

## Ludzie bardzo starzy w Polsce w perspektywie najbliższych dekad

### 1. Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności uznawany jest za jeden z newralgicznych procesów XXI wieku. Choć prognozy demograficzne wskazują, że – w warunkach utrzymywania się dzietności na poziomie nie zapewniającym prostej zastępowalności – oczekiwać należy szybkiego wzrostu liczby i udziału seniorów, zdawać sobie należy sprawę, iż proces starzenia postrzegany być musi w kategoriach wyzwania, nie zaś zagrożenia (jak to często czynią zwolennicy „demografii apokaliptycznej” [Szukalski, 2006c]). Wyzwania, albowiem większość potencjalnych problemów, jakie wzrost udziału osób starszych niesie niewątpliwie ze sobą, jest do rozwiązania, o ile mamy czas na owe problemy się przygotować.

Najbardziej chyba uderzającą cechą procesu starzenia się ludności jest jego dualny charakter, oznaczający, iż w ramach zbiorowości osób starszych występuje przyrost znaczenia osób bardzo starych<sup>1</sup>. W niniejszym tekście chciałbym bliżej spojrzeć na podstawowe cechy tej zbiorowości – definiowanej w niniejszym tekście jako skupiającą osoby w wieku 75 lat i więcej – w Polsce w ujęciu perspektywicznym, z wykorzystaniem dostępnych prac prognostycznych, próbując odpowiedzieć na pytanie badawcze, czy nieunikniony wzrost liczby osób bardzo starych implikować za sobą będzie proporcjonalny wzrost problemów społecznych związanych z zaspokajaniem potrzeb tejże zbiorowości.

Bliższe spojrzenie na przyszłość tej subpopulacji osób starszych jest o tyle usprawiedliwione, iż o ile generalnie problemy związane ze starzeniem się ludności są już dość dobrze rozpoznane, o tyle specyficzne potrzeby osób najstarszych – zwłaszcza tych ekstremalnie starych – z uwagi choćby na relatywną rzadkość występowania w przeszłości takich jednostek są słabo rozpoznane. Tym samym słabość diagnozy przekłada się na słabość naszego przygotowania na rozwiązywanie potencjalnych problemów związanych z szybkim rozrostem liczebności tej zbiorowości.

---

<sup>1</sup> Wręcz spotkać można w literaturze przedmiotu stwierdzenia o potrójnym charakterze – w ramach zbiorowości osób starszych (65 lat i więcej) szybciej bowiem od „młodych starych” (65-74 lat) wzrasta liczebność „starych starych” (75-84 lat), najszybciej zaś przyrastają zastępy „najstarszych starych” (85+).

## 2. Liczba osób bardzo starych w Polsce w przyszłości

Punktem wyjścia naszej analizy będzie przedstawienie zmian liczby polskich nestorów w nadchodzących dekadach. Osoby zainteresowane prezentacją ewolucji liczebności tej zbiorowości i jej podstawowymi charakterystykami zachęcam do zapoznania się z inną pracą [Szukalski, 2006]. Bazować będziemy na prognozie opracowanej kilka lat temu GUS [2003]. Choć bowiem trwają obecnie (luty 2008) przygotowania do opracowania nowej wersji prognozy demograficznej, wciąż skazani jesteśmy na odwoływanie się do tej z 2003 r. (tab. 1). Pamiętać należy jednakże, że – w przeciwieństwie do ludzi młodych i zwłaszcza bardzo młodych, których liczba uzależniona będzie od przyszłego poziomu dzietności i migracji, a zatem zjawisk bardzo labilnych – wszystkie z osób bardzo starych w perspektywie dwóch najbliższych dekad to osoby starsze bądź jednostki znajdujące się na przedpolu starości, a zatem mało mobilne. Tym samym – ponieważ ich liczba zależeć będzie jedynie od najłatwiejszego do przewidzenia w projekcjach ludnościowych czynnika, tj. umieralności – prezentowane liczby bezwzględne uznać należy za wiarygodne.

