaniu: E. Trafiałek, *Starość w miasteczku...* op. cit.

²⁶⁶ D. Riesman, współczesny socjolog amerykański (ur. 1909 r.), autor wielu prac z zakresu psychologii społecznej i teorii grup społecznych, twórca klasyfikacji członków społeczeństw na wewnątrz i zewnątrzsterownych. „Samotny tłum”, dzieło wydane w Sta-

terowie, lecz wszechogarniająca samotność wraz z towarzyszącymi jej skutkami – pozostała taka sama, jak niegdyś. Jest w istocie udziałem wszystkich, choć nie zawsze wystarczająco uświadomiona i nie zawsze na tyle głośno artykułowana, aby wzbudzić zainteresowanie otoczenia. Samotność generowana życiem w anonimowym, obojętnym tłumie, bądź będąca konsekwencją zamykania się we własnym wnętrzu, braku zaufania, braku zrozumienia, egocentryzmu, izolacji i smutku. Tak jak trudno wyliczyć wszystkie jej źródła, precyzyjnie sklasyfikować potencjalne ofiary, tak trudno wskazać wszystkie płaszczyzny, gdzie występuje i środki, które mogą jej zapobiegać. Różna od osamotnienia, ale nieradko z nim spleciona, niesie zgubną w skutkach depresję i strach przed życiem, równy niemal naturalnemu strachowi przed śmiercią.

Samotność może występować wszędzie: w instytucji opiekuńczej, w hospicjum, w szpitalu, w domu dziecka i we własnym domu; równie dobrze może być zrodzona przez starość, niepełnosprawność, nieuleczalne choroby, bezdomność, odrzucenie, sieroctwo, jak i przez brak akceptacji samego siebie. Dotyka zarówno młodych, jak i starych, zdrowych i chorych, biednych i bogatych, wykształconych i analfabetów, aktywnych i bezradnych. We współczesnym świecie jest wszechobecna i zaborcza, niczym lewiatan przełomu wieków, pochłaniający coraz większe rzesze zarówno swych konsumentów, jak i twórców. Jej trójwymiarowa struktura (społeczno-psychiczno-moralna) jest w zasadzie mechanizmem kompatybilnym.

Samotność społeczna to samotność fizyczna, wynikająca z braku więzi społecznych, braku integracji z grupą, ze źle pełnionych ról społecznych, a zatem będąca konsekwencją życia nie w społeczeństwie, ale obok niego, poza nim. Ten typ samotności, w zależności od głębi i zakresu, może mieć charakter częściowy lub całościowy.

Drugi wymiar to samotność psychiczna, równoznaczna z poczuciem osamotnienia. W przeciwieństwie do samotności fizycznej, jest trudna do zdiagnozowania, a tym samym ograniczająca wszelkie działania o charakterze interwencyjnym, kompensacyjnym i profilaktycznym. Osamot-

nach Zjednoczonych Ameryki w 1950 roku, a w Polsce w 1971 roku, zaliczane jest do klasyki socjologicznej, jako dokument historycznych przemian osobowości (ze skłonnością do dominacji postaw zewnątrzsterownych) towarzyszących rozwojowi nowoczesnych społeczeństw. Por. D. Riesman, *Samotny tłum*. Tłum. J. Strzelecki, Warszawa 1971

nienie, podobnie jak depresja, we współczesnym świecie pełnym zmian, wyzwań i sytuacji kryzysowych, staje się udziałem milionów ludzi. Cierpią na nią nawet dzieci i ludzie młodzi. To specyficzny syndrom postępu, globalizacji, uniwersalizmu, za którymi to zjawiskami nie wszyscy mogą nadążyć. Nie wszyscy mogą sprostać zadaniom, wyzwaniom współczesności, a uświadamiając sobie, że nienadążanie jest równoznaczne z regresem, słabszymi perspektywami – popadają w strach, smutek, marazm, aby w końcu boleśnie doświadczyć też poczucia osamotnienia.

Trzeci wymiar to samotność moralna, wyrażająca się zaburzonym systemem wartości i utratą sensu życia. Na ogół wszystkie trzy wymiary wzajemnie się wyznaczają, jeden typ samotności wynika z drugiej, a jednocześnie wystąpienie wszystkich prowadzi do poczucia alienacji, skutkując społeczną ekskluzją. Człowiek broni się przed otaczającą go rzeczywistością za pomocą takich mechanizmów jak: autorytaryzm, destruktywność i konformizm, choć w istocie żaden z nich tak naprawdę nie jest skuteczny.²⁶⁷

Można przyjąć, że skuteczne zapobieganie i zwalczanie samotności wiąże się z poszukiwaniem jej odwrotności, czyli radości, szczęścia, zadowolenia z życia, rozumienia i akceptacji jego głębokiego sensu. Czymże jednak jest szczęście? Równie ulotne, trudne do zdefiniowania, zamknięcia w określonych stanach emocjonalnych jak samotność, ale w odróżnieniu od niej pozytywnie zabarwione, pożądane przez wszystkich, generujące poczucie psychicznego komfortu, nadające życiu koloryt i sens. W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie „gdzie go szukać?” – warto wskazać proste, choć głębokie, filozoficzne przesłanie zawarte w eseju jednego z nestorów współczesnej polskiej socjologii – Andrzeja Tymowskiego. W „Myślach o szczęściu” napisał: „każdy może zrealizować swój sens życia i każdy może osiągnąć taki sam stopień szczęścia... szczęścia nie daje ilość i skala wielkości dokonań, ale jakość tego co się zrobiło... człowiek nie może kształtować swoich ocen w zależności od poklasku tłumów, ale musi być sam głęboko przekonany, że to co robi jest słuszne... zawsze można coś zrobić i zawsze to może być pożyteczne i komuś służyć... nigdy jednak nie można przestać dążenia... sens życia istnieje w dążeniu”.²⁶⁸

²⁶⁷ Cyt. za R. Pawłowska, I. Jundzill, *Pedagogika człowieka samotnego*, Gdańsk 2000, s.18–27

²⁶⁸ A. Tymowski, *Myśli o szczęściu*. Zawsze w porządek rzeczy wpisany jest także koniec. „Tygodnik” 1995, nr 16/47

Ludzie starzy często cierpią na samotność, a w sytuacji gdy z różnych przyczyn nie potrafią odnaleźć sensu swego życia i nie mogą już swą aktywnością służyć innym, potrzebują oparcia w silniejszych od siebie. Szczególnie często narażone są na nią kobiety (60 % kobiet w wieku 60 lat i więcej to wdowy; podczas gdy w grupie mężczyzn problem wdowieństw dotyczy około 20 %). Samotność – destrukcyjna i przyspieszająca proces starzenia się – jest wszechobecna w hospicjach, w domach pomocy społecznej, w środowiskach skupiających ludzi smutnych, chorych, zgnębionych, odrzuconych, doświadczonych przez los, oczekujących pomocy drugiego człowieka, wsparcia psychicznego, życzliwości, akceptacji, a nade wszystko potrzebujących zrozumienia i dobrych uczuć. Nie litości, nie sztywnej, profesjonalnej obsługi lecz cieplej, pełnej wyrozumiałości i troski – obecności drugiego człowieka.

Okrutną specyfiką starości jest to, że mimo iż nieunikniona, w istocie zaskakuje każdego, wywołując różne reakcje: od obronnej, przez zależnościową, do wrogiej wobec siebie i otoczenia. W dobie paradoksalnie nałożonego na pogłębiającą się starość demograficzną, kultu młodości, najsilniejsi wybierają opcję obronną. Są aktywni, korzystają z usług chirurgów plastycznych, uprawiają sport, dbają o swój wygląd, czasem nawet przesadnie starając się nie różnić od ludzi młodych.²⁶⁹ W pewien sposób „oszukują” zarówno siebie, jak i otoczenie, co wcale nie oznacza, że czują się bardziej akceptowani.

Ludzie młodzi, doskonale wykształceni, ambitni, żądni awansów i szybkich karier, niechętni są tym, którzy mimo emerytalnego układu wskazówek zegara biologicznego nadal utrzymują swe znaczące pozycje. Widzą w nich rywali, konkurentów w drodze do sukcesu, krytykują „blokowanie” miejsca w strukturach społecznych. Ci, których chętnie zepchnęliby w społeczny niebyt, mimo stwarzanych pozorów – czują jednak, że są już niechciani. To rodzi nie tylko smutek i rozgoryczenie, ale i głębokie, choć

²⁶⁹ Ten styl konsumowania starości widoczny jest w codziennym życiu mieszkańców Ameryki Północnej i Europy Zachodniej. Od co najmniej 10 lat modne jest np. chirurgiczne usuwanie zmarszczek, nadmiaru tkanki tłuszczowej, korygowanie figury („*liposuction*”), wygładzanie skóry kolagenem, „*lifting*”, któremu poddają się zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Ekstrawagancja, kolorowe, młodzieżowe ubiory, takż styl życia i zabawy nie należą tam do rzadkości, tworząc w sumie zupełnie inny niż w Polsce model życia na emeryturze. E. Sarnacka-Mohoney, Chłopcy na *liftingu*. „*Polityka*” 2002, nr 30 (2360), s. 80; www.polityka.onet.pl z 2002 roku

starannie ukrywane, bolesne poczucie osamotnienia. Dopiero po przekroczeniu wieku emerytalnego okazuje się, że świat „urządzony jest” przede wszystkim dla młodych. Modne, pożądane i powszechnie akceptowane jest głównie to, co niesie postęp: kultura, sposób spędzania wolnego czasu, sposób bycia, strój, potoczny język, zainteresowania. Zrozumienie i zaakceptowanie tych prawidłowości życia społecznego następuje jednak z reguły zbyt późno, aby tę wiedzę odnosić nie tylko do siebie, ale i do innych. Ci, którzy odwracają się od ludzi starych, lekceważą ich mądrość, doświadczenie, chęć współuczestniczenia w społecznej grze na partnerskich zasadach, umacniają się w pozorach wiecznej młodości. Ona jednak mija, a starość zaskakuje następne pokolenia, generując ich samotność i osamotnienie.

Inną reakcją ludzi na zmiany niesione przez wiek może być postawa zależności – oczekiwania na zainteresowanie i wsparcie ze strony innych, na to, aby świat przyszedł do nich, bo oni do niego już nie mają siły docierać. To trudna dla otoczenia roszczeniowość, której na ogół nie może sprostać ani rodzina, ani środowisko lokalne, ani żadne instytucje. W sumie też generuje poczucie osamotnienia, bo oczekiwania nigdy nie idą w parze z ich realizacją. Największy ładunek samotności niesie jednak wrogość, niechęć do starzejącego się własnego ciała, dotkliwych ograniczeń w różnych sferach życia, wreszcie i do ekspansywnej młodości. Ludzie kostyczni, wiecznie niezadowoleni, utyskujący, nieufni nawet wobec najbliższych, zniechęcają do kontaktów. Z czasem też krąg ludzi, z którymi wcześniej utrzymywali przyjazne, sąsiedzkie, towarzyskie stosunki – ulega stopniowej redukcji, aż do izolacji i samotności. Ci także cierpią. Nikt wszak nie jest, jak napisał Thomas Merton „samotną wyspą”.²⁷⁰ Każdy, niezależnie od preferowanych postaw, jest istotą społeczną, której istotę i sens życia wyznaczają społeczne interakcje.

Jedną z prób ucieczki od samotności ludzi starych jest ich, najczęściej narastająca z wiekiem, religijność. Z jednej strony stanowi formę kompensacji ograniczonych kontaktów z ludźmi; z drugiej zaś jest wyrazem znamiennej w tym okresie refleksyjności, wyciszenia, przewartościowań, poszukiwania sensu życia i potrzeby zbliżenia się, w obliczu jego schyłku, do sfery *sacrum*. Religia i wiara, próba zrozumienia i zinternalizowa-

²⁷⁰ T. Merton Osco, amerykański pisarz i poeta, znany z mistycznych refleksji przyjaciel Czesława Miłosza, jest autorem pracy zatytułowanej „Posiew kontemplacji. Nikt nie jest samotną wyspą”. T. Merton Osco, *Seeds of Contemplation. Non Man Is An Island*, Chicago 1955

nia wartości świata nadprzyrodzonego pomagają ludziom starszym lepiej żyć, pokonywać smutek, ból po stracie bliskich, samotność i poczucie alienacji. Pozwalają na zachowanie równowagi psychicznej, samoakceptacji, dają siły do życia i pokonywania trudności. Wiara jest bardzo ważnym wyznacznikiem kondycji psychicznej i koreluje z preferencjami aksjologicznymi dotyczącymi człowieczeństwa oraz godnego życia (dobroć, tolerancja, poszukiwanie prawdy, uczciwość). Dzięki religijności sprzyjającej poszukiwaniu sensu życia, z czasem to co ziemskie staje się mniej ważne, sprzyjając tym samym zachowaniu spokoju, dostojeństwa i godności nawet przy pełnej świadomości nieuniknionego kresu ludzkiego bytu. Wiara i religijność nie wszystkim jednak, zarówno ze względu na światopogląd jak i głębię odczuwanych problemów, pomaga w przezwyciężaniu lęków życia. O tym, jak wielu starych ludzi przeżywa swoje tragedie w samotności, świadczą między innymi statystyki popełnianych przez nich samobójstw.

Tabela 27. Zamachy samobójcze osób w wieku niemobilnym w latach 1990–2000*

Rok	Ogółem	WIEK SAMOBÓJCÓW			
		51–70 lat		71 lat i więcej	
		N	%	N	%
1990	3841	1039	27,1	235	6,1
1995	5988	1513	25,3	354	5,9
1996	5830	1501	25,7	352	6,0
1997	6129	1462	23,8	383	6,2
1998	6028	1400	23,2	408	6,7
1999	5182	1224	23,6	315	6,1
2000	5778	1562	27,0	463	7,9

* Źródło: Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999, s.117, tabl. 23 (129), s. 198; Mały Rocznik Statystyczny Polski, Warszawa 2000, s. 67; Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001, s. 299

O ile w latach 1990 – 1998 odsetek samobójczych zamachów na życie w kategorii wieku przedemerytalnego i wczesnej starości (do 70 roku życia) rejestrowany był coraz mniejszymi wskaźnikami, to od 1999 roku ponownie wzrósł do poziomu z początku lat dziewięćdziesiątych. W grupie

najstarszych (powyżej 70 roku życia) tylko w latach 1995–2000 wzrósł aż o dwa punkty procentowe. Bardziej czytelna wydaje się jednak analiza nie tyle procentowego udziału zamachów samobójczych ludzi w starszym wieku w statystykach samobójstw ogółem, co analiza tego zjawiska prezentowana w liczbach bezwzględnych. W grupie wieku 51–70 lat w 2000 roku na życie targnęło się o 523 osoby więcej niż w roku 1990; a w grupie najstarszych o 228 osób więcej. Niezależnie od przyczyn desperacji, decyzjom o odebraniu sobie życia – wszak tego co w kulturze chrześcijańskiej najcenniejsze – zawsze towarzyszyły: samotność, osamotnienie, utrata jego sensu, poczucie ogromnej bezradności, bezużyteczności i brak wiary na uzyskanie jakiegokolwiek wsparcia z zewnątrz. Samobójstwo, niezależnie od sposobu w jaki oceniane jest przez ludzi o różnych światopoglądach, zawsze jest sygnałem ludzkiej rozpacz, której nikt wcześniej nie tylko nie zapobiegł, ale i nie zauważył. Samotność współczesnego człowieka w anonimowym tłumie, zdaje się być zatem niezmiernie ważną kwestią społeczną w dobie globalizującego się świata.

ROZDZIAŁ IV OPIEKA, POMOC I WSPARCIE LUDZI STARYCH

1. Ochrona zdrowia

Ochrona zdrowia ludności gwarantowana jest przez państwo w ramach prowadzonej polityki zdrowotnej, która obejmuje trzy dziedziny: profilaktykę, leczenie i rehabilitację. Podmioty, odpowiedzialne za realizację założeń kompleksowej ochrony zdrowia, różnicują się w zakresie przedmiotu działań i terytorialnego zasięgu. Najważniejsze z nich to:

- zintegrowane zakłady służby zdrowia stopnia podstawowego (funkcjonujące w miastach, dzielnicach, gminach);
- zespoły opieki zdrowotnej (świadczące usługi dla ogółu ludności lub dla określonych jednostek organizacyjnych);
- zintegrowane i niezespalone zakłady służby zdrowia o zasięgu wojewódzkim (szpitale, specjalistyczne zespoły opieki zdrowotnej, wojewódzkie szpitale specjalistyczne, sanatoria, stacje SANEPID, stacje krwiodawstwa);
- szpitale kliniczne (w tym akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych);
- zakłady leczenia uzdrowiskowego;
- zakłady specjalne pomocy społecznej;
- apteki.²⁷¹

Światowa Organizacja Zdrowia, poprzez kolejne doktryny, upowszechniane od 1975 roku, stara się upowszechniać na całym świecie ideę wdrażania działań służących poprawie jakości życia i ochronie zdrowia.²⁷²

²⁷¹ L. Frąckiewicz, *Polityka społeczna...* op. cit., s. 88

²⁷² Światowa Organizacja Zdrowia promuje dwa hasła: „Twoje zdrowie w twoich rękach” i „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”. Ważną rolę w promowaniu zdrowia

Polska należy jednak do tych państw, gdzie sytuacja zdrowotna oceniana jest przez komisje międzynarodowe bardzo nisko. W latach 1987–1990 opracowano w kraju, a w 1993 roku znowelizowano „Narodowy Program Ochrony Zdrowia”, którego celem strategicznym ustanowiono zahamowanie wzrostu zanieczyszczenia środowiska i sukcesywne niwelowanie czynników niekorzystnie wpływających zarówno na stan zdrowia, jak i tzw. „żywołność” społeczeństwa. W kontekście wymogów unijnych, inicjatywę tę należy uznać za ważną i wartościową, nie mniej jednak, na tle pogłębiającej się pauperyzacji tak państwa, jak i całego społeczeństwa – bardziej futurystyczną, niż realną, znajdującą odbicie w działaniach praktycznych.

Zgodnie z konstytucyjną zasadą sprawiedliwości społecznej, w Polsce dostęp do placówek służby zdrowia i pomocy społecznej powinien być jednakowy dla wszystkich, przy zachowaniu kryteriów: z jednej strony – stanu zdrowia obywatela i jego potencjalnego zapotrzebowania na pomoc medyczną; z drugiej zaś kondycji ekonomicznej, upoważniającej (bądź nie) do korzystania ze wsparcia społecznego, wyznaczanego ustawą o pomocy społecznej.

Idealny model konsumpcji usług tego sektora działalności państwa, powinien zatem obejmować przynajmniej cztery płaszczyzny: równość wydatków publicznych, równość korzystania, równość kosztu i równość ostatecznego wyniku.²⁷³ W Polsce, nawet w zreformowanym systemie, żaden z warunków nie został w zasadzie osiągnięty, choćby z tego względu, że gros usług medycznych uległo pełnej lub częściowej prywatyzacji (np. stomatologia, diagnostyka specjalistyczna, rehabilitacja, lecznictwo sanatoryjne), na profilaktykę zabrakło środków, a największe zapotrzebowanie na leki i leczenie z sektora publicznego występowało w grupie osób najgorzej sytuowanych, którzy uiszczali najniższą składkę na ubezpieczenia zdrowotne.²⁷⁴ Zgodnie z założeniami zreformowanego systemu, wydatki

odegrała międzynarodowa konferencja zorganizowana w 1978 roku w Atma Acie, w czasie której przyjęto deklaracje wyznaczające dla społeczności międzynarodowych główne kierunki działań ukierunkowanych na ochronę zdrowia. Opracowane tam postulaty obejmowały, między innymi: kształtowanie świadomości zdrowotnej, rolę mediów, higienę i zdrową żywność, współodpowiedzialność rodzin i jednostek lokalnych za organizację zdrowego środowiska życia dla mieszkańców. Cyt za L. Frąckiewicz, tamże, s. 90 i nast.

²⁷³ J. Le Grand, *The strategy of equality*. G. Allen Unwin, London 1993, s. 16

²⁷⁴ Zreformowany system ochrony zdrowia powinien być finansowany ze składek, które w wysokości 7 % przychodów świadczą ubezpieczeni. Zdaniem Naczelnej Rady

budżetu państwa na sektor zdrowia uległy znacznej redukcji (z 15 % w 1998 roku do 2,8 % w 2000 roku do ogółu wydatków państwa i z 3,8 % PKB w 1998 roku, do 0,6 % PKB w 2000 roku)²⁷⁵, ale też dostęp ludności do ochrony zdrowia uległ znacznym ograniczeniom.

Tabela 28. Rezygnacja z usług zdrowotnych z powodu braku pieniędzy w II półroczu 1999 roku*

Rodzaj usług	REZYGNUJĄCY Z USŁUG (W % DANYCH GRUP)			
	Ogółem	Emeryci	Renciści	W wieku 65 lat i w.
Wizyty u lekarza ogólnego	8,0	10,0	11,0	11,0
U lekarza specjalisty	13,0	14,0	21,0	15,0
Wizyty u dentysty	14,0	9,0	11,0	7,0
Usługi protetyczne	7,0	10,0	6,0	7,0
Zakup okularów	7,0	11,0	3,0	8,0
Badania diagnostyczne	6,0	6,0	8,0	6,0
Zabiegi rehabilitacyjne	6,0	4,0	9,0	7,0
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego	2,0	3,0	5,0	4,0
Leczenie szpitalne	2,0	1,0	6,0	2,0
Operacje, zabiegi chirurgiczne	2,0	2,0	6,0	3,0
Wyjazd do sanatorium	6,0	8,0	10,0	8,0
Wykupienie leków	21,0	26,0	35,0	27,0
Inne usługi medyczne	3,0	3,0	5,0	3,0
Nie zrezygnowano z niczego	66,0	64,0	53,0	64,0

* Źródło: Oszczędzanie na zdrowiu. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 27/00

Lekarskiej składka jest zbyt niska i powinna wynosić 11 %; resort zdrowia zakłada jej powolny wzrost do 9 %, a zdaniem rzecznika praw obywatelskich, niezależnie od wysokości składek – przepisy obowiązujące i zawarte w projekcie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia są niesprawiedliwe, bowiem jedni obywatele płacą bardzo wysokie składki ze wszystkich swoich przychodów, inni płacą składkę symboliczną lub wcale, a za licznych minimalne składki finansuje budżet państwa. Składka na zdrowie postrzegana jest też nie jako świadczenie ubezpieczeniowe, ale jako dodatkowe obciążenie podatkowe, pozostające bez wpływu na dostęp do publicznych placówek służby zdrowia

²⁷⁵ Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000, s. 486; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 497

Do oszczędzania na zdrowiu, w badaniach prowadzonych przez CBOS, przyznawali się przedstawiciele wszystkich grup społecznych, ale konieczne redukcje wydatków na ten cel szczególnie dotkliwie odczuli ludzie starzy, emeryci i renciści. Już pół roku po wprowadzeniu reformy, średnio co czwarty emeryt; co czwarta osoba w wieku 65 lat i więcej oraz co trzeci rencista przyznawali, że z powodu braku pieniędzy zmuszeni są do rezygnacji z zakupu leków. Ograniczenia dotyczyły też wizyt u lekarzy specjalistów, u dentystów i protetyków oraz wyjazdów do sanatoriów. Ponieważ niekorzystne skutki reformy zbiegły się ze wzrostem liczebności ludzi starych i bardzo starych oraz pogarszającą się kondycją zdrowotną całego społeczeństwa, z całym prawdopodobieństwem należało przypuszczać, że polityka zdrowotna nie będzie w stanie sprostać wyzwaniom rzeczywistości.

Zmiany zachodzące w obrębie struktury demograficznej społeczeństwa spowodowały potrzebę „przeprofilowania” działalności placówek służby zdrowia i dostosowania jej do oczekiwań potencjalnych pacjentów. Podjęto w tym kierunku szereg trafnych, niezwykle potrzebnych działań, ale i tak nie zdołano wypełnić wszystkich „białych plam” na polskiej mapie ochrony zdrowia ludności. Warto tu wymienić choćby takie jak: stworzenie sieci hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, przekształcanie w niektórych szpitalach oddziałów położniczych na rehabilitacyjno-lecznicze dla ludzi starych. Jednocześnie jednak w latach 1999–2000 wiele zakładów uległo likwidacji lub prywatyzacji. Na przykład: sieć zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zredukowano o 39 placówek, w sektorze publicznym pozostawiając tylko 57 %. Sieć szpitali ogólnych pozostała niemal niezmienną (przybyła jedna placówka), ale w zakładach ubyłoby niemal 8 tys. łóżek, choć liczba leczonych w ciągu roku wzrosła o ponad 320 tys. osób. Podobny paradoks wystąpił w statystykach sanatoriów rehabilitacyjnych: zlikwidowano dwie placówki i ponad 500 łóżek, a liczba leczonych wzrosła o 4300 osób.²⁷⁶ W okresie dwóch lat przybyło ponad 1700 aptek, ale 93 % pozostawało w rękach prywatnych. Zapewne z uwagi na niewielką przewidywaną rentowność, zaledwie 18 % tej imponującej sieci funkcjonowało na wsi.

²⁷⁶ Opracowano na podstawie: Rocznik Statystyczny RP, op. cit., s. 265 i nast.

W nowo powstałych zakładach opiekuńczych i pielęgnacyjnych gros miejsc pozostawało niewykorzystanych, co przy tak ogromnym zapotrzebowaniu na profesjonalną opiekę nad ludźmi starymi i wieloletnie ich oczekiwanie na miejsce w domu pomocy – świadczyć może tylko o nieprawidłowo prowadzonej polityce dystrybucji skierowań do tego typu placówek. Reforma nie była dobrze przygotowana i w trakcie jej wdrażania popełniono szereg kosztownych błędów. Wystarczy wymienić choćby takie jak: brak rozeznania w potrzebach zdrowotnych ludności, nadmierne zbiurokratyzowanie struktur administracyjnych, zła dystrybucja środków pozyskiwanych z ubezpieczeń zdrowotnych, korupcyjna zasada kontraktowania usług medycznych przez kasy chorych, która w praktyce zaowocowała priorytetem ilości nad jakością (stąd prawdopodobnie w statystykach w ciągu jednego roku pojawił się lawinowy wzrost osób leczonych). Skutki wprowadzonych zmian najdotkliwiej dotknęły środowiska o dużym stopniu „nasylenia” ludźmi chorymi, starymi, o ograniczonej sprawności, niezdolnymi do pokonywania powstałych barier tak przestrzennych i biurokratycznych, jak i ekonomicznych. Instytucja lekarza rodzinnego, która w założeniach miała ułatwić relacje lekarz – pacjent, nie tylko wydłużyła czas oczekiwania na tzw. „pierwszy kontakt”,²⁷⁷ ale skomplikowała dostęp do usług specjalistycznych.

²⁷⁷ W wielu przychodniach miejskich na jednego lekarza rodzinnego przypadало ponad 2 tys. osób. Oczekiwanie na wizytę trwało niekiedy kilka dni, a bez skierowania od tegoż nie można było skorzystać ani z diagnostyki, ani z pomocy specjalisty. Najlepiej sytuowani korzystali z prywatnych usług medycznych, ale ludzie starzy, emeryci i renciści często „koczowali” pod przychodniami na kilka godzin przed ich otwarciem, aby „zmieścić się” na limitowanej liście rejestracji. Kolejnym problemem, przed jakim stawali, było wykupienie recept. Coraz droższe leki, na które w wielu przypadkach nie było ich stać, określali mianem „cichej eutanazji”, na jaką skazała ich nowa rzeczywistość

Tabela 29. Ambulatoryjna i stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce w latach 1990–2000*

Wyszczególnienie	1990	1995	1999	2000
Zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	9.912	9.785	8.227	8.188
– Miasta	6.584	6.473	5.312	5.468
– Wieś	3.328	3.312	2.915	2.720
Porady udzielone na 1 mieszkańca	7,1	6,4	6,0	6,1
Szpitala ogólne	677	705	715	716
– Łóżka w zakładach	218.560	213.969	198.688	190.952
– Leczeni	4.596.715	5.142.568	5.685.288	6.007.091
Sanatoria gruźlicy i chorób płuc	24	13	4	2
– Łóżka w zakładach	5.839	2.479	635	210
– Leczeni	24.968	14.586	4.173	1.352
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	–	–	95	126
– Łóżka w zakładach	–	–	8.521	9.633
– Leczeni	–	–	763	1.642
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	–	–	20	49
– Łóżka w zakładach	–	–	861	1.800
– Leczeni	–	–	763	1.642

Wyszczególnienie	1990	1995	1999	2000
Hospicja	–	–	15	26
– Łóżka w zakładach	–	–	234	451
– Leczeni	–	–	3.142	5.784
Sanatoria rehabilitacyjne	34	33	28	26
– Łóżka w zakładach	4.634	4.115	4.124	3.601
– Leczeni	29.203	33.283	37.560	41.868
Apteki, w tym:	3.957	6.536	7.875	8.318
– Na wsi:	1.053	1.378	1.527	1.543

* Opracowano na podstawie: Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 265–271.

Ustawiczny wzrost udziału ludzi starych i dożywających starości sędziwej w ogólnej strukturze społecznej postawił nowe zadania i wyzwania przed służbą zdrowia. Zapewnienie tej grupie należnej, gwarantowanej konstytucyjnie, opieki zdrowotnej wymaga stworzenia sieci odpowiednich placówek i zatrudnienia w nich fachowej kadry. W tym względzie, zarówno przed, jak i po reformie służby zdrowia, występowały w Polsce ogromne zapóźnienia, świadczące o wieloletnim ignorowaniu tak prognoz demograficznych, jak i doświadczeń płynących z regionów borykających się z konsekwencjami coraz wyższej stopy starości.

Opieka medyczna nad ludźmi przekraczającymi próg starości jest diametralnie inna od tej, jakiej wymagają dzieci i ludzie młodzi. Zdaniem Krzysztofa Galusa, krajowego specjalisty w dziedzinie geriatrii, „u tej populacji przebieg chorób, ich rozpoznawanie i leczenie jest znacznie trudniejsze, o czym się zapomina (...), skuteczność opieki nad pacjentami w wieku podeszłym zależy przede wszystkim od fachowego przygotowania lekarzy do spełniania tych obowiązków.”²⁷⁸ Tymczasem w 2002 roku w całym kraju było zaledwie 170 lekarzy – geriatrów, a nieliczne, prywatne przychodnie geriatryczne wraz z wprowadzeniem zasady kontraktowania świadczeń medycznych przez kasy chorych – zostały zlikwidowane. W szpitalach nie było oddziałów geriatrycznych, a opieką jaką powinny zapewniać, niezmiennie i nadmiernie obciążane były oddziały wewnętrzne. Dopiero w 1998 roku geriatria i niektóre dziedziny gerontologii stały się przedmiotami obowiązkowymi we wszystkich akademiach medycznych.²⁷⁹ W kształceniu kadr zaczęto uwzględniać też tzw. „wytrobienie progeriatryczne”, co nie zmienia jednak faktu że funkcjonujący w zawodzie od lat, ze specyfiką chorób wieku podeszłego stykali się dopiero po uzyskaniu dyplomu. Obecnie, zgodnie z wzorami europejskimi, do specjalizacji geriatrycznej, obejmującej staże i egzamin państwowy, dopuszczani są tylko specjaliści chorób wewnętrznych, a w perspektywie planowane jest uruchamianie geriatrycznych punktów konsultacyjnych oraz przekształcanie w akademiach medycznych niektórych klinik wewnętrznych na kliniki geriatrii.

²⁷⁸ Informacje Izby Lekarskiej; www.nil.org.pl z 2002 roku

²⁷⁹ Podręczniki do geriatrii, zalecane przez Izby Lekarskie to, między innymi: Pielęgniarstwo geriatryczne. Pod red. K. Galusa z 1998 roku i Podręcznik geriatrii. Pod red. K. Galusa i J. Kocemby z 1999 roku, www.nil.org.pl

Generalnie jednak należy stwierdzić, że wyzwanie jakie polska starość demograficzna postawiła przed służbą zdrowia i systemem kształcenia wykwalifikowanych kadr zostało podjęte zbyt późno, aby na czas zagwarantować pełną opiekę medyczną wszystkim oczekującym jej ludziom starym. W 1999 roku sieć placówek stacjonarnej opieki zdrowotnej wzbogacono o zakłady opiekuńczo-lecznicze (w 2000 roku funkcjonowało już 126 placówek dysponujących 9633 miejscami), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (w 2000 roku – 49 placówek, 1800 miejsc) i hospicja (w 2000 roku – 26 placówek i 451 łóżek), ale potrzeby nadal pozostawały większe, niż możliwości ich zaspokojenia, choć nierzadko (na skutek, czy to braku odpowiedniego przepływu informacji, czy też niekompetencji urzędników) po prostu rozmijały się.²⁸⁰ W kolejnych latach należało spodziewać się ich dalszego pogłębiania, choćby ze względu na ustawiczny wzrost liczebności ludzi starych i narosłe przez lata deficyty zarówno instytucjonalne, jak i kadrowe.²⁸¹

Reforma służby zdrowia z 1999 roku poprzedzona była deklaracjami Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej o przywiązywaniu dużej wagi do problemów zdrowotnych ludzi starych. Do ważnych zadań zreformowanego systemu zaliczano: rozwój medycyny naprawczej, włączenie do programu szkolenia lekarzy rodzinnych świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry oraz potrzebę kształtowania właściwych postaw personelu medycznego wobec ludzi starych i ich problemów. W harmonogramie prac Ministerstwa, przyjętym w „Międzynarodowym Roku Seniora” znalazły się między innymi takie działania jak: zapobieganie wypadkom seniorów w domach, umożliwienie osobom po 60 roku życia bezpłatnego korzystania z obiektów rekreacyjnych, z basenów, usprawnianie działań zwiększa-

²⁸⁰ Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 268, 270

²⁸¹ Bezpieczeństwo zdrowotne ludzi starych wiąże się z dostępem do takich specjalistów jak: geriatra, kardiolog, neurolog, rehabilitant, fizyoterapeuta, pielęgniarka geriatryczna. Kształcenie profesjonalnych kadr do opieki nad tą grupą jest jednak dopiero w fazie początkowej. Poza akademiami medycznymi, wyzwanie podjęły nieliczne szkoły wyższe: w Górnośląskiej Wyższej Szkole Pedagogicznej uruchomiono roczne studia podyplomowe na kierunku: gerontologia, a w Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach dzienne i zaoczne studia licencjackie na kierunku: opieka paliatywna. Według szacunków Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, w ciągu najbliższych ośmiu lat w kraju ma powstać około 60 tys. miejsc pracy dla pielęgniarek, z czego większość powinna posiadać kwalifikacje w zakresie opieki nad osobami niedołącznymi. To kolejne wyzwanie, postawione przed szkolnictwem wyższym

jących efektywność i wsparcie działań samorządów lokalnych. Większość z nich pozostała deklaracjami „na papierze”, bowiem bezpośrednio odpowiedzialne za ich realizację regionalne kasy chorych już po dwóch latach funkcjonowania okazały się być biurokratyzowanymi, deficytowymi i niewydolnymi organizacyjnie molochami, niezdolnymi do zagwarantowania społeczeństwu opieki medycznej na poziomie minimum. W konsekwencji, w „kolejce” do praw pacjenta, do uzyskania pełnego pakietu usług medycznych, ludzi starych rzeczywistość postawiła na szarym końcu.

O ile w okresie ostatnich trzydziestu lat wskaźnik poważnej choroby w starszym wieku nie uległ widocznym zmianom, to, jak wynika z najnowszych badań gerontologicznych, problemy zdrowotne najstarszej populacji w coraz większej mierze obciążają rodzinę. Wzrósł wprawdzie zakres świadczonych usług medycznych i pielęgniarstwa (domowa opieka pielęgniarstwa wzrosła dziesięciokrotnie, a odsetek hospitalizowanych – trzykrotnie), ale brak systemowych rozwiązań w zakresie opieki geriatrycznej poszerzył przestrzeń dzielącą potrzeby społeczne od realnej „wydolności” placówek publicznej ochrony zdrowia. Pojawiło się też wiele problemów, „niewidocznych” w codziennej rzeczywistości, ale głośno artykułowanych przez środowisko geriatrów. Zdaniem Barbary Bień, prezesa Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego: „w opiece nad seniorami niewidoczna jest opieka socjalna, ograniczana do roli interwencyjnej (...) dostęp ludzi starych do usług medycznych uległ zwielokrotnieniu, ale dobroczynne skutki tego procesu nie przekładają się na jakość usług (...) w służbie zdrowia nadal praktykowane jest podejście ukierunkowane na pojedyncze choroby, a zaniedbuje się osiąganie głównego celu leczenia, jakim jest poprawa stanu funkcjonalnego i jakości życia w starości”.²⁸² Na znacznie bardziej drastyczne niedostatki występujące w systemie ochrony zdrowia ludzi starych wskazuje wypowiedź Jarosława Derejczyka, prezesa Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce: „ludzie starzy to grupa najbardziej zaniedbana medycznie, spotyka się nawet zjawiska psychicznego i fizycznego maltretowania osób starych w obiektach służby zdrowia (...) widać tam zachowania dyskryminacyjne z powodu wieku. Są to: przemilczenie problemów chorego (...) pomijanie pytań o zgodę na leczenie instytucjonalne, uzależnianie leczenia od wieku.”²⁸³

²⁸² B. Bień, *Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie*, op. cit., s. 99–100

²⁸³ J. Derejczyk, *Geriatryka a reforma ochrony zdrowia w Polsce*. „Służba Zdrowia” 2001, nr 61–64 (2954–2957)

Ponieważ reforma nie przyniosła oczekiwanych efektów, w 2002 roku opracowano, rozpisany na dwa lata, program jej naprawy. W miejsce przeznaczonych do likwidacji kas chorych, zaproponowano utworzenie Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia, dzielenie środków według klucza programów celowych (na medycynę szkolną, na leczenie nowotworów, profilaktykę, opiekę nad matką i dzieckiem itp.), centralizację w obrębie polityki zdrowotnej, a tym samym i centralną kontrolę wydatków na usługi zdrowotne dla ludności. Uzasadnieniem zmian było ukrócenie mamotrawstwa i ujednoczenie poziomu usług zdrowotnych we wszystkich regionach kraju. Zdaniem autorów projektu, niedopuszczalne było dalsze utrzymywanie patologicznej sytuacji, w której powszechne stało się założenie, że „jeśli ktoś ma pieniądze to żyje, a jeśli nie ma – to nie żyje”. W latach 1999–2002 pacjenci ponosili około 30 % kosztów leczenia i opieki zdrowotnej, choć zgodnie z normami WHO udział ten nie powinien przekraczać 15 %.²⁸⁴ Założenia resortu z pewnością były słuszne, a argumenty czytelne – nie mniej jednak społeczny odbiór zmian raczej krytyczny. Ponieważ „kontreformę” służby zdrowia rozpoczęto od skreślenia z listy leków refundowanych niemal 400 pozycji, a zasady finansowania planowano zmienić z opłat za pacjenta na opłaty za godzinę pracy lekarza, już na wstępnym etapie analizowania propozycji z dużym prawdopodobieństwem można było założyć, że powrót do centralnego sterowania miał obniżyć – podnieść koszty pośrednie, a tym samym nie poszerzy, a wręcz zredukuje poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego potencjalnych pacjentów służby zdrowia. Zmiany wprowadzone w wykazach leków refundowanych, wbrew deklaracjom resortu, więcej korzyści przyniosły też kasom chorych, niż samym chorym. Według symulacji, przeprowadzonej w kwietniu 2002 roku przez Izbę Gospodarczą „Farmacja Polska”, po wprowadzeniu nowych zasad kasy chorych mogły zaoszczędzić 16 % ubiegłorocznych wydatków na refundacje, a udział pacjentów w zakupie leków średnio wzrósł o około 4 %.²⁸⁵ W odpowiedzi na powszechną krytykę zmian, resort zdrowia zadeklarował sukcesywne redukowanie kosztów obciążających pacjentów i systematyczną weryfikację listy leków refundo-

²⁸⁴ Na wysokie koszty opieki zdrowotnej, ponoszone przez pacjentów, ogromny wpływ miały przede wszystkim dwa czynniki: niemal całkowicie sprywatyzowana stomatologia i ustawiczny wzrost cen leków. Por. I. Konarska, Ile kosztuje recepta? „Przegląd” 2002, nr 17 (123)

²⁸⁵ A. Stelmach, Skutki nowych wykazów refundacyjnych., www.mzios.gov.pl z kwietnia 2002 roku

wanych. W I połowie 2002 roku opracowano też rządowy projekt narodowej ochrony zdrowia, z którego za najistotniejsze dla planowanej polityki zdrowotnej kraju należy uznać takie założenia jak:

- likwidację w 2003 roku 17 kas chorych i zastąpienie ich Narodowym Funduszem Zdrowia z 16 oddziałami wojewódzkimi;
- przekazanie kompetencji zawiadywania Funduszem ministrowi zdrowia (wcześniej rady kas chorych powoływane były przez sejmiki wojewódzkie, a od 2003 roku zarówno radę, jak i zarząd Funduszu miał powoływać premier);
- redukcja zatrudnienia w kasach chorych o 1,2 tys. etatów (z 4,8 tys. do 3,6 tys.);
- uznanie za podstawę dystrybucji środków Funduszu planów zdrowotnych, opracowywanych przez samorządy wojewódzkie;
- utworzenie w całym kraju jednolitej i powszechnie dostępnej sieci szpitali publicznych, przy jednoczesnym założeniu, że sprywatyzować będzie można tylko te, które w skład sieci nie wejdą.²⁸⁶

Ten program jednakże spotkał się z krytyką, w tym także Rzecznika Praw Obywatelskich, który uznał iż nie spełnia on konstytucyjnego obowiązku (Art. 68 Konstytucji RP)²⁸⁷ czytelnego określenia, do jakich świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych obywatele będą mieli prawo. Krytyka projektu kontroreformy dotyczyła też centralizacji systemu ochrony zdrowia i pozbawienia ważnych uprawnień decyzyjnych samorządów terytorialnych. Wielomiesięczna dyskusja skoncentrowana wokół pytania „czy lepiej opracować koszyk świadczeń gwarantowanych (rozległa lista usług bezpłatnych), czy też niegwarantowanych (pozostających poza limitem bezpłatności)?” – nie zmieniła faktu, że program naprawy jeszcze przed wprowadzeniem w życie już oceniono jako niezgodny z normami społeczeństwa obywatelskiego.