Tabela 1. Liczba i wskaźnik feminizacji populacji osób bardzo starych w Polsce w latach 2002-2030

Rok	Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Wskaźnik feminizacji*
2002	75 lat i więcej	1 879 511	602 283	1 277 228	212
	85 lat i więcej	329 525	86 211	243 314	282
2010	75 lat i więcej	2 433 412	806 100	1 627 312	202
	85 lat i więcej	508 304	127 997	380 307	297
2020	75 lat i więcej	2 568 660	862 662	1 705 998	198
	85 lat i więcej	724 443	186 369	538 074	289
2030	75 lat i więcej	4 046 156	1 504 289	2 541 867	169
	85 lat i więcej	779 631	205 819	573 812	279

\* liczba kobiet w przeliczeniu na 100 mężczyzn w danym wieku

Źródło: obliczenia własne na podstawie [GUS, 2003]

W nadchodzących dekadach czeka nas nieunikniony wzrost liczby najstarszych Polaków, wzrost wynikający po części z trendu sekularnego

(podwyższanie się prawdopodobieństwa dożycia przez noworodka bardzo zaawansowanego wieku oraz redukcja umieralności wśród osób starych i bardzo starych [Szukalski, 2007]), po części z czynnika kohortowego (dochodzenie do bardzo zaawansowanego wieku przez duże liczebnie generacje powojennego wyżu demograficznego począwszy od roku 2021). W rezultacie w roku 2030 liczba osób mających przynajmniej 75 lat będzie ponad dwukrotnie wyższa od odpowiedniej liczebności z roku 2002, zaś w przypadku „najstarszych starych” mnożnik przyjmie wartości jeszcze wyższą – indeks ten wskazywać będzie na dwuipółkrotność.

W rezultacie zwiększać się będzie również i udział nestorów w ludności ogółem z 4,9% w 2002 do 6,4% w 2010, 6,8% w 2020 i 11,3% w 2030, przy czym frakcja ta w całym tym okresie będzie zdecydowanie wyższa w zbiorowości kobiet (np. w 2010 – 8,3%, zaś w 2030 – 13,8%) niż mężczyzn (odpowiednio 4,3% i 8,6%). Warto bowiem zaznaczyć, iż zbiorowość osób bardzo starych jest silnie sfeminizowana. Nadumieralność mężczyzn – widoczna na każdym etapie życia z wątpliwym skądinąd wyjątkiem dziewięćdziesięciokilkulatków (zob. szerzej [Szukalski, 2007a]) – prowadzi do wyraźnego wzrostu feminizacji jednorodnych grup wieku wraz z przechodzeniem do coraz starszych zbiorowości. W przyszłości spodziewane jest niewielkie złagodzenie tego problemu, aczkolwiek wśród „najstarszych starych” brak ma być zmian w rezultacie starzenia się i tej grupy wieku<sup>2</sup>.

Jednocześnie konsekwencją wspomnianego odmiennego tempa zmian „starych starych” i „najstarszych starych” będzie rekompozycja struktury populacji seniorów według wieku (tab. 2).

Tabela 2. Rozkład liczby osób bardzo starych według wieku w Polsce w latach 2002-2030 (jako promille ogółu populacji ludzi bardzo starych)

Wiek	Ogółem			
	2002	2010	2020	2030
75-79	543	465	397	492
80-84	281	325	320	314
85-89	115	158	188	118
90-94	50	39	75	56
95-99	8	9	16	15
100+	0	1	1	2

Źródło: Obliczenia własne na podstawie [GUS, 2003]

<sup>2</sup> W sytuacji zwiększania się udziału osób dziewięćdziesięcio-, stuletnich w ramach tych w wieku 85 i więcej lat, choć w każdej homogenicznej z punktu widzenia metryki podgrupie feminizacja będzie się zmniejszać, zmiana struktury grupy według wieku oddziaływać będzie w kierunku przeciwnym.

Generalnie zwiększać się będzie w ramach zbiorowości osób bardzo starych udział jednostek przynależących do najstarszych grup wieku, choć zdawać sobie należy sprawę, iż zmiany te pod wpływem czynnika kohortowego będą mieć nieregularny charakter, odzwierciedlając wszystkie nadzwyczajne wydarzenia, które modyfikowały liczbę urodzeń w trakcie pierwszych kilku dekad XX wieku w Polsce. A zatem gdy wiek 75 lat przekraczają w drugiej połowie lat dwudziestych obecnego wieku nieliczne roczniki urodzone w latach II wojny światowej, udział grupy wieku 75-79 szybko się obniża. W trzeciej dekadzie – wraz z zasilaniem tej grupy wieku przez bardzo liczne generacje powojennego wyżu demograficznego – liczebność tej podzbiorowości szybko rośnie, gdy tymczasem znaczenie osób starszych o lat dziesięć (czyli obejmujących pokolenia wojenne) znacząco maleje.

### 3. Najważniejsze przyszłe charakterystyki najstarszych Polaków

Kluczową zmianą o nieocenionych konsekwencjach, jaka się dokona w najbliższych dekadach, będzie radykalna zmiana struktury „starych starych” i „najstarszych starych” według poziomu wykształcenia. W miejsce 3-4% udziału osób z wykształceniem wyższym pojawi się w roku 2030 frakcja sięgająca zapewne 1/8 ogółu ludności<sup>3</sup>. Frakcja osób mających co najwyżej wykształcenie podstawowe, obecnie wynosząca 60% mężczyzn i 75% kobiet, zmniejszy się do ok. 20-22%. Zmiana struktury wykształcenia będzie zapewne najważniejszym pojedynczym czynnikiem oddziałującym na samodzielność osób sędziwych, a dokładniej czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo bycia nadal samodzielnym. Lepsze wykształcenie pozytywnie skorelowane jest ze stanem zdrowia z jednej strony poprzez czynniki „twarde” – wyższy status materialny, lepsze warunki pracy, niższa konsumpcja antystresorów (alkohol, nikotyna, narkotyki) – z drugiej zaś poprzez determinanty „miękkie” (styl życia, know-how odnośnie do prozdrowotnych zachowań, podejście do życia i starości)<sup>4</sup>. Jednocześnie osoby lepiej wykształcone są i będą w przyszłości bardziej skłonne do korzystania z nowinek technologicznych pełniących rolę „protez cywilizacyjnych” wobec różnorodnych

<sup>3</sup> Za przedstawioną ewolucją poziomu wykształcenia przemawia porównanie poziomu wykształcenia dzisiejszych siedemdziesięcio-, osiemdziesięciolatków oraz obecnych pięćdziesięcioparolatków, tj. osób, które w perspektywie najbliższego ćwierćwiecza dołączą do interesującej nas zbiorowości (zob. szerzej [Szukalski, 2006]).

<sup>4</sup> Gerontologii społecznej znany jest związek pomiędzy dożywianiem do sędziwego wieku a postrzeganiem chorób i niepełnosprawności w kategoriach problemów zdrowotnych, a nie problemów związanych z wiekiem chronologicznym. W pierwszym przypadku bowiem jest to coś, z czym można walczyć, w drugim można się natomiast jedynie poddać „naturalnej” kolei rzeczy [Poon i wsp., 2005].

przypadłości fizycznych i psychicznych. Wspomniane „protezy cywilizacyjne” to wszystkie udogodnienia techniczne, które: 1) umożliwiają kompensację utraconych wskutek choroby, niepełnosprawności, naturalnego zużycia się zdolności do samodzielnego kontaktowania się; 2) ułatwiają codzienne życie również osobom sprawnym.