²⁸⁶ W 2000 roku sieć szpitali w Polsce obejmowała 716 jednostek, w tym 686 publicznych. Zgodnie z projektem kontroreformy, od 2003 roku prawo podpisywania kontraktów z regionalnymi oddziałami NFZ miały uzyskać tylko te szpitale publiczne pozostające w sieci, których nie można sprywatyzować. Mogło to spowodować zarówno rozwój sieci placówek niepublicznych, jak i likwidację wielu szpitali. Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 270; J. Greger, Rząd o zdrowiu, www.mzios.gov.pl z 2002 roku

²⁸⁷ Art. 68, p. 1 Konstytucji stanowi: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, a p. 2: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Konstytucja... op. cit.

Polityka zdrowotna, będąca integralną częścią polityki społecznej państwa, determinowana jest kompatybilnym związkiem czterech czynników: politycznych, ekonomicznych, demograficznych i zdrowotnych.²⁸⁸ W wielkim uproszczeniu można stwierdzić, że w rozległej perspektywie czasowej jej dotychczasowym skutkiem jest zarówno coraz dłuższe średnie dalsze trwanie życia, jak i coraz niższy poziom zdrowotności współczesnego społeczeństwa. Ludzie żyją coraz dłużej i oczekują od państwa realizacji, gwarantowanego im konstytucyjnie, prawa do ochrony zdrowia. Zadaniem władz jest zatem znalezienie consensusu między stanem finansów publicznych, a prawami obywateli. Takie są reguły funkcjonowania państwa demokratycznego. I nawet, jeśli proces modyfikowania systemu wymagał będzie, niechętnie postrzeganego, rozłożenia w czasie – to trzeba uznać go za absolutny priorytet. Konieczność tę narzucają bowiem zarówno standardy europejskie, jak i prognozowane dalsze narastanie starości demograficznej.

2. Zabezpieczenie społeczne

Podstawowe zadania zabezpieczenia społecznego to: pomoc w leczeniu, gwarancja środków utrzymania i kompensacja zwiększonego obciążenia budżetu rodzin. Lucyna Frąckiewicz, powołując się na Jerzego Piotrowskiego, układ ten określiła mianem „triady” zadań, które realizuje się za pomocą przynajmniej trzech technik administracyjno-finansowych: ubezpieczeniowej, zaopatrzeniowej i opiekuńczej.

Technika ubezpieczeniowa polega na organizowaniu grup i jednostek o podobnym poziomie zagrożenia ryzykiem, które w zamian za uiszczanie systematycznych składek na określone fundusze zyskują pełną gwarancję rekompensat pieniężnych wówczas, gdy zaistnieje zagrożenie lub stan, sytuacja będące przedmiotem umowy (np. wypadek, niepełnosprawność, choroba, uzyskanie uprawnień emerytalnych). Na tej zasadzie działają fundusze emerytalno-rentowe, zdrowotne i ubezpieczeniowe (OC, AC, NW). Technika oparta jest na dwustronnym przy-
musie, jako że zarówno świadczenia na fundusze, jak i wypłata rekom-

²⁸⁸ L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*. (w:) *Polityka społeczna*, wybrane zagadnienia. Pod red. L. Frąckiewicz, Warszawa 1983; B. Zasępa, *Ubezpieczenie społeczne*. (w:) *Polityka społeczna*. Zarys wykładu wybranych problemów, op. cit., s. 239–274; T. Szumlicz, *Modele polityki społecznej*, Warszawa 1994; W. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź 1996, s. 37

pensat są obowiązkowe. System, zreformowany w Polsce w 1999 roku, w założeniach miał odciążyć budżet z ogromnych wydatków na rzecz ustawowo gwarantowanych obywatelom rent i emerytur.²⁸⁹ Według projektu obejmował trzy filary, z którego III nie zdołał ruszyć nawet po upływie trzech lat, a II, mimo obligatoryjnych deklaracji wszystkich osób pracujących poniżej 50 roku życia – nadal pozostał mało czytelny i mało wiarygodny. System reformy emerytalnej w Chile (z którego zaczerpnięto wzorce) sprawdził się nie dlatego, że był uniwersalny, tylko dlatego, że równoległe z jego wprowadzeniem zastosowano stymulatory ożywienia gospodarczego (ulgi podatkowe, preferencje dla tworzących miejsca pracy, odpisy podatkowe dla uiszczających składki na przyszłe emerytury). W Polsce były inne realia gospodarcze i inne też uruchomiono bodźce dla uzyskania zakładanej skuteczności zmian. Dopuszczono pełną swobodę rozwoju rynku funduszy emerytalnych (rozproszenie środków zwiększyło koszty obsługi) i nie wprowadzono żadnych finansowych ulg dla zainteresowanych inwestowaniem w swoją przyszłość. Pierwsze, udostępnione opinii społecznej, symulacje zakładanych zysków ostatecznie też wielu zniechęciły do oszczędzania w III filarze. Ewentualna opłacalność, przewidywana po 25–30 latach, dla zmęczonych codziennymi problemami, była czystą futurologią. Nie bez znaczenia dla problemów z pełnym wdrożeniem założeń reformy w kraju było też coraz mniejsze zaufanie społeczeństwa do instytucji, władzy i struktur państwa oraz pogłębiające się bezrobocie i bieda ludzi młodych, którzy byli głównymi adresatami zmian w systemie ubezpieczeń społecznych.

Wprowadzenie reformy emerytalnej w 1999 roku nie zmieniło wprawdzie sytuacji licznej grupy uprawnionych do korzystania ze świadczeń ZUS, ale, zgodnie z przyjętymi założeniami, w przyszłości miało zapewnić płynność finansów publicznych i pomóc w urzeczywistnieniu sprawiedliwej zasady, iż na jakość życia na emeryturze każdy pracuje sam. Już po dwóch latach okazało się jednak, że niewydolna, ociężała i zbiurokratyzowana machina ZUS nie była i nie jest przygotowana do sprostanania zadaniu, jakie przed nią postawiono. Płatnicy składek nie byli informowani o stanie swoich kont, a zadłużenie ZUS wobec Otwartych

²⁸⁹ Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999, s. 611; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 173

Funduszy Emerytalnych (OFE), do których zobowiązany był na bieżąco przekazywać środki, pod koniec 2001 roku wynosiło według różnych szacunków od 5,5 mld do 6,2 mld zł.

Poza powszechnym przekonaniem, że obligatoryjne składki emerytalne tak naprawdę nikomu nie gwarantują w przyszłości godziwych świadczeń i że część z nich przeznaczana jest na bieżące zobowiązania płatnicze ZUS, społeczeństwo niewiele wiedziało o ewentualnej skuteczności reformy. Zdaniem ekspertów Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych, procedury biurokratyczne, jakimi obudowano cały system przepływu środków z ZUS do OFE, nie dawały podstaw do optymistycznego rokowania co do ostatecznych efektów zmian w obrębie polskiego systemu emerytalnego. Pesymizm opierał się na bardzo racjonalnych przesłankach. Należały do nich bardzo wysokie koszty obowiązkowego informowania klientów OFE o stanie ich kont (koszty poleconych przesyłek pocztowych szacowano na ponad 37 mln zł rocznie) oraz ogromne korzyści uzyskiwane przez ZUS za przekazywanie składek obywateli do OFE (były to koszty na poziomie 0,8 % składki, choć wystarczająco wysoki zysk ZUS mógł uzyskać pobierając 0,2 % składki).²⁹⁰ Biurokratyczna machina pochłaniała w konsekwencji gros wpłat obywateli, nie ponosząc w zasadzie odpowiedzialności ani za błędy, ani za opieszałość, ani za brak szacunku dla tych, których prawnie zobowiązano do jej utrzymywania.

System komputerowy ZUS w 2002 roku, czyli po czterech latach od wprowadzenia w życie reformy emerytalnej, nadal nie działał sprawnie. Zaległości w przekazywaniu składek na konto odpowiednich funduszy emerytalnych skutkowały nie tylko powszechnym brakiem pewności społeczeństwa, co do zasadności ich odprowadzania, ale i potęgowały narastanie strat skarbu państwa. Niezależnie bowiem od kondycji finansowej poszczególnych funduszy emerytalnych, od błędów popełnianych przez ZUS, wynikających z nieprawidłowego i nieprofesjonalnego zarządzania środkami, państwo musiało comiesięcznie gwarantować wypłaty świadczeń emerytom i rencistom. Ta coraz liczniejsza grupa społeczna w grudniu 2000 roku obejmowała 9.413 tys. osób, stanowiąc 24,4 % ogółu społeczeństwa polskiego. W tym samym czasie liczba aktywnych zawo-

²⁹⁰ I. Estko, *Fundusze emerytalne. Postulaty IGTE*, Warszawa 2002; II i III Filar Ubezpieczeń Emerytalnych. Demograficzne i społeczne uwarunkowania ubezpieczeń. Pod red. A. Rączaszka, Katowice 1999, *passim*

dowo pracujących obejmowała 14.540 tys. osób, stanowiąc 37,6 % ogółu społeczeństwa.²⁹¹

Po trzech latach wdrażania reformy emerytalno-rentowej nadal funkcjonowały tylko dwa filary. Zdaniem analityków rynku, funkcjonowanie funduszy emerytalnych nie było jednak satysfakcjonujące, jako że z każdego 100 zł przekazywanych w ramach składki do II filaru, na przyszłe emerytury, szacunkowo pracowało 92–93 zł. Koszty obsługi środków gromadzonych na kontach przyszłych emerytów były zbyt wysokie, aby w przyszłości gwarantować godziwy ekwiwalent. Trudno też o pozytywną ocenę pracy OFE, jeśli oddane do ich dyspozycji składki były źle gospodarowane i dawały płatcom je osobom mniejszy zysk, niż lokaty w funduszach lub obligacjach państwowych. Wysokie koszty obsługi funduszy sugerowały konieczność ich konsolidacji i poszerzenia potencjalnych możliwości inwestycyjnych, ale decyzje takie, z trudnych do wytłumaczenia przyczyn, nie były podejmowane.

Reforma była jednak konieczna z uwagi na brak możliwości dalszego finansowania gwarantowanych świadczeń z funduszy państwa, bowiem od lat prognozy demograficzne wyraźnie wskazywały, iż liczebność ludności wytwarzającej PKB będzie maleć, a liczebność ludności zawodowo biernej będzie rosła. W latach 1970–1995 liczba osób pracujących w Polsce zmalała z 16.406 tys. do 15.305 tys. osób; liczba biernych zawodowo (emeryci, renciści, bezrobotni) wzrosła z 2.422 tys. do 11.781 tys. osób, a relacje biernych do aktywnych zawodowo uległy wyjątkowo niekorzystnym zmianom. O ile w 1970 roku na 100 pracujących przypadało w Polsce 15 osób, to w 1995 roku na 100 pracujących przypadało już 77 osób biernych zawodowo. Poprawę i to tylko w perspektywie czasu może przynieść wyłącznie zasada indywidualnej i obowiązkowej, wieloletniej kumulacji środków na wypadek własnej starości, niepełnosprawności bądź bezrobocia, czyli gros działań należy przesunąć z kategorii technik zaopatrzeniowych i opiekuńczych do ubezpieczeniowych.

Specyficzną formą są ubezpieczenia rolników, które, mimo wielokrotnej od 1953 roku modyfikacji ustaw, nadal wymagają dotacji z budżetu

²⁹¹ W grudniu 2000 roku ludność Polski obejmowała 38.646 tys. osób. Zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy stanowili wówczas 12.916 tys., czyli 42 % ogółu ludności w wieku 15 lat i więcej, 74,5 % ogółu aktywnych zawodowo i 88,8 % ogółu aktywnych zawodowo pracujących. Bezrobocie rejestrowane obejmowało 2.760 osób. Por. Rocznik Statystyczny, Warszawa 2001, s. 133

państwa. Wpływy ze składek, wysokość których ustalana była pierwotnie na podstawie wartości wytworzonych i sprzedanych produktów, nigdy nie pokrywały kosztów świadczeń ubezpieczeniowych dla tej grupy ludności (emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy i z tytułu przekazania gospodarstwa rolnego państwu lub następcy, renty rodzinne). Przez wiele lat w Polsce powojennej jedynym sposobem dla rolników na korzystanie z ubezpieczenia było łączenie pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym z pracą w zakładzie państwowym. Stąd też powstała liczna, specyficzna grupa polskich chłoporobotników, obejmująca około 2 mln osób. Ubezpieczenie rolnika indywidualnego gwarantowało prawo do świadczeń całej jego rodzinie. W latach siedemdziesiątych system ubezpieczeń rolników zatrudnionych w PGR został zrównany z systemem ubezpieczeń pracowniczych, ale cały system reformowany był etapowo przez wiele lat. Rolnicy zobowiązani byli już w latach osiemdziesiątych do płacenia składek ubezpieczeniowych (ich wysokość ustalana była na podstawie wartości wytworzonych produktów), ale pokrywały one w zasadzie zaledwie 1/3 wypłacanych im świadczeń. Według Lucyny Frąckiewicz, jeszcze w latach osiemdziesiątych stanowiły zaledwie 1/3 wydatków Funduszu Ubezpieczenia Społecznego Rolników.²⁹²

Ubezpieczenia rolnicze w zasadzie zawsze były dofinansowywane z budżetu państwa i stanowiły ogromne jego obciążenie. Duży wpływ na taki stan rzeczy miał proces ustawicznego starzenia się demograficznego wsi i bardzo liberalne warunki uczestniczenia w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).²⁹³ Ludzie młodzi migrowali do miast,

²⁹² System ubezpieczeń społecznych rolników i ich rodzin wprowadzono w 1953 roku, ale dopiero w latach siedemdziesiątych zrównano go z systemem ubezpieczeń pracowniczych. Kwestie zaopatrzenia emerytalnego dla członków gospodarstw rolnych regulowano ustawami z lat: 1962, 1968, 1973, 1977, 1982. Do 1999 roku, czyli do czasu wprowadzenia reformy systemu emerytalnego, najstarsi mieszkańcy wsi – rolnicy przekazywali państwu swe gospodarstwa, za co uzyskiwali tzw. „renty rolnicze”. Składki i przekazywanie własności rolników nigdy jednak nie pokrywały kosztów uzyskiwanych przez nich później świadczeń, choć relatywnie do kosztów utrzymania były bardzo niskie, średnio oscylowały na granicy minimum socjalnego. Por. L. Frąckiewicz, *Polityka społeczna...* op. cit., s. 204 i nast.

²⁹³ Jako instytucja ubezpieczeniowa, KRUS przez lata była nieszczelna, nierentowna i niezwykle kosztowna dla budżetu państwa. Ze względu na niskie, zryczałtowane, kwartalne składki i brak kontroli nad sposobem wykorzystania posiadanej ziemi, korzystali z niej także wykonujący zawody pozarolnicze. W 2002 roku rząd opracował projekt ustawy nowelizującej zasady funkcjonowania KRUS

a na wsiach pozostawali głównie starzy, niepełnosprawni, uprawnieni do różnego typu świadczeń. Wolny rynek zmienił sytuację rolników. Obecnie zabiega się raczej o ich usamodzielnienie gospodarcze, niż przekazywanie ziemi państwu. Niemniej jednak (mimo wprowadzenia reformy) świadczenia społeczne dla rolników nadal finansowane są głównie z budżetu państwa – w 2002 roku już w 89 %. To kosztowne zobowiązania, które nie podobają się Unii Europejskiej i stąd coraz wyraźniejsze głosy na temat konieczności zredukowania i zreformowania polskiego rolnictwa. W konfrontacji ze standardami europejskimi jest ono zacofane, niezgodne z regułami produkowania zdrowej żywności i w konsekwencji mało konkurencyjne. Mimo ogromnego obciążenia dla budżetu państwa, jakim przez kilkadziesiąt lat były dopłaty do świadczeń ubezpieczeniowych rolników indywidualnych, emerytury i renty uzyskiwane przez tę grupę zawsze były znacznie niższe od wypłacanych z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych. W 1999 roku przeciętna miesięczna emerytura i renta rolników indywidualnych stanowiła 69,1 % tejże wypłacanej z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych.²⁹⁴

Niezależnie od zasad i wysokości składek, prawo oparte na technice ubezpieczeniowej ma charakter podmiotowy, a rodzaje i wysokość świadczeń ustalane są zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami szczegółowymi. Z uwagi na zbyt słabe, w stosunku do potrzeb, upowszechnienie tej techniki w Polsce (np. brak ubezpieczenia na starość, na wypadek bezrobocia), gros odpowiedzialności związanej z gwarancją środków utrzymania dla wszystkich obywateli nadal spoczywa na państwie.

Technika zaopatrzeniowa polega na udzielaniu materialnego wsparcia osobom, które z różnych przyczyn utraciły zdolność samodzielnego pozyskiwania środków na swoje utrzymanie. To forma kompensacji, udzielanej przez państwo w celu zapewnienia wszystkim obywatelom możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb. Świadczenia zaopatrzeniowe finansowane są z budżetu państwa i budżetów gmin, czyli ze środków, jakie osoby uzyskujące dochody odprowadzają w formie podatków. Gwarantowane konstytucyjnie prawo do zaopatrzenia społecznego także

²⁹⁴ W 1999 roku przeciętna miesięczna emerytura i renta z systemu pozarolniczego wynosiła 813,70 zł (stanowiąc 63,5 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej), a przeciętna miesięczna emerytura i renta rolników indywidualnych 562,56 zł (czyli zaledwie 44 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto). Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 173–174

ma charakter podmiotowy. Do jego realizacji zmusza zasada sprawiedliwości społecznej i solidaryzmu społecznego.

Świadczenia pozaemerytalne – to różnego rodzaju formy pomocy materialnej i w naturze, nie posiadającego charakteru obligatoryjnego i dożywotniego. Wypłaca się je okresowo, adekwatnie do czasu trwania niezdolności do pracy (renty, zasiłki) lub braku samodzielności finansowej.

Podstawowe świadczenia pieniężne – okresowe	Podstawowe świadczenia w naturze – okresowe
<ul style="list-style-type: none"> – zasiłki chorobowe i świadczenia wypadkowe – świadczenia rehabilitacyjne – zasiłki wyrównawcze (do kwoty obowiązującego min. socjalnego) – renty rodzinne, zasiłki macierzyńskie porodowe i wychowawcze – zasiłki opiekuńcze 	<ul style="list-style-type: none"> – świadczenia położnicze i rehabilitacyjne – zaopatrzenie w leki i sprzęt ortopedyczny – zaopatrzenie w środki opatrunkowe i protezy – świadczenia związane z finansowaniem pobytów w domach opieki społecznej

Świadczenia realizowane w ramach zaopatrzenia społecznego nie wiążą się z uiszczanymi składkami. Finansowane są z budżetu państwa, a obejmują zarówno pomoc pieniężną (emerytury i renty wojskowe, dodatki do tych świadczeń i zasiłki pogrzebowe) jak i w naturze (opieka lecznicza, rehabilitacyjna, pobyt w domu emeryta wojskowego), a ich odbiorcami są pracownicy służb mundurowych, kombatancki i inne osoby, spełniające kryteria ustawowe.

Specyficzną dla polskiej transformacji, jako że wygenerowaną narastającym bezrobociem, formą zaopatrzenia społecznego są zasiłki i świadczenia przedemerytalne²⁹⁵, gwarantujące osobom w wieku niemobilnym, w sytuacji utraty pracy, stałe źródło dochodu, do momentu uzyskania prawa do świadczeń emerytalnych. Podobnie jak emerytury i renty, są cyklicznie waloryzowane, a korzystający z nich nie mają obowiązku zgłaszania się do urzędów pracy w celu potwierdzenia gotowości do podję-

²⁹⁵ Zasiłki i świadczenia przedemerytalne zostały wprowadzone 1 stycznia 1997 roku. Od tego czasu warunki ich uzyskiwania były wielokrotnie zmieniane, równoległe z modyfikacjami wprowadzanymi do Ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu z 14 grudnia 1994 roku ze zmianami. Tekst jednolity: Dziennik Ustaw z 2001 roku, Nr 6, poz. 56

cia pracy. Mogą natomiast osiągać dochody z innego tytułu niż zatrudnienie do kwot nie przekraczających najniższego wynagrodzenia.²⁹⁶

Według stanu na 1.I.2001 roku	Zasiłki przedemerytalne	Świadczenia przedemerytalne
Warunki przyznania	<ul style="list-style-type: none"> – status osoby bezrobotnej – nabycie prawa do zasiłku dla bezrobotnych – staż pracy uprawniający do zasiłku (30 lat dla kobiet i 35 lat dla mężczyzn) – wymagany okres zatrudnienia, uprawniający do emerytury 	<ul style="list-style-type: none"> – status osoby bezrobotnej – nabycie prawa do zasiłku dla bezrobotnych – wiek co najmniej 58 lat dla kobiet i 63 lata dla mężczyzn – wymagany okres zatrudnienia (co najmniej 35 lat dla kobiet i 40 lat dla mężczyzn)
Wysokość	<ul style="list-style-type: none"> – zwykle – 120% kwoty zasiłku przysługującego bezrobotnym, posiadającym co najmniej 5-letni okres uprawniający do zasiłku – podwyższone – 160% kwoty w/w, ale nie więcej niż 90% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 12 miesięcy (dot. zamieszkałych w rejonach administracyjnych uznanych za szczególnie zagrożone bezrobociem strukturalnym i zwolnionych z przyczyn dot. zakładów pracy) 	<ul style="list-style-type: none"> – 90% kwoty emerytury, jaka przysługiwałaby danej osobie, gdyby posiadała wiek uprawniający do emerytury (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn) – wysokość świadczenia nie może być niższa od zasiłku przedemerytalnego

Te formy zabezpieczenia społecznego dla wielu pozostających bez pracy, a z racji wieku i wykształcenia niezdolnych do przekwalifikowania się, stanowią ważną gwarancję bezpieczeństwa socjalnego przed uzyskaniem uprawnień emerytalnych. Warto zwrócić uwagę na fakt, że ogromne zapotrzebowanie na tego typu kompensaty stanowi dowód na powszechne eliminowanie z rynku pracy ludzi przed przekroczeniem

²⁹⁶ Szczegółowe warunki przyznawania zasiłków i świadczeń przedemerytalnych zawarto w cytowanej Ustawie. T. Olejarz, Zasiłki i świadczenia przedemerytalne według aktualnego stanu prawnego. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2001, nr 4, s. 31–36

przez nich ustawowej granicy starości. O skali zjawiska świadczą statystyki urzędów pracy, z których wynika, że co miesiąc kilka tysięcy osób traci w Polsce status bezrobotnego, zmieniając go na status emeryta.²⁹⁷

Technika opiekuńcza stanowi uzupełnienie dwóch wcześniej omówionych, jako że ma charakter uznaniowy, fakultatywny i polega na kierowaniu różnorodnych środków, form pomocy do wszystkich potrzebujących wsparcia (przy zdiagnozowaniu takich przypadków jak: brak samodzielności ekonomicznej lub fizycznej, choroby psychiczne, starość, sieroctwo, wielodzietność, bezrobocie, bieda).

Za realizację wszelkich form składających się na technikę opiekuńczą oraz za dystrybucję usług i świadczeń odpowiedzialne są jednostki administracji terenowej (na szczeblu gmin, powiatów i województw) oraz stowarzyszenia wyższej użyteczności (PCK, PKPS, TPD i inne). System ten, podobnie jak zabezpieczeniowy, realizowany jest z funduszy publicznych, co oznacza, że koszty marginalizacji, pauperyzacji, określonych grup i jednostek ponosi całe społeczeństwo. Zasady przyznawania pomocy regulowane są szczegółowymi przepisami obowiązujących w danym okresie ustaw.

W ramach wszystkich wymienionych technik i zgodnie z międzynarodową Konwencją nr 102, zabezpieczenie społeczne w Polsce obejmuje: pomoc leczniczą, zasiłki chorobowe i powypadkowe, zasiłki dla bezrobotnych, świadczenia emerytalne, rentowe i na rzecz ochrony macierzyństwa, zaopatrzenie osób niepełnosprawnych oraz zaopatrzenie rodzin w sytuacji śmierci żywiciela.²⁹⁸ W praktyce, system zabezpieczenia społecznego w Polsce, poza systemem świadczeń emerytalno-rentowych, obejmuje swym zasięgiem ubezpieczenia rolników, świadczenia pozaemerytalne, zaopatrzeniowe i w zakresie pomocy społecznej.

²⁹⁷ Z informacji GUS wynika, że co miesiąc ze statystyk urzędów pracy wykreślanych jest ponad 3 tys. osób z powodu nabycia praw emerytalnych i około 300–400 tys. osób z powodu uzyskania świadczeń przedemerytalnych. Miesięczne informacje o bezrobociu w Polsce, www.stat.gov.pl/serwis

²⁹⁸ Konwencja nr 102 o minimalnych normach zabezpieczenia społecznego została uchwalona w 1952 roku na Sesji Międzynarodowej Organizacji Pracy i do dziś jest najważniejszym dokumentem międzynarodowym dla wszelkich rozstrzygnięć w tej dziedzinie. Na bazie Konwencji, Rada Europy opracowała Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego (1964 rok) i Europejską Kartę Społeczną (1961 rok; Protokół Dodatkowy z 1988 roku i zrewidowanie dokumentu w 1996 roku), zapisy których obligują kraje członkowskie do ustawicznego zwalczania ubóstwa i jego różnorodnych skutków

Skuteczność działań w zakresie realizacji zadań zabezpieczenia społecznego w dużej mierze zależy od kondycji finansów publicznych państwa, choć pozostaje w ścisłym związku także z ekonomiczną kondycją całego społeczeństwa – jego potencjalnym zapotrzebowaniem na pomoc. Skuteczność działań w warunkach gospodarki rynkowej nie może być jednak tożsama z nadmiernym i kosztownym interwencjonizmem oraz zachowywaniem zasad państwa opiekuńczego. O tym jak trudno tę skuteczność uzyskiwać, nie tracąc przy tym płynności finansów publicznych, świadczyć może choćby proces wdrażania w Polsce reformy systemu emerytalnego. Jej efektem końcowym ma być przełożenie znakomitej części odpowiedzialności za jakość życia po przejściu na emeryturę z państwa na obywateli. Aby jednak tak się stało, sprawnie muszą funkcjonować wszystkie trzy filary ubezpieczeniowe, a doświadczenia z lat 1999–2002 pokazują raczej znikome zainteresowanie społeczeństwa inwestowaniem w III – w istocie najważniejszy, filar. Niechęci w podejmowaniu odpowiedzialności jednostkowej za swoją starość, towarzyszy narastająca roszczeniowość obywateli wobec państwa oraz coraz większe zapotrzebowanie społeczne na różne formy działań socjalnych – osłonowych (świadczeń materialnych, usługowych oraz interwencyjnych).

Tabela 30. Wydatki budżetu państwa na ubezpieczenia społeczne w latach 1997–2000*

Ubezpieczenia społeczne – wydatki (w %)	ROK			
	1997	1998	1999	2000
– do ogółu wydatków	16,9	18,0	21,3	24,3
– do PKB	b.d.	4,6	4,8	5,4

*Źródło: Roczniki Statystyczne, Warszawa 1998, s. 471; 1999, s. 502; 2000, s. 497; 2001, s. 486

W 2002 roku świadczenia uzyskiwane z ZUS uzupełniało w Polsce pracą zarobkową 600 tys. rencistów i 500 tys. emerytów (11,7 % ogółu tej grupy społecznej).²⁹⁹ Wówczas to rząd przyjął projekt ustawy ograni-

²⁹⁹ Pracujący emeryci i renciści, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zobligowani byli do płacenia podatków i składek na ubezpieczenia, a wysokość uzyskiwanych dochodów podlegała ustawowej regulacji. Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 października 1998 roku. Dziennik Ustaw Nr 137, poz. 887 ze zmianami; Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 roku. Dziennik Ustaw Nr 28,

czającej możliwości zarobkowania przez świadczeniobiorców rent i emerytur. Ograniczenia miały mieć charakter dwukierunkowy i obejmować: zobowiązanie pracodawców do opłacania za każdego zatrudnionego emeryta lub rencistę siedmiokrotnie wyższej składki na Fundusz Pracy (z 2,45 % do 17,5 % zarobków brutto) oraz dwuletni zakaz kontynuacji zatrudnienia w rodzimym zakładzie pracy po uzyskaniu świadczeń emerytalnych.³⁰⁰ Z jednej strony zakładane rozwiązania, mające służyć redukowaniu bezrobocia, można uznać za działania konieczne; z drugiej zaś za zdecydowanie niewystarczające dla poprawy sytuacji na rynku pracy.

Problem można analizować dwojako: z perspektywy polityki społecznej i interesów poszczególnych grup społecznych. Z punktu widzenia rozwiązań systemowych, służących wypracowaniu sprawnego mechanizmu dającego poczucie sprawiedliwości społecznej, propozycję można oceniać pozytywnie, jako, że wszelkie formy zabezpieczenia społecznego wynikają w określonych umów. Jedną z nich jest przyjęcie, iż emerytura stanowi gwarancję uzyskiwania stałych dochodów w sytuacji braku możliwości dalszego wykonywania pracy zawodowej. To forma tzw. „ryzyka systemu ubezpieczeń społecznych”, która uruchamiana jest jako świadczenia zastępcze dla pozbawionych dochodów z pracy zarobkowej. W warunkach braku miejsc pracy dla ludzi młodych trudno zatem za normalne uznać fakt pozostawania na swoich stanowiskach tych osób, które skorzystały z przywileju tzw. „wcześniejszego przejścia na emeryturę”. Nie należące do rzadkości tego typu zachowania stanowiły naruszenie norm umowy społecznej, stąd też za absolutnie zasadne należy uznać propozycje mające na celu wyeliminowanie ich z praktyk życia codziennego. Na ich tle wcześniejsza emerytura przestała być postrzegana w kategoriach przywileju, zyskując tym samym miano „świadczenia na wymarcu”.

poz. 153 ze zmianami. Komentarz: B. Zabieglińska, Ubezpieczenia społeczne dla osób mających ustalone prawo do emerytury bądź renty. „Służba Pracownicza” 2001, nr 11 (345), s. 21 i nast.

³⁰⁰ Proponowane rozwiązanie nie dotyczyło rencistów z I i II grupą inwalidzką oraz osób zarabiających poniżej najniższego wynagrodzenia brutto. W czasie prac nad ustawą wynosiło ono w Polsce 760 zł. Twórcy nowelizacji założyli jednocześnie, że proponowane ograniczenia nie działałyby wstecz, tzn. że zakaz łączenia pracy ze świadczeniem dotyczyłby tylko przechodzących na emeryturę po wejściu w życie zmienionej ustawy

Emerytura i praca na pełnym etacie to ewidentne uprzywilejowanie jednych kosztem drugich, w tym przypadku bezrobotnych, nierzadko ludzi młodych, wykształconych, a pozbawionych zarówno świadczeń pomocowych, jak i możliwości podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej. Problem należy postrzegać nie tylko w kategorii zasad moralnych, poczucia solidaryzmu społecznego, ale i w kategorii określonych skutków ekonomicznych, niekorzystnych efektów finansowania świadczeń dla kosztów pracy i dla tworzenia nowych miejsc pracy. Z punktu widzenia emerytów, których niskie świadczenia zmuszają do „dorabiania”, z pewnością jest to „zamach” na ich prawa, ale przy rozstrzyganiu tego sporu należy uwzględnić fakt, iż obecne pokolenie polskich emerytów nie jest jeszcze tym, które czerpie świadczenia z wcześniejszych składek, ale uzyskuje je w wyniku redystrybucji. Nie jest to wina ani emerytów, ani tych, którzy na ich świadczenia pracują. To wina minionego systemu, ale skutki muszą ponosić wszyscy.

Nowy system, dający możliwość samodzielnego gromadzenia oszczędności na własną starość, przyniesie określone efekty najwcześniej za 20 lat. Trudny okres przejściowy, wzmacniany zarówno kryzysem finansów publicznych, jak i narastającą starością demograficzną oraz wejściem na biedny, skurczony fiskalizmem państwa rynek pracy pokolenia wyżu demograficznego, powoduje konieczność utrzymywania bardzo wysokich kosztów pracy, z czego większość stanowią składki na ZUS. Pokolenie pracujących jeszcze przez wiele lat obciążone będzie finansowaniem emerytur. Dlatego najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie elastycznego wieku emerytalnego, na przykład w przedziale 60–70 lat i: z jednej strony możliwie długie funkcjonowanie zawodowe (dłuższy czas gromadzenia składek na swoim koncie funduszy emerytalnych); z drugiej zaś dokonywanie świadomych wyborów między emeryturą i pracą zarobkową (albo stan zdrowia, zmęczenie, obowiązki rodzinne zmuszają do skorzystania z wcześniejszej emerytury, albo dalsze funkcjonowanie zawodowe w rodzimym zakładzie pracy, ale bez prawa do świadczeń). Praca daje nie tylko gwarancję wyższych dochodów, ale i sprzyja integracji społecznej, stąd też nikomu nie można jej w demokratycznym państwie zabronić, ale wychodząc z założenia, że każdy ma prawo i do emerytury i do dalszej pracy w pełnym wymiarze godzin, można stworzyć specyficznego „mu-

tanta prawnego”, burzącego wszelkie zasady ekonomii, prakseologii i sprawiedliwości społecznej. Zamysłem twórców noweli ustawowej nie było zatem „odbieranie” emerytom miejsc pracy, aby mogli je zająć bezrobotni, ale uregulowanie zasad generujących sytuację na rynku pracy. Główny problem to koszty wypłacanych emerytur, które poprzez wysoką składkę na ZUS podnoszą koszty pracy i ograniczają motywację pracodawców do tworzenia nowych miejsc pracy. Trudno też liczyć na pełne poparcie społeczne dla jakiejkolwiek propozycji zmian, jako że każda ogranicza czyjeś prawa, przywileje, bądź też zmusza do zmiany dotychczasowego trybu życia.

Jednym z argumentów krytycznych, podnoszonych w społecznej debacie nad skutkami ustawy niosącej ograniczenia w zatrudnianiu świadczeniobiorców ZUS, było podkreślanie słabej siły nabywczej najniższych rent i emerytur. Trzeba przyznać, że najniższe świadczenia od lat utrzymują się w Polsce na poziomie minimum socjalnego, ale nie można pomijać faktu, że uzyskują je tylko ci, którzy w czasie przejścia na emeryturę legitymują się niewielkim stażem pracy (20–25 lat) i niskimi dochodami z pracy zarobkowej. Świadczenia emerytalne i rentowe podlegają ustawowej, cyklicznej waloryzacji w celu zachowania lub zbliżenia ich realnej wartości nabywczej do wzrostu cen towarów i usług. Waloryzacja przeprowadzana jest raz (od 1 czerwca) lub dwa razy w roku (od 1 marca i od 1 września) i zależy od wskaźnika inflacji, prognozowanego na dany rok wzrostu cen.³⁰¹ W praktyce traktowana jest przez władzę publiczną jako pole potencjalnych poszukiwań oszczędności finansowych. W miarę obniżania poziomu inflacji, zmniejsza się częstotliwość podwyżek świadczeń i wydłuża czas oczekiwania między kolejnymi terminami waloryzacji. O ile z ekonomicznego punktu widzenia jest to zasadne, to ze społecznego – zawsze skutkuje nienadążaniem mechanizmów kompensat za wzrostem realnych kosztów utrzymania.

³⁰¹ Polska nie ratyfikowała dotychczas żadnej konwencji, istotnej dla stworzenia czytelnego i sprawiedliwego systemu waloryzacji świadczeń emerytalnych. Brakuje zatem gwarancji dostosowywania świadczeń do zmieniających się warunków ekonomicznych. Warto tu wymienić: Konwencję nr 102 z 1952 roku o minimalnej normie zabezpieczenia społecznego i repartycyjnej metodzie finansowania świadczeń oraz Konwencję nr 128 z 1967 roku o świadczeniach w razie inwalidztwa, na starość i w razie śmierci żywiciela rodziny. Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z 17 grudnia 1998 roku. Dziennik Ustaw Nr 162, poz. 1118 z późniejszymi zmianami; Evalu-

Przeciętne emerytury w Polsce w skali makro, relatywnie do uzyskiwanych wcześniej dochodów, nie są jednak niskie. Dobitnie podkreślają to politycy społeczni. Stopień zastępowalności wynosi około 60 % przeciętnej płacy, co w sytuacji pełnego finansowania świadczeń z systemu państwowego jest bardzo poważnym i właściwie bezprecedensowym w Europie obciążeniem budżetu, bardzo wysoką przeciętną stopą zastąpienia. Zdaniem Stanisławy Golinowskiej, członka Rady Strategii Społeczno-Gospodarczej, w Polsce nadal funkcjonuje stereotyp emeryta biednego, ale jego bieda nie wynika z systemu emerytalnego lecz powodowana jest utrudnionym dostępem do leków, do świadczeń medycznych, trudnościami integracyjnymi oraz „brakiem tolerancji dla mniejszej sprawności w życiu codziennym zdominowanym pośpiechem i bezinteresowną nieżyczliwością”.³⁰² Niemniej jednak warto zastanowić się nad funkcjonowaniem mechanizmu waloryzacji świadczeń emerytalnych w przyszłości, jako że przy dalszym spadku inflacji może ona stracić podstawy funkcjonowania. Brak waloryzacji, (podobnie jak i jej symboliczny charakter) spowoduje spadek poziomu świadczeń emerytalnych względem płac, łamiąc tym samym zasadę traktowania ich jako dochodu zastępczego w stosunku do wynagrodzenia za pracę.

Polska od lat należy do czołówki świata pod względem liczebności grupy osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. W 2002 roku na 1000 osób pracujących przypadło aż 200 rencistów, podczas gdy w Niemczech tylko 66; w Szwajcarii 44, a na Węgrzech 100. Lawinowy wzrost orzeczeń upoważniających do pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy zanotowano po 1990 roku, kiedy to w obawie przed bezrobociem i utratą środków do życia wiele osób podjęło starania o uzyskanie gwarantowanych świadczeń rentowych. W latach 1990–2001 liczba pobierających renty wzrosła też z 2.160 tys. do 2.558 tys. osób. W 1997 roku przyznano je 154,9 tys. osób; w 1998 roku – 141,1 tys.; w 1999 roku – 152,8 tys., a w 2000 roku – 102,4 tys. osób. Jeden z najwyższych na świecie wskaźnik tzw. „urentowienia” powoduje ogromne

ation and prospects of social security reforms, Papers of the Meeting for social security organizations in Central and Eastern Europe in Prague, Genewa 1998; A. Nerka, Waloryzacja świadczeń emerytalnych – mechanizm, cel i funkcje. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2002, nr 4, s. 10 i nast.

³⁰² S. Golinowska, To idzie młodość, www.isp.org.pl z 2002 roku

obciążenie budżetu. Rocznie świadczenia rentowe pochłaniają w Polsce aż 4,5 % PKB, czyli więcej niż w bardzo liberalnej Holandii, w Wielkiej Brytanii, we Włoszech, w krajach UE i w skali świata, gdzie wydatki na ten cel nie przekraczają poziomu 3 % PKB.³⁰³ W dobie ustawicznie narastającego bezrobocia Fundusz Ubezpieczeń Społecznych traktowany jest w Polsce jako specyficzne panaceum na biedę, jako zabezpieczenie na wypadek utraty pracy i stałych źródeł dochodu. Ten kosztowny dla państwa stereotyp działania można zmienić, choćby przez wprowadzenie rozwiązań podobnych do włoskich lub brytyjskich, gdzie rencistom w zamian za rezygnację ze świadczeń proponuje się zatrudnienie gwarantujące wyższe dochody. Warunkiem jednak jest dokonanie wyboru: renta albo praca lub renta albo udział w atrakcyjnych programach świadczeń dla bezrobotnych. To rozwiązanie podobne do proponowanego przez polski rząd: emerytura albo praca lub emerytura i ograniczone możliwości zarobkowania, ewentualnie emerytura i praca dodatkowo obciążająca pracodawcę wysoką składką na fundusz pracy.

W sytuacji przywiązania Polaków do tzw. „praw nabytych” propozycje te można oczywiście uznać za kontrowersyjne, ale z drugiej strony na tle rozwiązań europejskich za znacznie bardziej kontrowersyjny należy uznać fakt, że w sytuacji degradującego społeczeństwo wszechobecnego bezrobocia ludzi zdrowych i młodych, nadal powszechne jest łączenie świadczeń z funduszu ubezpieczeń z aktywnością zawodową w pełnym wymiarze godzin. Ustawicznie „kurczący się” rynek pracy, napływ kolejnych roczników wyżu demograficznego i świadczenia emerytalno-rentowe mieszczące się w granicach minimum socjalnego – z pewnością nie sprzyjają tak radykalnym rozwiązaniom. Zawsze wywoływać będą burze społecznych protestów, zawsze będą krzywdzące dla pewnych grup społecznych, wiekowych i zawodowych, ale mogą przynieść niezbędne dla ratowania kondycji finansów publicznych „zdyscyplinowanie” procedur przyznawania szeroko rozumianych świadczeń ubezpieczeniowych.

Współcześni polscy emeryci nie są winni problemów finansowych, z jakimi boryka się państwo. Nie z ich winy w finansowaniu emerytur i rent uczestniczyć musi, przynajmniej w okresie przejściowym, całe społeczeństwo. Oburzają się, gdy określa się ich mianem „świadczeniobiorców”, jako że na swoje emerytury, pracowali przez całe życie i nie mieli

³⁰³ J. Łaniewski, Być na rencie. „Przegląd” 2002, nr 11 (117), s. 48–50

żadnego wpływu na sposób gospodarowania przez państwo ich oszczędnościami. O ile ich rozgoryczenie jest zasadne, to nie zmienia to faktu, że w społeczeństwie nadal utrwalany jest negatywny stereotyp starości, a kondycja finansowa budżetu państwa pozwala jedynie na gwarantowanie rent i emerytur zbliżonych kwotowo do zasiłków z pomocy społecznej. Sytuację tę należy traktować jako rozwiązanie przejściowe, służące niwelowaniu skutków inflacji.

W przyszłości waloryzacja cenowa straci swe podstawy funkcjonowania i niezbędne stanie się poszukiwanie innych technik regulacji wysokości świadczeń. Zgodnie z Orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z 1995 roku, „żadne kręgi społeczne nie mogą zostać kosztami transformacji szczególnie obciążone, a konstruowanie zasad waloryzacji z myślą o konsekwencjach finansowych dla kondycji budżetu państwa nie jest uzasadnione”.³⁰⁴

Na tle tych trudnych problemów, warto wspomnieć o inicjatywie, jaką podjęto w 1999 roku, powołując do życia Fundusz Rezerwy Demograficznej (FRD). Zgodnie z założeniami, ta organizacyjno-finansowa struktura, powiązana z budżetem państwa, w przyszłości miała stanowić gwarant bezpieczeństwa wypłacalności świadczeń emerytalnych w sytuacji pogłębiającej się starości demograficznej. Działający w ramach systemu ubezpieczeń społecznych fundusz celowy posiadający osobowość prawną, miał kumulować środki pozyskiwane z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) w wysokości 1 % podstawy wymiaru składki, ze środków prywatyzacji mienia Skarbu Państwa, z przychodów od środków ulokowanych na lokatach oraz z innych źródeł. Niestety, po trzech latach nadal był abstrakcyjnym tworem prawnym, nie posiadającym statutu, nie uczestniczącym w obrocie środkami, a tym samym podrażającym jedynie koszty reformy systemu emerytalnego.³⁰⁵ W sytuacji problemów finansowych państwa i ZUS, nawet najlepsze pomysły i inicjatywy, w konfrontacji z rzeczywistością okazywać się mogą niemożliwymi w realizacji, co nie zwalnia jednak z obowiązku dalszego poszukiwania konstruktywnych rozwiązań.

³⁰⁴ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 1995 roku, K.23/95, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego 1995 roku, cz. II

³⁰⁵ W 1999 roku zakładano, że czas jaki pozostał do odejścia z rynku pracy roczników powojennego wyżu demograficznego (1946–1959), zostanie wykorzystany na zgro-

Struktura demograficzna społeczeństwa ulega ustawicznym zmianom, ale ich charakter i tempo wyraźnie różnicują się w przedziałach pokoleniowych. O ile na przykład: dotychczas rosła w Polsce zarówno liczebność populacji w wieku produkcyjnym, jak i poprodukcyjnym, to w latach 2025–2050 prognozowany jest wzrost liczebności tylko populacji w wieku poprodukcyjnym. Wzrastać też będzie liczebność grupy w wieku niemobilnym. Przeciętne dalsze trwanie życia rośnie, rozbudowując tym samym przestrzeń życia na emeryturze, a niewielka chłonność rynku pracy stymuluje zjawisko odchodzenia od aktywności zawodowej przed przekroczeniem progu wieku emerytalnego. Równie ważne jest zatem kształtowanie systemu ubezpieczeń społecznych na miarę potrzeb, jak i propagowanie zachowań ograniczających „ucieczki” z rynku pracy, skutkujące nadmiernym obciążaniem finansów publicznych (renty, świadczenia przedemerytalne).

Z całym prawdopodobieństwem można założyć, że przy obecnym stanie świadomości i stanie zdrowotności Polaków, dyskutowana możliwość wydłużenia wieku emerytalnego, skutkować będzie lawinowym wzrostem na zaopatrzenie rentowe. Im więcej świadczeniobiorców, tym niższe świadczenia. Każde rozwiązanie, nawet potrzebne i dobre, bez odpowiedniej polityki edukacyjnej i zdrowotnej, niesie zatem ze sobą ryzyko pogłębiania ubóstwa. Mimo ustawicznych zmian, zaostżenia przepisów regulujących uzyskiwanie orzeczeń o niepełnosprawności – system nadal jest nieszczelny i zbyt kosztowny. Nie można budować wspólnotowego państwa dobrobytu na akceptowaniu dezaktywizacji zawodowej jako stylu życia.

madzenie dodatkowych środków zapewniających płynność finansową funduszu emerytalnego, funkcjonującego w ramach uchwalanego corocznie z budżetem państwa i nie mającego osobowości prawnej FUS. Ze względu na trudności finansowe ZUS miał przekazywać 1 % podstawy wymiaru składki z FUS do FRD od 1 stycznia 2002 roku, co oznacza, że pierwsze aktywa mogły być gromadzone po trzech latach od chwili powołania Funduszu. Brak informacji MPiPS na ten temat uniemożliwił jednak prognozowanie skuteczności inicjatywy. Por. T. Bińczycka-Majewska, Fundusz Rezerwy Demograficznej w systemie zabezpieczenia ryzyka starości. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2001, nr 10, s. 2–6; Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 października 1998 roku. Dziennik Ustaw Nr 137, poz. 887 ze zmianami, rozdział 6, art. 58–65

3. Pomoc społeczna – zakres i formy pracy socjalnej

Pomoc społeczna prawnie umocowana została w polskim ustawodawstwie w okresie międzywojennym, kiedy to w 1923 roku Sejm przyjął pierwszą ustawę o pomocy społecznej. Gwarantowała opiekę państwa nad ludźmi zagrożonymi marginalizacją społeczną, w tym: nad inwalidami wojennymi, sierotami, kalekami, chorymi, bezdomnymi i osobami starymi. Zakładała walkę z takimi patologiami jak: włóczęgostwo, żebractwo i alkoholizm oraz pełną współpracę z prywatnymi instytucjami opiekuńczymi.³⁰⁶ Pełną realizację tych założeń przerwała jednak okupacja hitlerowska. Po II wojnie światowej nie uznawano potrzeby uruchamiania tego sektora działalności państwa, jako że dystrybucja środków z budżetu państwa miała przebiegać według jednolitych zasad, niedopuszczających jakiegokolwiek marginalizacji grup, czy nawet jednostek. W 1959 roku powołano jednak, na mocy uchwały Rady Ministrów, instytucje opiekunów społecznych, skierowanych do działalności na terenie poszczególnych zakładów pracy. Zaczęto też tworzyć sieć ośrodków opiekuna społecznego, ale zakres ich zadań statutowych był niewielki. Ostatecznie pomoc społeczną połączono z resortem służby zdrowia. W 1975 roku powołano do życia zespoły opieki społecznej (ZOZ), w ramach których działały służby społeczne odpowiedzialne za rehabilitację niepełnosprawnych, za opiekę nad dziećmi, nadzór nad funkcjonowaniem domów pomocy społecznej oraz domów dziennego pobytu. Obecny zakres, zadania i prawne podstawy funkcjonowania tej płaszczyzny działań państwa precyzuje Ustawa o pomocy społecznej z 1990 roku, w kolejnych latach uzupełniana wprowadzanymi do niej poprawkami.³⁰⁷

Już w pierwszych latach trwania transformacji przed instytucjami pomocy społecznej postawiono następujące zadania: diagnozowanie potrzeb środowiska lokalnego, identyfikowanie trudności i zagrożeń; wiązanie potrzeb potencjalnych podopiecznych z obiektywnymi możliwościami placówek pomocowych; reprezentowanie interesów podopiecznych w rozwią-

³⁰⁶ Ustawa o pomocy społecznej z 16 sierpnia 1923 r. Dziennik Ustaw z 1923 roku, Nr 92, poz. 726

³⁰⁷ Ostateczny, jednolity tekst Ustawy o pomocy społecznej z 1990 roku, ze wszystkimi kolejnymi zmianami, opublikowano 28 lipca 2001 roku w Dzienniku Ustaw z 2001 roku, Nr 72, poz. 748

zywaniu ich problemów i spraw prawno-organizacyjnych; aktywizacja jednostek i grup społecznych zmarginalizowanych, wyalienowanych, bądź zagrożonych patologiami (grupy ryzyka); konsultowanie optymalnych rozwiązań z kompetentnymi instytucjami; opracowywanie „mapy” lokalnych potrzeb mieszkańców, ustawiczne diagnozowanie, monitoring środowiska; udzielanie wszelkiej (mieszczącej się w zapisach Ustawy) pomocy osobom z różnych przyczyn pozbawionym samodzielności w społecznym i jednostkowym funkcjonowaniu.

Pomoc społeczna, stanowiąca integralną część systemu zabezpieczenia społecznego, obejmuje obecnie funkcjonowanie sieci placówek specjalistycznych (głównie opiekuńczych) oraz pakiet świadczeń socjalnych, przyznawanych w sytuacji deficytu materialnego, społecznego, fizycznego, bądź psychicznego osobom i rodzinom spełniającym kryteria określone w Ustawie.³⁰⁸

W ramach działalności tego sektora państwowego funkcjonują domy i zakłady dla: osób starych, przewlekle somatycznie chorych, umysłowo upośledzonych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, samotnych kobiet w ciąży oraz samotnych matek z małoletnimi dziećmi, dla bezdomnych i placówki opiekuńcze dla innych osób wymagających pomocy z zewnątrz. Podstawowe świadczenia, udzielane w ramach pomocy społecznej (na podstawie zasad określonych przez Ustawę) to: pomoc materialna (zasiłki stałe, wyrównawcze, okresowe i celowe), renty socjalne, zasiłki związane z ochroną macierzyństwa, schronienie dla bezdomnych, zaopatrzenie w odzież i żywność, refundacja kosztów leczenia, wyprawki i pomoc świadczona w formie usług.

³⁰⁸ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 roku z późniejszymi zmianami, op. cit.

Tabela 31. Pomoc społeczna w Polsce w latach 1990–2000*

Wyszczególnienie	1990	1995	1998	2000
	Placówki stacjonarnej pomocy społecznej			
Domy i zakłady (bez filii) – ogółem, w tym:	629	831	960	936
– dla osób starych	100	157	201	199
– Przewlekłe somatycznie chorych	308	346	259	217
– Umysłowo upośledzonych	218	278	276	272
– Przewlekłe psychicznie chorych	-	-	142	133
– Niepełnosprawnych fizycznie	3	11	17	12
– Samotnych kobiet i matek	-	19	23	33
– Bezdomnych	-	7	23	57
– Innych osób wymagających pomocy	-	13	19	13
Miejsca ogółem w domach i zakładach	68.020	79.898	83.692	81.655
Mieszkańcy - ogółem	65.760	76.487	81.950	80.634
Miejsca na 10 tys. ludności	17,8	20,7	21,6	21,1
Osoby oczekujące na umieszczenie	13.426	10.453	12.378	9.372
	Dzienne domy pomocy społecznej			
Domy	200	223	191	236
Miejsca	9.603	11.898	10.032	12.883
	Świadczenia pomocy społecznej			
Korzystający – ogółem	1.645.000	2.127.000	2.123.000	2.144.000
Udzielone świadczenia – ogółem (w mln zł)	120,4	1.407,6	2.584,4	3.107,4
Pomoc materialna (w mln zł), w tym:	119,2	1.280,3	2.330,2	2.801,7
– Zasiłek: stały	35,2	318,1	94,5	228,4
stały wyrównawczy			132,0	217,3
okresowy	10,7	550,7	953,6	426,0
celowy			274,3	352,1
– Renta socjalna			452,6	692,3
– Ochrona macierzyństwa	-	126,5	79,7	94,5
– Schronienie			6,5	9,7

Wyszczególnienie	1990	1995	1998	2000
– Posilek			148,4	187,9
– Ubranie			8,0	6,0
– Koszty świadczeń zdrowotnych			4,8	5,1
– Wyprawka			3,1	4,3
Pomoc w formie usług	1,2	127,3	254,2	305,7
Wydatki budżetu państwa na pomoc społeczną w roku sprawozdawczym	1997	1998	1999	2000
W % do ogółu wydatków budżetu państwa	8,7	6,6	7,3	7,9
W % PKB	b.d.	1,7	1,6	1,7

* Rocznik Statystyczny, Warszawa 1998, s. 265 Warszawa 1999, s. 294, 502; Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000, s.271–272, 486; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 280–281, 497

Uzyskanie miejsca w domu pomocy społecznej wiąże się ze spełnieniem kilku warunków. Są to: zgoda osoby starającej się o przyjęcie do placówki (w przypadku ubezwłasnowolnienia – zgoda opiekunów prawnych), zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (chorzy psychicznie uzyskują zaświadczenie od psychiatry) i zaświadczenie o wysokości dochodów.³⁰⁹ Formularzami zgłoszeń dysponują gminne ośrodki pomocy społecznej, a cała procedura ubiegania się o przyjęcie do państwowego domu pomocy społecznej pilotowana jest przez pracowników socjalnych, do obowiązków których należy przeprowadzenie wywiadu środowiskowego, skompletowanie wymaganych dokumentów, przesłanie ich do powiatowego centrum pomocy rodzinie i śledzenie procedury poprzedzającej przyjęcie podopiecznego w poczet mieszkańców domów pomocy społecznej.

Największym zainteresowaniem ludzi starych w Polsce cieszą się zakłady gwarantujące wysoki poziom opieki, w tym przede wszystkim prowadzone przez siostry zakonne. Popularne w Europie Zachodniej przy-

³⁰⁹ Zgodnie z obowiązującymi przepisami, w Polsce za pobyt w DPS dorośli płać 70 % emerytury lub renty, ale nie więcej niż 894 zł. Opłaty za pobyt w pensjonatach prywatnych różnicują się w granicach 1,5 – 3,5 tys. zł miesięcznie. Te ostatnie są popularną formą opieki instytucjonalnej na Śląsku, głównie w regionie Opola oraz w woj. mazowieckim

watne pensjonaty, w Polsce z uwagi na wysokie koszty dostępne są tylko dla nielicznych. W świetle danych GUS, w 2001 roku funkcjonowały w Polsce 263 domy opieki nad ludźmi starymi prowadzone przez osoby prywatne, stowarzyszenia i fundacje. Działały pod nazwami: „pensjonatów”, „domów dziennego pobytu”, „domów seniora”, lecz żadna z placówek nie była określana mianem „domu pomocy społecznej”. W kategorii prawnej skutkowało to pozostawaniem poza wszelką kontrolą z zewnątrz (sejmiki samorządowe, SANEPID, PIP).³¹⁰

Pobyt w placówce opiekuńczej niemal zawsze jest dla człowieka starego koniecznością, wymuszoną brakiem opieki ze strony najbliższych, niepełnosprawnością, bądź brakiem samodzielności ekonomicznej. Często też decyzja o zamieszkaniu w placówce poprzedzana jest działaniami kompensującymi braki w miejscu zamieszkania. Popularną formą jest stała opieka pielęgniarstwa oraz korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych i z domów dziennego pobytu. Możliwość korzystania z nich zarezerwowana jest jednak głównie dla mieszkańców dużych miast, odpowiednio nasyconych w infrastrukturę medyczną i opiekuńczą. Na wsiach sytuację nierzadko komplikuje tradycja i przekonanie, że „oddanie” starego, chorego człowieka do „domu starców” źle świadczy o jego rodzinie. Ten trudny do obalenia stereotyp powoduje niepotrzebne problemy i nierzadko cierpienie ludzi starych, pozostawionych przy rodzinach, ale pozbawionych fachowej opieki medycznej i rehabilitacji. Jest też aspekt ekonomiczny. Dla wielu rodzin dotkniętych bezrobociem świadczenia emerytalne ludzi starych, pozostających z nimi we wspólnym gospodarstwie, stanowią jedyne źródło dochodu. Pozostawianie w domu, za wszelką cenę, najstarszych, niepełnosprawnych, chorych i cierpiących członków rodzin, jest w takich przypadkach formą walki o przetrwanie grona krewnych. Poza niewystarczającą siecią domów pomocy, jest to drugi, ważny, choć pomijany w debatach społecznych, powód marginalizacji potrzeb ludzi starych w Polsce.³¹¹

³¹⁰ Nazwa „dom pomocy społecznej” podporządkowuje jednostkę Ustawie o pomocy społecznej i wiąże się z wpisem do rejestru wojewody. W świetle Raportu opublikowanego przez „Wprost”, w prywatnych placówkach, funkcjonujących pod szyldem działalności gospodarczej, wielu pensjonariuszy doświadcza przemocy i staje się ofiarami nadużyć (brak opieki medycznej, przywiązywanie do łóżek, głodzenie, ograniczanie wolności, pozbawianie dostępu do świadczeń emerytalno-rentowych). Por. J. Blikowska, J. Gajewski, Domy okradania starców. „Wprost” 2002, nr 34, s. 27–34

³¹¹ Pobyt w domu pomocy traktowany jest jako ostateczność także z powodu ograniczeń finansowych, do jakich placówki są ustawicznie zmuszane. Stawka żywieniowa jest

W modelowych funkcjach, pomoc społeczna winna być ukierunkowana na stymulowanie aktywności podopiecznych, na udzielanie niezbędnego wsparcia, ale na ściśle określony czas, tylko dla przetrwania sytuacji kryzysowej. Każdy program pomocowy, zgodnie z założeniami, powinien prowadzić do usamodzielnienia potencjalnych klientów. Między teorią a praktyką pracy socjalnej istnieje jednak ogromna przepaść, której dotychczas nie zdołały zlikwidować żadne „obstrzenia” w przyznawaniu różnorodnych świadczeń. Nierzadkie przypadki bezradności wyuczonej, biedy dziedziczonej (głównie w regionach objętych bezrobociem strukturalnym, w środowiskach wiejskich i małomiasteczkowych) nie wpisują się w schemat programu: diagnoza – kompensacja – aktywizacja – samodzielność. Zasadę aktywnego współdziałania klientów pomocy społecznej w realizacji programów socjalnych należy zatem uznać za istotny, lecz nie zawsze możliwy do wykorzystania w praktyce, wyznacznik efektywności działań interwencyjnych i projektów długofalowych.³¹² Można jedynie przyjąć, że kształtowanie postaw kreatywnych przez kolejne dziesięciolecia winno być priorytetem edukacji i oświaty, w tym także oświaty dorosłych.

Funkcjonalność, sprawność i czytelność systemu pomocy społecznej ściśle wiąże się z pojmowaniem istoty podstawowego instrumentu, jakim jest praca socjalna. Rozumiana jako teoria i praktyka, jest potężną machiną stymulacji ładu, sprawiedliwości społecznej, bezpośrednio odpowiedzialną tak za prawidłową dystrybucję świadczeń z zabezpieczenia społecznego, jak i za aktywizowanie jednostek, grup, całych środowisk, skuteczne stymulowanie trudnego procesu ich usamodzielniania się.³¹³ W świetle najnowszej definicji, opracowanej przez Międzynarodową Federację Pracowników Socjalnych, praca socjalna traktowana jest obecnie jako profesja, która „angażuje się w zmiany społeczne, w rozwiązywanie problemu we wzajemnych ludzkich rela-

niższa niż w zakładach karnych, np. w woj. świętokrzyskim w 2002 roku wynosiła 5,2 zł na 1 mieszkańca. Z rozmów przeprowadzonych z dyrektorami domów pomocy społecznej w Kielcach w 2002 roku

³¹² Por. K. Wódcz, *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Warszawa 1996; Eadem, *Pomiędzy profesjonalizmem a aktywizmem. Wyzwania dla edukacji w dziedzinie pracy socjalnej w Polsce lat dziewięćdziesiątych*. (w:) *Praca socjalna, działalność pozarządowa i edukacja, nowe wyzwania i potrzeby*. Pod red. K. Frysztackiego, Kraków 1999

³¹³ Szerzej na ten temat: E. Trafiałek, *Środowisko społeczne*, op. cit., s. 29 i nast.

cjach oraz we wzmocnieniu i wyzwoleniu ludzi dla osiągnięcia przez nich dobrostanu”.³¹⁴ Ta nowa, otwarta na zmiany społeczne, formuła, umocowana w polskich strukturach pomocy społecznej, pozwoliłaby na należyte eksponowanie przynajmniej dwóch istotnych czynników: profesjonalizacji zawodu pracownika socjalnego i elastyczności w doborze metod służących rozwiązywaniu kwestii społecznych. Należy pamiętać, że ranga i miejsce pomocy społecznej (w tym także instrumentów jakimi dysponuje) wyznaczone są funkcjonującym w danym okresie i w danym kraju modelem zabezpieczenia społecznego.

Tam, gdzie system ubezpieczeń społecznych ma swe tradycje, a ryzyko socjalne wiązane jest z wąskimi i znanymi pracownikom socjalnym grupami potencjalnych podopiecznych – pomoc społeczna może koncentrować swą uwagę na wspomaganiu gospodarstw domowych, na łączeniu działań kompensacyjnych z ustawiczną edukacją na rzecz uzyskiwania samodzielności (kraje skandynawskie). Tam, gdzie system ubezpieczeń społecznych jest słabo rozwinięty lub w trakcie reorganizacji – znaczenie pomocy społecznej rośnie. Dystans między znaczeniem a skutecznością wyznaczany jest jednak kondycją finansów publicznych poszczególnych krajów. Na przykład: w Austrii, w Wielkiej Brytanii, w Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie wielu obywateli nie jest objętych ubezpieczeniem społecznym, pomoc społeczna wypełnia wszelkie obszary niedostatku jednostek i grup;³¹⁵ w Polsce świadczenia z ubezpieczeń społecznych (przynajmniej w trwającym okresie przejściowym) finansowane są ze środków budżetu państwa, a narastająca roszczeniowość wobec systemu pomocy społecznej zmusza do ustawicznego weryfikowania, zaostrzania zasad udzielania różnorodnych świadczeń. Od początku trwania zmiany systemowej państwo nie jest w stanie zaspokoić wszystkich, sygnalizowanych przez obywateli potrzeb, choć z całym prawdopodobieństwem można przyjąć, że przy poprawnym interpretowaniu zasady subsydiarności, znakomita ich część mogłaby być zaspokajana w środowisku rodzinnym i lokal-

³¹⁴ Nowa definicja pracy socjalnej, zastępująca obowiązującą od 1982 roku, opracowana została przez Zgromadzenie Ogólne MFPS w 2000 roku w Montrealu. U jej podstaw leży założenie o fundamentalnym znaczeniu praw człowieka i społecznej sprawiedliwości oraz kompatybilny związek teorii z praktyką działań, wyznaczanych przez zmieniającą się rzeczywistość, www.ptps.ops.pl z 2002 roku

³¹⁵ S. Golinowska, *Pomoc społeczna w koncepcjach współczesnego świata opiekuńczego*. „Polityka Społeczna” 1998, nr 7 (293), s. 2

nym. Ważnym wyzwaniem, jakie rzeczywistość postawiła przed polityką społeczną jest zatem edukacja społeczeństwa do konsumowania demokracji, zasad wolnego rynku i opłacalnej, akceptowanej przez społeczność międzynarodową, indywidualnej i grupowej „przezorności”.

4. Środowisko lokalne w kompensowaniu potrzeb ludzi starych

O ile społeczeństwo pojmowane jest w kategoriach globalnych, to dla mieszkańców określonych środowisk jest tak mało zrozumiałe, że aż anonimowe, symboliczne, bardziej statystyczne niż realne, odległe, niemal abstrakcyjne. Społeczeństwo to zbiór różnorodnych środowisk i odmiennych kulturowo, historycznie, geograficznie, a nierzadko i politycznie społeczności lokalnych. O wiele łatwiej zatem o realizację jakichkolwiek celów na szczeblu społeczności lokalnej, niż szeroko rozumianego społeczeństwa. Środowisko lokalne stanowi też dla wszelkich skutecznych działań podejmowanych na rzecz jego mieszkańców najważniejszą z możliwych płaszczyzn odniesienia.

Dla środowiska lokalnego, najbardziej znacząca jest zatem społeczność. Społeczność, zamieszkującą określone miasto, wieś, region wiele łączy, choć i wiele może dzielić, ale interakcje i zależności w niej występujące są dla ludzi (jednostek i grup) o wiele bardziej czytelne. Społeczność łączy wspólnota zamieszkania, struktury, instytucje i organizacje oraz, co najważniejsze – więź społeczna. Społeczność lokalna utożsamiana jest z funkcjonowaniem podstawowych typów środowisk, w jakich realizowane jest codzienne życie: z rodziną, szkołą, z grupą rówieśniczą, z zakładem pracy, z całym systemem infrastruktury usługowej i administracyjnej. Społeczność tworzy środowisko lokalne, nie jest anonimowa i funkcjonuje w oparciu o określone więzi³¹⁶ lub ich zakłócenie w wyniku konfliktu interesów.

Dla ludzi starych środowisko lokalne ma szczególne znaczenie, jako że z uwagi na ograniczoną mobilność, nie najlepszą kondycję ekonomiczną i „udomowiony” model aktywności, stanowi najważniejszą płaszczyznę życia. Poza wszelką dyskusją pozostaje zatem fakt, że diagnozowanie, zróżnicowanych jednostkowo potrzeb i wypełnianie obszarów

³¹⁶ W społecznościach lokalnych identyfikowane są więzi: potoczne (wzajemne dostosowywanie się w codziennych kontaktach i podejmowanych formach aktywności);

niedostatku odpowiednimi działaniami – spoczywa na najmniejszych jednostkach administracji terenowej (gminach, powiatach). Niezależnie od przyporządkowania podmiotów polityki społecznej, uprawnionych do podejmowania kwestii ludzi starych (instytucje publiczne, samorządowe, organizacje pozarządowe), skuteczność ich działań wyznaczana jest stosunkiem władz i społeczności lokalnych do kreowania modelu społeczeństwa dla wszystkich grup wieku. Najlepsze decyzje podejmowane na szczeblu centralnym nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, jeśli na szczeblu lokalnym nie znajdują odpowiedniego umocowania w konkretnych formach pomocy, kierowanych do przedstawicieli trzeciej generacji. W powszechnym odczuciu gros odpowiedzialności za jakość ich życia spoczywa na placówkach pomocy społecznej i na pracownikach socjalnych, w rękach których pozostają decyzje o dystrybucji środków pomocowych.

Większość ustawowo gwarantowanych form wsparcia, adresowanych do ludzi starych, sklasyfikowana została w Ustawie wiodącej jako zadania własne gmin (pomoc materialna, rehabilitacja, pomoc w usługach, domy dziennego pobytu, środowiskowe domy samopomocy, domy pomocy społecznej, zakup odzieży, opału, usługi pielęgniacyjne, czyli pomoc rzeczowa i w naturze). Cele i zakres strategicznych zadań polityki społecznej wobec świadczeniobiorców rent i emerytur zostały zatem wyraźnie sprecyzowane, a problem wszelkiego rodzaju diagnozowanych deficytów z reguły wynika z niewydolności (zarówno ekonomicznej, jak i organizacyjnej) środowisk lokalnych. Tak to z powodu braku wystarczających środków, jak i marginalizowania kwestii społecznych grupy najsłabiej artykułującej swoje potrzeby, ludzie starzy rzadko korzystają z pomocy społecznej. Szczególnie w środowiskach dotkniętych bezrobociem i biedą, gdzie ogrom lokalnych problemów przesłania niejako źródła marginalizacji najstarszych – zainteresowanie nimi ogranicza się

identyfikacyjne (internalizacja wartości i norm akceptowanych przez większość, umiejętność wykorzystywania wiedzy i doświadczenia w aktywnym działaniu na rzecz społeczności); osobowe (gotowość do współpracy i kreślenia celów zbieżnych z preferowanymi przez autorytety i liderów); normatywne (identyfikowanie się ze środowiskiem i jego wartościami, akceptacja tradycji, norm i dążenie do rozwoju oraz pomnażania dorobku całej społeczności). Por. K. Frysztacki, *Spoleczeństwo; koncepcje i aplikacje*. (w:) *O społeczeństwie śląskim na przełomie wieków*. Pod red. K. Frysztackiego i T. Soldry-Gwiżdż, Opole 2001, s. 12

z reguły do interwencji kryzysowej. W skali makro częściej też korzystają z pomocy w usługach, niż z pomocy materialnej, czy rzeczowej.

Piotr Błędowski wymienia dwa, skrajnie różne typy polityki lokalnej wobec ludzi starych: nastawioną na interwencję (model interwencji społecznej) i na optymalne zaspokajanie ich różnorodnych potrzeb (model integracji społecznej).³¹⁷ Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że o ile pierwszy z wymienionych znajduje pewne odbicie w działaniach służb społecznych; to drugi ciągle postrzegany jest w kategorii niepodjętych wyzwań. Istnieją zatem w praktyce codziennego życia ogromne obszary do zagospodarowania aktywnością i inicjatywami społeczności lokalnych, sprzyjającymi utrwalaniu więzi społecznej, zapobieganiu destrukcyjnej anomii środowisk.

Nawet przy założeniu, że zakres pomocy udzielanej najstarszym mieszkańcom środowiska lokalnego zależy od przeznaczonych na ten cel środków, perspektywicznie należy przyjąć, że od kreatywności samorządów zależy poprawne wykorzystanie potencjału tkwiącego tak w jednostkach publicznych, jak lokalnych i funkcjonujących w ramach sektora pozarządowego. Kompleksowa polityka społeczna wobec ludzi starych, tak na szczeblu centralnym jak i lokalnym wyznaczana jest jednakowymi celami (organizowanie i współfinansowanie placówek pomocowych, aktywizowanie, promowanie działań samopomocowych, wyrównywanie deficytów zdrowotnych i materialnych, diagnozowanie potrzeb), ale ich realizacja zależy od środowiska i funkcjonujących w nim ludzi.

Współczesne trendy światowe eksponują model pozostawiania ludzi starych w miejscu ich zamieszkania do końca życia, nawet w sytuacji niepełnej sprawności i samodzielnego prowadzenia gospodarstw domowych. To optymalne rozwiązanie, zarówno z jednostkowego, jak i społecznego i ekonomicznego punktu widzenia. Realizacja modelu wymaga jednak zmian w zasadach funkcjonowania jednostek pomocy społecznej i wzmocnienia zatrudnionej w nich kadry o świadczących różnorodne usługi: pielęgniarские, rehabilitacyjne, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, a nawet w dotrzymywaniu towarzystwa, jako że samotność jest równie ważną dolegliwością późnego wieku, jak niepełnosprawność. Zwiększenie stanu zatrudnienia kadr odpowiedzialnych za stałe monitorowanie środowiska lokalnego w celu pozyskiwania informacji na temat

³¹⁷ P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna...* op. cit., s. 199

występujących w nim potrzeb, przyniosłoby podwójną korzyść: wzmocnienie rynku pracy i zapewnienie jego mieszkańcom poczucia bezpieczeństwa.³¹⁸

Integracja, poczucie wspólnotowości, solidaryzm międzypokoleniowy, podobnie jak subsydiarność i samopomoc stanowią kompatybilnie ze sobą powiązane wyznaczniki pełnej demokracji. Ich wdrażanie, mocowanie w mentalności społecznej powinno być realizowane przede wszystkim w środowiskach, gdzie łatwo do wszystkich dotrzeć. W kompensowaniu potrzeb jego mieszkańców powinni uczestniczyć wszyscy: władze, podmioty polityki społecznej, kościoły, organizacje pozarządowe, szkoły, fundacje i stowarzyszenia. To niełatwe zadanie w sytuacji dotkliwej anomii środowisk lokalnych, rywalizacji różnych grup społecznych o środki z systemu zabezpieczeń społecznych, powszechnej polaryzacji światopoglądowej, politycznej i ogromnego zbiurokratyzowania struktur pomocowych. Niełatwe, ale możliwe, jeśli za punkt wyjścia przyjmie się założenie, że wzajemna pomoc stanowi najlepszy gwarant bezpieczeństwa w środowisku zamieszkania. Cel uświęca środki, więc gdyby ponad wszelkimi (zgubnymi) podziałami udało się stworzyć płaszczyznę dialogu, integracji instytucji i środków – potencjał tkwiący w ludziach mógłby być z pożytkiem dla państwa, dla władz i dla społeczeństwa – w pełni wykorzystany. Na co zatem warto zwrócić szczególną uwagę:

- ważne jest opracowanie zasad pozyskiwania środków na organizowanie pomocy w środowisku lokalnym; w kategoriach rozwiązań przejściowych można wiązać działalność placówek publicznych z samorządowymi i pozarządowymi (dysponującymi środkami na realizację określonych projektów), a w kategorii rozwiązań przyszłościowych – wprowadzenie systemu „ubezpieczenia na starość”;³¹⁹
- dużą rolę w aktywizowaniu środowisk lokalnych może odegrać Kościół, nierzadko dysponujący o wiele większą wiedzą na temat proble-

³¹⁸ Według prognozy Federalnego Biura Pracy w Stanach Zjednoczonych, usługi zdrowotne i pielęgnacyjne wykonywane w domu pacjenta, staną się w niedalekiej przyszłości jednym z dwóch najbardziej dynamicznie rozwijających się segmentów rynku pracy. Również w Niemczech w sektorze tym planowane jest stworzenie 150 tys. nowych miejsc pracy. Tamże, s. 223;

³¹⁹ Takie formy ubezpieczenia wprowadzono np. w Japonii, gdzie w sytuacji konieczności korzystania z usług rehabilitacyjnych, opiekuńczych, pielęgnacyjnych, ich koszty refundowane są z funduszu ubezpieczeniowego

- mów swoich parafian, niż pracownik socjalny na temat swoich potencjalnych klientów;
- monitorowanie środowisk lokalnych, prowadzone przez pracowników socjalnych, winno być poprzedzone stworzeniem bazy danych na temat potencjalnych klientów;
 - funkcję pracownika socjalnego należy maksymalnie „odbiurokratyzować”, na rzecz jego większego zaangażowania w kontakt z rejonem;
 - w sytuacji przejścia opieki nad niepełnosprawną osobą w podeszłym wieku przez rodzinę, kierowanie strumienia środków pomocowych (także usług) do gospodarstwa domowego, którego staje się mieszkańcem;
 - tworzenie płaszczyzn dialogu w środowisku lokalnym, choćby poprzez organizowanie spotkań na określone tematy, poprzez zachęcanie do udziału we wspólnym rozstrzygnięciu kluczowych kwestii środowiska, promowanie wspólnotowości i społecznego myślenia.

Polityka społeczna nie może być, jak zdefiniował to Piotr Błędowski: „polityką organizowania pomocy ludziom starym ale powinna być polityką pomocy w organizowaniu ich życia”³²⁰ i w realizacji tego postulatu równie ważna jest aktywizacja środowiska, uczenie jego mieszkańców „konsumowania” demokracji, utrwalanie więzi społecznych, jak i kreowanie standardu bezpieczeństwa opartego na świadczeniu sobie wzajemnej pomocy. Optymalną jej formą jest samoorganizacja. O ile jest to metoda nie mająca w Polsce bogatych tradycji, to na świecie coraz częściej traktuje się ją w kategoriach istotnego czynnika działań kompensacyjnych oraz zaspokajania wielu ważnych w podeszłym wieku potrzeb. Daje duże możliwości wykonywania społecznie użytecznych działań, uznania za część społeczeństwa i grupy, pełnienia ról społecznych, autoekspresji, stymulacji psychicznej i akceptacji. Płaszczyzną ich zaspokojenia może być rodzina, najbliższe otoczenie, ale i społeczność lokalna.

Najpopularniejsze na świecie formy samoorganizacji ludzi starszych, wykraczające poza środowisko rodzinne, to wolontariat i działalność samopomocowa. Warto tu wymienić aktywność edukacyjną i integracyjną, realizowaną w ramach, funkcjonujących na całym świecie, uniwersytetów trzeciego wieku oraz wszelkie typy stowarzyszeń i organizacji, mających na celu ochronę praw obywatelskich swoich członków. Polscy emeryci i renciści, na tle swych rówieśników z Francji, Włoch, czy Wiel-

³²⁰ Tamże, s. 231

kiej Brytanii, są o wiele mniej mobilni, raczej nieudolni w tworzeniu skutecznych form samoorganizacji. Świadczy o tym nieobecność w mediach i brak organizacyjnej integracji w dochodzeniu swych praw. Samoorganizacja ludzi starych w Polsce obejmuje głównie takie formy jak: samopomoc i praca wolontarna – najczęściej w miejscu zamieszkania, jednak aktywność codzienna skupia się nadal przede wszystkim na płaszczyźnie wokółrodzinnej.

Uruchamianie wszelkich dostępnych mechanizmów samokreacji środowisk lokalnych nie zwalnia państwa z obowiązku prowadzenia polityki społecznej odpowiedzialnej za regulowanie w skali makro wsparcia dla wszystkich, których transformacja pozbawiła pracy, dochodów, odpowiedniej pomocy medycznej, opieki, w specyficzny sposób „ubezpieśniła” bezradnością. Zasada subsydiarności, umocowana w społecznej nauce Kościoła i wpisana w katalog obywatelskich praw socjalnych Polaków w 1997 roku, obowiązuje na wszystkich szczeblach zarządzania, różnicując jednakże swój zakres emisyjny od potencjału tkwiącego w określonych środowiskach, ich kreatorach i mieszkańcach.

Zgodnie z wymaganiami współczesności, restrukturyzacja małych regionów powinna być planowana i realizowana z uwzględnieniem tak czynników politycznych, gospodarczych, jak i kulturowych oraz społecznych, odpowiadających specyficie środowisk lokalnych. Dla ich mieszkańców najważniejsze jest respektowanie zasad samorządności, której optymalny wymiar powinien oznaczać sztukę postrzegania środowiska oczami jego mieszkańców, obywateli swoich „małych ojczyzn”. Równie ważne jest zatem wdrażanie zasady subsydiarności i solidaryzmu społecznego, jak i promowanie „otwartości” publicznych placówek pomocy społecznej na wielopłaszczyznową współpracę ze stowarzyszeniami, jednostkami pozarządowymi i (co w odniesieniu do populacji najstarszych szczególnie ważne) z organizacjami wyznaniowymi.

ROZDZIAŁ V POLSKA STAROŚĆ – DYLEMATY I WYZWANIA WOBEK POLITYKI SPOŁECZNEJ

1. Marginalizacja ludzi starych

Marginalizacja, traktowana jako odmowa przyznania określonych praw społecznych, bądź brak możliwości korzystania z nich, w równej mierze doświadczają może bezrobotnych, bezdomnych, niepełnosprawnych, chorych umysłowo, opuszczających zakłady karne, co emigrantów, ludzi słabo wykształconych, bezradnych, starych, pozbawionych dostępu do instytucji życia publicznego.

Na świecie stale wzrasta liczba ludzi ubogich i społecznie wykluczonych. W 1996 roku szacowano, że w krajach Unii Europejskiej obejmuje ona 52 mln osób; w Rumunii i na Litwie 60 %, a w Rosji od 20 % do 40 % ogółu ludności. W tym samym czasie w Holandii do kategorii „biednych” zaliczano zaledwie 5 % mieszkańców kraju. Z jednej strony bieda zatacza coraz większe kręgi, z drugiej zaś pogłębiają się nierówności między warunkami życia ludzi w różnych regionach świata. Zdaniem Flaminii Giovanelli, tylko w latach 1965–1995 dystans między najbogatszą (1/5) i najbiedniejszą (1/5) częścią populacji świata podwoił się. Źródłem marginalizującej biedy z reguły było bezrobocie – w 1994 roku w Japonii szacowane na 3 %; w Stanach Zjednoczonych Ameryki na 6 %; w Europie Zachodniej od 8 % do 11 % i w krajach Europy Wschodniej przekraczające poziom 15 %.³²¹

³²¹ F. Giovanelli, Integracja społeczna w Europie. „Społeczeństwo” 1996, nr 2, s. 220

Samo ubóstwo nie jest jednak tożsame z wykluczeniem społecznym, choć bezsprzecznie stanowi jedno z istotnych jego źródeł.³²² Współczesność wzbogaciła ten specyficzny katalog o jeszcze inne formy – wykluczenie przez mechanizmy ideologiczne, etniczne, wyznaniowe, rozwoju technicznego (nienadążanie za postępem) i informatyczne (zagubienie, utrata zdolności sprawnego funkcjonowania przy wszechobecnym szumie informacyjnym). O ile zatem ubóstwo (najczęściej związane z marginalizacją) odnosi się głównie do kategorii ekonomicznych, dystrybucji środków, to marginalizacja wiąże się z zakłóceniem relacji między jednostką, grupą, a społeczeństwem.³²³ Jest skutkiem zróżnicowanego udziału obywateli w wytwarzaniu i konsumowaniu wszelakich dóbr, czyli braku integracji społecznej, wynikiem anomii szeroko rozumianego środowiska. Pozostaje w ścisłym związku z dezintegracją wspólnot funkcjonujących w obrębie struktur społecznych (globalnych, narodowych, regionalnych, rodzinnych).

Globalny problem marginalizacji społecznej wiąże się z indywidualizmem cechującym społeczeństwa zachodnie oraz z bezlitosnymi prawami wolnego rynku i powszechnym dążeniem do dobrobytu. To ustawiczny „wyścig”, w którym po laury sięgają nieliczni, najsilniejsi. Dla „przeigranych”, niezależnie od przyczyn, pozostają najniższe szczeble drabiny społecznej. Mentalność czysto ekonomicystyczna dominuje nad

³²² Szeroko rozumiana marginalność społeczna, zdaniem K.W. Frieske, jest zjawiskiem endemicznym, charakteryzującym właściwie każdy ład społeczny. Dotyczyć może zarówno całych obszarów geograficznych, grup etnicznych i wyznaniowych, kobiet, dzieci, jak i ludzi ubogich, niepełnosprawnych, starych. Szerzej na ten temat: *Marginalność i procesy marginalizacji*. Pod red. K.W. Frieske, Warszawa 1999, s. 7 i nast.; F. Giovanelli, *Integracja społeczna...* op. cit.

³²³ Z dorocznego sprawozdania, przedstawionego w Sejmie w 2002 roku przez Rzecznika Praw Obywatelskich wynikało, że wykluczenie połączone z życiową bezradnością z każdym rokiem staje się w Polsce coraz większym problemem. Jest udziałem nie tylko jednostek i grup zawodowych, ale całych regionów kraju. Marginalizację pogłębia ustawiczny brak środków na pomoc społeczną, nieregularność wypłat świadczeń i uzależnienie ich wysokości od możliwości finansowych budżetu, złe działający system opieki zdrowotnej oraz nieżyczliwość, arogancja urzędników. W rozległym katalogu skarg i spraw, jakie wpłynęły do rzecznika w 2001 roku (33,7 tys.; o 2 tys. więcej niż w 2000 roku) dominował problem złego funkcjonowania pomocy społecznej, prawa pracy, łamanie praw konsumenta, spraw mieszkaniowych, niedowładu sądownictwa i niechlujnie tworzonego prawa, którego przepisy często nawzajem się wykluczają, tworząc chaos i ogromną przeszczerę dla rozwoju korupcji, www.brpo.gov.pl z 2002 roku

etyczną i moralną. Grę o status wyznacza logika wolnego rynku, skoncentrowanego wokół konsumpcji i komercjalizacji wszystkich dziedzin życia. Dla oceny skutków tej rywalizacji o dobrobyt warto przytoczyć wypowiedź Jana Pawła II, zawartą w Encyklice „*Centesimus annus*”, ogłoszonej w 1991 roku: „aktywne uczestnictwo wszystkich w systemie demokratycznym stanowi wyróżniającą cechę demokracji do tego stopnia, że wykluczenie jest najpewniejszym znakiem jej uwiądnienia”.³²⁴ O ile ten „uwiąd” dostrzegany jest przez międzynarodowe gremia w kategoriach istotnego problemu, to okazuje się, że zapobieganie mu, redukcja skutków jest równie trudne jak znalezienie przyjaznego dla człowieka *consensusu* między systemem demokratycznym i zasadami liberalizmu rynku pracy.