Jednostki lepiej wykształcone są równocześnie – jak wykazują badania empiryczne [Chappell, Penning, 2005] – bardziej przekonane o własnym wpływie na swój stan zdrowia, a tym samym w mniejszym stopniu niż ich słabo wyedukowani rówieśnicy skłonne do „przerzucania” odpowiedzialności za dbałość o swój stan zdrowia na medycznych profesjonalistów. Towarzyszy temu większa z ich strony gotowość do korzystania z nowoczesnych technologii komunikacyjnych pacjent-lekarz, co z kolei wpływa na obniżenia kosztów udzielania im fachowych porad.

Kolejną niezwykle ważną zmianą, jak się pojawi, to zdecydowanie bardziej zróżnicowany status matrymonialny i rodzinny przyszłych sędziwych starców w porównaniu z ich dzisiejszymi odpowiednikami. Zdecydowana większość obecnych polskich nestorów miała za sobą związek małżeński, który jeśli został rozerwany, to z powodu zgonu życiowego partnera. Z kolei rzut oka na dzisiejszych pięćdziesięciolatków wskazuje, iż wśród nich 6% mężczyzn i 8% kobiet doświadczyło rozwodu. Jednakże pamiętać należy, iż w ostatnim dziesięcioleciu wyraźnie w statystyce rozwodów zwiększa się znaczenie orzeczeń o rozwodzie wśród małżeństw o długim i bardzo długim stażu małżeńskim. Tym samym oczekiwać można, iż w przyszłości odpowiednie udziały osób rozwiedzionych w populacji sędziwych starców będą sięgać 8-10%. Rozrost tej frakcji jest o tyle istotny, iż przekładać się będzie automatycznie na wzrost liczby osób nie posiadających partnera chcącego podjąć się w razie potrzeby opieki, zaś w przypadku większości rozwiedzionych mężczyzn pociągać za sobą będzie brak możliwości odwołania się do wsparcia ze strony dzieci najczęściej obwiniających za rozpad związku swego ojca<sup>5</sup>.

Choć w skali mikro wzrost częstości występowania rozwodów posiadać będzie bez wątpienia niekorzystne rezultaty dla przyszłych polskich nestorów, sytuacja na poziomie makro zapewne nie pogorszy się dzięki postępującej redukcji umieralności, a tym samym odsuwaniu momentu nadejścia wdowieństwa. Jak wskazują prowadzone badania [Szukalski, 2006b], ostatnie lata są okresem wyraźnego przesuwania się na później wieku w momencie owdowienia w Polsce. Ponieważ wszystkie założenia odnośnie do ewolucji umieralności mówią o dalszym obniżaniu się intensywności zgonów w trakcie dorosłego życia – w tym również i

<sup>5</sup> Na marginesie – efekt ten jest wzmacniany przez pozostawianie w ponad 90% przypadków nieletnich dzieci pod codzienną opieką matki.

w okresie późnej dorosłości – oczekiwać należy wzrostu udziału osób w każdym wieku posiadających żyjącego małżonka<sup>6</sup>.

Wzrastające zróżnicowanie statusu rodzinnego wynikać będzie również z większego zróżnicowania przyszłych nestorów, jeśli idzie o liczbę posiadanego potomstwa. W trakcie XX wieku Polki obniżały – poza zdarzeniami nadzwyczajnymi, tj. powojenną kompensacją urodzeń – swą dzietność, rezultatem czego jest zarówno wyższy niż wśród obecnych „starych starych” i „najstarszych starych” odsetek osób bezdzietnych, jak i małodzietnych. Automatycznie przełoży się to na wzrost udziału jednostek nie mogących liczyć na opiekę ze strony dzieci. Wynikać to będzie nie tylko z czynnika czysto demograficznego, lecz również z wzrastającej w ostatnich latach mobilności młodych dorosłych (dzieci dzisiejszych czterdziestokilkulatków i pięćdziesięciolatków). Konsekwencją tych zmian będzie również przeciążenie rodzinnych opiekunów w wyniku rozłożenia większych obciążeń (większa liczba rodziców i dziadków dożywających do bardziej zaawansowanego wieku) na mniejszą liczbę potencjalnych wspierających dzieci i wnuków.

Powyżej przedstawiona ewolucja przyszłego statusu rodzinnego najstarszych Polaków jest o tyle ważna, iż wskazuje na inne – poza sekularnym trendem<sup>7</sup> – czynniki przyczyniające się do większego zapotrzebowania na instytucjonalne formy opieki nad osobami sędziwymi. Pamiętajmy bowiem, iż zarówno posiadanie żyjącego małżonka, liczba posiadanego potomstwa, jak i subiektywna ocena jakości kontaktów z członkami rodziny są w polskich realiach czynnikami silnie warunkującymi skłonność osób starszych do rozważania możliwości przeniesienia się do domu pomocy społecznej [Szukałski, 2006a]. Obecnie w Polsce w zbiorowości 75+ jedynie 2% zamieszkuje w domach pomocy społecznej. Stanowi to zdecydowanie mniej niż w krajach Europy Zachodniej czy

<sup>6</sup> Ten pozytywny trend jednakże różnie może być interpretowany: pozytywnie (możliwość dłuższej koegzystencji z partnerem życiowym) lub negatywnie (odraczanie momentu zgonu męża/żony na etap życia charakteryzujący się obniżoną odpornością na sytuacje kryzysowe). Możliwa jest bowiem zarówno ocena, bazująca na założeniu, że odraczenie momentu owdowienia oznacza przesuwanie tego bolesnego zdarzenia na ten okres życia, gdy strata najbliższej osoby jest jeszcze bardziej dotkliwa, jak i stwierdzenie, iż pary małżeńskie, które dłużej mają okazję żyć ze sobą, z reguły odznaczają się wyższą jakością związku, zaś zgon partnera w starszym wieku jest z reguły przewidywalny (poprzedza go z reguły opieka nad chorym i cierpiącym współmałżonkiem), a niekiedy wręcz traktowany jako zdarzenie kładące kres jego cierpieniom.

<sup>7</sup> Mówiąc o trendzie sekularnym, mam na myśli zauważalne w krajach wysoko rozwiniętych odejście od postrzegania opieki nad zniedołężniałymi osobami jako zadania jedynie rodziny. Prowadzone w USA badania [Hareven, Adams, 1996] jednoznacznie wskazują, iż im później urodzeni badani, tym w większym stopniu uznają oni opiekę na stare lata za sprawę instytucji publicznych, które mogą wspierać rodzinę, lecz nie mogą narzucać jej wyłączności w opiece.

w USA (w tym ostatnim przypadku w instytucjach opiekuńczych zamieszkuje 17% jednostek w wieku 85-89, 32% mających 90-94, 42% – 95-99 lat i 48% stulatków [Poon i wsp., 2005: 348]). Należy zatem oczekiwać wzrostu zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną (wzrost ten wzmocniony będzie następującymi zmianami struktury według wieku sędziwych starców – przyrostem „najstarszych starych” oraz osób długowiecznych – 90+), zaś świadomość związków pomiędzy zachowaniami matrymonialnymi i prokreacyjnymi przeszłości a zapotrzebowaniem na opiekę instytucjonalną w przyszłości tym bardziej zachęcać powinna do przemyśleń odnośnie do wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

W dalszej części niniejszego opracowania chciałbym przyjrzeć się niektórym konsekwencjom szybkiego przyrostu populacji osób bardzo starych, wyraźnie rozdzielając te spośród nich, które mogą niepokoić, i te napawające optymizmem.

Zanim je zaprezentuję, chciałbym w osobnym punkcie przedstawić uwagi dotyczące najważniejszej kwestii – ewolucji stanu zdrowia. Przedstawienie tego zagadnienia w osobnym punkcie wynika przede wszystkim z niejednoznacznej oceny prawdopodobnych tendencji.