W 1992 roku w Maastricht (Holandia) państwa członkowskie Unii Europejskiej podpisały Traktat uznający wspólne europejskie obywatelstwo i zapewniający obywatelom Unii podstawowe prawa. Uznano, że są to: prawa polityczne, prawo do zamieszkania, prawo składania petycji do Parlamentu Europejskiego, odwoływania się do Mediatora i do pomocy dyplomatycznej. Zupełnie pominięto problem praw społecznych zapobiegających marginalizacji, zignorowano zasadę pomocniczości i solidaryzmu społecznego. W sferze milczenia pozostawiono kwestie bezrobocia, pauperyzacji wielu grup społecznych, stworzenia możliwości wpływu samych ludzi na jakość ich życia. Wykazano natomiast ogromną troskę o instytucje i ich mechanizmy, globalizację potraktowano w kategoriach zunifikowanej sfery ekonomicznej i finansowej (wspólny rynek, swobodny przepływ kapitałów, wspólna waluta).

Powszechna krytyka przyjętych priorytetów ostatecznie doprowadziła do zwołania w 1996 roku Międzynarodowej Konferencji w Turynie (Włochy), gdzie dokonano rewizji Traktatu z Maastricht. W dyskusjach nad globalizacją i delokacją w gospodarce poruszono też problem bezrobocia i coraz bardziej widocznego w polityce społecznej wielu państw – kryzysu państwa socjalnego. Zwrócono tym samym uwagę na kwestie, które zarówno obecnie, jak i w przyszłości rzutować będą na jakość życia obywateli Europy bez granic. Zdaniem Mario Toso, państwo socjalne musi mieć charakter przejściowy. Zawsze było tylko „narzędziem, którym rozwinięte społeczeństwa przemysłowe chciały posłużyć się w przeję-

³²⁴ Cyt za F. Giovanelli, op. cit., s. 222

ściu do demokracji gospodarczej”, a dobrobyt pojawia się wtedy, gdy „obywatele uzyskują podmiotowość etyczną i kulturową, bardziej dojrzałą, bardziej refleksyjną, wzbogaconą od strony profesjonalnej i w zakresie kompetencji”.³²⁵

Warunki życia ludzi starych w Polsce, stan ich sprawności fizycznej, dostęp do placówek ochrony zdrowia, rekreacji, kultury, oświaty, aktywność, możliwości satysfakcjonującego organizowania czasu wolnego – od lat były i nadal są znacznie gorsze, niż ich rówieśników z krajów Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. Porównania międzykulturowe upoważniają do sformułowania tezy o wyraźnej deprywacji ich potrzeb, przy jednoczesnej świadomości, że wyznaczniki tego zjawiska głęboko tkwią w szeroko pojmowanych uwarunkowaniach społeczno-historycznych.

W krajach Europy Zachodniej dbałość o dobrą kondycję psychiczną najstarszych wyrażana jest otwartością systemu edukacyjnego, tworzeniem placówek o charakterze integracyjnym, angażowaniem ich w działalność samopomocową, aktywizowaniem środowiska lokalnego, współpracę z pokoleniem ludzi młodych, umożliwianiem podróży, udostępnianiem kultury, a przede wszystkim zapewnianiem dostępu do opieki zdrowotnej, rehabilitacji i środków umożliwiających realizację rozległych potrzeb. Marginalizacja trzeciego pokolenia ograniczana jest tam także odpowiednią edukacją. Na przykład: w Wielkiej Brytanii edukacja dorosłych ma wymiar sprawnego ruchu społecznego, angażującego ludzi starszych do działań samopomocowych, międzygeneracyjnych, wolontarnych, rozwijającego potrzeby społeczne i osobowościowe; w Niemczech z powodzeniem popularyzuje się turystykę międzynarodową; we Włoszech wobec tej grupy, traktowanej jako priorytetowa, stosuje się odpowiednie, zróżnicowane terytorialnie i stosowne do potrzeb, strategie aktywizacji, promocji jednostki poprzez umożliwianie aktywnego kreowania życia społeczności lokalnej.

Generalnie, działania oparte są na założeniach, że ludzie starzy, bogaci w doświadczenia i wiedzę życiową, kultywujący tradycje, dbający o tożsamość narodową – zasługują na szczególną uwagę. W Polsce jest inaczej. Ogrom trudnych zjawisk, konsekwencji zmiany systemowej, zarówno ludzi starych, jak i ich prawa oraz potrzeby, przesunął na margines zainteresowań społecznych. Na tle biedy, bezrobocia, wybuchów niezadowolonia

³²⁵ M. Toso, *W stronę społeczeństwa dobrobytu*, op. cit., s. 326

coraz to innych grup społecznych, przedstawiciele trzeciego pokolenia przestali skupiać uwagę ekonomistów, polityków, negocjatorów z Unią Europejską. Okazjonalne, doraźne działania (symboliczna waloryzacja świadczeń, przedwyborcze, populistyczne hasła obietnic poprawy warunków życia kierowane do ponad dziewięćmilionowego elektoratu emerytów i rencistów), tłumione analizami statystycznymi, w świetle których ludzie starzy nie stanowią grupy najbardziej spauperyzowanej – spowodowały, że potencjał tkwiący w tym pokoleniu został zignorowany, pominięty, odsunięty w społeczny niebyt. Narastającym problemem stała się w końcu nie tylko ich bieda, ograniczone możliwości współuczestniczenia w kreowaniu nowej rzeczywistości, ale przede wszystkim coraz niższy poziom zdrowotności.

W Szwecji, mówi się o tak zwanej „kompresji chorowitości” ludzi starych, gdy tymczasem w Polsce wskaźnik niepełnosprawności biologicznej w tej grupie ciągle wzrasta, podobnie jak wskaźnik zachorowalności i zgonów. Ich marginalizacja, wielopłaszczyznowe wykluczenie ze społeczeństwa aspirującego do miana „obywatelskiego, wspólnotowego”, stała się wszechobecna i mocno zakorzeniona w społecznej mentalności.

Odchodzenie od kosztownego interwencjonizmu socjalnego państwa w kierunku w pełni demokratycznego, sprawiedliwego podziału dóbr możliwe jest w sytuacji, gdy społeczeństwo do tego funkcjonowania według nowych zasad jest w pełni przygotowane. Prawdziwa, pełna demokracja polityczna wymaga uznania zasad demokracji gospodarczej, z tym, że demokracja gospodarcza nie może być pojmowana w kategoriach gwarancji jednakowych warunków życia dla wszystkich, tylko gwarancji jednakowych szans dla wszystkich, powszechnego dostępu do rynku pracy i mechanizmów stymulujących gospodarczy rozwój kraju. Kapitalizm nie musi być zatem tożsamy z wykluczeniem, ale czynienie go równie przyjaznym człowiekowi jak demokracja, wymaga przejścia przez pewne etapy zmian. Ich optymalnym skutkiem winno być ukształtowanie i utrwalenie w mentalności społecznej trzech kompatybilnych kategorii sprawiedliwości: wzajemnej (poczucie obowiązku obywateli wobec siebie), prawnej (spełnianie obowiązków wobec państwa, np. poprzez płacenie podatków) i rozdzielczej (redystrybucja środków np. na zabezpieczenie społeczne, czyli wypełnianie obowiązków przez państwo

i społeczeństwo wobec potrzebujących pomocy).³²⁶ Istotą życia gospodarczego jest wymiana, współpraca i o ile za oczywiste uznaje się, że państwo jest wiodącym podmiotem odpowiedzialnym za kształtowanie dobrobytu i opiekę nad najsłabszymi ekonomicznie, to za równie oczywiste należy uznać, że państwo tworzą obywatele, od poczucia odpowiedzialności których kondycja tego państwa zależy.

Różne są źródła, skutki i sposoby przeciwdziałania marginalizacji. Jedni wiążą ją z napędzaną bezrobociem i bezradnością biedą; drudzy wskazują na rozwarstwiający społeczeństwo efekt reform gospodarczych; jeszcze inni podkreślają niewydolność służb socjalnych.³²⁷ Generalnie jednak, zarówno w opinii większości polityków społecznych, jak i tej części społeczeństwa, która z uwagą śledzi przebieg polskich przemian – kwestie społeczne, w tym także marginalizacja najsłabszych, ciągle nie są traktowane z należytą uwagą. Poszukiwanie sposobów jej ograniczenia zbyt często też ogranicza się do przywoływania wzorców zachodnich, głównie anglosaskich, choć ich specyfika kulturowa i podbudowa ekonomiczna wykluczają możliwość jakiegokolwiek bezpośredniej transmisji na grunt polski, choćby ze względu na brak tradycji w poszanowaniu zachowań więziotwórczych i solidarnościowych.

Marginalizacja, w odróżnieniu na przykład od bezrobocia, nikogo nie zaskakuje. Narasta powoli, przejawia się odchodzeniem od wielu ról społecznych, rezygnacją z kontaktów z instytucjami i ludźmi, obejmując coraz szersze płaszczyzny odniesienia: od rodziny, poprzez środowisko sąsiedzkie, lokalne, aż do instytucji pomocowych. Identyfikowana i internalizowana przez dotknięte nią jednostki, bywa z reguły dopiero wówczas, gdy wchodzące w skład jej struktury źródła są tak ściśle powiązane, że nie pozwalają na jednoznaczne określenie parytetów. Zawsze pojawia się pytanie: „czy najpierw była utrata pracy, obniżenie standardu życia, ucieczka w uzależnienia, agresja, negacja wszelkich norm, deprywacja potrzeb i bezradne zsuwanie się na margines; czy też najpierw była skłonność do agresji i przemocy, uzależnienia, niskie poczucie wartości, a potem utrata pracy, bezsilność, apatia i od-

³²⁶ Twórcą kategorii sprawiedliwości państwa był św. Tomasz z Akwinu, który w XIII wieku zawarł je w triadzie: sprawiedliwość wymienna, prawna i rozdzielcza. G. Campanini, Państwo socjalne a światy wirtualne, op. cit., s. 325

³²⁷ Szerzej na ten temat: T. Kowalak, Marginalność i marginalizacja, Warszawa 1998

rzucenie?” To dylematy, które absorbują uwagę zarówno badaczy kwestii społecznych, jak i pracowników służb socjalnych, których zadaniem jest czytelna, zgodna z Ustawą, klasyfikacja celów, dla jakich przyznawane są świadczenia pomocowe.

Z reguły schodzenie na margines życia społecznego odbywa się etapowo i nim osiągnie ostateczny wymiar – proces można powstrzymać, zahamować. Do tego potrzebna jest jednak profesjonalna diagnoza i skuteczne współdziałanie wielu podmiotów. Pogłębiająca się bieda pogłębia bezradność, rodzi kompleksy, apatię i strach przed światem. I choć ani bezrobocie, ani bieda, ani starość nie są tożsame z wykluczeniem, to postawy jakie wobec tych kwestii są przyjmowane – bezpośrednio do niego prowadzą.

Z reguły ludzie (a nade wszystko ludzie starzy) wstydzą się swoich problemów, nie artykułują swych niezaspokojonych potrzeb, nie chcą pożyczać, nie chcą korzystać z pomocy sąsiadów, osób z zewnątrz, boją się zobowiązań, powoli lecz skutecznie redukując sieć swoich kontaktów społecznych. Zanika więź, nie funkcjonuje zasada wzajemności, pogłębia się izolacja, która z czasem obejmuje wszystkich członków gospodarstwa domowego. Zanikają zachowania symptomatyczne dla prawidłowego przebiegu wymiany społecznej, narasta bezradność, określana mianem „wyuczonej” i pojawia się etap bierności, obojętności, marazmu, oczekiwania na reakcje służb socjalnych.

W przypadku ludzi starych istotnym czynnikiem sprzyjającym schodzeniu na margines życia społecznego z jednej strony jest symptomatyczna dla pokolenia boleśnie doświadczonego przez historię – pokora; z drugiej zaś swoista duma (nie wyciągać rąk po pomoc, bo to dyshonor, świadectwo nieporadności i złych kontaktów z rodziną).³²⁸ Marginalizacja najstarszych ma inne źródła i przejawy, niż w przypadku ludzi młodych, potencjalnie zdolnych do działania. Trudniej też ją identyfikować, jako że nie jest ani agresywna, ani uciążliwa dla środowiska, ani też specjalnie widoczna. Jest „niema” i z reguły niewidoczna w ośrodkach pomocy społecznej. Niemniej jednak jest i zarówno w procesie identyfikacji, jak i w podejmowanych działaniach kompensacyjnych wymaga wysokiego profesjonalizmu pracowników socjalnych.

³²⁸ Szerzej na ten temat w opracowaniach: E. Trafiałek, Środowisko społeczne... op. cit.; Eadem, Starość w miasteczku... op. cit.

Zjawisko wykluczenia dotyka wielu, ale trudno arbitralnie orzekać, że jego głównym źródłem jest konkretna kwestia socjalna. Ogrom różnorodnych wyznaczników, skomplikowany, zindywidualizowany osobniczo proces „oddalania się” od społeczeństwa z jednej strony utrudnia wypracowanie skutecznego mechanizmu reagowania, modelu profilaktyki i kompensacji; z drugiej zaś kontrowersyjnym czyni rozstrzygnięcie, czy syndrom marginalizacji, stygmat wykluczenia istnieje, czy też nie.

O ile ryzyko wykluczenia zawsze towarzyszy zmianie systemowej, to nie można zakładać, że obejmie całe grupy zawodowe, czy społeczności lokalne. Doświadczenia polskie pokazały jednak, że taka ewentualność powinna być brana pod uwagę. Zdaniem Kazimierza W. Frieske „trudno jest utrzymywać tezę, że ubocznym skutkiem transformacji jest powstanie podklasy klientów programów socjalnych”.³²⁹ Należy zgodzić się ze stwierdzeniem, że trudno, ale warto dodać, że wszelkie oceny skutków transformacji, przynajmniej na razie, o wiele bezpieczniej byłoby formułować nie w postaci tez, lecz raczej hipotez podlegających ustawicznej weryfikacji. O tym, że „przegranych” dotychczasowych przemian nie ma, wcale nie świadczy fakt, że nie można ich identyfikować z określonymi cechami społeczno-zawodowymi, czy demograficznymi. Ci, których trwająca zmiana wykluczyła z życia społecznego, z reguły są rozproszeni terytorialnie i regionalnie. Nie tworzą „gett”, nie stać ich ani na głośny protest, wołanie o pomoc, ani na integrację. Są wszędzie, tak jak wszędzie są ludzie biedni i bogaci, starzy i młodzi, wykształceni i analfabeci, mobilni i „przygarbieni” bezradnością. O tym, że wykluczenie jest coraz bardziej wszechobecne świadczą choćby statystyki pomocy społecznej, samobójczych zamachów na życie, zimą przepełnione schroniska i noclegownie dla bezdomnych, dla ofiar przemocy oraz wielotysięczne, wieloletnie kolejki do domów pomocy społecznej.

W przypadku ludzi starych najbardziej czytelnym sygnałem powszechnej marginalizacji jest właśnie ich nieobecność: w życiu publicznym, w placówkach kultury, ośrodkach wypoczynkowych, w biurach turystycznych, w teatrach, kawiarniach, restauracjach, w mediach, w prywatnych klinikach i przychodniach zdrowia. I nie dlatego nie ma ich tam, gdzie

³²⁹ Cyt. za M. Rymśza, Dekada polskiej polityki społecznej. Polityka społeczna państwa w procesie przebudowy ustroju i systemu społeczno-gospodarczego. „Polityka Społeczna” 2000, nr 1 (310), s. 26

tętni życie, gdzie kontakt z ludźmi poprawia samopoczucie – że nie są tym zainteresowani, że wołają „nicnierobienie”, wpatrywanie się godzinami w ekran telewizora, czy z perspektywy okna domu śledzenie codziennego życia innych, ale dlatego – że bardzo często ich na to nie stać. Czyż nie jest to wykluczenie? Czyż komercjalizacja niemal już wszystkich sfer życia nie zmarginalizowała tych, których dochody nie pozwalają nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych? Warto o tym pamiętać w debacie nad marginalizacją, bo zupełnie inaczej postrzega się ją z pozycji beneficjenta, a zupełnie inaczej z pozycji „przegranego” polskiej zmiany, bo takowi jednak są.

W Polsce trwająca zmiana nie zdołała jeszcze uruchomić wszystkich niezbędnych mechanizmów stymulacji ładu społecznego, bowiem nie ma powszechnego, wystarczającego respektu dla sprawiedliwości wymiennej i prawnej, a na sprawiedliwość rozdzielczą istnieje ogromne zapotrzebowanie. Państwo socjalne nie może jednak trwać wiecznie, toteż w kolejnych latach transformacji hasła samoograniczenia, poczucia odpowiedzialności, formułowane przez polityków, kierowane było zarówno do obywateli jak i instytucji: do rządu, partii, związków zawodowych i wszelkich grup interesu. Bezrobotni, podopieczni pomocy społecznej, emeryci i renciści, dzieci z rodzin wielodzietnych nadal jednak stanowili liczną rzeszę tych, których nie tylko samoograniczenia, ale i deprywacja potrzeb w latach 2001–2002 osiągnęły najwyższy, w stosunku do notowanych wcześniej, pułap.³³⁰

Zadaniem polityki społecznej, nawet w trudnej sytuacji gospodarczej, jest przede wszystkim likwidowanie ekonomicznych przyczyn ubóstwa i marginalizacji. Dystrybucja wszelkich działań pomocowych, doraźnych, może być jedynie formą czasowej kompensaty utraconych dochodów, w żadnym natomiast razie nie można dopuszczać do tego, aby dla określonych jednostek, czy to grup stała się sposobem na życie. Żadne zasiłki nie gwarantują przywrócenia ładu społecznego, jako że

³³⁰ Zasięg ubóstwa w Polsce, przynajmniej od 1993 roku, ustawicznie się powiększał. O ile w 1993 roku poniżej granicy ubóstwa relatywnego żyło 12 % osób, to w 2001 roku odsetek wzrósł do 17 %. Co szósta osoba uzyskiwała niższe dochody niż wynosiła ustawowa granica ubóstwa, uprawniająca do korzystania ze świadczeń pomocy społecznej. Zasięg ubóstwa w Polsce w latach 1993–2001. Serwis informacyjny GUS, Warszawa 2002; www.stat.gov.pl/servis/nieregularne/gosp

nie wytwarzają mechanizmów stymulujących przedsiębiorczość i poczucie odpowiedzialności.

Pojawia się zatem pytanie: „czy w Polsce kiedykolwiek była realizowana polityka społeczna na miarę standardów europejskich?” Otóż były takie próby, ale mało skuteczne, jako że w podejmowanych działaniach występowały sprzężenia blokujące skuteczność. Na przykład: próba opowania narastającego bezrobocia wprowadzeniem tzw. „wcześniejszych” emerytur, na początku lat dziewięćdziesiątych spowodowała zapaść w finansach ZUS, której skutki odczuwane były w obciążeniach budżetu państwa nawet kilka lat po wprowadzeniu reformy systemu emerytalnego. Skuteczna, długodystansowa polityka społeczna to tworzenie sprzężeń pozytywnych, czyli szukanie takich rozwiązań, które uruchomią mechanizmy rozwoju, zwiększą wpływy do budżetu, ale nie poszerzą sfer społecznego niedostatku. Takim przykładowym działaniem może być stymulowanie rozwoju wolontariatu i organizacji pozarządowych, które w kompatybilnym współdziałaniu z instytucjami pomocy społecznej powinny skutecznie zagospodarowywać wszelkie obszary społecznego zapotrzebowania na pomoc. Kolejnym przykładem, może mniej czytelnym jako że możliwym do zweryfikowania dopiero po 10–15 latach, jest też reforma systemu emerytalnego, której podstawowym założeniem jest samodzielność obywateli w kreowaniu jakości swego życia poprzez wieloletnie gromadzenie kapitału na późniejsze świadczenia emerytalne.

W społeczeństwie nawykłym do interwencjonizmu państwowego, do ustawowego gwarantowania osłon i różnorodnych form kompensacji braku dochodów z pracy zawodowej, każde rozwiązanie postrzegane jest jednak w kategoriach „zamachu” rządu i parlamentu na prawa socjalne i obywatelskie. Stanowi to w sumie poważne utrudnienie dla realizacji długodystansowych celów polityki społecznej.

Prospektywizm kreatorów rzeczywistości społecznej i gospodarczej nie zawsze wszak nakłada się na społeczną akceptację. Społeczeństwo oczekuje rozwiązań, które dają natychmiastowe efekty, w krótkim czasie skutkują poprawą jakości życia, dochodów, stanowią gwarancję dobrobytu, a w gospodarce rynkowej jest to niemożliwe. Typowym przykładem takiego specyficznego „rozmijania się” celów strategicznych z ich społeczną akceptacją była burzliwa dyskusja na temat proponowanych zmian w ustawowym określeniu progu wieku emerytalnego dla kobiet

i mężczyzn. Krótszy okres aktywności zawodowej oznacza mniejsze świadczenia po uzyskaniu uprawnień emerytalnych, a tym samym gorszą sytuację materialną kobiet, dla których próg wieku emerytalnego jest o 5 lat krótszy niż dla mężczyzn i wynosi 60 lat. Propozycje zrównania wieku emerytalnego w Polsce (np. na wzór Danii, gdzie wiek emerytalny dla kobiet i mężczyzn wynosi 67 lat), nie zyskały społecznego poparcia, choć większość kobiet czuje się z powodu obowiązujących rozwiązań – dyskryminowana.

Generalnie: społeczny odbiór większości rozwiązań proponowanych przez resort pracy i polityki społecznej ma wymiar kontestacji, a próby nawiązania dialogu społecznego i uwzględnienia ewentualnych propozycji innych rozwiązań – najczęściej kończą się fiaskiem. Tworzy to złą sytuację, gdyż ustawiczna konfrontacja władz ze społeczeństwem utrudnia, bądź uniemożliwia podjęcie rozwiązań konstruktywnych i w przyszłości skutecznych, choć na początku z pewnością trudnych do zaakceptowania.

W Polsce społeczeństwo oczekuje od państwa pracy, zasiłków i gwarancji bezpieczeństwa socjalnego, ale jeżeli reakcją rządu na te oczekiwania nadal będą wyłącznie działania osłonowe, to w skali makro cały system społeczno-gospodarczy będzie zsuwał się po równi pochyłej do trwałej zapaści finansów publicznych. Między polityką społeczną i gospodarczą istnieje sprzężenie zwrotne. Może mieć charakter pozytywny lub negatywny, jako że każde działanie ma swoją cenę i każde obciążone jest pewnym ryzykiem skuteczności. Na przykład: gwarantowane osłony socjalne dla bezrobotnych powodują pogorszenie sytuacji w innych obszarach życia, zmuszają do oszczędzania na ochronie zdrowia, oświacie, edukacji, pomocy społecznej, na rozwoju infrastruktury i inwestycji niezbędnych dla rozwoju gospodarczego. Inny przykład: gdyby świadczenia socjalne i przedemerytalne wypłacane były z funduszy ZUS – system ubezpieczeń społecznych uległby zniszczeniu; natomiast gdy wypłacane są z Funduszu Pracy – pochłaniają potencjalne zasoby na aktywne formy walki z bezrobociem. Czyli im większe bezrobocie i bieda – tym większe zapotrzebowanie na zasiłki; im więcej pieniędzy na zasiłki – tym mniej na aktywne formy zwalczania zjawiska; im mniej środków na aktywizację – tym mniejsze szanse na redukcję bezrobocia i marginalizacji. Trudno w tej sytuacji mówić o funkcjonowaniu syste-

mu prozatrudnieniowego, bowiem zdusza go, zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami, system zasiłkowy, czy dezaktywizujący potencjał ludzki. Spirala niedostatku powoduje, że każde rozwiązanie budzi kontrowersje, że nie ma „złotego środka”, który dostarczyłby rozstrzygnięć satysfakcjonujących społeczeństwo, a jednocześnie służących stabilizacji gospodarczej.

Pod presją narastającej biedy i bezrobocia, w Polsce nadal realizowany jest model państwa opiekuńczego, choć wszelkie działania postrzegane są jako nieefektywne i niesprawne. Taki, pełen goryczy i kontestacji, pogląd w konsekwencji przenosi się zarówno na władzę, jak i na państwo. Głównym problemem jest fakt, że deficyt budżetowy, skutki wieloletniego „schładzania” gospodarki i źle przeprowadzonej prywatyzacji, spowodowały nie tylko brak środków na inwestycje i rozwój, ale i nadmierne obciążenie budżetu wydatkami na cele socjalne, przez ekonomistów określanego mianem „presocjalizowanego”. Niezbędne, w sumie niskie lecz kosztowne, bo kierowane do coraz liczniejszej grupy odbiorców, świadczenia pomocowe nie rozwiązują żadnego z dominujących problemów społecznych, a są jedynie doraźną formą ratownictwa ekonomicznego państwa, kierowanego do środowisk najwyższego ryzyka marginalizacji. Trudno w tej sytuacji mówić o jakimkolwiek spójnym i czytelnym modelu polskiej polityki społecznej.

Każda próba ograniczenia wydatków społecznych i na cele socjalne, pod wpływem czy to nacisków politycznych, czy grup lobbystycznych, niemal natychmiast przekreślana była już na etapie przepisów wykonawczych lub poddawana ostrej krytyce przez opinię społeczną. Na przykład: podniesienie opłat czynszowych za mieszkania komunalne i spółdzielcze lokatorskie spowodowało uruchomienie systemu refundacji kosztów i dodatków mieszkaniowych; gdy weszła w życie restrykcyjna ustawa antyaborcyjna, w ramach ochrony macierzyństwa wprowadzono zasiłki gwarantowane dla kobiet w ciąży; gdy przedstawiono projekt zakazujący łączenia dochodów z pracy zarobkowej ze świadczeniami ZUS, społeczeństwo, w tym tak ludzie starzy jak i młodzi, skrytykowali go jako karygodną próbę antagonizowania pokoleń. W konsekwencji z tych ostatnich wycofano się po kilku miesiącach, pozostawiając jedynie zapis o zakazie zatrudniania przynajmniej przez dwa lata pracowników, którzy przekroczyli próg wieku emerytalnego i stali się świadczeniobiorcami ZUS.

Warto zatem zadać pytanie: „czy główne cele, priorytety polityki społecznej sprowadzone zostały przez realia transformacyjne tylko do populistycznych haseł i nieudanych prób rekonstruowania rzeczywistości społecznej?” Z pewnością nie, czego dowodem jest choćby nowelizacja kodeksu pracy, czy opracowanie projektu ustawy o działalności pożytku publicznego – wprowadzeniu i nadaniu odpowiedniej rangi trzeciemu sektorowi – pozarządowemu, które to inicjatywy należy traktować jako zapowiedź dalszych zmian o charakterze strukturalnym.

Skuteczność działań w kategoriach globalnych i perspektywicznych winna być oceniana przez pryzmat zastępowania rozwiązań interwencyjnych – strukturalnymi i systemowymi. Wiadomo, że reformowanie układu instytucjonalnego przynosi efekty po kilku lub nawet kilkunastu latach, a w trakcie wdrażania zawsze wymaga nakładów i naruszenia interesów określonych grup lub jednostek organizacyjnych. Reformowanie, będące odpowiedzią na dysfunkcyjność określonych struktur, czyli ze społecznego punktu widzenia – niezbędne, zawsze jest bolesne. Z jednej strony konieczne, z drugiej zaś niechciane. Skuteczność długodystansowej polityki społecznej w dużej mierze zależy zatem od akceptacji władz szczebla samorządowego, od poparcia płynącego do parlamentu i rządu z poziomu gmin, powiatów i województw, od zaangażowania w proces zwalczania polskich problemów społecznych zarówno kreatorów małych środowisk lokalnych, jak i samych obywateli.

Głównym warunkiem podjęcia konstruktywnych działań jest jednak odpowiednia kondycja gospodarcza kraju, czyli przynajmniej 5 % wzrost PKB, a takowy przewidywany jest przez analityków rynku najwcześniej w 2004 roku, czyli dopiero po wejściu w struktury Unii Europejskiej. Program rządowy z 2002 roku, zatytułowany „Przed wszystkim przedsiębiorczość” zakładał, że skuteczne działania możliwe są także przy niewielkim, bo zaledwie 2 % wzroście gospodarczym, pod warunkiem, że priorytetem działań wszystkich resortów i struktur państwa będzie: elastyczne prawo pracy, promocja przedsiębiorczości, „zielone światło” dla inicjatyw aktywizujących rynek pracy. Warto dodać, że niezbędnym warunkiem ich realizacji jest uwzględnienie niezbędnego tła dialogu społecznego, który, niestety, nadal jest w Polsce traktowany marginalnie. Z reguły uwzględniany jest wtedy, gdy podejmowane są problemy zawarte w programie koalicyjnym, a życie nierzadko pisze przecież scena-

riusze nieprzewidywalne, tworzy sytuacje wymagające szybkiej reakcji i społecznego poparcia.³³¹

Dialog społeczny to istota demokracji. To prawo i obowiązek, którego nie można odmawiać, ani też ograniczać. Poglębiająca się marginalizacja najsłabszych członków społeczeństwa pozwala na stwierdzenie, że zasady państwa demokratycznego nadal jednak nie są w Polsce ani w pełni wdrażane, ani też wystarczająco internalizowane. Dla zapobiegania zjawisku i optymalnemu redukowaniu jego skutków równie ważne są inicjatywy władz podejmowane na szczeblu centralnym, jak i przedstawicieli małych skupisk, środowisk lokalnych, gdzie typ i głębia kwestii społecznych są bardziej widoczne i łatwiejsze w zdiagnozowaniu.

³³¹ Jedną z kluczowych postaci współczesności, dostrzegających problem ekskluzji jednostek i całych grup skazanych na margines życia społecznego, był Marek Kotański, twórca MONARU. Dzięki determinacji w urzeczywistnianiu, pozornie futurystycznej, teorii idealizmu pedagogicznego, w ciągu niespełna dziesięciu lat stworzył w Polsce sieć ponad 150 ośrodków dla ludzi „niechcianych” przez społeczeństwo. Zapewnił schronienie 15 tys. osób w różnym wieku; kolejnym 100 tys. zapewnił posiłki przygotowywane w placówkach Markotu. Dla zmarginalizowanych (bezdolnych, chorych, starych, uzależnionych, nosicieli wirusa HIV) uczynił znacznie więcej, niż organizacje pozarządowe, wpisujące w swe statutowe cele „przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu”. W państwie transformacji zbudował „państwo wspólnotowe”, dające azyl najbardziej doświadczonym przez los. Najważniejsze, że swą ideę pomocową oparł na stymulowaniu poczucia solidaryzmu grupowego, wzajemnego wsparcia i walki z własną bezradnością. Niezależnie od kontrowersji, jakie budził tak w środowiskach świeckich, jak i kościelnych, skutecznie pomógł tysiącom ludzi, wielu z nich przywracając społeczeństwu. Walkę z marginalizacją wiązał nie z litością, populizmem, czy środkami czerpanymi z budżetu państwa, lecz z mobilizowaniem swoich podopiecznych do pracy, do aktywności, zwalczania własnych słabości, do wzajemnego wspierania się, aż do uzyskania wiary w samodzielność i prawo „bycia człowiekiem”. Przelamując bariery anonimowości i obojętności, pośmiertnie zyskał miano tego, który „uratował całe fragmenty Polski bezradnej i odrzuconej”. Por. I. Konarska, Święty Marek od bezdolnych. „Przegląd” 2002, nr 35 (141), s. 12–14; Szerzej na temat teorii idealizmu pedagogicznego (w:) E. Trafialek, Środowisko społeczne, op. cit., s. 24

2. Starość a edukacja permanentna – przygotowanie do starości

Związek oświaty z życiem ludzi starych ma dość specyficzny wymiar. Z jednej strony jej rozwój i powszechna dostępność odebrały przedstawicielom najstarszej generacji prestiż, status „żywych bibliotek”, nośników wiedzy i doświadczenia; z drugiej zaś, w dobie dynamicznych przemian, postępu technicznego, oświata zyskała miano stymulatora adaptacji do ustawicznie zmieniających się warunków życia. Aktywny udział ludzi starych w jej odbiorze, kreowaniu i współtworzeniu wiąże się z kategorią oświaty dorosłych, rozumianej jako działalność służąca doskonaleniu intelektualnemu i estetycznemu, jako praca instytucjonalna lub jednostkowa, spontaniczna lub zorganizowana, a realizowana głównie na płaszczyźnie środowiska społecznego.

Integralnie związane z oświatą dorosłych kształcenie ustawiczne pełni obecnie w życiu tej generacji szczególną rolę, jako że pomaga w przezwyciężaniu trudności związanych z internalizacją nowych i dla wielu osób trudnych treści, wnoszonych do codziennego życia przez stałe zmiany, przewartościowania oraz postęp cywilizacyjny. Pomaga też w utrzymywaniu kontaktów społecznych, zwalczaniu osamotnienia, w kontynuowaniu życia w społeczeństwie, a nie na jego marginesie.

Rolę oświaty w integracji osób starych można analizować na wielu płaszczyznach: upowszechniania wiedzy gerontologicznej wśród ludzi młodych, przygotowania do starości w okresie dorosłości, integracji międzypokoleniowej służącej kontynuacji kulturowej, a można ją też ograniczyć do aktywności oświatowej, edukacyjnej i integracyjnej, realizowanej głównie przez działające na całym świecie, uniwersytety trzeciego wieku. Tendencje do takiego jej postrzegania, skutecznie przełamywane od lat we Francji, Włoszech, w Niemczech i w Wielkiej Brytanii, w Polsce nadal są widoczne. Świadczy o tym niski poziom wiedzy gerontologicznej zarówno wśród ludzi młodych, dorosłych, jak i tych którzy przekroczyli próg starości, brak zainteresowania stażami przedemerytalnymi, marginalizacja społeczna ponad dziewięćmilionowej rzeszy emerytów i rencistów oraz funkcjonujący w mentalności społecznej negatywny stereotyp trzeciej trójki życia.

Tę ogromną lukę w edukacji do starości starają się wypełniać, tworzone w Polsce od 1975 roku, uniwersytety trzeciego wieku. Są to w za-

sadzie jedyne w kraju zorganizowane formy edukacji i integracji środowiskowej, adresowane do grupy najstarszych. Ich sieć, obejmująca obecnie 30 placówek (ponad 10 tys. słuchaczy),³³² traktowana jest jednak ustawicznie jako swoiste skupisko elit seniorów. Trudno o inną interpretację, gdy przywoła się kilka wskaźników określających potencjalne możliwości aktywności ludzi starszych w niektórych krajach Europy Zachodniej: w Wielkiej Brytanii działa 257 uniwersytetów, zrzeszających ponad 40 tysięcy członków (w tym w samej Anglii 218); we Francji jest ich 304; we Włoszech 282; w Hiszpanii 52; w Czechach 47; w Finlandii 28; w Szwajcarii 25 i w Holandii 24. W pozostałych krajach sieć placówek zbliżona jest do funkcjonujących w Polsce. W sumie Międzynarodowa Organizacja Uniwersytetów Trzeciego Wieku (AIUTA) skupia w Europie 1232 placówki oświatowe.³³³

W krajach Europy Zachodniej edukacja ustawiczna traktowana jest jako działalność przynosząca korzyści zarówno jednostkom, jak i całemu społeczeństwu, jako warunek rozwoju społecznego, forma przeciwdziałania bezrobociu, jako nowy styl życia i skuteczna metoda likwidowania poczucia izolacji społecznej. W większości europejskich uniwersytetów trzeciego wieku funkcji integracyjnej nadaje się też często rangę większą, niż edukacyjnej.

Sama integracja w standardach europejskich traktowana jest jako proces zarówno wewnątrz, jak i międzypokoleniowy. W Wielkiej Brytanii wśród form oświatowych adresowanych do najstarszych dominują grupy samopomocowe, w tym przede wszystkim wolontariat. Na przykład w Glasgow istnieje Szkocki Uniwersytet dla Seniorów, ukierunkowany na pracę wolontarną, spełniającą jednocześnie funkcję integracji międzypokoleniowej. Członkowie tej placówki, po odbyciu odpowiednich szkoleń w centrach wolontariatu, zajmują się doradztwem zawodowym, pomagają młodym w znalezieniu pracy, sprawują pieczę nad chorymi i niepełnosprawnymi. Model ten zakłada prosty podział ról: ludzie starzy są opiekunami, doradcami i konsultantami, a młodzi odbiorcami i kon-

³³² Działalność polskich uniwersytetów trzeciego wieku w roku akademickim 1999/2000. Pod red. A. Jopkiewicza, Warszawa 2000, s. 64–67

³³³ M. Halicka, J. Halicki, Społeczne implikacje edukacji osób starszych. „Polityka Społeczna” 1999, nr 9, s. 24; O. Czerniawska, Międzynarodowe Stowarzyszenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku jako przykład stowarzyszenia działającego na rzecz ludzi starszych. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1999, nr 1, s. 308

sumentami ich zaangażowania. W całej Anglii praca oświatowa nastawiona jest głównie na użyteczność, trening i działania praktyczne, co w niczym nie koliduje z powszechną dostępnością do edukacji (sieć collegów i uniwersytetów otwartych), a sprzyja przełamywaniu negatywnego stereotypu starości nacechowanej postawami roszczeniowymi. Działające w Anglii i Walii centra edukacyjne oraz uniwersytety otwarte traktują oświatę dorosłych jako sprawny ruch społeczny, wychodzący naprzeciw potrzebom zarówno jednostkowym, jak i środowiskowym, lokalnym. Wszystkie formy aktywności oświatowej ludzi starszych łączą tam funkcję edukacyjną z integracyjną, zdecydowany priorytet nadając drugiej z wymienionych.

W Niemczech funkcjonują trzy typy placówek dla seniorów i wszystkie, poza pełnieniem funkcji edukacyjnej, mają charakter integracyjny. Są to uniwersytety ludowe, centra szkoleniowe, akademie dla seniorów i otwarte dla wszystkich grup wiekowych placówki szkolnictwa wyższego. Ludzie starzy mogą tam korzystać, między innymi, z takich propozycji aktywnego uczestnictwa w oświacie jak: studia stacjonarne z możliwością uzyskania dyplomu, ale pod warunkiem podporządkowania się regulaminowi studiów jaki obowiązuje wszystkich studentów; status wolnego słuchacza na wybranym kierunku studiów, bez prawa do ubiegania się o dyplom oraz uczestnictwo w zajęciach według specjalnego toku i programu studiów, dostosowanego dla seniorów.³³⁴ Przynajmniej dwie z wymienionych form optymalizują współpracę i integrację zarówno między, jak i wewnątrzpokoleniową.

Nieco inną propozycję stanowią, cieszące się bogatą tradycją i dużym zainteresowaniem społecznym, uniwersytety otwarte, gdzie programy zajęć dostosowuje się do oczekiwań słuchaczy, a oferta współpracy opiera się na ustawicznej analizie potrzeb potencjalnych klientów. Treść i forma kursów, zajęć i spotkań fakultatywnych ustawicznie są modyfikowane, stanowiąc tym samym wyjątkowo atrakcyjną propozycję dla potencjalnych odbiorców. Wiek nie stanowi w tym kraju bariery uczestnictwa w różnorodnych formach aktywności społecznej i edukacyjnej (poza nielicznymi wyjątkami, takimi jak na przykład: możliwość podejmowania studiów stacjonarnych na medycynie, czy prawie). Wiele form kształce-

³³⁴ J. Halicki, *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze*, Białystok 2000, s. 52–110

nia ukierunkowanych jest na przygotowanie do aktywnej działalności wolontarnej ludzi starszych, traktowanych w skali makro jako ważny potencjał społeczny.

We Włoszech, gdzie w 2000 roku zanotowano najwyższą w Europie stopę starości demograficznej (18 % ogółu społeczeństwa to ludzie w wieku 65 lat i więcej), a poziom wykształcenia najstarszej generacji jest bardzo niski (w kategorii wieku 65 lat i więcej 10 % stanowią analfabeci literalni i funkcjonalni, a w wieku powyżej 50 lat ponad 80 % legitymuje się wykształceniem zaledwie elementarnym) – populację tę traktuje się jako grupę priorytetową, otoczoną szczególną troską władz wszystkich szczebli. Placówki oświatowe realizują tam szereg specjalnych projektów edukacyjnych, ale największą rangę przypisują inicjatywom służącym rozwojowi społeczności lokalnej i promowaniu jednostek. Funkcjonują programy służące stymulacji procesów poznawczych przedstawicieli najstarszego pokolenia, zachęcaniu ich do poszerzania wiedzy, ale generalnie w kształceniu największą rangę nadaje się funkcjom: afiliacyjnej i integracyjnej. Głównym celem jest zatem utrwalenie odpowiednich postaw wobec starości, postaw akceptacji, aktywności, podtrzymywania statusu społecznego i dobrej kondycji psychicznej.³³⁵ Ludzie starzy traktowani są we Włoszech jako opoka doświadczenia, tradycji i wartości uniwersalnych. Dużo miejsca w adresowanych do nich propozycjach zajmuje też integracja międzypokoleniowa, współpraca w relacji słuchacz–wykładowca, analiza inicjatyw i indywidualnie formułowanej samooceny. Kształtuje się ich historyczną świadomość, ułatwia rozumienie własnej starości, pomaga w odnalezieniu satysfakcjonującego i możliwego do realizacji zajęcia użytecznego społecznie. Uniwersytety trzeciego wieku skupiają ludzi już powyżej 30 roku życia. Ludzie w wieku 60 lat i więcej stanowią zaledwie 40 % ogółu słuchaczy, co świadczy o pełnej integracji międzypokoleniowej, realizowanej w tym kraju we wszystkich formach oświatowych.

Mimo niskiego poziomu wykształcenia, włoscy seniorzy należą do najlepiej zorganizowanych, prężnych i aktywnych społecznie. Mają swoje forum dyskusyjne na łamach ogólnokrajowych pism, mają prężnie działające związki zawodowe, potrafią walczyć o swoje prawa i znają swoją

³³⁵ Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 615; O. Czerniawska, Edukacja dorosłych we Włoszech, Łódź 1996, *passim*

wartość. Integracja pokoleniowa i międzypokoleniowa w tym kraju zasługuje na szczególną uwagę, jako że dobrze zorganizowana aktywność daje poczucie użyteczności społecznej, solidarności, broni ludzi starych przed osamotnieniem i izolacją, gwarantuje prestiż.

Aktywność ludzi starych realizowana jest w różnych formach: edukacyjnej, afiliacyjnej, integracyjnej, opiekuńczej i kompensacyjnej, ale zawsze wpływa na poprawę jakości życia, na współdziałanie ze środowiskiem, na poprawę kondycji psychofizycznej. W krajach o bogatych tradycjach tworzenia różnorodnych form oświaty dorosłych wyraźnie widać dążenie do upodmiotowienia jednostek, do akcentowania roli i rangi indywidualnych wyborów potencjalnych odbiorców. W krajach Europy Zachodniej edukacja traktowana jest jako ogranicznik ekskluzji społecznej, a oświata skutecznie spełnia funkcje kompensacyjne. Niezależnie od tego w jakich formach jest realizowana – jej celem jest tworzenie stabilnych podstaw społeczeństwa wspólnotowego, opartego na sprawiedliwości społecznej, równości, solidaryzmie, aktywności i prawie do godnego życia na wszystkich jego etapach.