#### **4. Ewolucja stanu zdrowia najstarszych Polaków**

Teoretyczna dyskusja odnośnie do przyszłej ewolucji stanu zdrowia osób starszych skupiona jest wokół trzech koncepcji [Robine, 1997: 13]:

1. koncepcji równowagi dynamicznej, zakładającej status quo, tzn. że stan zdrowia omawianej grupy nie będzie ulegać znacznym zmianom, zaś trwanie życia w chorobie i niepełnosprawności nie będzie wzrastało (absolutnie lub relatywnie), mimo wydłużania się trwania życia;
2. koncepcji kompresji opierającej się na przekonaniu, że postęp naukowy umożliwi w najbliższych dekadach stopniową poprawę stanu zdrowia seniorów;
3. koncepcji pandemii chorób chronicznych, umysłowych i niepełnosprawności głoszącej, że w dającej się przewidzieć przyszłości nastąpi pogorszenie stanu zdrowia interesującej nas populacji, wynikające po części z kłopotów finansowych publicznych systemów ubezpieczeń zdrowotnych.

Choć co oczywiste, chciałoby się, aby spełniały się dwa pierwsze scenariusze zmian stanu zdrowia populacji nestorów, w polskich warunkach – jak wskazują dane trzech ostatnich spisów, gromadzących dane o niepełnosprawności – mamy do czynienia z wyraźnie pogarszającymi się samoocenami zdolności do samodzielnego życia (tab. 3).

Tabela 3. Niepełnosprawność nestorów w Polsce w latach 1978–2002 (liczba osób deklarujących niepełnosprawność prawną i/lub biologiczną w przeliczeniu na 1000 osób w danym wieku)

Wiek	Narodowy Spis Powszechny z roku		
	1978	1988	2002
Mężczyźni			
75–79	310	376	458
80+	360	409	472
Kobiety			
75–79	274	362	463
80+	327	416	495

Źródło [GUS, 1991: 37; GUS, 2003a: 146–147]

Pozostaje otwartym pytanie o przyczyny wzrostu deklaracji niesamodzielności wśród najstarszych Polaków – czy jest to wynik zaniku selekcji naturalnej, efektu generacji, czy może zmiany o charakterze mentalnym.

1) Zanik selekcji naturalnej – w trakcie ostatnich stu lat obniżyła się intensywność zgonów w każdym wieku. W największym stopniu zmiany były widoczne w przypadku umieralności w pierwszym roku życia (zgodnie z polskimi tablicami trwania życia z różnych lat wielkość ta kształtowała się na poziomie 160 w latach 1931–1932, w 1950, w 1970, w 1990 i 6 w 2006 roku). Tym samym nastąpił zanik selekcji naturalnej sprawiającej, iż do dzieciństwa, a tym bardziej dorosłości, dożywały tylko jednostki najsilniejsze, odznaczające się niskim prawdopodobieństwem wystąpienia chorób chronicznych. Poza tym na każdym etapie życia miało miejsce wzmiankowane ograniczanie umieralności, przejawiające się przede wszystkim obniżaniem się częstości zgonów nie wśród ludzi zdrowych, ale tych osłabionych innymi długookresowymi przypadłościami zdrowotnymi. Efekt zaniku selekcji naturalnej wzmacniany jest w długim okresie przez proces reprodukcji. Słabszy garnitur genetyczny rozprzestrzenia się bowiem coraz szybciej (wcześniej jednostki te nie dożyłyby do wieku rozrodczego), zwiększając zastępy jednostek o wrodzonych predyspozycjach do pewnych chorób.

2) Efekt generacji – demografii znana jest prawidłowość mówiąca, iż mężczyźni, którzy w trakcie dojrzewania doświadczali niedożywienia, podobnie jak kobiety mające podobne doświadczenia w okresie ciąży, odznaczają się gorszym stanem zdrowia i wyższą umieralnością; jest to prawdziwe również w przypadku osób niedożywionych w okresie życia płodowego – w takim przypadku możliwe, iż w przypadku osób starszych wzrost niepełnosprawności jest odroczoną konsekwencją I i II wojny



światowej, powojennych problemów aprowizacyjnych i kryzysu ekonomicznego lat 1930.