Polskie placówki oświatowe, podobnie jak i w pozostałych krajach Europy Wschodniej, są w zasadzie zamknięte dla przedstawicieli trzeciej generacji. Wyjątek stanowią uniwersytety trzeciego wieku. W Europie Zachodniej dominuje integracyjny i otwarty typ oświaty. Nie tworzy się „gett”, nie izoluje ludzi starych od pozostałych grup społecznych, dając im prawo współuczestniczenia w życiu społeczeństwa i współdecydowania o swoim, indywidualnym wymiarze własnego życia. Na podkreślenie zasługuje zasada uznawana przez kraje członkowskie Unii Europejskiej, w świetle której ludzie starzy, jako współtwórcy dobrobytu, mają takie samo prawo jak inni do jego konsumowania i artykułowania swych potrzeb.

Wszelkie formy aktywności społecznej przedstawicieli trzeciej generacji podporządkowane są zaspokojeniu potrzeb, pojawiających się wraz z odejściem od aktywności zawodowej i zmianą statusu społecznego. Aktywność, podtrzymująca mobilność, sprawność, generująca poczucie dobrostanu psychicznego, w zależności od zakresu i charakteru, pełnić może wielorakie funkcje: kompensacyjną w sytuacji utraty ważnych ról społecznych, edukacyjną, adaptacyjną, rewitalizacyjną i integracyjną. Zawsze jednak służy zaspokajaniu potrzeb psychofizycznych związanych

z wiekiem,³³⁶ z podejmowaniem nowych ról i zadań społecznych, rodzinnych oraz towarzyskich, z koniecznością przystosowania się do ograniczeń, wynikających ze stanu sprawności fizycznej, z potrzebą wypracowywania postaw ułatwiających rozumienie, internalizację coraz to nowych wyznaczników jakości życia.

Aktywność zawsze implikowana jest potrzebami oraz związanymi z nimi aspiracjami, dążeniami i utrwalonymi wcześniej postawami wobec życia. W warunkach polskich, gdzie na skutek ciągle niskiej kultury zdrowotnej niepełnosprawność i ograniczona mobilność narastają z wiekiem, aktywność wielu ludzi w starszym wieku ogranicza się do gospodarstwa domowego i zaangażowania wokółrodzinnego. Tylko nieliczni, zgodnie z teorią aktywności i kontynuacji, starają się nadążać za zmianami, skutecznie przełamując stereotyp petryfikacji, senilizmu i marginalizacji trzeciej trójki życia.³³⁷

Obecne pokolenie ludzi starych w Polsce nie tylko nie zostało do należytego konsumowania swej starości przygotowane, ale i pozbawione jakiegokolwiek wpływu na jakość swego życia. W przeważającej większości słabo wykształcone, spauperyzowane, zmarginalizowane, najczęściej nie nadąża za zmianami, a tym samym i nie akceptuje ich. Z badań prowadzonych przez CBOS w 2002 roku wynika, że ludzie w wieku 65 lat i więcej stanowili w kraju liczną reprezentację grupy o dość ambiwalentnym stosunku do postępu technicznego: 35 % mieszczących się w tej kategorii wiekowej oraz 35 % w wieku 55–64 lata uznawało na przykład, że dzięki nowym technologiom, takim jak Internet i telefonia komórkowa, świat nie jest ani lepszy ani gorszy. Przekonanie o dobrym wpływie tychże wyraziło wówczas 61 % osób w wieku 18–24 lata; 47 % w wieku 25–34 lata; 38 % w wieku 35–44 lata i 37 % w wieku 45–54 lata, a o złym po 4 % z dwóch grup wiekowych obejmujących przedział 18–34 lata i 13 % z grupy w wieku 65 lat i więcej. To naturalna konsekwencja faktu, że tylko 1 % grupy najstarszych badanych korzystało z Internetu; 8 % posiadało telefon komórkowy, a 5 % czasem używało komputera.

³³⁶ Szerzej na ten temat: Handbook of social gerontology... op. cit.

³³⁷ Szerzej na ten temat: A. Radziejewicz-Winnicki, Emerycy i renciści wobec sytuacji społecznego ubóstwa, Katowice 1997; Przygotowanie do starości. Pod red. M. Dziegielewskiej, Łódź 1997; E. Trafiałek, Człowiek starszy w Polsce... op. cit.; Polska starość, op. cit.

Zainteresowanie ludzi starych postępem i nowymi technologiami było znikome, mimo że w porównaniu z takimi krajami jak: Węgry, Czechy, Rosja, czy Rumunia – polskie gospodarstwa domowe były stosunkowo dobrze wyposażone zarówno w sprzęt telekomunikacyjny, jak i elektroniczny. Ponad 3/4 (27 %) dorosłych Polaków posiadało komputer osobisty, z czego połowa miała dostęp do Internetu. Dla porównania: w Czechach komputer posiadało wówczas 40 % dorosłych mieszkańców, na Węgrzech – 25 %, w Rumunii – 12 % i w Rosji – 9 %. Dostęp do Internetu w Czechach deklarowało 24 % badanych, na Węgrzech – 8 %, a w Rumunii i Rosji zaledwie po 4 %.³³⁸ Wyniki przywołanych badań pokazują, jak wielkie zapóźnienia w dostępie do nowoczesności i jej symboli mają ludzie, w tym nade wszystko starzy, nie tylko w Polsce, ale i we wszystkich krajach postkomunistycznych. To ogromne wyzwanie dla edukacji i oświaty dorosłych, ukierunkowanych na przygotowanie do starości i życia na emeryturze na miarę wszechobecnego postępu. Strach przed nim oznacza stagnację i regres, a te pozbawiają autorytetu.

Starość jest tylko kontynuacją życia i wypełnienie jej odpowiednimi treściami zależy w głównej mierze od wcześniejszych zainteresowań, preferencji, ukształtowanych potrzeb i przyjętego stylu życia, od aspiracji i ich realizacji. Toteż nawet w sytuacji, gdy ograniczone możliwości finansowe zmuszają do modyfikacji zachowań po przejściu na emeryturę, to w przypadku ludzi aktywnych, otwartych na ciągle doskonalenie, samokształcenie i społeczne funkcjonowanie, zdolnych do samodzielnego kreowania swego wizerunku – zawsze istnieje możliwość akceptacji nowego wymiaru życia, choćby właśnie poprzez realizację różnorodnych potrzeb w ramach podejmowanej aktywności społecznej, kulturalnej, rekreacyjnej, oświatowej, a nierzadko i zawodowej. Szansę taką stwarza praca w organizacjach, stowarzyszeniach, fundacjach, grupach samopomocowych, w hospicjach, wolontariatach, podejmowanie nowych ról społecznych (rodzinnych lub społecznych np. kuratora sądowego, członka samorządu, ławnika), amatorska twórczość artystyczna, rozwój i realizacja zainteresowań, uprawianie hobby, turystyki, sportu, udział w kursach, szkoleniach, różnorodnych formach pracy proponowanych przez placówki środowiska lokalnego, w tym i przez uniwersytety trzeciego wieku.

³³⁸ M. Wenzel, Komputery, Internet, telefony komórkowe, wyposażenie gospodarstw domowych i użytkownicy w niektórych krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 83/02, s. 1–3

Aktywność powinna towarzyszyć całemu życiu, ale dla najstarszych jest szczególnie ważna zarówno z medycznego, jak i społecznego punktu widzenia. Podtrzymuje sprawność, daje poczucie satysfakcji, odsuwa w czasie nacechowany senilizmem schylek życia – podważając tym samym zasadę, w świetle której ludzie starzy oczekują aby świat przyszedł do nich, bo oni do niego już wyjść nie potrafią. Aktywność to gwarancja społecznego bytu, integracji ze środowiskiem i społeczeństwem, bez poczucia którego trudno poszukiwać sensu i radości życia.³³⁹ O ile nie można zatrzymać czasu, ani procesu starzenia się, to można nauczyć się pozytywnego myślenia. Optymizm połączony z aktywnością są najskuteczniejszą formą rewitalizacji, stymulującej zadowolenie z życia.

Współodpowiedzialność za społeczeństwo nie wygasa po przejściu na emeryturę. Odejście od aktywności zawodowej nie jest bowiem wydarzeniem ani nagłym, ani przypadkowym – można się do tego etapu życia przygotować. Nie jest to doświadczenie wyjątkowe, ale powszechne – kiedyś każdy musi ustąpić miejsca młodym i zmienić styl życia na adekwatny do biologicznych możliwości organizmu. Trudno też udowodnić, że to właśnie emerytura wywiera najbardziej negatywny wpływ na życie człowieka. Wszak zarówno w młodości, jak i w wieku dojrzałym ludzie doświadczają o wiele trudniejszych przeżyć, choćby takich jak: choroby, utrata bliskich, rozłąki, utrata pracy, bieda, patologiczne zachowania osób z którymi czują się związani, brak środków na życie, bądź samotność, która w równej mierze może być udziałem zarówno młodych, jak i starych.

Starość to nie oczekiwanie na śmierć, ale nowy zawód, nowe role i nowe zadania, do których trzeba się nie tylko przygotować, ale i ustawnie je doskonalić. To sedno odpowiedzialności jednostkowej i podstawa dla upowszechniania idei edukacji do starości, zgodnie z zasadą demokracji, upodmiotowienia jednostek poprzez edukację. Ze społecznego punktu widzenia, problemy starości zawsze wiążą się z brakiem wypracowanych, dobrych wzorców postępowania, z brakiem alternatyw dla smutku, bezradności i marginalizacji. Rozwiązania stosowane w krajach zachodnioeuropejskich pokazują, że najlepszą alternatywą jest dą-

³³⁹ Wiele na ten temat w opracowaniach: J. Halicki, Dalsze kształcenie uniwersyteckie, czy uniwersytety trzeciego wieku? „Gerontologia Polska” 1995, nr 1/2; Z. Zaorska, Dodać życia do lat, wyd. II, Lublin 1999; Przygotowanie do życia na emeryturze. Pod red. B. Juraś-Krawczyk, Łódź 1998

zenie do uspołecznienia starzenia się i starości, promowanie edukacji ustawicznej i urzeczywistnianie hasła „dodawania do lat – życia, zdrowia oraz aktywności”.

3. Problemy i rozwiązania europejskie – standardy, wzorce

Problemy gospodarcze Polski nie są w Europie wyjątkiem. Cała Unia Europejska od lat boryka się zarówno z inflacją, jak i z bezrobociem. Załamanie koniunktury gospodarczej w 2001 roku dotknęło nawet takich potęg jak Niemcy, czy Francja. Według prognoz Międzynarodowej Organizacji Pracy w Europie Środkowej, w latach 2002–2003 inflacja spadnie z 8 % do 7,2 %, ale bezrobocie pozostanie na bardzo wysokim poziomie 12,2 %. W latach 1999–2002 w krajach Unii inflacja wzrosła z 0,9 do 2,5 %.³⁴⁰

Przełom wieków przyniósł biedę i trudności gospodarcze niemal wszystkim rozwiniętym krajom świata. Prognozy na przyszłość także nie są optymistyczne. Zdaniem Gustava A. Horna, specjalisty ds. koniunktury w Niemieckim Instytucie Badań Gospodarczych (DIW) w Berlinie, żadna z gospodarczych potęg, poza Stanami Zjednoczonymi Ameryki, nie zdoła szybko przewyciężyć wszechobecnego kryzysu.³⁴¹ Na stan recesji generowanej wzrostem cen i spadkiem popytu na rynkach światowych złożyło się wiele czynników, ale przede wszystkim był to wzrost cen ropy naftowej, problemy rynku rolnego związane z zarazami wśród zwierząt hodowlanych, restrykcyjna polityka pieniężna zarówno w Stanach Zjednoczonych Ameryki, jak i w Eurolandzie oraz kryzys branży komputerowej i rynku motoryzacyjnego. Każde załamanie gospodarcze skutkuje kosztownymi deformacjami rynku pracy. Tak stało się w wielu krajach, w tym także w Niemczech i w Polsce. O ile w Polsce w latach 1999–2002 bezrobocie wzrosło z 13,1 % do 18 % i w kategorii rejestro-

³⁴⁰ Ogromny wpływ na inflację miał wzrost cen ropy z 10,41 do 26,95 \$ za baryłkę. Takie ceny notowano na giełdzie w Londynie w kolejnych latach, jednak przed zaostrzeniem konfliktu palestyńsko-izraelskiego i przed włączeniem się do niego przywódca Iraku – Saddama Husejna, www.case.com.pl z kwietnia 2002 roku

³⁴¹ Gdy gospodarka europejska przeżywała kolejne kryzysy, amerykańska przyspieszała i poprawiała swą kondycję. Np. w I kwartale 2002 roku PKB w Stanach Zjednoczonych Ameryki wzrósł aż o 5,8 %, www.worldbank.org z maja 2002 roku

wanego dotknęło 3,4 mln osób, to w Niemczech w latach 1990–2000 wzrosło z 8,2 % do 9,6 %.³⁴²

Na początku 2002 roku Komitet Integracji Europejskiej (KIE) przyjął wstępną wersję Narodowego Planu Rozwoju (NPR) na lata 2002–2003. Po zaakceptowaniu go przez Radę Ministrów, został przesłany do Komisji Europejskiej. Dokument ten, definiujący priorytety rozwoju, zdecydował o sposobie, w jaki w najbliższym czasie będą w kraju wykorzystywane unijne środki pomocowe. Wysokość ich może przekroczyć nawet 7 mld euro rocznie. Do końca 2001 roku Polska korzystała z Funduszy: PHARE (na wspieranie reformy administracji, inwestycji infrastrukturalnych, pomoc przedsiębiorcom); ISPA (finansowanie dużych inwestycji w infrastrukturę) i SAPARD (pomoc dla wsi), ale nie zawsze potrafiła sprostać rygorom odpowiedniego planowania i zagospodarowania funduszy. Dobre i pełne wykorzystanie środków unijnych, w perspektywie najbliższych lat, może doprowadzić do przyspieszenia wzrostu gospodarczego i poprawy kondycji finansów publicznych. Cel zatem jest ważki. Warunkiem jest pełne przygotowanie do zagospodarowywania funduszy zgodnie z przyjętymi projektami, czyli tzw. „poprawne ich absorbowanie”. Sprostanie zadaniu wymaga zatem tylko dobrej woli, kompetencji i społecznego myślenia władz różnych szczebli.

W 2000 roku, w trakcie wiosennego szczytu unijnego w Lizbonie, przywódcy państw „Piętnastki” dyskutowali nad ekonomiczną i socjalną odnową Europy. W dokumencie końcowym ustalono, że perspektywa to umacnianie takiego modelu polityki społecznej, której głównym założe-

³⁴² Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 628; Wbrew potocznym opiniom, problemy przed rozwiązaniem których stoją rządy tych dwóch państw, są bardzo podobne. Płace, uzyskiwane przez osoby o niskich kwalifikacjach, zbliżone są wielkością do zasiłków gwarantowanych w ramach zabezpieczenia społecznego, w konsekwencji czego w opinii społecznej nierzadko w Niemczech bardziej opłaca się „nie pracować”, niż pracować. Pomoc socjalna, w Niemczech określana mianem „socjału”, jest już na tyle dotkliwym problemem rządu, że postanowiono go przynajmniej częściowo zredukować dotacjami dla pracodawców zatrudniających tzw. „niewykwalifikowanych”. Refundacje kosztów ubezpieczenia i zasiłków rodzinnych, obniżające koszty zatrudnienia, w założeniach powinny wpłynąć na wzrost wynagrodzeń przynajmniej do poziomu przekraczającego zasiłek socjalny, a zatem i na większe zainteresowanie pracą oraz tworzeniem nowych stanowisk. To rozwiązanie zasługujące na uwagę, jako że problem „nieopłacalności” pracy w Polsce, zarówno dla pracodawcy jak i dla pracownika, od lat poszerza zarówno margines bezrobocia, biedy, jak i roszczeniowości świadczeniobiorców pomocy społecznej

niem będzie inwestowanie w ludzi. To dobrze rokuje, jako, że potencjał społeczny w międzynarodowych debatach zaczyna być nie tylko zauważany, ale i traktowany na równi, z dominującym wcześniej, potencjałem ekonomicznym i gospodarczym.

Zdaniem ekspertów, europejska ekonomia ma się dobrze (niski poziom inflacji, wysoki wzrost gospodarczy) to jednak globalizacja powoduje konieczność radykalnej transformacji unijnych społeczeństw, reform w dziedzinie ekonomii, zdynamizowania działań gospodarczych i wprowadzenia programu szkoleń podnoszących kwalifikacje pracowników agend unijnych. Najważniejsze to: stworzenie społeczeństwa informacyjnego, dalszy rozwój wspólnego rynku, integracja rynku finansowego, promocja nowych inicjatyw w sektorze prywatnej przedsiębiorczości, stworzenie europejskiego centrum poszukiwań, które służyłoby zmianom wprowadzanym w gospodarce, modernizacja systemu osłon socjalnych i zapewnienie długofalowej stabilności systemom emerytalnym, a także zapewnienie pełnego zatrudnienia oraz zwiększenie inwestycji na edukację. Te reformy traktowane są przez komisarzy i przywódców Unii jako główny wyznacznik równania Europy do zmieniającego się świata, głównie do Stanów Zjednoczonych Ameryki i Kanady (czyli handlowych i gospodarczych rywali). Zdaniem premiera Portugalii, Antonio Guterresa, „trzeba działać, bo wyzwania stojące przed nami (Unią Europejską) nie mogą dłużej czekać. Plan odnowy ekonomicznej i socjalnej ma na celu wyzwolenie inicjatywy także w sektorze prywatnym, dostosowanie się do nowych wymagań”.³⁴³ W najbliższych latach cudzoziemcy będą stanowić podstawową siłę roboczą w krajach Unii. Przeciwnicy rozszerzenia struktur unijnych powinni znać nie tylko realia, ale i prognozy, zarówno gospodarcze, jak i demograficzne. Europa starzeje się i to też jest problem ważny.

Demografowie ONZ uważają, że dla zapewnienia równowagi między ludnością aktywną zawodowo a emerytami – Europa do 2025 roku musi przyjąć około 160 mln emigrantów. Członkowie UE zdają się tego nie dostrzegać. Austria i Niemcy, państwa z grupy bogatych ale sceptycznie nastawionych do procesu rozszerzania struktur – są w najgorszej sytuacji demograficznej. W Niemczech od dawna liczba zgonów przekracza liczbę urodzeń. Napływ cudzoziemców od kilku lat jest ograniczany. We-

³⁴³ Szczyt socjalnej i ekonomicznej odnowy. „Unia Europejska” 2000, nr 3 (03), s.9

dług ONZ, Niemcy powinny przyjmować rocznie co najmniej 500 tys., a Włochy około 300 tys. emigrantów. W Austrii już w 2006 roku pojawi się problem niedoboru siły roboczej. Dotknie to przede wszystkim lądy biedniejsze. Rewolucja techniczna, pozwalająca na redukcję zatrudnienia, nie rozwiąże wszystkich problemów wspólnoty unijnej. Liczyć na to mogą prawdopodobnie jedynie kraje małe, jak na przykład: Belgia. Tam, w sytuacji pogłębiania starości demograficznej kraju, planuje się zmniejszanie wymiaru czasu pracy i podniesienie obowiązującego progu wieku emerytalnego. Nie wszystkim państwom kondycja gospodarcza pozwoli jednak na takie rozwiązania w skali makro.³⁴⁴

Podczas nadzwyczajnego szczytu Rady Europy w Lizbonie w 2000 roku, uzgodniono nowy, strategiczny cel dla Unii – wsparcie zatrudnienia, reform ekonomicznych oraz spójności społecznej jako elementu budowy gospodarki opartej na konkretnej wiedzy (*knowledge-based economy*). „Obywatele Unii muszą sprostać kłopotom związanym z efektami globalizacji oraz wolnego rynku, często mijającymi się z potocznym myśleniem o skutecznej polityce społecznej ich państw”.³⁴⁵ Cała strategia opiera się na podniesieniu poziomu wykształcenia i rozwoju gospodarczym.

Przyszłość to społeczeństwo informatyczne, innowacyjne, kreatywne, to walka z eliminowaniem (ekskluzją społeczną) określonych grup z rynku pracy. To wspieranie „zdrowego wizerunku ekonomicznego”. Pod hasłem „społeczeństwo informacyjne dla wszystkich”, Unia chce rozpocząć działania wprowadzające przeciętnego obywatela do społeczeństwa nowoczesnego, opartego na technologiach cyfrowych, nowych produktach i na nowej jakości usług. Jednym, z ważnych, ale trudno orzec czy nie deklaratywnym, założeniem przyjętym w czasie szczytu w Lizbonie, było promowanie integracji społecznej grup mniejszościowych i dotkniętych ekskluzją (mniejszości narodowe, niepełnosprawni, osoby starsze, dzieci). Mówiono o programie tworzenia nowych miejsc pracy, lepszej wymianie informacji między państwami członkowskimi na temat ochrony socjalnej i równego dostępu do rynku pracy kobiet i mężczyzn.³⁴⁶

³⁴⁴ Tylko przyjęcie nowej siły roboczej wielu krajom pozwoli na utrzymanie dotychczasowego wzrostu gospodarczego. Uwiad starczy Europy?, tamże, s. 15

³⁴⁵ F. Jasiński, Walka z bezrobociem – nowy cel dla Unii, tamże, s. 67 i nast.

³⁴⁶ Centrum Informacji Europejskiej, www.cie.gov.pl; www.ukie.gov.pl z 2002 roku

Większość stwierdzeń, rejestrowanych przez media i biuletyny informacyjne, nawet przy dużej dozie optymizmu należy jednak traktować jako postulaty, a nie jako – oczekiwane przez społeczność międzynarodową – konkretne ustalenia i programy działań.

Narasta starość demograficzna, a starość nie idzie na ogół w parze z technologią cyfrową i społeczeństwem informatycznym. Państwa tworzące układ „Piętnastki” tak samo zatem potrzebują współpracy, wymiany gospodarczej z krajami kandydującymi jak te, które dążą do unifikacji ze strukturami europejskimi dla podniesienia swego prestiżu na międzynarodowej scenie. W tej sytuacji wspólne rozstrzygnięcie wspólnych kwestii socjalnych w Europie jest tylko kwestią czasu.

Dziś Unia Europejska jest federacją państw narodowych, ale niewykluczone, że z czasem stanie się federacją narodów europejskich. Będzie to możliwe dopiero wtedy, gdy w społeczności międzynarodowej utrwali się poczucie integracji, więzi, wspólnych celów i zadań. Wypracowanie modelu poczucia solidarności europejskiej, świadomości europejskiego obywatelstwa wspólnotowego wymaga jednak czasu. Potrzebne jest zatem zarówno intensywne działanie na rzecz utrwalania społecznego wzorca wspólnotowości, jak i dążenie do tworzenia jednolitych struktur pamięci historycznej. To zadania, których realizacja wiąże się zarówno z kreatywnymi działaniami władz, jak i pełną akceptacją społeczeństwa.

Różnice społeczne, kulturowe i ekonomiczne, jakie istnieją między państwami wchodzącymi w skład Unii z pewnością jednak się utrzymają i to niezależnie od idei jaka w najbliższych latach przyświecać będzie pogłębieniu integracji europejskiej. Unifikacja doprowadziłaby bowiem do zagubienia bezcennego bogactwa specyfiki i kolorytu poszczególnych kultur narodowych, a ujednoczenie sfer gospodarczych, struktur władzy politycznej, czy też ustroju wydaje się zupełnie niemożliwe, choćby ze względu na przywiązanie do historii, tradycji zarówno tych narodów, których ojczyzny są monarchiami, jak i republikami. Odmienności istnieją i istnieć będą. Dlatego też najlepszą formułą pełnego kompromisu wewnątrzunijnego może być wyłącznie opracowanie optymalnych zasad współpracy wewnątrz struktur, przy zachowaniu suwerenności wchodzących w jej skład członków. Przykładem może być zastąpienie waluty narodowej euro, do której to formy integracji międzynarodowej przekonali się nawet najwięksi sceptycy nowatorskich rozwiązań (Francuzi, Anglicy).

Federalizm w swoich ogólnych założeniach nie powinien zatem budzić niepokoju, szczególnie wtedy, gdy nie oznacza centralizmu lecz wspólnotowe działanie na rzecz respektowania suwerenności i partnerstwa.

Przyszłość Unii Europejskiej w głównej mierze zależeć będzie od stopnia w jakim będą się z nią utożsamiać nie tylko poszczególne kraje, ale co najważniejsze – ich obywatele. Współczesną Unię należy postrzegać jako może jeszcze niedoskonałą strukturę, ale otwartą na zmiany i wyposażoną w nową misję – misję propagowania demokratycznego zarządzania. Od co najmniej pięciu lat Polacy raczej z rezerwą odnoszą się do negocjacji, do przyspieszania działań mających na celu możliwie szybkie wejście w struktury europejskie. Nie bez znaczenia dla utrzymującego się dystansu było wystąpienie Joschki Fischera, nawołującego do stworzenia federacji państw członkowskich, połączonych wspólną konstytucją, rządem, parlamentem i prezydentem. Wprawdzie większość polskich polityków potraktowała ten apel jako hasło ze wszech miar futurystyczne, bądź nawet utopijne – pewna „skaza” w społecznym postrzeganiu przyszłości pozostała.

Od 2001 roku debata nad integracją wkroczyła w najtrudniejszy etap, wykroczyła poza techniczne korekty i przybrała wymiar konstytucyjny. Nie zlikwidowało to jednak wyczuwalnej dychotomii między pojmowaniem Europy jako państwa narodowego i jako organizmu przejmującego funkcje państwowe. Można założyć, że instytucje państwa narodowego i „Europy” będą w przyszłości współzawodniczyć o pozyskanie tej samej przestrzeni politycznej, że integracja z czasem może pójść w kierunku likwidacji państw narodowych i stopniowego przekazywania jego prerogatyw coraz silniejszemu supermocarstwu Zjednoczonej Europy. Nie można takiej ewentualności wykluczyć, mimo powszechnie głoszonej tezy, iż suwerenność państwowa stanowi nienaruszalną przestrzeń.

Przygotowania Polski do wejścia w struktury unijne nabrały ogromnego tempa na początku 2002 roku. Kraj stanął przed ogromnym wyzwaniem, sprostanie któremu z jednej strony wymagało ogromnego zaangażowania w walce o uzyskanie możliwie najlepszych warunków integracji; z drugiej zaś potęgowało społeczną kontestację w przypadku akceptacji rządu kolejnych ustępstw wobec Unii.³⁴⁷

³⁴⁷ 1 stycznia 2004 roku stał się oficjalną datą rozszerzenia UE dopiero w czerwcu 2001 roku na szczycie w Göteborgu, dzięki przewodniczącej wówczas obradom Szwec-

Akcja przekonywania społeczeństwa do opowiedzenia się w referendum za wejściem Polski do Unii w 2004 roku, skierowana była w zasadzie do nielicznej grupy tzw. „niezdecydowanych”, bowiem już w 2002 roku nastąpił w kraju wyraźny podział na euroentuzjastów i eurosceptyków. Wśród osób w wieku 65 lat i więcej popierający integrację stanowili 54 %; przeciwnicy 20 %; a niezdecydowani 27 %. Średnia poparcia dla integracji z Unią kształtowała się wówczas w kraju na poziomie 62 %.³⁴⁸

cji. Ustalony termin opatrzony został jednak warunkami, z których wiele dla Polski było niezwykle trudnych do spełnienia. Do najtrudniejszych tzw. „obszarów negocjacyjnych” zaliczono, między innymi: rolnictwo, transport, budżet i finanse, politykę regionalną, politykę konkurencji i sprawę funkcjonowania specjalnych sfer ekonomicznych. Jedynym atutem Polski, podobnie jak i pozostałych państw kandydujących, był fakt ustalenia kalendarza rozszerzenia przez samą Unię. W sytuacji „załamania się” przyjętego harmonogramu polityczną cenę za „nieudane” planowanie miały zatem ponieść przede wszystkim państwa członkowskie i ich przywódcy, którzy na kolejnych szczytach w: Göteborgu, Laeken i w Nicei podpisali się pod integracyjnymi zobowiązaniami. O tym, że Polska wejdzie w jej struktury w 2004 roku zadecydowano na szczycie UE, w październiku 2002 roku. Kolejnymi etapami działań miało być referendum społeczne i podpisanie traktatu akcesyjnego. Wcześniej Komisja Europejska zaproponowała, aby od wejścia do Unii do 2005 roku Polska miała jednego komisarza, tyle samo głosów w Radzie Ministrów co Hiszpania, więcej eurodeputowanych, niż przyznał Traktat w Nicei, a język polski stałby się językiem oficjalnym i urzędowym Unii

³⁴⁸ Badania CBOS prowadzone są bez tzw. „filtra”, stosowanego często przez inne ośrodki badania opinii publicznej. Por. B. Rogulska, Poparcie dla integracji z UE. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 86/02, s. 7

Tabela 32. Społeczny odbiór integracji z Unią Europejską*

Kategorie ocen: Zjawiska Zachowania Wartości	ZAKŁADANE SKUTKI – WPLYW (w %)											
	Korzystny					Niekorzystny						
	ogółem	emeryci	renciści	ogółem	emeryci	renciści	ogółem	emeryci	renciści	ogółem	emeryci	renciści
Stan polskiej gospodarki	50,0	41,0	42,0	28,0	31,0	35,0	6,0	5,0	4,0			
Materiałne warunki życia Polaków	38,0	30,0	24,0	25,0	27,0	31,0	13,0	14,0	14,0			
Trwałość polskiej rodziny	14,0	13,0	10,0	23,0	25,0	23,0	40,0	33,0	41,0			
Religijność Polaków	4,0	5,0	12,0	33,0	33,0	30,0	54,0	45,0	47,0			
Otwarcie polskich granic na towary z UE i odwrotnie	47,0	39,0	37,0	44,0	46,0	47,0						
Zwalczanie bezrobocia	29,0	24,0	21,0	41,0	44,0	37,0	13,0	11,0	10,0			
Przedsiębiorczość i gospodarność ludzi	42,0	40,0	38,0	8,0	7,0	8,0	35,0	32,0	33,0			
Zniesienie ograniczeń w zakupie ziemi i domów	26,0	20,0	17,0	65,0	69,0	74,0						
Funkcjonowanie indywidualnych gospodarstw rolnych	19,0	18,0	13,0	60,0	61,0	56,0	4,0	2,0	7,0			

* Źródło: Społeczny odbiór integracji z Unią Europejską. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1999, nr 109/99; Opinie o skutkach integracji Polski z Unią Europejską i przebiegu negocjacji akcesyjnych. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 105/00

W obliczu integracji ze strukturami unijnymi warto zatem zadać pytanie: jaki model polityki społecznej jest Polsce potrzebny i jaki jest w istocie możliwy? Przede wszystkim, mimo ogromnej współzależności od gospodarki, polityki społecznej nie można traktować ani jako dodatku do niej, ani jako obszaru potencjalnego zapotrzebowania na środki osłono-we, ani też jako platformy politycznego populizmu. Rozwój społeczny w skali makro nie jest wszak mierzony ani wskaźnikiem prywatyzacji, ani dominującym modelem polityki państwa, ani poziomem deficytu budżetowego, ale po prostu poziomem i jakością życia obywateli, ich statusem społecznym, który wyznaczany jest głównie pracą lub jej brakiem. Ponieważ w Polsce potencjalne, własne zasoby pracy wykorzystywane są zaledwie w 45 %, ³⁴⁹ dla polityków społecznych likwidacja deformacji podstawowych generatorów jakości życia społeczeństwa zawsze powinna być priorytetem. Tworzenie państwa gwarantującego dobrobyt i bezpieczeństwo socjalne nie może być jednak tożsame z trwaniem przy modelu państwa opiekuńczego, ani oczekiwaniem, że „niewidzialna ręka rynku” sama rozwiąże wszelkie kwestie społeczne.

Potrzebna jest zatem nowa polityka społeczna, na miarę możliwości i na miarę przyszłości. Elastyczna, kreatywna, odważna, nowatorska, konsekwentna, oparta na samorządności lokalnej. Inna od tej, na jaką istniało zapotrzebowanie do 1989 roku, ale i inna od tej, jaką kreowano w pierwszych latach transformacji. Potrzebny jest nowy model, gdzie biurokrację na wszystkich szczeblach władzy zastąpi zarządzanie publiczne. ³⁵⁰ Wymaga to zarówno zmiany stylu kierowania – z biurokratycznego na menadżerski, internalizacji nowych zasad zarządzania, przeorganizowania licznych instytucji państwa, a przede wszystkim zastąpienia monocentrycznych układów resortowych – autonomią samorządów lokalnych i ukierunkowania ich na innowacyjność, postęp oraz zmiany.

W odniesieniu do problemów towarzyszących narastającej starości demograficznej, potrzebna jest też nowa polityka społeczna wobec starości i wobec ludzi starych, oparta na rzetelnym monitoringu problemów i prognoz, zdolna do podejmowania wyzwań współczesności – w tym

³⁴⁹ M. Boni, Gdzie szukać nowej polityki społecznej. „Rzeczpospolita” 2002, nr 143 (6220)

³⁵⁰ Nowy model zarządzania publicznego zaprezentowany został przez Ministra MPiPS Jerzego Hausnera na spotkaniu z członkami ZG Polskiego Towarzystwa Polityków Społecznych dnia 24 października 2002 roku w Warszawie

przede wszystkim przygotowana do budowania społeczeństwa dla wszystkich grup wieku.

4. Wsparcie społeczne – stan i zadania na przyszłość

Wsparcie społeczne jest jednym z elementów integracji społecznej, czyli zespołem form kompensacyjnych i profilaktycznych – mechanizmem eliminacji źródeł oraz skutków wykluczenia i ekskluzji społecznej. Jego realizacja wymaga oparcia działań na zasadach wspólnego dobra, czyli: pomocniczości, wspólnoty oraz solidarności społecznej, a zakres pozostaje w ścisłym związku z etapem, na jakim znajduje się proces przekształcania państwa opiekuńczego (socjalnego) w państwo dobrobytu.

Źródłem wsparcia społecznego mogą być zarówno naturalne (rodzina, sąsiedzi, przyjaciele), środowiskowe (grupy samopomocy), jak i instytucjonalne systemy wsparcia (placówki opieki, hotele kryzysowe). Systemy pomocowe, kształtujące rzeczywisty model funkcjonalny, działają na kilku poziomach: opieki instytucjonalnej (profesjonalnej), współinstytucjonalnej (usługi świadczone w domu pacjenta), paraprofesjonalnej, pozainstytucjonalnej (pozasystemowej) oraz społecznej (samopomocowej i „nonservice”). Niezależnie od płaszczyzn realizacji, działalność wiązana ze wsparciem społecznym zawsze ma charakter społeczny. Służy wzmacnianiu więzi, tworzeniu poczucia tożsamości z otoczeniem, ze środowiskiem lokalnym, aktywizacji i generowaniu poczucia bezpieczeństwa, świadomości współlistnienia we wszystkich konstelacjach społecznych, obejmując swym zasięgiem zarówno pomoc materialną, finansową, informacyjną, w usługach, jak i wsparcie emocjonalne (interwencję kryzysową).³⁵¹

Optymalnym wzorcem dla kreowania nowoczesnego modelu wsparcia społecznego jest etapowe przechodzenie od opieki do samopomocy, do samodzielności środowiskowej. Wszelkie formy służące kształtowaniu optymalnej przestrzeni życiowej ludzi starych wymagają uwzględnienia ich sytuacji zdrowotnej, materialnej i potencjalnych możliwości psychofizycznych. Narastająca z wiekiem wrażliwość, czasem i „syndrom kompleksu” powodują, że tak nieodpowiednia forma, jak i treść proponowanego wsparcia, miast pomocy mogą nieść upokorzenie, utrwalać

³⁵¹ Szerzej na ten temat: E. Trafiałek, Środowisko społeczne, op. cit., s. 43 i nast.

świadomość „pariasa współczesnej rzeczywistości”. Na przykład: propozycja umieszczenia w zakładzie opieki społecznej, w hospicjum, w szpitalu musi być poprzedzona rozeznaniem wszelkich innych, ewentualnych rozwiązań i takim prowadzeniem przypadku, aby ostatecznie decyzja o zmianie miejsca zamieszkania, pobytu wyszła nie od pracownika socjalnego, ale od samego zainteresowanego, bądź jego najbliższych.

Profesjonalne wsparcie społeczne jest ustawicznym balansowaniem między możliwościami i potencjalnymi potrzebami, z uwzględnieniem delikatnej substancji ludzkich uczuć. Dlatego też optymalną jej formą jest stymulowanie samopomocy i samoorganizacji. Inicjatywy płynące „od dołu”, ze środowisk lokalnych, od samych zainteresowanych uzyskaniem pomocy są o wiele cenniejsze od najlepszych, ale kazuistycznych i w sumie zawsze zbyt kosztownych, ogólnikowych sformułowań prawnych zawartych w ustawach, rozporządzeniach i przepisach. Indywidualizacja świadczeń, podobnie jak i decentralizacja instytucji pomocy społecznej zawsze niesie ze sobą ryzyko, określone przez Kazimierza W. Frieske mianem „rezygnacji z idei uniwersalnych praw socjalnych (...) obarczania zarówno świadczeniobiorców, jak i pracowników socjalnych koniecznością negocjowania najtrafniejszej formy pomocy”.³⁵² W poszukiwaniu optymalnych rozwiązań (z uwzględnieniem dotychczasowych doświadczeń) warto jednak przyjąć zasadę, że znacznie korzystniejsze, zarówno z indywidualnego, jak i społecznego, ekonomicznego punktu widzenia jest wykorzystywanie przy dystrybucji świadczeń gruntownej wiedzy na temat potrzeb i potencjału tkwiącego w poszczególnych środowiskach, niż „kurczowe” trzymanie się zapisów ustawowych.

Zdaniem Ivo Colozziego z Uniwersytetu w Bolonii: „właściwy stosunek między państwem i społeczeństwem to taki układ, że państwo ogranicza interwencję do odpowiedzi na potrzeby najsłabszych i najbiedniejszych... nie steruje całością odgórnie, ale interweniuje w razie potrzeby”.³⁵³ Głównym elementem strategii wydolnego ekonomicznie i socjalnie państwa winno być zatem ograniczanie jego władzy i kompetencji oraz prowadzenie takiej polityki, aby niesamodzielnych, zmarginalizowanych, oczekujących wsparcia było jak najmniej. Redukowanie

³⁵² K. W. Frieske, Kontrowersje wokół instytucji pomocy społecznej. „Polityka Społeczna” 1998, nr 7 (293), s. 13

³⁵³ I. Colozzi, Polityka społeczna po kryzysie państwa dobrobytu. „Społeczeństwo” 1995, nr 1, s. 108

roszczeniowości na rzecz stymulowania procesu samoorganizowania się społeczeństwa, wdrażania do jednostkowej i wspólnotowej odpowiedzialności, stanowi podstawowy warunek tworzenia poprawnych relacji w kategoriach: człowiek – grupa – społeczeństwo – państwo. Wtedy pomoc, opiekę i ochronę przed marginalizacją uzyskują wszyscy faktycznie jej potrzebujący, a nie wszyscy oczekujący, przedkładający roszczeniowość nad aktywność. Dobrze pojmowana autonomia polega na tym, że polityka społeczna i realizowane w jej ramach wszelkie formy wsparcia społecznego powinny być dziełem wszystkich grup społecznych, czyli całego społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem potencjału tkwiącego w środowisku lokalnym.

W integrowaniu i aktywizowaniu mieszkańców środowiska lokalnego na całym świecie ogromną rolę odgrywają organizacje pozarządowe. To forma skutecznego wypełniania obszarów niedostatku z różnych przyczyn pozostających poza zasięgiem sektora państwowego. Według danych KLON, w Polsce zarejestrowanych jest ponad 40 tys. takich jednostek, jednak aktywnie działa zaledwie połowa z nich. W większości przypadków uwagę koncentrują na pomocy niepełnosprawnym i bezdomnym, na sporcie, oświacie, kulturze i edukacji, znacznie rzadziej podejmując inicjatywy służące integracji międzypokoleniowej, środowiskowej, czy wspieraniu ludzi w starszym wieku.³⁵⁴ Ograniczony zakres podejmowanych działań z jednej strony wynika z braku tradycji, dostępu do dobrych wzorów i braku społecznego poparcia (poprzez udział w pracy na rzecz innych, sponsorowanie działań); z drugiej zaś z braku funduszy i odpowiednich regulacji prawnych (zasady przyznawania statusu organizacji wyższej użyteczności publicznej, angażowanie bezrobotnych do prac wolontarnych, ustalenie statusu wolontariuszy) ułatwiających poszerzanie zakresu działalności poprzez angażowanie do współpracy mieszkańców środowiska.

Działalność polskich organizacji pozarządowych opiera się na kadrze pracowników pełnozatrudnionych oraz pracujących społecznie. W 2002 roku w III sektorze zatrudnienie znajdowało około 100 tys. osób, czyli 1 % ogółu zatrudnionych, podczas gdy na przykład w Holandii wskaźnik ten wynosił 12 % ogółu zatrudnionych. Połowa osób zaangażowanych w działalność organizacji pozarządowych w Polsce pracowała spo-

³⁵⁴ Bank Danych o Organizacjach Pozarządowych, www.klon.org.pl z 2002 roku

łecznie, a wśród wolontariuszy dominowali uczniowie i studenci (82 %). Zaledwie co czwarty wolontariusz był emerytem lub rencistą.³⁵⁵ Za poważne zaniedbania w funkcjonowaniu tej ważnej sfery wspólnotowego organizowania społeczeństwa należy uznać fakt, że wśród podejmujących działania na rzecz innych, na rzecz najbliższego otoczenia, jego aktywizacji, promocji i różnorodnego w formach „uzdrawiania z marazmu” – nie było i nadal nie ma bezrobotnych, nie ma klientów pomocy społecznej, nie ma tych, którzy pomoc od państwa, od całego społeczeństwa otrzymują. W Australii na przykład bezrobotni stanowią niemal 80 % ogółu aktywnych wolontariuszy; w Stanach Zjednoczonych cierpiącymi na przewlekłe choroby podeszłego wieku (jak choroba Alzheimera) opiekują się społecznie głównie osoby starsze, doświadczone wcześniejszą opieką nad swoimi bliskimi. Do dobrej tradycji na świecie należy „odwdzięczanie się” pomocą za pomoc. To istota subsydiarnego państwa obywatelskiego i gwarant bezpieczeństwa jednostkowego obywateli.

Natomiast w Polsce, we wszystkich diagnozowanych obszarach deficytów społecznych, zaznacza się wyraźny brak społecznego myślenia obywateli, brak poczucia solidaryzmu i wspólnotowości, brak skłonności do utożsamiania swego dobra z dobrem otoczenia i z dobrem państwa. Wszechobecna polska choroba, jaką jest mentalna roszczeniowość (w żadnej mierze niemożliwa do pełnego zaspokojenia w gospodarce rynkowej i znacznie przekraczająca ramy poprawnie pojmowanego solidaryzmu) może być eliminowana jedynie „od dołu” – od małych skupisk ludzkich, od inicjatyw podejmowanych w dzielnicach, w miasteczkach, we wsiach, gminach i powiatach. Doświadczenia minionych lat pokazały, że ustawy i inicjatywy podejmowane na szczeblu centralnym nie zmieniają społecznych postaw. Przełamywaniu tego specyficznego marazmu,

³⁵⁵ Z informacji zaprezentowanych na III Ogólnopolskim Forum Organizacji Pozarządowych, które odbyło się w Warszawie 22 września 2002 roku, z inicjatywy Stowarzyszenia na Rzecz Forum Inicjatyw Pozarządowych. Na spotkaniu, któremu patronował Minister Pracy i Polityki Społecznej oraz Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, wskazano na potrzebę ustawowej regulacji zasad funkcjonowania jednostek wchodzących w skład III sektora oraz prawnego uregulowania statusu wolontariuszy. Dla reprezentowania interesów organizacji pozarządowych na forum krajowym i międzynarodowym powołano federację, akces wstąpienia do której zgłosiły, między innymi: PCK, ZHP, Fundacja Batorego i Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności. Zadeklarowano intensyfikację prac nad ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

spirali biedy i bezradności, samotności wśród innych samotnych służyć mogą dobrze działające organizacje pozarządowe, pod warunkiem jednakże, że zdołają do promowanego „łańcucha pomocy” włączyć zarówno mieszkańców środowiska, jak i jego władze oraz wszystkie podmioty infrastruktury (szkoły, fundacje, prywatne zakłady i przedsiębiorstwa, a nade wszystko Kościół).³⁵⁶ To niezbędny warunek tworzenia społeczeństwa obywatelskiego, ale też najważniejszy kierunek działań, na którym winna skupiać się uwaga polityki społecznej.

Warto utrwać w społeczeństwie zasadę, że zdrowe, mobilne, aktywne, bezpieczne i przyjazne nawet najmniejsze środowiska, w skali makro tworzą podbudowę państwa dobrobytu. Samodzielność, odpowiedzialność i dobrostan obywateli ułatwiają budowanie stabilnego gospodarczo państwa. Uświadomienie tej prostej zależności jest w istocie głównym warunkiem przekształcania mentalności społecznej. To wyzwanie dla oświaty i edukacji, ale także dla liderów i autorytetów społecznych. Jednym z nich jest Kościół.

Popularyzacja różnych form wsparcia społecznego silnie zakorzeniona jest w społecznej nauce Kościoła. Subsydiarność, stanowiąca jej trzon, tworzy też bowiem podstawy zachodnioeuropejskiego systemu pomocy społecznej. Jako konsekwencja Ewangelii istniała zawsze, choć reakcja na problemy społeczne przybierała różne formy: od okazjonalnych, odświętnych – do upowszechnianych w encyklikach i urzeczywistnianych w praktycznych działaniach na rzecz ochrony najsłabszych; od nauki apostołów, papieży, teologów; poprzez doktrynę socjalną św. Tomasza z Akwinu; do XIX wieku, kiedy Leon XIII encykliką „*Rerum novarum*” w 1891 roku ustanowił podstawy nowoczesnej katolickiej nauki społecznej.³⁵⁷ Wówczas to kwestie społeczne zostały poruszone na tyle wyraźnie, że zapobieganie im, wychodzenie naprzeciw potrzebom najsłabszych

³⁵⁶ W 2002 roku w zaledwie 50 miastach w Polsce istniała dobrze funkcjonująca współpraca władz z organizacjami pozarządowymi i społecznością lokalną, www.klon.org.pl/forum

³⁵⁷ Św. Tomasz z Akwinu był dominikaninem, doktorem kościoła i twórcą tomizmu – oficjalnej filozofii Kościoła katolickiego. Jako pierwszy, w XIII wieku, wyróżnił 3 typy sprawiedliwości, za którą odpowiedzialne jest państwo; natomiast papież Leon XIII w swej Encyklice, poza podkreśleniem obowiązku opieki państwa nad najsłabszymi, zawarł ważny postulat samopomocy społecznej i ograniczonego interwencjonizmu socjalnego państwa. Por. J. Auleytner, *Polityka społeczna. Teoria a praktyka*, Warszawa 1997, s. 160–163

zostało potraktowane jako jedno z kluczowych wyzwań współczesności wobec instytucji kościelnych. Idea pomocniczości, potrzeby wsparcia najbardziej zmarginalizowanych społecznie mocno też została wyeksponowana w encyklice „*Centesimus annus*” Jana Pawła II z 1991 roku. Po upływie wieku ponownie podkreślono w niej główne elementy optymalnego modelu społeczeństwa: wolność pracy, uczestnictwo i przedsiębiorczość, przy jednoczesnym zachowaniu podmiotowości człowieka i jego prawa do godnego życia.³⁵⁸

Generalnie jednak, system wsparcia społecznego ludzi starych realizowany jest na całym świecie głównie poprzez podmioty (instytucje, organizacje o zróżnicowanym zasięgu przestrzennym, funkcjonujące w oparciu o różne podstawy prawne i finansowe: publiczne i pozapaństwowe) oraz instrumenty (formy, metody, środki, inicjatywy, ustawy, fundusze celowe oraz konkretne działania służące realizacji zadań podejmowanych przez podmioty polityki społecznej).

Do głównych podmiotów odpowiedzialnych za makropolitykę społeczną na szczeblu międzynarodowym zalicza się struktury ONZ: FAO (Organizację do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa); ILO (Międzynarodową Organizację Pracy); UNESCO (Organizację d/s Oświaty, Nauki i Kultury); WHO (Światową Organizację Zdrowia) i Agencje Specjalne pełniące rolę organów pomocniczych ONZ, finansowane z dotacji części państw członkowskich. Ważnym podmiotem makropolityki społecznej w odniesieniu do przedstawicieli najstarszej populacji jest Międzynarodowe Stowarzyszenie Wolontariatu (działające od 1970 roku), skupiające 900 członków z 70 państw.

Do europejskich podmiotów należą: Rada Unii Europejskiej, Komisja Europejska, Trybunał Sprawiedliwości, Komitet Ekonomiczno-Społeczny, komisje w Parlamencie Europejskim (między innymi: Komisja Spraw Socjalnych i Pracy, Komisja Środowiska, Zdrowia i Ochrony Konsumentów, Komisja Swobód Obywatelskich), Międzynarodowa Helsińska Federacja Praw Człowieka, Europejski Fundusz Socjalny oraz Zielona i Biała Księga europejskiej polityki społecznej. Głównym celem działań podmiotów ponadnarodowej polityki społecznej jest wyrównywanie różnic i tworzenie szans poprawy życia grupom najsłabszym pod względem ekonomicznym. Poprzez promowanie sprawiedliwości socjalnej, popra-

³⁵⁸ A. Klose, *Katolicka nauka społeczna w zarysie*, Tarnów 1995

wy warunków życia, ochrony zdrowia – podmioty te starają się chronić interesy grup najsłabszych, do których zaliczani są też ludzie starzy. Szczególnie mocno zaakcentowano to w Zielonej Księdze (z 1993 roku), gdzie w dążeniu do unifikacji socjalnej obszaru Unii podkreślono potrzebę walki z biedą i wprowadzania rozwiązań służących poprawie warunków życia kategorii upośledzonych społecznie, w tym także ludzi starych.

W Polsce podmioty polityki społecznej (o zasięgu krajowym, regionalnym i lokalnym) koncentrują swą działalność na zapewnieniu obywatelom praw socjalnych zawartych w Konstytucji RP. W odniesieniu do ludzi starszych istotne znaczenie ma zapis Art.19, mówiący o szczególnej opiece należnej weteranom.³⁵⁹ Opieka nad ludźmi starymi pozostaje w gestii resortu zdrowia, pracy i polityki społecznej (instytucji takich jak: zespoły pomocy społecznej różnych szczebli administracji terenowej, domy pomocy społecznej, ośrodki pomocy społecznej) oraz sektora pozarządowego (stowarzyszenia, fundacje) i organizacji kościelnych („Caritas”). Polityka społeczna realizowana jest przy zastosowaniu różnorodnych instrumentów: ustaw i środków. Ważną rolę pełnią tu fundusze celowe (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Państwowy Fundusz Kombatantów – służące wspieraniu najsłabszych, w tym głównie osób starszych) i szeroko rozumiana praca socjalna, oparta na diagnozie środowiskowej (stałe zasiłki wyrównawcze dla uzyskujących dochód niższy od najniższej w kraju emerytury, zasiłki rodzinne i pielęgnacyjne, okresowe i celowe, świadczenia w naturze, ulgi w odpłatności za przejazdy, dla kombatantów wojennych w opłatach za energię elektryczną, gaz i telefon oraz inne formy pomocy, adekwatne do problemów, takich jak: choroba Alzheimera, białaczka, cukrzyca, niepełnosprawność).

Funkcjonalność podmiotów i rodzaje instrumentów implikowane są zarówno zakresem potrzeb socjalnych, jak i możliwościami finansowymi budżetu państwa oraz budżetów gmin. Skuteczność wyznaczana jest zatem zarówno czynnikami społecznymi, jak i ekonomicznymi. Ale nie tylko w Polsce występują na tej płaszczyźnie zauważalne problemy; kraje Europy Zachodniej coraz głośniejsz lansują nowy model społeczeństwa wspólnotowego, w którym nie państwo, ale wyzwalanie inicjatyw lokalnych, solidaryzm ludzki, decydować będą o jakości życia na emeryturze.

³⁵⁹ Konstytucja... op. cit.

Od przynajmniej dziesięciu lat kształt polskiej polityki społecznej wyznaczany jest skutkami transformacji (działania opiekuńcze, kompensacja rozległych obszarów społecznego niedostatku), wymogami stawianymi przez Unię Europejską i, co nie jest bez znaczenia, programami realizowanymi przez kolejne ugrupowania polityczne dochodzące do władzy. Wiadomo, że formuła państwa opiekuńczego, zarówno w Polsce, jak i krajach członkowskich Unii, pomału zyskuje miano anachronizmu. Obecne tendencje to prospektywizm, promowanie działań długofalowych mających na celu utrwalenie w mentalności społecznej samoodpowiedzialności za jakość swego życia, czyli w skali makro budowanie społeczeństwa samoopiekuńczego.

W Polsce poważnym utrudnieniem w realizacji takiego modelu jeszcze przynajmniej przez 10–20 lat będzie odrabianie zapóźnień cywilizacyjnych, identyfikowanych nie tylko w określonych regionach kraju (np. tereny wiejskie, byłych PGR), ale i wśród całych grup społeczno-zawodowych (np. rolnicy, robotnicy). **Celem podstawowym powinno być zatem wyrównanie szans, tak aby wszyscy obywatele faktycznie mogli rozumieć potrzebę identyfikacji aktywności własnej z kondycją całego organizmu społecznego.** Wyrównywanie szans to edukacja, czyli dobra kadra, nowoczesne programy i technologie nauczania, wyposażone w sprzęt techniczny placówki oświatowe, promowanie postępu we wszystkich środowiskach, a przede wszystkim powszechny dostęp do wiedzy i nauki.

Finansowanie takiej zintegrowanej działalności powinno absorbować uwagę wszystkich trzech sektorów państwa: rządowego, samorządowego i pozarządowego. Edukacja to gwarant dobrego przygotowania społeczeństwa do nowych zasad społecznego funkcjonowania, to jedyna droga wyrównywania dysproporcji dochodowych, społecznych i cywilizacyjnych, ale jako że z reguły kierowana jest do pokolenia ludzi młodych, należy zakładać, że w trakcie jej upowszechniania konieczne będzie równoległe wspieranie dochodowe tych, którzy nigdy nie zdołają zaakceptować ani też odpowiednio przygotować się do samodzielności i aktywności.

Drugim celem polityki społecznej w nowym wymiarze winno być modyfikowanie rynku pracy: różnicowanie form zatrudnienia i stopniowanie dochodów (od najniższych uposażeń dla absolwentów szkół), stymulowanie większej fluktuacji na rynku pracy poprzez uelastycznienie

nie prawa pracy, aktywizacja rynku poprzez włączenie do działań prywatnych biur pośrednictwa pracy. Bezrobocie tworzy rozległe obszary społecznego wykluczenia, a ci, którzy doświadczają jego skutków (nawet jeśli walczą o przetrwanie balansując między zasiłkami, dorywczą pracą, czy funkcjonowaniem na tzw. „czarnym rynku”), czują się obywatelami drugiej kategorii. Ich poczucie „obywatelskości”, poziom poczucia współodpowiedzialności i identyfikowania się z interesem państwa – słabną, ulegają uwstecznieniu, w konsekwencji osłabiając siłę potencjału społecznego, zasobów ludzkich.

Trzecim celem polityki społecznej winno być dążenie do szybkiego rozwoju III filara ubezpieczeń społecznych, z odpowiednimi dla jego faktycznego wdrożenia zachętami (pracownicze programy emerytalne, ulgi podatkowe dla uczestniczących w tym systemie oszczędzania na przyszłość). Sama reforma systemu emerytalnego z 1999 roku była ogromnym przełomem, dobrym początkiem dla tworzenia podstaw zabezpieczenia społecznego poprzez system indywidualnego oszczędzania, ale I i II filar to za mało dla stworzenia pełnej gwarancji satysfakcjonującej społeczeństwo skuteczności tego oszczędzania. Reforma systemu emerytalnego zapoczątkowała budowanie niezbędnego pomostu między pokoleniami, opartego nie na kontrowersyjnej i nie przez wszystkich akceptowanej solidarności, lecz na indywidualnej odpowiedzialności za własną starość. I taka powinna być przyszłość. Każdy uczestniczy w kreowaniu wizerunku społeczeństwa, ale przede wszystkim ma świadomość, że praca, wykształcenie, myślenie o przyszłości – zawsze zaowocują poczuciem bezpieczeństwa socjalnego na każdym etapie życia.

Czwartym celem, w dużej mierze implikującym skuteczność wcześniej wymienionych, jest promowanie partnerstwa obywatelskiego i dialogu społecznego. To niezbędny element ukorzeniania polskiej demokracji, to także wypełnianie deficytu generującego społeczną konstatację dla polskich przemian systemowych. O tym, że obszar ten wymaga szczególnej uwagi, świadczyć mogły choćby wyniki wyborów samorządowych z 2002 roku. Najniższa z notowanych w dobie transformacji frekwencja (średnia krajowa około 33 % uprawnionych) wyraźnie wskazywała na pojawienie się zjawiska, które można nazwać funkcjonowaniem „społeczeństwa w społeczeństwie”. Zaledwie co drugi dorosły Polak wykazał zrozumienie dla idei i sensu demokracji partycypacyjnej,

oddając głos nie na anonimowego przedstawiciela określonego ugrupowania politycznego, ale na konkretną osobę, człowieka któremu chciałby powierzyć reprezentowanie interesów środowiska. Wybory pokazały, że prawie połowa społeczeństwa nie rozumie (bądź nie chce rozumieć) istoty demokracji, pozbawiona jest umiejętności społecznego i perspektywicznego myślenia oraz nie zgłasza akcesu współuczestniczenia w kreowaniu przyszłości. W tej sytuacji niezbędne jest upowszechnianie wiedzy o demokracji i gospodarce rynkowej oraz stworzenie płaszczyzny współpracy między politykami, związkami zawodowymi, pracodawcami, samorządowcami, między teoretykami i praktykami życia społecznego. Takie działania mogą okazać się bardzo pomocne w przetwarzaniu modelu państwa opiekuńczego w model społeczeństwa opiekuńczego, wspólnotowego, samowystarczalnego (choć w żaden sposób nie ograniczającego samodzielności jednostek, w Europie określanego mianem „*Caring society*”), skupiającego gros jednostek i grup współuczestniczących w tworzeniu państwa dobrobytu.

Czy realizacja tych celów jest możliwa? Czy można budować nowy model polityki społecznej w Polsce? Z pewnością tak, ale to wymaga determinacji, profesjonalizmu i spełnienia pewnych warunków: odrzucenia dotychczasowych stereotypów myślenia i działania, zaniechania populizmu i ustawicznego zabiegania o dobre notowania w sondażach społecznych, śmiałego podejmowania niezbędnych działań, nawet jeśli długofalowa strategia nie znajduje pełnego poparcia społecznego. Można realizować nowoczesny wymiar polityki społecznej ukierunkowanej na przyszłość, ale potrzebna jest koncepcja zmian i odwaga w uruchomieniu dialogu społecznego. Międzyśrodkowiskowa debata, podobnie jak i powszechny dostęp do informacji mogą okazać się dobrym i skutecznym sposobem na przełamywanie barier nieufności między władzą i społeczeństwem, na powszechną akceptację dla zmian, a tym samym na uruchomienie linii przepływu środków dla budowy nowoczesności, bez potrzeby zwalczania przeszłości i jej symboli. Walka z historią jest kosztowna, choć nigdy nie kończy się sukcesem. Dlatego też bardziej racjonalne i ze społecznego i z jednostkowego punktu widzenia jest przeznaczanie sił i środków na budowanie lepszej przyszłości. Im ona będzie lepsza, tym lepiej przez historię zostaną ocenieni jej twórcy. Jest zatem

o co zabiegać, szczególnie w sytuacji dążenia do integracji ze strukturami unijnymi.

Strategicznym celem Unii Europejskiej jest stworzenie najbardziej konkurencyjnej gospodarki na świecie, opartej na wiedzy. To cel, za realizację którego niebawem współodpowiedzialna będzie także Polska, a realizacja którego wymaga odpowiednich przygotowań. W tym kontekście zmiana modelu polityki społecznej jest nie tylko konieczna, ale stanowi wyznacznik prestiżu, jakim kraj będzie się mógł szczycić po wejściu w skład poszerzonej Unii.

ROZDZIAŁ VI ZAKOŃCZENIE

1. Konkluzje

Styl życia Polaków ulega ciągłym zmianom, narasta polaryzacja społeczna, dobrobyt jednych towarzyszy coraz głębszej biedzie i marginalizacji innych. Zmieniają się preferencje aksjologiczne, struktura rodziny, aspiracje, relatywnie do narastania określonych problemów społecznych zmienia się też płaszczyzna, z jaką ludzie wiążą swe nadzieje i obawy, co do przyszłości. Styl życia obecnie żyjącego pokolenia ludzi starych z pewnością nie ulegnie w najbliższych latach rewolucyjnym zmianom – nie sprzyja temu bowiem ani ich kondycja zdrowotna ani materialna – ale istnieją poważne przesłanki do przyjęcia założenia, że kolejne pokolenia polskich emerytów będą chciały i będą mogły żyć inaczej.³⁶⁰ Jak istotne i wyraźne będą to różnice – pokaże czas, ale prowadzona w przyszłości analiza porównawcza będzie musiała odnosić się do cech i wskaźników rejestrowanych obecnie. Stąd też każdą diagnozę wielopłaszczyznowej kondycji ludzi starych należy traktować jako przyszły punkt odniesienia dla analiz prowadzonych w przekroju historycznym. Stopniowy wzrost średniego trwania życia i przeciętnego trwania życia po przekroczeniu 60 lat pozwala zakładać, że kolejne lata przyniosą wzrost populacji ludzi starszych, a z uwagi na malejący przyrost naturalny także wzrost ich udziału w ogólnej strukturze społecznej. Problem jakości przedłużonego życia będzie zatem nadal narastał, wymagając kompleksowych, skutecz-

³⁶⁰ W sondażu przeprowadzonym przez CBOS w 1998 roku około 70 % respondentów w wieku 24–44 lata zadeklarowało gotowość uczestniczenia w II i III filarze nowego systemu ubezpieczeń emerytalnych. Gotowość uczestnictwa w II i III filarze ubezpieczeń społecznych – oczekiwania pod adresem kapitałowych funduszy emerytalnych. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 121/98, s. 15

nych rozwiązań, umożliwiających równanie do standardów cechujących życie „społeczności europejskiej”, w skład której niebawem wejdzie też Polska. Obliguje to do ustawicznego prowadzenia badań i wykorzystywania ich wyników w kreowaniu polityki społecznej „na miarę czasów”, w rangowaniu problemów szczególnie ważnych ze społecznego punktu widzenia.

W latach 1994–1997 materialne warunki życia ludzi starszych uległy pewnej poprawie, choć nadal zmuszeni byli do redukcji swych wydatków i oszczędzania. Poprawił się wprawdzie stan nasycenia ich gospodarstw domowych w dobra trwałe do użytkowania, ale wzrósł też odsetek oceniających wyposażenie swojego domu jako „niesprawne” i „przestarzałe”. Warunki życia, mierzone zasobnością, stanem posiadania i dochodami brutto, uległy poprawie, ale wzrosły też koszty utrzymania, a przede wszystkim koszty leczenia i zakupu niezbędnych leków. Siła nabywcza pozostających w ich dyspozycji środków finansowych z każdym rokiem była niższa i to niezależnie od stosowanego przelicznika waloryzacji.

Do 1998 roku, zmieniające się warunki życia w skali makro (spadek bezrobocia, redukcja marginesu „ubóstwa społecznego”) nie pozostały bez wpływu na nastroje społeczne i oceny formułowane przez najstarszych przedstawicieli społeczeństwa. W świetle analiz statystycznych i sondaży CBOS, w 1997 roku degradacja społeczna była udziałem coraz mniejszej grupy osób. Pauperyzacja, jeszcze w 1994 roku niezmiennie utożsamiana z transformacją, zaczęła ulegać stopniowej redukcji, podobnie jak i powszechne poczucie ubożenia. Wśród osób w wieku 65 lat i więcej odsetek pozytywnie postrzegających zmiany zachodzące w kraju wzrósł z 32 % do 37 %, a akceptujących sytuację polityczną – z 9 % do 15 %.

W latach 1996–1998 odsetek usatysfakcjonowanych swoją sytuacją życiową w grupie emerytów wzrósł z 16 % do 23 %; w grupie rencistów – z 10 % do 17 %, a w grupie wieku 65 lat i więcej – z 18 % do 21 %. Zanotowano też wzrost odsetka deklarujących średni poziom życia: w grupie emerytów – z 47 % do 50 %; wśród osób w wieku 65 lat i więcej – z 48 % do 52 %. Jedynie w grupie rencistów nastąpił spadek wskaźnika sytuujących się na poziomie średnim – z 51 % do 44 %.

W samoocenie poziomu adaptacji społecznej 18 % emerytów zaliczyło się do grupy „przegranych”, 17 % – „przegrywających”, 14 % – „rozczarowanych”, 16 % – „stabilnych”, 15 % – „dynamicznych” i 9 % do grupy „wygranych”. Kontestujący swe możliwości adaptacyjne stanowili zatem prawie połowę (49 %) populacji, choć optymistycznie postrzegający realia współczesnego życia także stanowili liczną jej reprezentację (40 %). Była to grupa tych, którzy nie podporządkowali się stereotypowi „marginalizacji” i degradacji społecznej.

Samoocena stanu zdrowia wyrażana przez osoby w wieku 60 lat i więcej w kolejnych, analizowanych latach – nie korelowała ze wskaźnikami niepełnosprawności biologicznej, rejestrowanymi przez GUS. W 1996 roku, w grupie wieku 60–64 lata niesprawni fizycznie stanowili 43,8 %; w grupie wieku 65–69 lat – 55,4 %; 70–74 lata – 63 %; 75–79 lat – 69,8 % i w grupie wieku 80 lat i więcej – 83,7 %. Dla 8,2 % najstarszych przestrzeń życiowa ograniczała się wyłącznie do łóżka. Globalna analiza stanu zdrowia i sprawności ludzi starych w Polsce w latach 1994–1997 upoważniała do o wiele mniej optymistycznych wniosków, niż wynikało to z deklaracji zawartych w formułowanych samoocenach.

Preferencje i aspiracje w kolejnych latach przemian kształtowane były zarówno doświadczeniem życiowym, jak i próbą „dopasowania się” do nowych realiów codzienności. Artykułowano niewielkie potrzeby. Dotyczyły one głównie podstawowych sfer dających poczucie spokoju i stabilizacji: zdrowia, samodzielności i poczucia bezpieczeństwa. Ceniono wartości ogólnoludzkie, postrzegając dobro człowieka w szerokim kontekście uwarunkowań społecznych. Nadal szanowano normy moralne, choć rodzina niezmiennie stanowiła najistotniejszą płaszczyznę odniesienia. Deklarowane preferencje różniły się od wyrażanych przez ludzi młodych, choć trudno oceniać je jako „skostniałe”. Zmieniały się w okresie minionych lat, adekwatnie do postrzeganych problemów.

W kategorii przeżyć, doznań i odczuć nie nastąpiła wyraźna ewolucja „dobrostanu psychicznego”, bo jedne zagrożenia zostały w ich odczuciach zastąpione innymi. Obawy w naturalny sposób skoncentrowane były wokół własnej kondycji zdrowotnej, samowystarczalności i samodzielności fizycznej, ale nie ograniczały się do wąskiego spektrum spraw jednostkowych. Dotyczyły problemów politycznych, gospodarczych i społecznych, choć nacisk kładziony na zagrożenia postrzegane w kolejnych latach pol-

skich przemian przesuwiał się na te problemy, które, zdaniem przedstawicieli najstarszej generacji, w danym czasie były ważniejsze (co korelowało z odczuciami całego społeczeństwa). W 1997 roku, w porównaniu z okresem sprzed trzech lat, mniej na przykład obawiali się skutków inflacji, ewentualnych rozruchów społecznych, konfliktu zbrojnego, złych skutków prywatyzacji i niekompetencji władz, a bardziej: narastającej przestępczości, brutalizacji życia, przejawów patologii i upadku obyczajów. Najbardziej obawiali się chorób i ewentualnych kosztów leczenia, zarówno własną kondycję zdrowotną, jak i kondycję polskiej służby zdrowia traktując w kategorii problemów zasługujących na absolutny priorytet w budżecie państwa. Siła i kierunek obaw oraz postrzeganych zagrożeń (poza niezmiennie najważniejszym zdrowiem i problemami wokółzdrowotnymi), były wyrazem bacznego śledzenia zmian zachodzących w kraju, a zatem i reakcją podważającą tezę o „usuwaniu się w cień”, o ograniczaniu przeżyć do przeszłości, historii i retrospekcji.

Polski system demokratyczny nadal jest na etapie wdrażania. W 1997 roku 30 % ogółu dorosłych Polaków uważało, że nie jest to ustroj uniwersalny, zdolny zadowolić wszystkich, ale jak uważał Sir Winston Churchill: „nikt nie zdołał wymyśleć lepszego”.³⁶¹ Wówczas też 40 % obywateli nie utożsamiało się z tym ustrojem i nie aprobowало rozwiązań władz. Dominowały opinie, że o ile w państwie demokratycznym ludzie czują się bardziej wolni (82 %), szczęśliwi (63 %) i zamożni (64 %), to ich poczucie bezpieczeństwa zakłóca zagrożenie przestępczością (57 %).³⁶²

Podobnie jak w Polsce, problemy towarzyszące zmianie systemu, w różnym wprawdzie zakresie, ale występują we wszystkich ponowoczesnych społeczeństwach Europy Środkowej. W stan postkomunistycznej anomii i bezradności popadają całe grupy i społeczności lokalne. Budowanie społeczeństwa obywatelskiego wymaga czasu i konsekwencji w działaniach, a te z reguły intensyfikowane są, bądź hamowane zarówno zmieniającą się kondycją gospodarczą państwa, sytuacją na rynku pracy, jak i nierzadko populizmem zabiegających o władzę ugrupowań politycznych. W świetle badań przeprowadzonych na Słowacji przez amerykańską socjolog Karen Buerkle (po wyborach parlamentarnych

³⁶¹ Funkcjonowanie demokracji w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 14/97; A. Liebfeld, Churchill, Warszawa 1971, passim

³⁶² Funkcjonowanie demokracji w Polsce, op. cit., s. 3

w 1998 roku), populiści największym poparciem cieszą się tam, gdzie społeczeństwo jest najslabiej rozwinięte. Jednym ze wskaźników tego rozwoju jest nasycenie środowisk (jednostek administracyjnych, lokalnych, regionalnych: gmin, powiatów) organizacjami pozarządowymi. Tę, udowodnioną w badaniach naukowych, istotną zależność można też odnieść do Polski. Brak struktur lokalnych, stwarzających obywatelom forum prezentacji swych poglądów, potrzeb, problemów – sprzyja narastaniu agresji i daje szansę dojścia do władzy politycznym awanturnikom.³⁶³ Trudno jednak nie dostrzec, że miast do utrwalania modelu społeczeństwa obywatelskiego, prowadzi to do pogłębiającej się dychotomii władzy i destrukcji ładu społecznego.

Kolejne lata transformacji zmieniały oblicze polskiej gospodarki, warunki życia ludności, nastroje społeczne, preferencje, aspiracje i obawy. Gdy jedne problemy znikaly, bądź ulegały przytłumieniu, pojawiały się nowe. Zmiana trwa nadal, dlatego trudno arbitralnie orzekać o stabilizacji, normalizacji życia w skali makro, czy poziomie ugruntowania demokracji. Przynajmniej do 1998 roku wydawać się mogło, że licznie reprezentowana część społeczeństwa zaczynała powoli rozumieć sens demokracji, podobnie jak i reguły życia wyznaczane gospodarką rynkową. Ludzie chętnie uczyli się „konsumowania” nowego systemu, zdając sobie sprawę z korzyści i zagrożeń jakie ona ze sobą niesie. Postawy prezentowane wówczas przez ludzi starych także były tego wyraźnym dowodem. Ustawicznie „dopasowywali się” do nowych realiów, choć nadal żyli skromnie. Tylko najstarsi nie widzieli szans na poprawę swej sytuacji, rzadko też w nią wierzyli, zdając sobie sprawę, że ich czas dobiega końca. Nie pozostawiono im żadnej alternatywy i w czasie ponad dziesięcioletniej transformacji niewiele dla nich uczyniono. Poprzez pryzmat

³⁶³ Partie i ruchy populistyczne z reguły powstają na bazie powszechnej kontestacji warunków życia obywateli, biedy, bezrobocia i innych zjawisk stymulujących społeczne niezadowolenie. Ich popularność rośnie równoległe do pauperyzacji, polaryzacji i tempa w jakim pojawiają się negatywne skutki rozwarstwienia ekonomicznego. Są swoistą reprezentacją grup tzw. „przegranych”, stanowiąc tym samym poważne zagrożenie dla demokracji, jako że poprzez znamienne dla swej ideologii agresję, krytykę rzeczywistości i nienawiść do jej kreatorów – artykułują odczucia najsłabszych i rozgoryczonych. Im gorsza kondycja gospodarcza kraju, tym większe poparcie dla populistów (na Węgrzech dla Viktora Orbana; we Francji dla Le Pena; w Polsce dla Andrzeja Leppera). M. Vaszczka, Populizm w Europie Środkowej. Sztandary buntu i nienawiści, www.ivo.sk z 2002 roku

doraźnych działań, populistycznych haseł, zmuszanie ich do ponoszenia kosztu błędów popełnianych przez innych, zaczęli rozumieć, że przez inne grupy społeczne postrzegani są w kategoriach balastu obciążającego budżet państwa, a dla władz w kategoriach potężnego elektoratu, któremu przed wyborami zawsze trzeba coś obiecać, choćby naszkicować, trudną do zdefiniowania w czasie wizję lepszej przyszłości. Wizję, która w kolejnych latach transformacji tak naprawdę dla żyjących przedstawicieli trzeciego pokolenia stawała się coraz bardziej futurystyczna.

Trzeba przyznać, że w zakresie kształtowania nowego ładu społecznego, czynienia rzeczywistości transformacyjnej bardziej czytelną, sprawiedliwą i przyjazną najsłabszym, w tym także ludziom starym, podjęto wiele cennych decyzji i inicjatyw. Warto kilka z nich przywołać:

- w rozwiązywaniu kluczowych problemów społecznych zaczęto odchodzić od zasady „twardej resortowości” na rzecz koordynacji działań. Na przykład: w ramach przyjętego „Narodowego Programu Walki z Przestępczością” założono systematyczne współdziałanie resortu sprawiedliwości, spraw wewnętrznych i finansów; w ramach naprawy systemu ubezpieczeń – współdziałanie resortu rolnictwa i finansów; w ramach rozwiązywania problemów starzejącego się społeczeństwa – zainicjowano współpracę resortu pracy i polityki społecznej z resortem zdrowia;³⁶⁴
- w II połowie 2002 roku rozpoczęto proces redukowania barier ekonomicznych w dostępie ludzi starych do leków, poprzez stworzenie listy ponad 120 leków podstawowych (na schorzenia układu oddechowego, krążenia, neurologiczne i okulistyczne), wydawanych na recepty za symboliczną złotówkę osobom, które ukończyły 65 lat (projekt „Lek dla seniora”);
- dla odciążenia budżetów domowych najuboższych, Urząd Mieszkalnictwa i Rozwoju Miast w II połowie 2002 roku podjął decyzję o niepodnoszeniu czynszów w lokalach socjalnych;
- sieć placówek ochrony zdrowia rozbudowano o hospicja (26 placówek w 2000 roku), zakłady opiekuńczo-lecznicze (126 placówek) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (49 placówek), a w sektorze pomocy społecznej sieć placówek opiekuńczych w latach 1999–2000 rozbudowa-

³⁶⁴ Takie rekomendacje przyjęto we wrześniu 2002 roku na konferencji zorganizowanej w Warszawie przez Departament Unii Europejskiej i Organizacji Międzynarodowych MPiPS, poświęconej problemom starzenia się współczesnych społeczeństw

no o kolejne jedenaście (w 2000 roku funkcjonowało 199 tego typu zakładów publicznych), zwiększając tym samym liczbę miejsc w domach pomocy społecznej dla ludzi starych o ponad 600 miejsc;

– dla zredukowania obciążeń budżetu państwa na rolnicze ubezpieczenia społeczne, opracowano projekt nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach społecznych rolników, w świetle którego od 2003 roku wejście do KRUS warunkowane będzie udokumentowaniem faktu uprawiania ziemi przez przynajmniej 3 lata;³⁶⁵

Rozproszone jeszcze resortowo, ale widoczne formy działań państwa, ukierunkowane na optymalizowanie przestrzeni życiowej ludzi w starszym wieku wyznaczane są kondycją finansów publicznych i etapem, na jakim znajduje się polska zmiana systemowa. Wiele zdiagnozowanych obszarów niedostatku winno być zagospodarowane inicjatywami lokalnymi, ale uruchamianie mechanizmów wspólnotowych (długo zaniebywane) wymaga czasu i utrwalenia reguł międzypokoleniowej solidarności.

Mimo poważnych problemów gospodarczych kraju, jakie w latach 1999–2002 przełożyły się na warunki życia ludności, w tym także ludzi starych, wskaźniki rozwoju upoważniają do dobrych rokowań na przyszłość. Przede wszystkim przerwane zostało milczenie na temat starości i towarzyszących jej problemów; pokolenie ludzi młodych zaczyna internalizować reguły „oszczędzania na starość”, a resorty odpowiedzialne za jakość życia ludzi starych zaczęły prowadzić długo oczekiwany dialog. Rośnie realny dochód PKB w \$ na jednego mieszkańca; spada inflacja, rośnie wskaźnik skolaryzacji na poziomie wyższym,³⁶⁶ co pozwala na sformułowanie wniosku, że gdy obecne pokolenie ludzi młodych przekroczy próg starości – ich aspiracje, potrzeby (edukacja, kultura, oświata) będą znacznie większe niż obecnie, ale też i zgromadzony kapitał

³⁶⁵ W świetle wcześniej obowiązujących przepisów, dla korzystania z funduszy KRUS wystarczyło posiadanie 1 ha ziemi i uprawianie jej przez co najmniej rok. Takie były założenia teoretyczne, a jako że „uprawianie” nie podlegało kontroli, wiele hektarów ziemi leżało odłogiem, a jej właściciele korzystali z ubezpieczeń emerytalnych i zdrowotnych ze środków KRUS nawet w sytuacji gdy wykonywali zawody nie związane z rolnictwem

³⁶⁶ Realny dochód PKB na 1 mieszkańca w \$ w latach 1992–1997 wzrósł z 4.697\$ do 6.663\$; inflacja w latach 1998–2002 spadła z 11,8 % do poniżej 2 %; wskaźnik skolaryzacji brutto w latach 1992–2000 wzrósł z 15 % do 40,7 %, a w grupie kobiet do poziomu 47 %. Raport UNDP o rozwoju społecznym... op. cit., s. 132; Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001, s. 235

pozwole na większą samodzielność w organizowaniu życia po odejściu od aktywności zawodowej.

Najważniejsze procesy, które rzutują na wizerunek współczesnego świata, to globalizacja (tworzenie i utrwalanie światowego rynku), transformacja ustrojowa (sukcesywne przechodzenie do gospodarki rynkowej) i integracja gospodarcza. Globalizujący się świat, do unifikacji z którym dąży także Polska, także nie jest wolny od problemów. Stoją przed nim przynajmniej trzy poważne kwestie: walka z biedą, utrwalanie zasady wspólnego dobra i równe prawa dla wszystkich w decydowaniu o przyszłej wizji „globalnej wioski”. Cele te mają szanse realizacji tylko wówczas, gdy: zwalczanie biedy nie będzie postrzegane w kategoriach altruizmu, lecz inwestycji w lepszą przyszłość dla wszystkich; wspólne dobro, dzięki edukacji, znajdzie odpowiednie umocowanie w edukacji do „społecznego myślenia”, a w debatach nad przyszłością uczestniczyć będą zarówno bogaci, jak i biedni, choćby za pośrednictwem organizacji pozarządowych i gremiów międzynarodowych.³⁶⁷ Te cele to także wyzwania, którym w pierwszej kolejności winny sprostać społeczności narodowe.³⁶⁸ Na ich tle istniejący dotychczas instytucjonalny ład społeczny, charakteryzujący społeczność międzynarodową, jest już niewystarczający, zbyt zbiurokratyzowany i niewydolny. Wymaga rekonstrukcji, która jest warunkiem, aby wymienione procesy służyły ludziom, a nie dzieliły ich; aby służyły zaspokajaniu zmieniających się potrzeb społecznych, a nie marginalizowały najsłabszych; aby generowały postęp ekonomiczny i kulturowy, aby integrowały społeczeństwa narodowe, a nie klasyfikowały ich na lepszych i gorszych.³⁶⁹

Rozwój kapitalizmu nie może burzyć zasad powszechnej demokracji, gdzie najważniejsze jest upodmiotowienie obywateli i umożliwienie im pełnego współuczestniczenia w kreowaniu nowej rzeczywistości. Zmiana powinna oznaczać postęp a nie, jak ma to miejsce w wielu krajach

³⁶⁷ Organizacje pozarządowe nie mogą wprawdzie pełnić roli grup nacisku na forum międzynarodowym, ale mogą pełnić ważką funkcję konsultacyjno-doradczą dla tak znaczących instytucji jak: Bank Światowy, Międzynarodowy Fundusz Walutowy, Światowa Organizacja Handlu, czy ONZ

³⁶⁸ Zwrócił na nie uwagę także Papież Jan Paweł II, głosząc w czasie IX pielgrzymki do Polski ideę „cywilizacji miłości”, zawartą w słowach „przestańcie się lękać, pomóżcie bliźniemu w potrzebie, pomóżcie ocalić człowieczeństwo”. Z wystąpienia Jana Pawła II w Balicach k/Krakowa i w Łągiewnikach w dniach 16–19 sierpnia 2002 roku

³⁶⁹ Szerokie opracowanie zagadnienia w pracy G. W. Kołodko, Tygrys z ludzką twarzą, Toruń 2002, www.kolodko.tiger.edu.pl

postkomunistycznych, blokowanie demokracji poprzez wykluczanie z życia społecznego całych grup społecznych, ignorowanie nośnego w swym potencjale intelektualnym kapitału ludzkiego, ograniczanie społeczeństwa w wyrażaniu swych potrzeb i oczekiwań. Nikogo, szczególnie w demokracji, nie można spychać na margines i można się przed tym zabezpieczyć, wprowadzając przynajmniej trzy specyficzne dla gospodarki rynkowej mechanizmy: sieć ochrony społecznej, redystrybucję własności i dyscyplinę równoprawnych warunków wymiany. Te trzy elementy kształtują nowoczesne państwo dobrobytu.

W Polsce w kolejnych latach trwania zmiany systemowej, niezależnie od tego, w gestii jakich ugrupowań politycznych pozostawała władza i rozwiązywanie kwestii społecznych, interes państwa interpretowany był w sposób kontrowersyjny. Różnie też był pojmowany nie tylko w obrębie poszczególnych opcji politycznych, ale i przez polityków jednej partii. Brakowało zarówno myślenia społecznego, jak i perspektywicznego, długodystansowego, stanowiącego podstawę racjonalnej polityki państwa. O jego braku świadczył choćby fakt, że od 1995 roku coraz to nowe problemy ekonomiczne i społeczne, boleśnie doświadczające społeczeństwo, o wiele wyraźniej artykułowane były przez ekspertów unijnych (Raporty ONZ, ekspertyzy Komisji Europejskich), niż przez przedstawicieli polskiego rządu.

Bezprecedensowo wysokie bezrobocie polskiego wyżu demograficznego w 2002 roku stało się wyzwaniem dla całego społeczeństwa. Wyzwaniem niemożliwym do podjęcia bez spełnienia warunku zawarcia solidnej umowy społecznej między pokoleniami, dzięki której jednakowa ranga zostanie nadana dwóm problemom: tworzenia miejsc pracy dla młodych i prawa do godziwych świadczeń emerytalnych dla najstarszych. Tylko takie traktowanie sprawy, dostrzeganie praw wszystkich grup społecznych, może w konsekwencji uruchomić czynniki wzrostu gospodarczego. Szukanie rozwiązań doraźnych skutkować bowiem może bolesnym i niepotrzebnym antagonizowaniem przedstawicieli trzech pokoleń.