3) Zmiany mentalne – o ile w przeszłości starość była utożsamiana jako okres ograniczenia normalnego funkcjonowania, co było traktowane jako stan „naturalny”, o tyle dziś coraz częściej starość traktowana jest jako etap życia, który może być przeżywany w pełnym zdrowiu. W takim przypadku każde niedomaganie i objaw niesamodzielności opisywany jest jako „niepełnosprawność”. Za takim podejściem przemawiają np. niewytłumaczalne różnice w poziomie deklaracji niepełnosprawności wśród osób bardzo starych w układzie przestrzennym (w roku 2002 przy średniej krajowej równej 48,4% niepełnosprawnych w wieku 75+, w województwie mazowieckim wielkość ta przyjęła 39,4%, zaś w małopolskim 68,5%).

Ustalenie owych przyczyn wzrostu deklaracji niepełnosprawności wśród osób najstarszych w ostatnich dekadach jest o tyle istotne, iż bezpośrednio przekładają się one na percepcję podwójnego starzenia się ludności w kategoriach zagrożeń i szans.

## **5. Zagrożenia związane z podwójnym starzeniem się ludności**

Największym zagrożeniem jest związany z rozszerzaniem się zakresu niepełnosprawności rozrost kosztów opieki nad sędziwymi starcami. Pomijając w tym miejscu nawet niekorzystną, a możliwą do wystąpienia, ewolucję stanu zdrowia, sam wpływ czynnika ilościowego (tj. szybki wzrost liczby „najstarszych starych”, a przede wszystkich dziewięćdziesięciolatków i starszych) przekładać się będzie na wzrost zapotrzebowania na opiekę. W połączeniu z niekorzystnymi – a przedstawionymi wcześniej – tendencjami w zakresie statusu rodzinnego oznaczać to będzie rozrost opieki instytucjonalnej. O ile nie jest problemem, kto tą opiekę ma dostarczać, o tyle kłopotliwa jest kwestia tego, kto za opiekę ma płacić. Złagodzeniem problemu może być z jednej strony wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego, z drugiej zaś rozbudowa systemu wspierania rodzinnych opiekunów osób sędziwych poprzez ich szkolenie, częściowe wynagradzanie, zapewnianie zastępstwa w przypadku chęci – lub konieczności – kilku-, kilkunastodniowego odpoczynku od powinności wobec potrzebujących, starszym wiekiem członków rodziny.

Niebezpieczny być może również wzrost kosztów zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej. Wskutek postępującej specjalizacji medycyny oraz coraz szerszego korzystania z najnowszych zdobyczy technologicznych w krajach rozwiniętych bardzo szybko rosną koszty diagnostyki. Ponieważ częstość korzystania z porad lekarskich i badań specjalistycznych jest ściśle skorelowana z wiekiem, rozrost populacji osób bardzo

starych przekładać się będzie w takim przypadku na nieproporcjonalnie duży przyrost kosztów funkcjonowania służby zdrowia.