Na skutek ogromu popełnionych błędów utracono w konsekwencji coś, co dla demokratycznego państwa stanowi podstawę funkcjonowania – mianowicie zaufanie społeczne do gospodarki i do państwa oraz do jego wiarygodności. To znacznie gorsze zjawisko, niż brak zaufania do określonego ugrupowania politycznego, to podstawa do powrotu myśle-

nia, charakterystycznego dla totalitaryzmu i centralistycznie zarządzanej gospodarki, myślenia w kategoriach „my” (społeczeństwo – ubezwłasnowolnione przez władzę) i „oni” (bezkarna, arogancka, władza). Można to uznać za krok wstecz, szczególnie groźny w sytuacji przygotowań do integracji z Unią Europejską. Społeczeństwo zantagonizowane, spauperyzowane i zmęczone brakiem oznak zapowiadanego dobrobytu, w społeczności unijnej może być postrzegane w kategorii „ubogiego krewnego”, pariasa europejskiej rzeczywistości.

Zmiana modelu państwa jest zatem koniecznym warunkiem dążenia do partnerstwa z tymi, którzy umiejętnie zdołali już połączyć prawa wolnego rynku z prawami obywateli do godnego i aktywnego życia. Pojawia się zatem pytanie: „jaki model państwa byłby na obecnym etapie polskiego rozwoju optymalny?”. Z pewnością nie model państwa minimum (prawo, porządek wewnętrzny, pieniądz), bo ten ogranicza możliwości rozwoju kapitalizmu i nie model państwa opiekuńczego, bo z uwagi na paternalistyczny charakter pozbawia obywateli prawa decydowania. Za optymalny, choć traktowany w kategoriach przejściowych, można jedynie uznać model państwa ograniczonego, bowiem zgodnie z jego podstawami interwencjonizm państwowy ograniczony jest tylko do sfer najwyższego ryzyka, a społeczeństwu pozostaje możliwość pełnego i swobodnego wyrażania swej woli. Warunkiem skutecznego dążenia do dobrobytu jest łączenie: państwa, rynku, solidarności i podmiotowości społecznej, przy czym państwo nie może troszczyć się o wszystkich i nie może też gwarantować trwania jednym kosztem upadku drugich. Sprawiedliwa polityka społeczna to sprawiedliwa i racjonalna, przyszłościowa dystrybucja i redystrybucja środków, to skoncentrowanie działań wobec takich celów jak:

- uruchamianie aktywów materialnych i niematerialnych, które tkwią w zasobach ludzkich, przy przyjęciu zasady, że kluczem do równania szans jest całożyciowa edukacja;
- promowanie zdrowego życia;
- utrwalanie wspólnot lokalnych;
- elastyczna polityka zatrudnienia;
- tworzenie różnorodnych form integracji poprzez inwestowanie w społeczeństwo obywatelskie, w organizację struktur i więzi międzypokoleniowych;

– eliminowanie zjawiska ubóstwa poprzez: osłony socjalne, promowanie oszczędzania przez całe życie, solidarności wewnątrz i międzypokoleniowej, stymulowanie rozwoju systemu zabezpieczeń emerytalnych.

Spółeczeństwo przyszłości, to społeczeństwo dla wszystkich grup wieku, pluralistyczne, zdolne do ustawicznego uczenia się, utrwalania poczucia solidaryzmu i wspólnotowości. Pokoleniowa solidarność umocowana jest przynajmniej w pięciu zasadach: wypracowywania mechanizmów stymulujących zacieśnianie więzi społecznych; strategii wykorzystywania potencjału tkwiącego we wspólnotowości; uznania życia we wszystkich fazach za wartość autoteliczną; uznania starości za kapitał niezbędny dla pokoleniowego przekazu; uniezależniania pokolenia ludzi starych od pokoleń młodych. Skuteczne budowanie takiego modelu wymaga świadomego łączenia struktur państwa ze strukturami lokalnymi; teorii z praktyką oraz ustawicznego inwestowania poprzez grupy kapitału: ludzkiego, społeczno-kulturalnego, ekonomicznego i środowiskowego.

Rzeczywistość stawia przed polityką społeczną szereg trudnych pytań:

- czy wykorzystuje w swych działaniach zasadę kumulacji kapitału całego życia?
- czy sprzyja indywidualnym wyborom i autonomii jednostki?
- czy wystarczająco dobrze promuje zasadę wzajemnych zależności między pokoleniami?

Dylemat polega na ustaleniu, czy w rozstrzygnięciu kluczowych kwestii społecznych lepiej jeśli jest więcej państwa, czy też lepiej jeśli jest więcej rynku? Idealnych rozwiązań nie ma, tak jak nie ma prostych wzorców na rozwiązywanie problemów społecznych, ale punktem wyjścia przy podejmowaniu wszelkich rozwiązań służących utrwalaniu ładu społecznego, kreowaniu społeczeństwa obywatelskiego winno być współdziałanie wszystkich dziedzin polityki społecznej. Główni aktorzy, kreatorzy tego ładu powinni być wszechstronnie przygotowani do realizacji programów nie resortowych, a problemowych. UNDP ustawicznie apeluje do rządu, aby nie ograniczał swych działań do interwencjonizmu, do kosztownej troski o wszystkich, ale aby sprzyjał tworzeniu przyjaznych warunków dla aktywizacji środowisk lokalnych, skąd wypływać mogą najskuteczniejsze formy pomocy dla najstarszych ich mieszkańców. Z doświadczeń minionych lat wynika, że tam gdzie dobre, kompetentne władze na szczeblu gminy, tam sprawna organizacja

opieki nad ludźmi starszymi, tam inicjatywy i działania sprzyjające poprawie wizerunku starości.³⁷⁰ Jakość życia ludzi starych stanowi wypadkową równomiernego rozłożenia odpowiedzialności na: państwo, środowisko lokalne, rodziny i na samych zainteresowanych. Zmiany zachodzące w obrębie struktury demograficznej wymuszają przesuwanie obowiązków na różnorodne podmioty i stymulowanie autokreacji, poczucia współodpowiedzialności w budowaniu modelu subsydiarności oraz sprawiedliwości społecznej.

Podstawowe strategie, jakie polityka społeczna powinna przyjąć za priorytetowe w swej wielopłaszczyznowej działalności ukierunkowanej na zapobieganie deprywacji społecznej to: interwencja, asekuracja, kompensacja i partycypacja. Politycy społeczni uzupełniają ten katalog wskazaniem dla polityk szczegółowych, uwzględnianych na szczeblach lokalnych o cele zawarte w schemacie „4xP”, czyli pomoc, promocja, prewencja, partycypacja.³⁷¹ Te hasłowo wyeksponowane kierunki działań obejmują ogrom zadań wyznaczanych wiodącymi wartościami: równością, sprawiedliwością, subsydiarnością, podmiotowością i prawem ludzi starych do godnego życia.

W ramach pomocy mieści się opieka nad najstarszymi członkami społeczeństwa, zarówno w rodzinie, w środowisku lokalnym, jak i w instytucjach opiekuńczych oraz służby zdrowia. Pod hasłem promocji kryje się zwalczanie negatywnego stereotypu starości, promowanie edukacji do starości, oświaty dorosłych, angażowanie w prace nad przyszłościowym modelem społeczeństwa dla wszystkich grup wieku zarówno mediów, nauki, jak i przedstawicieli pokoleń ludzi młodych. Prewencja, czyli profilaktyka oznacza realizację hasła upowszechnianego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – „Zaopiekuj się zdrowiem i czyni to całe życie”. W praktyce wiąże się z popularyzowaniem profilaktyki geriatrycznej, zdrowego stylu życia, aktywności, z zapobieganiem procesowi patologicznego starzenia się. Z kolei partycypacja, to zachęta do zgodnego z demokratycznym modelem państwa, włączania ludzi w starszym wieku do procesu

³⁷⁰ Za przykład może służyć gmina Poznań, gdzie działa Towarzystwo Samopomocy Starszej Generacji „Vis Vitalis”; gminę Białystok, gdzie w dzielnicy Antonin organizowane są różnorodne formy samopomocy, wydawane jest pismo dla seniorów; czy gminę Warszawa, gdzie działa, między innymi, największy w Polsce UTW, Ośrodek „Nowolipie” i Fundacja „Emeryt”

³⁷¹ Status społeczny i prawny polskich seniorów..., op. cit., zał. 2, 4, 5; aneks 1, 2, 3

kształtowania nowej rzeczywistości społecznej. To realizowanie prawa do udziału w życiu zbiorowym, w rynku pracy, w systemie edukacji i kształcenia, prawa do współtworzenia i konsumowania postępu na równi z całym społeczeństwem. Partycypacja wiąże się też z nadaniem wysokiej rangi międzypokoleniowemu przekazowi i wartościom uniwersalnym, których nośnikami przede wszystkim są przedstawiciele najstarszej generacji.

Zatem priorytety, wokół których winna się koncentrować uwaga polityki społecznej to: redukowanie deficytów, zależności i źródeł wykluczenia poprzez rozwój samodzielności i wspieranie integracji (środowiskowej, wewnątrz i międzypokoleniowej). Sfera zadaniowa musi zatem koncentrować się wokół takich płaszczyzn życia społecznego jak: położenie materialne, funkcjonowanie gospodarstw domowych rodzin, zdrowie, sport i wypoczynek, kultura, edukacja, patologie i dewiacje. Takimi zasadami kieruje się UE (niezależnie od priorytetów przyjmowanych przez politykę społeczną w jej krajach członkowskich). Europa nauczyła się już konsumowania programów ONZ; łączy na przykład rozwiązywanie problemów ludzi starych z problemami niepełnosprawności (współdziałanie pracy, polityki socjalnej i ochrony zdrowia). Dla Polski jest to jeszcze wyzwanie, ale należy pamiętać, że tak analizy, jak i rekomendacje ONZ mają wartość szczególną – są oparte na rzetelnych ekspertyzach i nieskażone ideologicznie, mają wymiar globalny. Do takich należy też zaliczyć standardy opieki nad człowiekiem starszym opracowane przez ONZ i WHO³⁷², a rekomendowane wszystkim krajom członkowskim i zainteresowanym redukowaniem problemów generowanych przez starość demograficzną. Najważniejsze z nich, stanowiące w istocie odpowiedź na podstawowe potrzeby psychofizyczne i społeczne przedstawicieli trzeciej generacji to:

- utrzymywanie optymalnego poziomu dobrostanu psychicznego;
- korelowanie życiowych standardów z dochodami ze świadczeń emerytalnych;
- zapewnianie satysfakcjonującego trybu życia;
- wspieranie związków rodzinnych i więzi społecznych z otoczeniem;
- propagowanie i umożliwianie aktywności obywatelskiej, politycznej i społecznej;
- propagowanie edukacji do starości oraz o starości i jej specyfice.

³⁷² Opracowano na podstawie katalogu standardów ONZ, WHO. (w:) Status społeczny i prawny polskich seniorów..., op. cit., zał. 6

Przyszłość polityki społecznej wobec problemów starości wiąże się z wypracowaniem i wdrażaniem projektów zmian opartych na: uruchomieniu zasobów, zdolności, potencjału, kapitału kumulowanego przez jednostki i grupy przez całe życie, tworzeniu płaszczyzn porozumienia międzypokoleniowego, dostosowywaniu infrastruktury pomocowej do zmian demograficznych i wreszcie na: uwzględnianiu indywidualnego wkładu ludzi w ich własną starość zgodnie z założeniami teorii kompetentnej kompensacji. To zadania, których realizacja może zapobiec specyficznemu zjawisku, nazwanemu przez Zbigniewa Woźniaka „recydywą gerontologiczną”, co należy rozumieć jako powtórzenie, dalsze generowanie w kolejnych pokoleniach problemów, jakie są udziałem obecnie żyjących ludzi starych. Szczególnie ważna rola w ich realizacji przypada edukacji ludzi młodych, uświadomieniu im, że „dobrostan starości” zależy od umiejętnego kumulowania zasobów, wykorzystywanych w kolejnych fazach życia.

2. Rekomendacje

Prezentowana analiza pozwoliła na zdiagnozowanie głównych kwestii, obszarów niedostatku towarzyszących procesowi starzenia się społeczeństwa polskiego i upoważniła do sformułowania wniosków, które zarówno przez kreatorów jak i współtwórców ładu społecznego (polityków, przedstawicieli władz szczebla centralnego, samorządowego, organizacji pozarządowych, świata nauki, praktyków odpowiedzialnych za realizację strategicznych i ustawowych celów polityki społecznej oraz pracy socjalnej) – powinny być postrzegane w kategorii absolutnych priorytetów i problemów, których skuteczne rozstrzygnięcie wyznaczać będzie w przyszłości nie tylko kondycję przedstawicieli trzeciej generacji, ale i kształtować poziom kultury społeczeństwa aspirującego do unifikacji ze standardami zachodnioeuropejskimi. W prezentowanych rekomendacjach szczególną uwagę zwrócono też na zagadnienia absorbujące uwagę społeczności i organizacji międzynarodowych, a służące utrwalaniu globalnej zasady urzeczywistniania nowej wizji współczesnego społeczeństwa – społeczeństwa dla wszystkich grup wieku.

<p>PROBLEMY</p>	<p>REKOMENDACJE</p>
<p>Ogólniowiatowe tendencje do starzenia się społeczeństw i wysokiego tempa wzrostu liczebności populacji dożywających starości sędziwej, pozostają w ścisłym związku z funkcjonowaniem gospodarki.</p> <p>Globalizacja starości demograficznej wpływa na wydatki budżetowe, koszty pracy i wysokość świadczeń emerytalnych. Brak konstruktywnych rozwiązań systemowych w najbliższej dekadzie może przynieść załamanie finansów wielu państw, deformacje rynków pracy i wzrost obciążeń podatkowych, zmuszając tym samym do sukcesywnego przesuwania odpowiedzialności za jakość życia ludzi starych z sektora publicznego na pozarządowy, na rodziny i na samych zainteresowanych.</p>	<p>Międzynarodowa integracja działań w konstruowaniu i wdrażaniu nowego modelu funkcjonowania gospodarki oraz nowego modelu oszczędzania i inwestowania</p> <ul style="list-style-type: none"> - relatywnie do prognozowanego tempa i zakresu starzenia się społeczeństw. <p>Wdrażanie strategii zapewniania ludziom starym odpowiednich dochodów i opieki wymaga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - budowania, wzmacniania więzi społecznej i międzypokoleniowej solidarności; - uznania życia we wszystkich fazach za wartość autoteliczną; - uznania przedstawicieli trzeciej generacji za cenny kapitał ludzki, stały element zasobów społecznych; - sprzyjania wszelkim przejawom aktywności i usamodzielniania się (głównie ekonomicznego).
<p>Proces starzenia się społeczeństwa polskiego, z tendencją do pogłębiania się i narastania, rodzi kwestie – wyzwania, tak wobec państwa, jak i całego społeczeństwa. Problemy mają charakter interdyscyplinarny, ale ich rozwiązywanie wymaga zintegrowanych, konstruktywnych, kompleksowych działań, z wyraźnym wskazaniem na coraz większą rolę środowisk lokalnych w ich rozwiązywaniu.</p>	<p>Stymulowanie ładu i podstawowych norm życia społecznego w oparciu o tezę, że to nie starość jest problemem (wymiar pejoratywny), lecz zmiany zachodzące w strukturze demograficznej generują problemy ogólnospołeczne (poczucie wspólnotowości).</p> <p>W rozwiązywaniu kluczowych kwestii polskiej starości demograficznej odejście od „twardej resortowości”, na rzecz współdziałania wszystkich sektorów gospodarczych (służby zdrowia, pracy i polityki społecznej, edukacji i szkolnictwa wyższego, kultury, sportu, rekreacji i finansów).</p>

<p>Mimo, że od przekroczenia „progu zaawansowanej starości demograficznej” upłynęło niemal ćwierć wieku, w Polsce nadal nie ma polityki społecznej wobec starości. Liczne i kosztowne dla budżetu państwa, działania osłonowe i prozdrowotne podejmowane na rzecz ludzi starych, rozproszone są w obrębie różnych podmiotów i resortów. Brak spójnej i czytelnej polityki uniemożliwia podejmowanie szybkich decyzji i konstruktywnych działań.</p>	<p>Opracowanie interresortowego i interdyscyplinarnego programu polityki społecznej wobec starości i nadanie jej rangi polityki szczegółowej. Powołanie do życia podmiotów polityki społecznej wobec starości na wszystkich szczeblach zarządzania (od władz samorządowych gmin do ministerstwa) i wyposażenie ich w instrumenty tak diagnozy, kompensacji deficytów, jak i kontroli nad tworzeniem przyjaznego środowiska lokalnego dla najstarszych jego mieszkańców.</p>
<p>W sferze nauki problematyka starości podejmowana jest zarówno przez demografów, ekonomistów, socjologów, pedagogów, lekarzy, jak i polityków. Gerontologia (w tym głównie społeczna), mimo ogromnego dorobku eksploracyjnego, nadal nie posiada statusu samodzielnej dyscypliny naukowej. Przy wyraźnej atomizacji nauk, gerontologia społeczna, jako interdyscyplinarna płaszczyzna działań eksploracyjnych, nie znajduje miejsca w klasyfikacji nauk humanistycznych i społecznych. Brak jej wyraźnego umocowania w naukach społecznych, podobnie jak brak odpowiedniej rangi geriatry w naukach medycznych, powodują że grono osób zainteresowanych podejmowaniem problemów starości jest nieliczne.</p>	<p>Nadanie gerontologii społecznej statusu samodzielnej dyscypliny naukowej, mieszczącej się w kategorii nauk społecznych (z jednoczesnym prawem do korzystania z metodologii nauk społecznych). Zintensyfikowanie badań, profesjonalnych analiz, prac eksploracyjnych nad warunkami życia, potrzebami i problemami ludzi starych, w celu ustalania zadań polityki społecznej w oparciu o analizę wyników diagnozy społecznej, monitoring i zobiektywizowane wskaźniki pomiaru zjawisk. Podniesienie rangi jakościowych badań nad starością. Podniesienie rangi nauk i środowisk koncentrujących swą uwagę na problematyce starzenia się i starości.</p>
<p>W kategorii ekonomicznych skutków starości demograficznej, okres przejściowy (między wdrażaniem i skutkami reformy systemu emerytalnego) wiązał się będzie z dalszym obciążaniem budżetu państwa wydatkami na świadczenia z ubezpieczeń społecznych</p>	<p>Upowszechnianie i utrwalanie zasady międzypokoleniowego solidaryzmu oraz sprawiedliwości społecznej w redystrybucji środków na cele ubezpieczeń społecznych.</p>

<p>Waloryzacja świadczeń emerytalnych, oparta na wskaźnikach cenowych, uzależniona jest od warunków ekonomicznych i sytuacji społecznej. w sytuacji dalszej redukcji inflacji waloryzacja cenowa straci podstawy funkcjonowania i nastąpi spadek świadczeń emerytalno-rentowych względem płac i innych dochodów. Emeryci i renciści pozbawieni zostaną wówczas prawa do konsumowania efektów rozwoju gospodarczego kraju na równi z innymi grupami społecznymi, co jest sprzeczne z zasadą sprawiedliwości społecznej.</p>	<p>Emerytura, traktowana jako dochód zastępczy w stosunku do wcześniej uzyskiwanego wynagrodzenia, powinna chronić nie tylko przed pauperyzacją i społecznym wykluczeniem, ale umożliwiać pełny udział ludzi w starszym wieku we wzroście gospodarczym. Waloryzację opartą na wskaźniku wzrostu cen traktować należy jako minimum i rozwiązanie przejściowe w sytuacji łagodzenia skutków inflacji. Przyszłościowy model waloryzacji świadczeń musi uwzględniać też wskaźnik dochodu narodowego (model szwedzki) lub wskaźnik wzrostu płac (model austriacki).</p>
<p>System ubezpieczenia społecznego rolników w niemal 90 % finansowany jest ze środków budżetu państwa. Przy uwzględnieniu tendencji większego tempa narastania starości demograficznej w środowisku wiejskim niż miejskim, należy zakładać że zapotrzebowanie na dotacje nadal będzie narastać, a realna wartość nabywca świadczeń emerytalno-rentowych rolników będzie się obniżać, skutkując pogłębianiem ubóstwa najstarszych mieszkańców wsi.</p>	<p>Rekonstrukcja modelu funkcjonowania KRUS: zwiększenie kontroli i dyscypliny zarządzania zasobami w celu zmniejszenia dysproporcji między wysokością świadczeń uzyskiwanych z ZUS i z KRUS; uszczelnienie systemu i wyeliminowanie z niego osób funkcjonujących w gospodarstwach nierolniczych (zaostrzenie kryterium uczestnictwa w systemie KRUS).</p>
<p>W kategorii społecznych skutków starości demograficznej, poważne zagrożenie stanowi rywalizacja pokoleń o miejsce na rynku pracy i w dostępie do środków z sektora zabezpieczeń społecznych. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się kobiety (większa stopa bezrobocia, krótszy czas aktywności zawodowej, dłuższy średni czas trwania życia przy niższych świadczeniach emerytalnych). Luka między popytem i podażą w tych dwóch sferach życia antagonizuje pokolenia, pogłębiając też polaryzację społeczną.</p>	<p>Urzeczywistnianie zasady solidaryzmu wewnątrz- i między-pokoleniowego. Uelastycznienie rynku pracy poprzez stworzenie mechanizmów równego do niego dostępu: zastąpienie kryterium wiekowego kryterium kompetencyjnym; zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, z zachowaniem jednostkowego prawa do decydowania o odejściu od aktywności zawodowej. Utrwalanie poczucia wspólnotowości, wspieranie inicjatyw lokalnych w realizacji zasady subsydiarności.</p>

<p>W kategorii psychologicznych skutków starości demograficznej: wszechobecny kult młodości degraduje starość i ludzi starych, odrzucając ogromny kapitał ludzki (doświadczenia, wartości, tradycje). Bariery niechęci, mocno ukorzenione w mentalności społecznej w głównej mierze wynikają z niewiedzy na temat trzeciej terycji życia i zawartego w niej potencjału. Potrzeba wieloletniego i aktywnego przygotowywania się do życia na emeryturze – w Polsce nadal jest zupełnie ignorowana.</p>	<p>Edukacja o starości i do starości. Upowszechnianie wiedzy gerontologicznej na wszystkich szczeblach kształcenia. Podniesienie rangi oświaty dorosłych i edukacji ustawicznej, wykorzystanie placówek oświatowych i kulturalno-oświatowych dla popularyzowania problematyki wśród wszystkich grup wiekowych.</p> <p>W kształceniu medycznym (na poziomie średnim i wyższym) uwzględnianie treści z zakresu: geriatry, gerontologii, profilaktyki geriatrycznej, eksponowanie zachowań progeriatrycznych.</p> <p>Wprowadzenie do planów kształcenia akademickiego przedmiotu: gerontologia społeczna, a na niższych szczeblach kształcenia (szkolnictwo średnie) uwzględnianie treści przedmiotowych w ramach innych zajęć (np. w ramach przygotowania do życia w rodzinie, rozwój, czy fazy życia człowieka).</p>
<p>Ludzie starzy są gorzej wykształceni, bardziej powolni w działaniu niż młodzi. Ich wykluczenie, mimo ogromnego zasięgu, jest mało widoczne.</p>	<p>Promowanie tolerancji i wyrozumiałości wobec słabszych, zagubionych, niezdolnych do samodzielnego pokonywania barier w dostępie do instytucji, do życia publicznego.</p>
<p>Ograniczenia w dostępie ludzi starych do placówek kulturalno-oświatowych, do edukacji, poza barierami ekonomicznymi (koszty przejazdów, ceny biletów), wynikają też z braku odpowiednich ofert kierowanych do nich. Relatywnie do krajów zachodnioeuropejskich, słaba sieć uniwersytetów trzeciego wieku, nie wypełnia zapotrzebowania na kształcenie ustawiczne i aktywizację najstarszych.</p>	<p>Poszerzenie zakresu działalności programowej i form pracy placówek sieci kształcenia ustawicznego, poprzez wzbogacenie ich o oferty kierowane do ludzi w starszym wieku (kursy tematyczne, wykłady, spotkania, praca w zespołach, działalność artystyczna).</p> <p>Wspieranie dalszego rozwoju uniwersytetów trzeciego wieku (głównie przy ośrodkach akademickich).</p>

<p>Marginalizacja ludzi starych ma swe źródła w ograniczonym dostępie do informacji, w ignorowaniu, pomijaniu ich przez skomercjalizowane media. Emeryci, renciści, ludzie starzy nie mają w Polsce swojego forum dyskusyjnego, tytułów pism czy programów telewizyjnych, radiowych – adresowanych głównie do nich. Pozbawieni są dostępu do informacji na temat przysługujących im praw i potencjalnych możliwości zaspokajania różnorodnych potrzeb, pokonywania barier biurokracji, nieczytelnych przepisów, „szumu informacyjnego” i niezrozumiałego postępu.</p>	<p>Uruchomienie strumienia informacji ułatwiających ludziom starym pokonywanie różnorodnych barier w dostępie do postępu i uczestnictwa w życiu społecznym.</p> <p>Zarezerwowanie czasu antenowego w mediach publicznych na emisję programów adresowanych do ludzi w starszym wieku, do emerytów i rencistów (np. bloki informacyjne, edukacyjne, o zdrowiu, profilaktyce, o usługach, o placówkach pomocowych, integracyjnych, o ofertach organizacji czasu wolnego, o przysługujących prawach, o roli integracji pokoleniowej, o wolontariacie).</p>
<p>„Udomowiony” styl życia ludzi starych, poza ograniczeniami w sferze materialnej, nierzadko wynika ze strachu przed kontaktami ze światem emitującym arogancję, biurokrację, bezdusność i niechęć. Swoją aktywność ograniczają z reguły do trzech płaszczyzn: rodziny, kościoła i telewizji.</p>	<p>W kształceniu kadr administracji i sektora usług, eksponowanie rangi kultury obsługi klientów i specyfiki kontaktu z osobami starszymi (tolerancja, rzetelność, cierpliwość).</p> <p>Uruchamianie w środowiskach lokalnych ośrodków integracji edukacyjnej, w których aktywizacja ludzi starych nie będzie wymagała wychodzenia poza płaszczyznę znane i akceptowane.</p>
<p>Niedoceniana i niewykorzystywana jest rola trzeciego sektora, zarówno w zakresie organizowania różnorodnych form wsparcia społecznego, umacniania więzi społecznych w środowisku lokalnym, jak i kształtowania mentalności zgodnej z prawami społeczeństwa obywatelskiego.</p> <p>Brakuje odpowiednich uregulowań prawnych zachęcających do rozwoju i aktywizacji organizacji pozarządowych oraz podejmowania roli wolontariusza przez osoby niepracujące, a korzystające z funduszy społecznych (bezrobotni, emeryci, renciści, gospodynie domowe).</p> <p>Utrwalaniu polskiej, roszczeniowej mentalności społecznej</p>	<p>Ocena i selekcja organizacji pozarządowych w celu wyłonienia tych, które zasługują na status wyższej użyteczności publicznej i finansowo-prawne wsparcie państwa.</p> <p>Promowanie jednostek pozarządowych zaangażowanych w aktywizację środowisk lokalnych i realizujących zadania ukierunkowane na uzupełnianie działań pomocy społecznej sektora publicznego.</p> <p>Prawne i finansowe uregulowanie statusu organizacji pozarządowych oraz statusu wolontariusza (np. gwarantowane ubezpieczenia społeczne, zwrot kosztów przejazdu, udziału w kursach i szkoleniach, preferencje dla ubiega-</p>

<p>sprzyja brak jakichkolwiek prób wiązania praw do świadczeń z zabezpieczenia społecznego z aktywnością na rzecz społeczeństwa czy środowiska lokalnego. Światowe wzory wiązania praw do świadczeń pomocowych (zasiłków, pomocy rzeczowej, w naturze) z aktywnością wolontarną świadczeniobiorców wskazują na wielopłaszczyznową skuteczność takich działań: pozwalają na dalsze, aktywne (nawet w warunkach braku pracy) funkcjonowanie w swoim środowisku, mobilizują do podnoszenia umiejętności i kwalifikacji, pozwalają na utrzymanie dobrej kondycji psychicznej klientów pomocy społecznej, wzmacniają środowisko ekonomicznie i sprzyjają jego integracji.</p>	<p>jących się o przyjęcie na studia kierunkowe). Wprowadzenie ustawy o zatrudnieniu socjalnym, umożliwiającej organizacjom pozarządowym tworzenie miejsc pracy dla bezrobotnych i klientów pomocy społecznej. Zabieganie o granty z funduszy unijnych (PHARE) na rozwój organizacji pozarządowych realizujących hasła będące odpowiedzią na problemy globalne (np. przeciwdziałanie anomii, sprzyjanie integracji wewnątrzpokoleniowej, międzypokoleniowej oraz środowiskowej, czy budowanie społeczeństwa dla wszystkich grup wieku).</p>
<p>Sektor organizacji pozarządowych (w założeniach zobligowany do uzupełniania obszarów niedostatku pozostających poza zasięgiem sektora publicznego) nie wypełnia deficytów generowanych przez realia transformacyjnej rzeczywistości. Niewiele organizacji działa na rzecz ludzi starych, a z grupy funkcjonujących – nie wszystkie koncentrują swą uwagę na aktywizacji i wspieraniu tej grupy społecznej.</p>	<p>Promowanie i wyróżnianie organizacji pozarządowych podejmujących działania na rzecz integracji wewnątrz i międzypokoleniowej. Weryfikacja celów statutowych i realizowanych przez organizacje pozarządowe powołane dla tworzenia przyjaznej przestrzeni życiowej ludziom starym; ukierunkowanie ich na upowszechnianie wiedzy gerontologicznej; na aktywizację i ułatwianie przedstawicielom trzeciego pokolenia uczestniczenia w społecznym życiu i dialogu. Wiązanie przyznawanych dotacji z treścią przedstawianych projektów; uzależnianie ich od oceny skuteczności deklarowanych wcześniej przedsięwzięć.</p>

<p>Narastający wskaźnik niepełnosprawności Polaków upoważnia do prognozowania, że zapotrzebowanie na opiekę medyczną będzie coraz większe, a z uwagi na coraz liczniejszą reprezentację populacji dożywającej starości sędziwej, dodatkowo poszerzone o rehabilitację, opiekę pielęgnacyjną i paliatywną. Bez uruchomienia mechanizmów wsparcia społecznego, samopomocy i aktywizacji środowisk lokalnych – sektor publiczny nie zdoła udźwignąć obciążeń generowanych narastającym zapotrzebowaniem na usługi medyczne i osłony socjalne.</p>	<p>Promowanie aktywnego i zdrowego stylu życia, nadanie edukacji zdrowotnej społeczeństwa większej rangi. Kształcenie profesjonalnych kadr do pracy w placówkach opieki całodobowej (pielęgniarstwo geriatryczne, środowiskowe, paliatywne). Promowanie i stymulowanie rozwoju wolontariatu; wiązanie działań wolontarnych z edukacją ustawiczną i rynkiem pracy (organizowanie specjalistycznych kursów dla świadczących określone formy pomocy i angażowanie do uczestniczenia w nich tak ludzi młodych, uczniów, studentów, bezrobotnych, gospodyń domowych, jak i ludzi w starszym wieku, doświadczonych, chętnie angażujących się w opiekę nad innymi).</p>
<p>O ile obecne pokolenie ludzi starych nie miało praktycznie żadnego wpływu na wysokość uzyskiwanych świadczeń emerytalno-rentowych, to kolejne winny już organizować swoje życie ze świadomością samokreacji jego jakości we wszystkich fazach, także w starości.</p>	<p>Promowanie „oszczędzania na starość”. Uruchomienie mechanizmów pobudzających rozwój III filara OFE (np. ulgi podatkowe dla inwestujących w swoje życie na emeryturze). Uporządkowanie sieci i zasad funkcjonowania OFE w celu zmniejszenia kosztów obsługi i optymalnego zredukowania ryzyka związanego z inwestowaniem w III filar ubezpieczeń.</p>
<p>Zreformowany system emerytalny działa wadliwie, nie gwarantując przyszłym emerytom ani bezpieczeństwa socjalnego, ani rentowności oszczędzania na starość za pośrednictwem OFE. Obowiązujące ograniczenia w inwestowaniu funduszy emerytalnych za granicą wygenerować mogą dalszy wzrost kosztów ich obsługi (gdą fundusze odkupią polskie akcje od podmiotów zagranicznych po zawyżonych cenach, kosztami transakcji</p>	<p>Regulacja zasad funkcjonowania OFE powinna obejmować ich prawo do inwestowania za granicą i gwarancje zaspokojenia wiarytelności w uprzywilejowanej kolejności przed innymi podmiotami, przy zachowaniu pierwszeństwa ZUS. Większa aktywność funduszy emerytalnych na rynku inwestycyjnym nie tylko zwiększy ich rentowność, ale przyczynić się może do rozwoju rynku obligacji. System emerytalny powinien być postrzegany nie przez</p>

obciążeni zostaną klienci, czyli przyszli emeryci).	pryzmat najbliższych lat, ale perspektywicznie – kiedy dostrzec będzie można jego wpływ tak na poziom życia ludzi starych, jak i na gospodarkę kraju.
Bezradność, bieda ludzi starych i niewielkie szanse na rynku pracy ludzi w wieku niemobilnym, w dużej mierze wynikają z niskiego poziomu ich wykształcenia, nienadążania za wyzwaniami, zagubienia w zdominowanej postępową rzeczywistości. Deprywacja społeczna wielu wkraczających w fazę starości, poprzedzona jest wieloletnim bezrobociem (zasiłki dla bezrobotnych, przedemerytalne). Między poziomem wykształcenia, wykonywanym zawodem, a statusem społecznym po przejściu na emeryturę istnieje istotna zależność.	Uznanie priorytetu wykształcenia i samodzielności. Postrzeganie jakości przedłużonego w czasie życia w kategoriach przyczynowo-skutkowych. Traktowanie inwestowania w siebie, w: zdrowie, wykształcenie, aktywność, jako kumulację kapitału na przyszłość.
Samotność, pozostająca w sprzeczności ze społeczną naturą człowieka, a będąca udziałem wielu osób w podeszłym wieku, w równej mierze implikowana jest wcześniejszym stosunkiem do otoczenia, postawami przyjmowanymi wobec własnej starości, co i obojętnością społeczną. „Samotni w tłumie” oczekują, że świat przyjdzie do nich i cierpią, gdy tak się nie dzieje. Ogarnia ich smutek, rozgoryczenie, a pogłębiająca się izolacja generuje lęki, depresje, choroby somatyczne. Gdy zjawisko to dotyczy licznych przedstawicieli pokolenia, pojawiają się mechanizmy utrwalania negatywnego stereotypu starości – marginalizacji, deprywacji.	Odejście od modelu anonimowości życia społecznego, hermetycznego zamykania się ludzi młodych przed otoczeniem pod pretekstem licznych obowiązków i braku czasu. Tworzenie modelu życia wspólnotowego (przynajmniej w obrębie środowiska lokalnego). Popularyzowanie kształtowania zainteresowań, hobby, realizacja których w przyszłości umożliwi wypełnienie marginesu czasu wolnego satysfakcjonującymi treściami. Kreowanie modelu społecznego życia i społecznego myślenia: żyć z ludźmi i dla ludzi, od młodości tworzyć sieć kontaktów, które w starości nie tylko zmniejszą ryzyko samotności, ale zwiększą poczucie bezpieczeństwa.

Osamotnienie, syndrom „sieroctwa” ludzi starych wynika z braku kontaktów emocjonalnych z innymi. Czują się odrzuconymi z powodu niezaspokojonych potrzeb afiliacyjnych, bycia użytecznym, akceptacji. Ich skumulowany kapitał uczuć, doświadczenia, cierpliwości, troski o innych – nie jest wykorzystywany.	Podjęcie (w ramach dialogu pokoleniowego) próby urzeczywistnienia integracji jednostek i grup cierpiących z powodu deficytu uczuć. Połączenie placówek opiekuńczych dla najstarszych (domy pomocy społecznej) i dla najmłodszych (domy dziecka) na wzór placówek oświatowych o charakterze integracyjnym. Wykreowanie nowego modelu „rodzin zastępczych”, poprzez stworzenie możliwości wspólnotowych działań przedstawicieli różnych generacji.
Z uwagi na specyfikę kulturową, problemy towarzyszące życiu ludzi starych nie mogą być rozwiązywane poprzez bezkrytyczne przenoszenie na grunt polski rozwiązań sprawdzonych w krajach szczytujących się skutecznym ich rozwiązywaniem (inne tradycje, tożsamość narodowa, aspiracje, katalog potrzeb psychicznych, kondycja zdrowotna, inna hierarchia wartości).	Tworzenie mechanizmów integracji społecznej i optymalizacji przebiegu trzeciej trójki życia z uwzględnieniem specyfiki narodowej, włączeniem do procesu organizowania społeczeństwa dla wszystkich grup wieku (<i>society for all ages</i>) zarówno teoretyków, jak i praktyków życia społecznego.
Każde następne pokolenie polskich emerytów będzie inne: o coraz wyższym poziomie wykształcenia, wyższych aspiracjach, lepiej przygotowane do swojej starości, ale równocześnie bardziej spolaryzowane materialnie i pod względem sprawności, stanu zdrowia.	Uruchomienie społecznego dialogu dla pełnego i systematycznego diagnozowania obszarów niedostatku polskiej starości, które ulegać będą ustawicznym zmianom (polaryzacja regionalna, środowiskowa i wiekowa z czasem zyska też istotny wymiar zdrowotny i ekonomiczny).
W Polsce znacznie częściej niż w krajach zachodnioeuropejskich i północnoamerykańskich, ludzie starzy znajdują opiekę i wsparcie w rodzinie. Głównymi organizatorami pomocy w rodzinie z reguły są kobiety. Ich obecność w rodzinie w dużej mierze może odciążyć państwo od obowiązku zapewnienia godnego życia niepełnosprawnym, starym i chorym ludziom.	Organizowanie wsparcia dla rodzin sprawujących opiekę nad swoimi najstarszymi członkami. Promowanie zaradności kobiet. w sytuacji dylematu: dalsza praca zawodowa, czy opieka nad krewnym w podeszłym wieku? – kierowanie strumienia środków pomocowych dla zapewnienia stałej opieki w rodzinie.

<p>Sieć placówek pomocowych musi odpowiadać liczebności populacji ludzi starszych i w wieku sędziwym. „Trzeci wiek” wymaga aktywizacji i profilaktyki, a „czwarty wiek” – opieki medycznej, stałego wsparcia i pielęgnacji. Zapotrzebowanie na różnorodne formy pomocy dotyczy zarówno pozostających pod opieką rodziny i służb socjalnych w środowisku zamieszkania, jak i wymagających stałej, profesjonalnej opieki medycznej i pielęgnacyjnej, gwarantowanej przez placówki otwarte, półotwarte, zamknięte (domy dziennego pobytu, hospicja, szpitale).</p>	<p>Wiązanie polityki społecznej wobec starości ze środowiskiem lokalnym, poprzez eksponowanie takich form pomocy, które pozwalają na starość pozostawać w środowisku zamieszkania. Poprzedzenie planów rozbudowy i rekonstrukcji sieci placówek opieki rzetelną diagnozą potrzeb ludzi starych (monitoring prowadzony przez placówki pomocy społecznej od szczebla gminy do ministerstwa).</p>
<p>Brak kontroli nad siecią prywatnych placówek usługowych (pensjonatów, domów opieki) sprawia, że ludzie starzy często są ofiarami przemocy i nadużyć. Często też są źle traktowani w publicznych placówkach opieki społecznej i ochrony zdrowia.</p>	<p>Wzmożenie kontroli nad placówkami sprawującymi opiekę nad ludźmi w podeszłym wieku. Wprowadzenie obowiązku precyzyjnego określania zakresu prowadzonej działalności gospodarczej przez osoby prywatne, fundacje i stowarzyszenia oraz obowiązku rejestracji wszystkich placówek o charakterze opiekuńczym.</p>
<p>Ludzie starzy coraz częściej korzystają z opieki rodzin i placówek usługowych z najbliższego otoczenia. Ogólnoświatowe tendencje do stwarzania im warunków pozwalających na pozostawanie w miejscu stałego zamieszkania, zwiększą zapotrzebowanie na stałą opiekę domową.</p>	<p>Rozbudowanie usług leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych, wspomagających ludzi starych i ich rodziny w zapewnieniu stałej opieki domowej. Weryfikacja modelu funkcjonowania instytucji pomocy społecznej poprzez zwiększenie oferty usługowej (dotyczącej także zamiany i adaptacji mieszkań).</p>
<p>Istniejąca w Polsce sieć placówek ochrony zdrowia i opieki społecznej powstała w okresie poprzedzającym reformę administracyjną. Ich rozmieszczenie nie zawsze też koreluje ze stopniem „nasylenia” starościami i niesionymi przez nią problemami. Ekonomiczna autonomia (gmin, powiatów, województw) stwarza ludziom starym bariery w korzystaniu.</p>	<p>Rozwój instytucjonalnych form wsparcia ludzi starych, z uwzględnieniem faktu, że zapotrzebowanie na nie różnicuje się regionalnie i środowiskowo, a w następnych latach różnicować się będzie także w kategoriach potrzeb. Wzrost liczebności populacji dożywających starości sędziwej zwiększy zapotrzebowanie na przychodnie i szpitalne</p>

<p>ze specjalistycznych usług medycznych, opiekuńczych i usługowych w sytuacji, gdy zlokalizowane są w innej jednostce administracji terenowej</p>	<p>oddziały geriatryczne, na hospicja, placówki rehabilitacyjne i pielęgnacyjne. Skorelowanie planu rozbudowy sieci placówek publicznych, uzupełnianych placówkami podporządkowanymi sektorowi prywatnemu i pozarządowemu, z potencjalnymi potrzebami diagnozowanymi w środowiskach lokalnych. Ujednolicenie zasad kontroli i dofinansowywania działalności.</p>
<p>Mimo ogromnych kosztów ponoszonych przez państwo na zabezpieczenia społeczne, system pomocowy jest słaby, rozproszony, niezdolny do zaspokojenia potencjalnych potrzeb tak grup, jak i całych środowisk lokalnych.</p>	<p>Budowanie skutecznego interwencjonizmu państwa na tworzeniu więzi między państwem i społeczeństwem obywatelskim, wzmacnianiu roli środowisk lokalnych. Dla skutecznego rozwiązywania kluczowych kwestii społecznych, integrowanie działalności sektora publicznego, prywatnego i pozarządowego na wszystkich szczeblach administracji terenowej.</p>
<p>Z uwagi na brak systematycznego, spójnego metodologicznie monitoringu problemów ludzi starych i skutków narastającej starości demograficznej (polityka społeczna wobec ludzi starych i wobec starości), wszelkie działania podejmowane dla ich redukcji zawsze są spóźnione i kosztowne, a ich charakter doraźny.</p>	<p>Budowanie nowego modelu polityki społecznej wobec starości i wobec ludzi starych wymaga stałego, systematycznego monitorowania tak istniejących problemów, jak i prognozowanych zmian (demograficznych, ekonomicznych, społecznych). Monitoring, prowadzony przez profesjonalne służby społeczne w środowisku lokalnym, winien być apolityczny i spełniać warunki pomiaru zobiektywizowanego, opartego na czytelnych wskaźnikach społecznych (skuteczności i efektywności). Instrumenty rzetelnej diagnozy sprzyjają skutecznym działaniom kompensacyjnym, prawidłowej dystrybucji środków pomocowych i minimalizują koszty.</p>

<p>Formuła dotychczasowej polityki społecznej uległa wyczerpaniu. Wyzwania współczesności rodzą potrzebę rekonstrukcji systemu, odejścia od biurokratycznego, hierarchicznego zarządzania, od resortowości i utrwalania monocentrycznych układów – na rzecz upowszechniania działań służących szeroko rozumianej aktywizacji środowiskowej i społecznej.</p>	<p>Główne kierunki zmian winny obejmować: planowanie pespektywiczne, zarządzanie menadżerskie, elastyczność działań, będących odpowiedzią na wyniki monitoringu potrzeb środowiskowych, promowanie partnerstwa i współdziałania na wszystkich płaszczyznach (między sektorami, resortami, organizacjami i instytucjami) oraz eksponowanie znaczącej roli samorządów lokalnych. Nowy model polityki społecznej, oparty na autonomii i samorządności środowisk lokalnych, winien być integralnie związany z zasadą modernizacji, wywoływania i przeprowadzania zmian, służących tworzeniu przyjaznego środowiska życia dla wszystkich grup społecznych i wiekowych.</p>
<p>Problemy towarzyszące polskiej starości demograficznej, ulegać będą ustawicznym zmianom. Inne kwestie identyfikowane są obecnie; inne pojawią się za 15–20 lat, gdy próg starości sędziwej przekroczy powojenne pokolenie wyżu demograficznego. Polska będzie już wówczas członkiem Unii Europejskiej, ale umiejętne diagnozowanie i skuteczne podejmowanie coraz to innych zadań niemożliwe będzie w sytuacji braku doświadczeń.</p>	<p>Prowadzenie dialogu z organizacjami międzynarodowymi i angażowanie do udziału w nim przedstawicielei władz wszystkich szczebli. Upowszechnianie treści raportów opracowywanych przez komisje europejskie i gremia międzynarodowe w celu ustawicznego konfrontowania rodzimych potrzeb i możliwości ich zaspokajania ze standardami światowymi. Uznanie ich rangi za najważniejszy warunek tworzenia społeczeństwa obywatelskiego, wspólnotowego, społeczeństwa nazwanego przez społeczność międzynarodową „społeczeństwem dla wszystkich grup wieku”.</p>
<p>Strategicznym celem współczesnych społeczeństw, przyjętym w 2002 r. przez ONZ na konferencji w Madrycie, jest „uzdrowienie” starości, uczynienie jej godną i aktywną. Polska podjęła ten apel.</p>	<p>Uznanie rangi Regionalnej Strategii Wdrażania Międzynarodowego Planu Działań w Sprawie Starzenia się z Madrytu i zintensyfikowanie działań na rzecz praktycznego wdrażania zobowiązań zawartych w tym dokumencie.</p>

WYKAZ TABEL

- 1) Tabela 1 – Ludzie starzy w Polsce w ogólnej strukturze społecznej w latach 1990–2002 (w %) – 10
- 2) Tabela 2 – Społeczne oceny kierunku rozwoju sytuacji w kraju w latach 1993–2002 (w %) – 31
- 3) Tabela 3 – Społeczne oceny sytuacji politycznej i gospodarczej w kraju w latach 1994–2002 (w %) – 33
- 4) Tabela 4 – Ocena reform i ich skutków w 2000 roku (w %) – 35
- 5) Tabela 5 – Wybrane wskaźniki zmian społeczno-gospodarczych w Polsce w latach 1990–2000 – 42
- 6) Tabela 6 – Wybrane wskaźniki zmian struktury ludności Polski w latach 1990–2000 – 48
- 7) Tabela 7 – Sytuacja demograficzna w wybranych krajach świata – 71
- 8) Tabela 8 – Emeryci i renciści w ogólnej strukturze społecznej w Polsce w latach 1946–2000 – 74
- 9) Tabela 9 – Udział ludności w wieku 60 lat i więcej w ogólnej strukturze społecznej w Polsce w latach 1980–2000 (w %) – 75
- 10) Tabela 10 – Udział ludzi starych w strukturze społecznej w Polsce w latach 1990–2030. Stan i prognozy demograficzne – 77
- 11) Tabela 11 – Samoocena stanu zdrowia ludności w 1996 roku (w %) – 117
- 12) Tabela 12 – Samoocena stanu zdrowia ludności w 1998 roku (w % do kategorii wieku i wykształcenia) – 118
- 13) Tabela 13 – Osoby niepełnosprawne prawnie w wieku 15 lat i więcej w 1996 i 1999 roku – 120
- 14) Tabela 14 – Niepełnosprawni w wieku 15 lat i więcej w Polsce w 1996 roku (na 1000 ludności danej grupy) – 121
- 15) Tabela 15 – Mobilność, niepełnosprawność i korzystanie z usług medycznych osób w wieku 60 lat i więcej w 1996 roku (w % do danej grupy wieku) – 123
- 16) Tabela 16 – Główne przyczyny zgonów w Polsce w 1996 i 1999 roku – 125
- 17) Tabela 17 – Zgony osób starszych według płci i wieku w 2000 roku (na 100 tys. ludności danej grupy wieku) – 127

- 18) Tabela 18 – Zgony osób starszych według płci, wieku i stanu cywilnego w 2000 roku – 128
- 19) Tabela 19 – Możliwości zakupu leków w wybranych typach gospodarstw domowych w 1998 roku – 139
- 20) Tabela 20 – Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstwa domowego na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w 2001 roku – 140
- 21) Tabela 21 – Warunki mieszkaniowe ludności w Polsce w latach 1990–2000 – 145
- 22) Tabela 22 – Wskaźniki zmian sytuacji życiowej ludzi starszych w Polsce w latach 1994–2000 – 151
- 23) Tabela 23 – Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych emerytów i rencistów w 1999 i 2001 roku (w %) – 156
- 24) Tabela 24 – Nadzieje ludzi starych w Polsce w latach 1999–2002 (w %) – 184
- 25) Tabela 25 – Zagrożenia postrzegane przez ludzi starych w Polsce w latach 1994–1998 (w %) – 188
- 26) Tabela 26 – Niepokoje i obawy ludzi starych w Polsce w latach 1999–2002 (w %) – 192
- 27) Tabela 27 – Zamachy samobójcze w wieku niemobilnym w latach 1990–2000 – 205
- 28) Tabela 28 – Rezygnacja z usług zdrowotnych z powodu braku pieniędzy w II półroczu 1999 roku – 209
- 29) Tabela 29 – Ambulatoryjna i stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce w latach 1990–2000 – 212
- 30) Tabela 30 – Wydatki z budżetu państwa na ubezpieczenia społeczne w latach 1997–2000 – 228
- 31) Tabela 31 – Pomoc społeczna w Polsce w latach 1990–2000 – 238
- 32) Tabela 32 – Społeczny odbiór integracji z Unią Europejską – 278

BIBLIOGRAFIA

- Abramowski E., Pisma, t. 2, Warszawa 1924
- Arystoteles, Etyka Nikomachejska, tłum. D. Gromska, Warszawa 1956
- Arystoteles, Retoryka. Poetyka, tłum. H. Podbielski, Warszawa 1988
- Auleytner J., Głąbicka K., Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków, Warszawa 2001
- Auleytner J., Polityka społeczna pomiędzy ideą a działaniem, Warszawa 1994
- Auleytner J., Polityka społeczna. Teoria a praktyka, Warszawa 1997
- Barcikowska M., Wprowadzenie do problemów choroby Alzheimerera. Serwis Informacyjny dla Lekarzy i Psychologów, www.alzheimer.pl/publication
- Bień B., Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. (w:) Polska starość. Pod red. B. Synaka, Gdańsk 2002
- Bińczycka-Majewska T., Fundusz Rezerwy Demograficznej w systemie zabezpieczenia ryzyka starości. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2001, nr 10
- Blikowska J., Gajewski J., Domy okradania starców. „Wprost” 2002, nr 34
- Błądowski P., Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych. (w:) Polska starość. Pod red. B. Synaka, Gdańsk 2002
- Błądowski P., Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych, Warszawa 2002
- Boni M., Gdzie szukać nowej polityki społecznej. „Rzeczpospolita” 2002, nr 143 (6220)
- Borscheid P., Geschichte des Alters, München 1989
- Brink T. L., Yesavage i inni, Screening tests for geriatric depression. „Clinical Gerontologist” 1982, No 1
- Bromley D.B., Psychologia starzenia się, tłum. Z. Zakrzewska, Warszawa 1969
- Campanini G., Państwo socjalne a światy wirtualne. „Społeczeństwo” 1996, nr 2
- Cicero M.T., O starości. (w:) Pisma Filozoficzne, tłum. Z. Czerniakowa, tom 4, Warszawa 1963
- Ciechomska G., Aktywna starość. „Gazeta Lekarska” 1999, nr 6

- Colozzi I., *Polityka społeczna po kryzysie państwa dobrobytu*. „Społeczeństwo” 1995, nr 1
- Czapiński J., *Jakość życia Polaków w czasie zmiany systemowej. Związek między obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami jakości życia w okresie transformacji systemowej*, Warszawa 1998
- Czapiński J., *Trudno wmówić dobrobyt, kiedy wokół bieda*. „Polityka” 2000, nr 2 (2227)
- Czekanowski P., *Miejsce i rola człowieka starego w rodzinie*. (w:) *Polska starość*. Pod red. B. Synaka, Gdańsk 2002
- Czerniawska O., *Edukacja dorosłych we Włoszech*, Łódź 1996
- Czerniawska O., *Międzynarodowe Stowarzyszenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku jako przykład stowarzyszenia działającego na rzecz ludzi starszych*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, Poznań 1999, nr 1
- Czerska J., *Umarła klasa*. „Polityka” 2002, nr 32 (2362)
- Danecki J., *Postęp i regres społeczny. Raport z badań prowadzonych w latach 1987–1990*, Warszawa 1991
- Davis B. W., *Educational Gerontology*, Pensylwania 1987
- Delumeau J., *Przedmowa do: Minois G., Historia starości. Od antyku do renesansu*, tłum. K. Marczevska, Warszawa 1995
- Derejczyk J., *Geriatrya a reforma ochrony zdrowia w Polsce*. „Służba Zdrowia” 2001, nr 61–64 (2954–2957)
- Donicht-Fluck B., *Altersbilder und Altenbildung*. „Bildung und Freizeit im Alter”, Bern–Göttingen–Toronto 1992
- Dyczewski L., *Kościół katolicki wobec ubóstwa i ludzi ubogich*. (w:) *Polska bieda II. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*. Pod red. S. Golinowskiej, Warszawa 1997
- Dyczewski L., *Kultura polska w procesie przemian*, Lublin 1995
- Dyczewski L., *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Lublin 1994
- Działalność polskich uniwersytetów trzeciego wieku w roku akademickim 1999/2000*. Pod red. A. Jopkiewicz, Warszawa 2000
- Dziewięcka-Bokun L., *Miejsce i rola państwa w realizacji polityki społecznej w okresie transformacji ustrojowej w Polsce*. „Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje”, Warszawa 2000, nr 2
- Esping-Andersen G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990
- Evaluation of social security reforms. Papers of the Meeting for social security organization in Central and Eastern Europe in Prague*, Genewa 1998

- Fałkowska M., Czas wolny i orientacje kulturalne Polaków. (w:) O stylach życia Polaków. Pod red. M. Falkowskiej, Warszawa 1997
- Feldman R., Choroba Alzheimera. „Res Medica”, www.resmedica.pl/alzheimer
- Frąckiewicz L., Karta praw człowieka starego, Warszawa 1985
- Frąckiewicz L., Miejsce człowieka starego w rodzinie. (w:) Rodzina. Społeczeństwo. Gospodarka Rynkowa. Pod red. J. Kroszela, Opole 1995
- Frąckiewicz L., Polityka ochrony zdrowia. (w:) Polityka społeczna, wybrane zagadnienia. Pod red. L. Frąckiewicz, Warszawa 1983
- Frąckiewicz L., Polityka społeczna. Zarys wykładu, Katowice 1998
- Frąckiewicz L., Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności. (w:) Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Pod red. L. Frąckiewicz, Katowice 2002
- Frąckiewicz L., Społeczno-demograficzne problemy starzenia się społeczeństwa polskiego. (w:) Seniorzy w społeczeństwach Europy. Pod red. W. Pędicha, Białystok 2001
- Frątczak E., Sobieszak A., Sytuacja demograficzno-społeczna osób starszych. (w:) Seniorzy w społeczeństwie polskim. Pod red. M. Kuciarskiej-Ciesielskiej, Warszawa 1999
- Frieske K. W., Kontrowersje wokół instytucji pomocy społecznej. „Polityka Społeczna” 1998, nr 7 (293)
- Frysztacki K., Problemy społeczne. (w:) Encyklopedia socjologii, tom 3, Warszawa 2000
- Frysztacki K., Społeczeństwo: koncepcje i aplikacje. (w:) O społeczeństwie śląskim na przełomie wieków. Pod red. K. Frysztackiego i T. Sołdry-Gwiżdż, Opole 2001
- Gambert S. R., Czy to choroba Alzheimera?. „Medycyna po Dyplomie” 1998, nr 2 (31)
- Gaucher J., Żaloba i etapy życia. (w:) Przygotowanie do życia na emeryturze. Pod red. B. Juraś-Krawczyk, Łódź 1998
- Giovanelli F., Integracja społeczna w Europie. „Społeczeństwo” 1996, nr 2
- Głąbicka K., Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne, Warszawa 2001
- Golinowska S., Pomoc społeczna w koncepcjach współczesnego świata opiekuńczego. „Polityka Społeczna” 1998, nr 7 (293)
- Golinowska S., To idzie młodość, www.isp.org.pl z maja 2002 roku
- Gorlach K., Społeczne mechanizmy genezy i identyfikacji problemów społecznych. (w:) Labirynty współczesnego społeczeństwa. Kluczowe problemy społeczne w kształceniu pracowników socjalnych, Katowice 1998

- Grand A., Grosclaude P., i inni, Destability. Psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population. „J. Clin Epidemiol” 1990, No 43
- Grand J. Le, The strategy of equality. G. Allen Unwin, London 1993
- Halicka M., Halicki J., Społeczne implikacje edukacji osób starszych. „Polityka Społeczna” 1999, nr 9 (306)
- Halicka M., Historyczna zmienność traktowania starości. „Gerontologia Polska” 1995, nr 3/4
- Halicka M., Pędich W., Satysfakcja życiowa ludzi starych. (w:) Polska starość. Pod red. B. Synaka, Gdańsk 2002
- Halicki J., Dalsze kształcenie uniwersyteckie, czy uniwersytety trzeciego wieku? „Gerontologia Polska” 1995, nr 1/2
- Halicki J., Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze, Białystok 2000
- Hammond N. G., Dzieje Grecji, tłum. A. Świderkówna, Warszawa 1977
- Handbook of social gerontology. Societal aspects of aging. C. Tibbitss (ed.), University of Chicago 1960
- Hantrias L., Social Policy in the European Union, London 1995
- House J. S., Lepkowski J. M., i inni, Ageing and health. „J. Health and Social Behavior” 1994, No 35
- Jak żyją Polacy. Pod red. H. Domańskiego, A. Ostrowskiej, A. Rycharda, Warszawa 2000
- Jasiński F., Walka z bezrobociem – nowy cel dla Unii. „Unia Europejska” 2000, nr 3 (03)
- Jiss K., Western Prescriptions for Eastern Transition, Budapest 1993
- Kaplan G., Barell V., i inni, Subjective State of Health and Survival in Elderly Adults. „Sociale Sciences” 1998, No 43
- Kaplan G. A., Seeman T. E., i inni, Mortality among the Elderly in the Alameda County Study. „Behavioral and Demographic Risk Factors” 1987, No 3
- Kaplan G. A., Wilson T. W., i inni, Social Functioning and Overall Mortality. „Epidemiology” 1994, No 5
- Kierzkowski H., Alsopp Ch., Gospodarki Europy Środkowej i Wschodniej w procesie przemian: ocena sytuacji. (w:) Polscy ekonomiści w świecie. Pod red. T. Kowalika i J. Hausnera, Warszawa 2000
- Klonowicz S., Starzenie się ludności. (w:) Encyklopedia Seniora, Warszawa 1986
- Klose A., Katolicka nauka społeczna, Tarnów 1995
- Kołodko G. W., Tygrys z ludzką twarzą, Toruń 2002
- Konarska I., Święty Marek od bezdomnych. „Przegląd” 2002, nr 35 (141)
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku. „Dziennik Ustaw” Nr 78, poz. 483

- Kostrubiec S., Warunki bytu gospodarstw domowych. (w:) *Polityka społeczna*. Pod red. A. Kurzynowskiego, Warszawa 2002
- Kowalak T., *Marginalność i marginalizacja społeczna*, Warszawa 1998
- Kowalak T., *Polityka społeczna. Wybrane zagadnienia*, Białystok 2000
- Kowaleski J. T., *Ludność w starszym wieku w rolniczych gospodarstwach domowych*. (w:) *Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania*. Pod red. J. T. Kowaleskiego i P. Szukalskiego, Łódź 2002
- Krawczuk A., *Starożytność bliska i daleka*, Warszawa 1987
- Księżopolski M., *Modele polityki społecznej*, Warszawa 1999
- Kurowski P., *Minimum socjalne. „Polityka Społeczna”* 2002, nr 7 (340)
- Kurzynowski A., *Polityka społeczna wobec wyzwań rozwoju*. (w:) *Praca i polityka społeczna w perspektywie XXI wieku*, Warszawa 2000
- Laertios D., *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, tłum. I. Krońska, K. Leśniak, W. Olszewski, B. Kupis, tom 1, Warszawa 1982
- Lata tłuste, lata chude. Spojrzenia na biedę w społecznościach lokalnych*. Pod red. K. Korzeniewskiej, E. Tarkowskiej, Warszawa 2002
- Liebfeld A., *Churchill*, Warszawa 1971
- List Ojca Świętego Jana Pawła II do osób w podeszłym wieku*, Tarnów 1999
- Luszniewicz A., *Statystyka społeczna*, Warszawa 1982
- Łaniewski J., *Być na rencie. „Przegląd”* 2002, nr 11 (117)
- Łobożewicz T., *Samopoczucie psychospołeczne ludzi starszych a ich aktywność ruchowa. „Gerontologia Polska”* 1995, tom 3, nr 1/2
- Maddison A., *Monitoring the World Economy 1820–1992*, OECD Development Centre 1994
- Marginalność i procesy marginalizacji*. Pod red. K. W. Frieske, Warszawa 1999
- Merton T. O., *Seeds of Contemplation. Non Man Is An Island*, Chicago 1955
- Mielecki J., *Polityka społeczna*. (w:) L. Dziewięcka-Bokun, J. Mielecki, *Wybrane problemy polityki społecznej*, Wrocław 1998
- Mieszkania ludzi starych w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*. Pod red. H. Zaniewskiej, Warszawa 2001
- Mieszkańcy osiedli byłych Pegeerów o swojej sytuacji życiowej. Raport z badań*. Pod red. Z. Kawczyńskiej-Butrym, Olsztyn 2001
- Milczarek K., *Przystosowani? O kondycji materialnej i psychospołecznej Polaków*. (w:) *O stylach życia Polaków*. Pod red. M. Fałkowskiej, Warszawa 1997
- Miles S., *Social theory in the Real World*, London 2001
- Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*, tłum. K. Marczevska, Warszawa 1995
- Misztal B., *Teoria socjologiczna, a praktyka społeczna*, Kraków 2000

- Morawski W., Zmiana instytucjonalna. Społeczeństwo. Gospodarka. Polityka, Warszawa 1998
- Nerka A., Waloryzacja świadczeń emerytalnych – mechanizm, cel i funkcje. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2002, nr 4
- Nieciński W., recenzja pracy: Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian. Pod red. H. Zaniewskiej, Warszawa 2001. „Sprawy Mieszkaniowe” 2002, zeszyt 3
- Nieciński W., Restytucja kapitalizmu w Polsce w oczach polityka społeczne-go. „Problemy polityki społecznej. Studia i Dyskusje”, Warszawa 2000, nr 2
- Nove A., The Economics of Feasible Socialism Revisited, London 1991
- Olczyk E., Kosztowna starość, „Rzeczpospolita” 2002, nr 161
- Olechnicki K., Załęcki P., Słownik Socjologiczny, Toruń 1998
- Olejarz T., Zasilki i świadczenia przedemerytalne według aktualnego stanu prawnego. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2001, nr 4
- Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 1995 roku, K. 23/95, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego 1995 roku, cz. II
- Pankowski K., O sensie życia, wartościach życiowych, cnotach i występkach. (w:) O stylach życia Polaków. Pod red. M. Falkowskiej, Warszawa 1997
- Parsons T., Struktura społeczna a osobowość, Warszawa 1980
- Pawłowska R., Jundziłł I., Pedagogika człowieka samotnego, Gdańsk 2000
- Paździor B., Europejska Karta Społeczna. „Polityka Społeczna” 1996, nr 9 (272)
- Pędich W., Ludzie starzy, Warszawa 1996
- Pędich W., Uwagi dotyczące specyfiki populacji ludzi starszych. „Gerontologia Polska” 1998, nr 2
- Piątkowski R., Choroba Alzheimera. „Medicover” 2000; www.medicover.pl/disease/alzheimer
- Piotrowski J., Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie, Warszawa 1973
- Platon, Państwo, tłum. W. Witwicki, tom 1, Warszawa 1958
- Polityka społeczna w latach 1994–1996. Pod red. S. Golinowskiej, Warszawa 1996
- Polityka społeczna. Pod red. Adama Kurzynowskiego, wyd. II, Warszawa 2002
- Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów. Pod red. L. Frąckiewicz, Katowice 2002
- Polscy ekonomiści w świecie. Pod red. T. Kowalika i J. Hausnera, Warszawa–Kraków 2000
- Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje. Pod red. L. Frąckiewicz, Katowice 2002

- Polska starość. Pod red. B. Synaka, Gdańsk 2002
- Poznański K., The revolutionary transition to capitalism, Boulder – Oxford 1995
- Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a Europejskie Deklaracje Praw Człowieka. Ekspertyza PTG. „Geronotologia Polska” 1996, nr 2
- Proces starzenia się ludzności. Potrzeby i wyzwania. Pod red. J. T. Kowaleskiego i P. Szukalskiego, Łódź 2002
- Przygotowanie do starości. Pod red. M. Dziegielewskiej, Łódź 1997
- Przygotowanie do życia na emeryturze. Pod red. B. Juraś-Krawczyk, Łódź 1998
- Radzewicz-Winnicki A., Emeryci i renciści wobec sytuacji społecznego ubóstwa, Katowice 1997
- Radzewicz-Winnicki A., Modernizacja niedostrzegalnych obszarów rodzimej edukacji, Katowice 1995
- Rajkiewicz A., Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej, Katowice 1998
- Raport UNDP o rozwoju społecznym – Polska 1999. Ku godnej, aktywnej starości, Warszawa 1999
- Rączaszek A. (Red.), II i III Filar Ubezpieczeń Emerytalnych. Demograficzne i społeczne uwarunkowania ubezpieczeń. Katowice 1999
- Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002
- Rembowski J., Psychologiczne problemy starzenia się człowieka, Warszawa – Poznań 1984
- Richardson B.E., Old Age among the Ancient Greeks, Baltimore 1933
- Riesman D., Samotny tłum. Tłum. J. Strzelecki, Warszawa 1971
- Rodin J., Ickovics J. R., Women’s health. „Am Psychologist” 1990, No 9
- Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie. Pod red. P. Kryczki, Lublin 1997
- Roman E., Zdrowie jako wartość socjalizowana. (w:) Socjalizacja a wartości. Aktualne konteksty. Pod red. T. Frąckiewicza i J. Modrzewskiego, Poznań 1995
- Rosser B. J., Rosser M. V., Comparative economics in a transforming world economies, Chicago 1996
- Rosset E., Ludzie starzy. Studium demograficzne, Warszawa 1967
- Rymsza M., Dekada polskiej polityki społecznej. Polityka społeczna w procesie przebudowy ustroju i systemu społeczno-gospodarczego. „Polityka Społeczna” 2000, nr 1 (310)
- Rymsza M., Urynkowanie państwa, czy upośledzenie gospodarki, Warszawa 1998
- Sarnacka-Mohoney E., Chłopcy na liftingu. „Polityka” 2002, nr 30 (2360), www.polityka.onet.pl

- Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku. Pod red. W. Pędicha, Białystok 2001
- Seniorzy w społeczeństwie polskim. Pod red. M. Kuciarskiej-Ciesielskiej, Warszawa 1999
- Socjalizacja a wartości. Aktualne konteksty. Pod red. T. Frąckowiaka i J. Modrzewskiego, Poznań 1995
- Starzenie się społeczeństw – problem międzynarodowy, problem polski. Materiały na konferencję MPiPS oraz Biura Koordynatora Systemu ONZ w Polsce, Warszawa, wrzesień 2002
- Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa. Pod red. J. Halika, Warszawa 2002
- Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle europejskich programów polityki społecznej wobec osób starszych. Raport Zespołu ds. Osób Starszych. Program PHARE Access-Macroproject, Warszawa 2002
- Style życia w starości. Pod red. O. Czerniawskiej, Łódź 1998
- Susułowska M., Psychologia starzenia się i starości, Warszawa 1989
- Synak B., Ludzie starzy. (w:) Encyklopedia socjologii, tom 2, Warszawa 1999
- Szatur-Jaworska B., Ludzie starzy i starość w polityce społecznej, Warszawa 2000
- Szatur-Jaworska B., Starość w Polsce, Warszawa 2002
- Szczepański J., Sprawy ludzkie, wyd. IV, Warszawa 1988
- Szczyt socjalnej i ekonomicznej odnowy. „Unia Europejska” 2000, nr 3 (03)
- Szukalski P., Proces starzenia się społeczeństw Europy: spojrzenie perspektywiczne. „Gerontologia Polska” 1998, nr 2
- Szukalski P., Wykorzystanie czasu przez osoby starsze w Polsce. „Gerontologia Polska” 1999, nr 7 (I)
- Szumlicz T., Modele polityki społecznej, Warszawa 1994
- Szwarc H., Szyszko-Wydra B., Ocena własnego życia a aktualna sytuacja psychospołeczna badanych osób starszych. „Gerontologia Polska” 1999, nr 7 (1)
- Świat współczesny – Miscellanea. „Polityka Społeczna” 2001, nr 11/12 (332/333)
- Świda-Ziemia H., Wartości egzystencjalne młodzieży lat dziewięćdziesiątych, wyd. II, Warszawa 1998
- Tarkowski Z., Zarządzanie i organizacja pomocy społecznej, Lublin 2000
- Toso M., W stronę społeczeństwa dobrobytu, Rzym 1995
- Trafialek E., Człowiek starszy w Polsce w latach 1994–1997, Katowice 1998
- Trafialek E., Starość w miasteczku Chmielnik, Kielce 2002
- Trafialek E., Środowisko społeczne i praca socjalna. Zarys problematyki, Katowice 2001
- Trafialek E., W poszukiwaniu źródeł starości, „Gerontologia Polska” 1996, tom 4, nr 1

- Trafiałek E., Wartości w dialogu pokoleń. „Kultura i Edukacja” 1999, nr 4
- Tryfan B., Starość w rodzinie wiejskiej, Warszawa 1991
- Trzeci wiek bez starości. Pod red. A. Jopkiewicza i E. Trafiałek, Kielce 2000
- Tymowski A., Myśli o szczęściu. Zawsze w porządek rzeczy wpisany jest także koniec. „Tygodnik” 1995, nr 16/47
- Tyszka Z., Socjologia rodziny, Warszawa 1974
- Tyszka Z., Stan i przeobrażenia współczesnych rodzin, Poznań 1991
- Urbaniak B., Praca zawodowa po przejściu na emeryturę. Społeczno-ekonomiczne przesłanki powrotu emerytów do aktywnego życia zawodowego, Łódź 1998
- Ustawa o pomocy społecznej z 16 sierpnia 1923 roku. „Dziennik Ustaw” 1923, Nr 92, poz. 726
- Ustawa o pomocy społecznej z 29 listopada 1990 roku. Tekst jednolity ze zmianami. „Dziennik Ustaw” 2001, Nr 72, poz. 748
- Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 października 1998 roku. „Dziennik Ustaw” Nr 137, poz. 887 ze zmianami
- Ustawa o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu z 14 grudnia 1994 roku ze zmianami. Tekst jednolity. „Dziennik Ustaw” Nr 6, poz. 56
- Uwład starczy Europy. „Unia Europejska” 2000, nr 3 (03)
- Vaszcicka M., Populizm w Europie Środkowej. Sztandary buntu i nienawiści, www.ivo.sk
- Weber T., Whitting G. i inni, Employment policies and practies older workers. „Labour Market Trends” 1997, No 4
- Wilczyński W., Ekonomia i polityka gospodarcza okresu transformacji. Wybór prac z lat 1991–1995, Poznań 1996
- Wilczyński W., Plaga równości. „Polityka” 1998, nr 21 (2142)
- Wilensky H., The Welfare State and Equity, University of California, Berkeley 1975
- Włodarczyk W. C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Łódź 1996
- Wolfe M., Some Paradoxes of Social Exclusion, Genewa 1994
- Worach-Kardas H., Przedwczesna umieralność w Polsce jako problem społeczny. „Polityka Społeczna” 1998, nr 1 (287)
- Worach-Kardas H., Wydłużanie się średniego trwania życia w Polsce – aspekty demograficzne i środowiskowe. „Gerontologia Polska” 1997, nr 4
- Woźniak Z., Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej, Poznań 1997
- Wódz K., Pomiędzy profesjonalizmem a aktywizmem. Wyzwania dla edukacji w dziedzinie pracy socjalnej w Polsce lat dziewięćdziesiątych. (w:)

- Praca socjalna, działalność pozarządowa i edukacja, nowe wyzwania i potrzeby. Pod red. K. Frysztackiego, Kraków 1999
- Wódcz K., Praca socjalna w środowisku zamieszkania, Warszawa 1996
- Zabieglińska B., Ubezpieczenia społeczne dla osób mających prawo do emerytury bądź renty. „Służba Pracownicza” 2001, nr 11 (345)
- Zaorska Z., Dodać życia do lat, wyd. II, Lublin 1999
- Zieliński J. G., Polskie reformy gospodarcze, Londyn 1995
- Zieliński Z., Papiestwo i papieże dwóch ostatnich wieków, Warszawa 1983
- Zonneveld R. J., Lebenslange Beeinflussung auf den Gesundheitszustand Belagter, Berlin 1985
- Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce. Pod red. E. Tarkowskiej, Warszawa 2000

OPRACOWANIA, ANALIZY STATYSTYCZNE

- Aktywność charytatywna Polaków. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 31/97
- Aktywność ekonomiczna ludności Polski. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998
- Aspiracje materialne polskich rodzin. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 4/98
- Aspiracje Polaków, czyli na co przeznaczylibyśmy wysoką wygraną. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 38/96
- Budżet czasu ludności w 1996 roku. Departament Warunków Życia GUS, Warszawa 1997
- Budżet czasu ludności. Analizy i opracowania GUS, Warszawa 1998
- Budżety gospodarstw domowych w 1997 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998
- Cztery reformy w opinii społecznej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 94/00
- Czy Polacy są zadowoleni z życia? Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 42/98
- Emeryci i renciści – sytuacja życiowa i poglądy. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1995, nr 174/149/95
- Emerytury i renty w społecznej świadomości. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 82/81/96
- Falkowska M., Cztery reformy w opinii społecznej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2001, nr 14/01
- Falkowska M., Zasięg biedy i postrzeganie ludzi biednych w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 136/00
- Funkcjonowanie demokracji w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 14/97
- Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1997 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998
- Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1998 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1999

- Gospodarstwa domowe – wybrane elementy warunków życia ludności w 1999 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1999
- Gotowość uczestnictwa w II i III filarze ubezpieczeń społecznych – oczekiwania pod adresem kapitałowych funduszy emerytalnych. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 121/98
- Informacja GUS o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju w roku 1997, Warszawa 1998
- Instytucje społeczne w opinii społecznej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 6/02
- Jacy jesteśmy? Zaufanie Polaków do ludzi i instytucji publicznych oraz gotowość współpracy. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 40/02
- Kondycja polskiego społeczeństwa obywatelskiego. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 35/02
- Konflikty w polskim społeczeństwie – aktualność dawnych podziałów. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 155/153/96
- Korzystanie z usług medycznych w Polsce na przełomie lat 1995/1996. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997
- Kultura w 1998 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1999
- Kultura w latach 1994–1996. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997
- Leczenie się po wprowadzeniu reformy – opinie o jakości świadczeń. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 22/00
- Ludność według płci i wieku w grudniu 1999 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2000
- Ludność według płci i wieku w grudniu 2001 roku. Materiały źródłowe GUS, Warszawa 2002
- Mały Rocznik Statystyczny Polski, Warszawa 2000
- Mały Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999
- Miesięczne informacje GUS o bezrobociu: w maju 2000 roku; w marcu i w kwietniu 2002 roku, www.stat.gov.pl
- Młodzież o sobie. Wartości, obyczajowość, grupy odniesienia. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 173/171/96
- Nadzieje i obawy Polaków. Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 1999–2002, nr 41/99, 37/00, 17/01, 21/02
- Nastroje społeczne. Komunikaty z badań CBOS, Warszawa 1994–2002, nr 218/191/94, 32/97, 168/97, 46/98, 177/98, 143/99, 192/99, 124/00, 179/00, 173/01, 88/02
- Ocena polskich reform w latach 1989–1996. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 170/168/96
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1998 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1999

- Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 19/00
- Opinie o reformach w rok po ich wprowadzeniu. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 7/00
- Opinie o skutkach integracji Polski z Unią Europejską i przebiegu negocjacji akcesyjnych. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 105/00
- Opinie o sytuacji gospodarczej i materialnych warunkach życia w niektórych krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 44/02
- Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 1995 roku, K. 23/95, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego 1995 roku, cz. II
- Oszczędzanie na zdrowiu. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 27/00
- Poczucie zagrożenia przestępczością w kraju i w miejscu zamieszkania. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 67/96
- Poczucie zagrożenia przestępczością w społeczeństwie polskim. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 46/41/94
- Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski, Warszawa 1999
- Portret Polaka fraszobliwego – opinie o sensie życia, wartościach życiowych i marzeniach. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 58/97
- Postrzeganie bogactwa i ludzi bogatych. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 30/97
- Problemy kraju i niepokoje Polaków. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1995, nr 34/28/95
- Problemy ważne dla nas i dla kraju. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 24/20/94
- Prognoza ludności do 2030 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2002
- Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999–2030. Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 2000
- Prognozy na rok 1995. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 226/200/94
- Przeciętne miesięczne wydatki w gospodarstwach na 1 osobę w 2000 roku, www.stat.gov.pl z 2001 roku
- Rocznik Demograficzny, Warszawa 1997
- Rocznik Demograficzny, Warszawa 2001
- Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, Warszawa 1998
- Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001
- Rocznik Statystyczny, Warszawa 1995
- Rocznik Statystyczny, Warszawa 1996
- Rocznik Statystyczny, Warszawa 1997
- Rocznik Statystyczny, Warszawa 1998
- Rocznik Statystyczny, Warszawa 1999

- Rocznik Statystyczny, Warszawa 2000
- Rodzina – wartość uznawana, czy realizowana? Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 197/175/94
- Rogulska B., Poparcie dla integracji z UE. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 86/02
- Sfery pozazawodowej aktywności Polaków. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1994, nr 140/125/94
- Społeczna definicja biedy, jej zasięg i przyczyny. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1997, nr 33/97
- Społeczne poparcie dla demokracji i przemian ustrojowych w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2001, nr 169/01
- Społeczny odbiór integracji z Unią Europejską. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1999, nr 109/99
- Społeczny odbiór zmian zachodzących w Polsce od roku 1989. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1996, nr 56/96
- Sposoby poprawy własnej sytuacji materialnej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 106/98
- Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997
- Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997
- Stopa bezrobocia rejestrowanego w latach 1990–2002. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2002
- Sytuacja demograficzna Polski w latach 2000–2001. Raport Rządowej Rady Ludnościowej, Warszawa 2002, www.polityka.home.pl
- Sytuacja demograficzna Polski. Raport Rządowej Rady Ludnościowej 1998–1999, Warszawa 1999
- Sytuacja gospodarstw domowych w 2001 roku w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych. Serwis informacyjny GUS, Warszawa 2002
- Tendencje zmian struktur ludności, gospodarstw domowych i rodzin w latach 1988–95. Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 1998
- Trudności finansowe gospodarstw domowych. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1999, nr 57/99
- Trwanie życia w 1997 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998
- Trwanie życia w 1999 roku. Informacje i opracowania statystyczne GUS, Warszawa 2000
- Trwanie życia. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 2002
- Turystyka i wypoczynek (w okresie od 1.X.1997–30.IX.1998). Departament Warunków Życia GUS, Warszawa 1998

- Turystyka i wypoczynek (w okresie od 1.X.1998–30.IX.1999). Studia i analizy GUS, Warszawa 1999
- Turystyka w 1996 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1997
- Turystyka w 1997 roku. Informacje i opracowania GUS, Warszawa 1998
- Warunki życia ludności w 1999 roku. Studia i analizy GUS, Warszawa 2000
- Warunki życia ludności w 2001 roku. Studia i analizy GUS, Warszawa 2002
- Wciórka B., Ludzie biedni w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, nr 136/00
- Wciórka B., Społeczne poparcie dla demokracji i przemian ustrojowych w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2001, nr 169/01
- Wenzel M., Akceptacja demokracji i zasięg postaw antydemokratycznych w Polsce. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 63/02
- Wenzel M., Komputery, Internet, telefony komórkowe, wyposażenie gospodarstw domowych i użytkownicy w niektórych krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, nr 83/02
- Wskaźniki ubóstwa (w świetle badań budżetów gospodarstw domowych w 1996 roku). Departament Warunków Życia GUS, Warszawa 1997
- Wstępna informacja o gospodarce w 2000 roku. Serwis informacyjny GUS, www.stat.gov.pl
- Wyposażenie gospodarstw domowych w dobra trwałego użytkowania w 1995 roku, Warszawa 1995
- Zajenkowska-Kozłowska A., Zdrowie w rodzinie i wydatki na ochronę zdrowia w 1994 roku. Raport z badania przeprowadzonego w IV kwartale 1994 roku. Departament Środowiska i Usług Społecznych GUS, Warszawa 1996
- Zasięg ubóstwa w Polsce w latach 1993–2001. Serwis GUS, Warszawa 2002, www.stat.gov.pl
- Zasoby dóbr trwałego użytku w społeczeństwie polskim. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 37/98
- Zbiorowa aktywność Polaków. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 1998, nr 44/98

ADRESY – STRONY INTERNETOWE

<http://www.alzheimer.pl/publication>
<http://www.brpo.gov.pl/>
<http://www.case.com.pl/>
<http://www.cbos.pl/>
<http://www.cie.gov.pl/>
<http://www.isp.org.pl>
<http://www.ivo.sk>
<http://www.klon.org.pl/>
<http://www.klon.org.pl/forum>
<http://www.kolodko.tiger.edu.pl/>
<http://www.medicovar.pl/disease/alzheimer>
<http://www.mpips.gov.pl>
<http://www.nil.org.pl/>
<http://www.polityka.home.pl/>
<http://www.ptps.ops.pl/>
<http://www.resmedica.pl/alzheimer>
<http://www.rzeczpospolita.pl/>
<http://www.stat.gov.pl/>
<http://www.stat.gov.pl/serwis/nieregularne/gosp/>
<http://www.ukie.gov.pl>
<http://www.unic.un.org.pl/ageing/info-pthp>
<http://www.worldbank.org/>
<http://www.wibngr.edu.pl/>

SUMMARY

Poland, like Europe, is ageing in demographic terms. People live longer and longer, but the quality of their life after crossing the threshold of pension age is considerably different from international standards. In 2002, persons at the age of 60 years and more made up 16.8 %, and at the age of 65 years and more 12.2 % of the total number of Polish society. Against the background of the European Union Poland is not yet a very old country in demographic terms, but according to prognoses, at least until 2050, the number of old people will still increase. A particularly high rate of increase of this population is expected in the category of people who live up to old age in poor rural communities, i.e. those which require special medical care and support of social services. Their living conditions and their social status determine the level of development and culture of the whole society which aspires not only to the structures of the European Union but also to the unification of lifestyles predominant among its members.

The aim of the analyses presented in the study is to provide a diagnosis of the living conditions, psychophysical conditions and the social status of old people, whose needs were ignored, according to the assumed thesis, in the period of the system transformation in Poland. By referring to the results of latest statistical analyses, nationwide gerontological investigations from the years 1999–2002 as well as the research done by social sciences (related to such issues as: the social results of Polish transformations, sources of marginalization of old people, forms of compensation of their needs), the present study aims to find answer to the question: what are the effects of the transformation on old people, and what are the potential possibilities of filling the diagnosed areas of shortage with satisfying content and actions. Thus, an attempt is made to bring to social sciences observations essential for the formulation of the guideli-

nes for the development of social policy with regard to elderly, and possibly helpful for future comparative research.

On the basis of analysis of collected materials, main problems are identified as well as a set of postulates and recommendations concerning the limitation of the marginalization of old people in Poland are developed and directed to the creators of public life. Attention is concentrated on varied (individual, local, institutional, social) determinants of the quality of life of the representatives of the third generation at present and in prognosed future. Attempts are made to emphasize that indifference to the ongoing exclusion of the oldest members of society, so characteristic of the new reality, on the one hand testifies about the breakdown of the basic axiological system in which man is an autothelic value, and on the other, allows to accept a thesis that the present economic and social degradation of the oldest generation may generate in future its subsequent dimensions – ethical and moral. This threat, being in essence a huge challenge, which the present age has made with regard to social policy, because the renunciation of actions restricting the growth and deepening of the problem must lead in consequence to the consolidation of the negative stereotype of old age; the stereotype of identity of the decline of life with pauperization and functioning on the margin of social life.

The present day has created a task for both the state and the whole society. Its success will determine in future the rank of our Union state in international community. It is known that even the most functional social policy cannot replace individual responsibility for one's own old age, but it can be an essential stimulus for the formation of a civil state, a state of social security, a state friendly for everybody – built in the international model of a „*society for all ages*”.