Innym, prawdopodobnym zagrożeniem może być skupianie się zbiorowości nestorów w swoistyach „enklawach zaawansowanej starości”, enklawach rozumianych na dwa sposoby. Z punktu widzenia analizy mezzoo występować będą bowiem powiaty, gminy i mniejsze jednostki osiedleńcze, w których udział osób bardzo starych osiągnąć może 15-20%, zaś udział seniorów dojść do połowy ludności. Z kolei z punktu analizy mikro wystąpić mogą budynki – lub ich grupy – zamieszkałe w nieproporcjonalnie dużym stopniu przez nestorów. W pierwszym przypadku zagrożenie wynikać będzie z niedopasowania popytu i podaży usług opiekuńczych dostarczanych przez samorząd, albowiem wzmożony popyt występować będzie na obszarach słabiej rozwiniętych, odznaczających się niższym udziałem osób w wieku produkcyjnym, często obszarach odpływu migracyjnego, a tym samym w jednostkach administracyjnych mających niższe dochody własne. W drugim przypadku – związanym przede wszystkim z zasiedlaniem nowo oddawanych budynków mieszkalnych przez osoby „w sile wieku”, które równoległe z budynkiem się starzeją – pojawić się może z jednej strony izolacja społeczna (przez którą rozumie się niewystarczający zdaniem seniorów poziom integracji jednostki z grupą lub innymi, młodszymi osobami w szersze środowisko [Victor i wsp., 2004: 108]), z drugiej zaś strony niemożność łatwego odwołania się do pomocy młodszych, sprawniejszych osób.

Aby wykazać, iż powyższe uwagi to nie tylko teoretyczne dywagacje, warto przytoczyć wyniki analiz na poziomie powiatów prowadzonych przez geografów, analiz poświęconych ludności jeszcze starszej – a mianowicie tej w wieku 85 lat [Kurek, 2006]. Zgodnie z ich ustaleniami udział tej ludności w roku 2030 wynosić ma 2,1%, przy czym znaleźć można jednostki administracyjne odznaczające się zdecydowanie wyższymi frakcjami, np. powiaty grodzkie – Sopot (4,1%), Katowice (3,4%), czy Bytom (3,3%) – i ziemskie – hajnowski (3,3%) i bielski (3,1%). W przypadku ludności w wieku 75 lat w roku 2030 na poziomie wojewódzkim znaleźć można – co oczywiste – mniejsze zróżnicowanie, ekstrema albowiem wynoszą 9,9% (podkarpackie) i 12,6% (łódzkie). Gdy przejdziemy bowiem do mniejszych terytorialnie jednostek administracyjnych, zwiększa się szansa znalezienia przypadku wyraźnie odbiegającego od ogólnokrajowej średniej.

## 6. Potencjalne korzyści

Szybki wzrost liczby sędziwych starców samoczynnie przekładać się będzie na wzrost zapotrzebowania na różnorodne „protezy cywilizacyjne” mające zrekompenzować „niedoskonałości” zaawansowanego

wieku. Tym samym oczekiwać należy w nadchodzących dekadach, iż po fascynacji antiaging medicine (czy ostatnio proaging medicine) uwaga dużych grup konsumentów skupi się na tych technicznych udogodnieniach, które umożliwiać będą dłuższą samodzielność. W rezultacie ożywieniu podlegać będzie segment rynku skupiający się na wyposażeniu mieszkania, kuchni w różnorodne, niekiedy bardzo wyrafinowane technologicznie, utensylia

Podajeżwać należy, iż w warunkach wzmoczonej mobilności przestrzennej i zmienności upodobań młodych konsumentów, podobnie jako i „młodych starych”, rozrost frakcji „dojrzałych” konsumentów, mało mobilnych terytorialnie i posiadających mało zmienne – wskutek długoletnich przyzwyczajzeń – gusta nabywcze działać może stabilizująco dla znaczących sektorów gospodarki, umożliwiając ich funkcjonowanie i spłatę poczynionych inwestycji.

Innym działem gospodarki, czerpiącym korzyści z rozrostu populacji sędziwych seniorów jest przemysł produkujący suplementy odżywiania. Badania amerykańskie wskazują, iż od 30 do 70% populacji „najstarszych starych” – w zależności od wieku, poziomu aktywności, a przede wszystkim płci (kobiety odznaczają się dwukrotnie wyższą intensywnością korzystania) – zażywa witamin lub innych środków uzupełniających dietę [Poon i wsp., 2005]. Najchętniej spożywane są multiwitaminy, minerały, wapń, witaminy C i E.

Jednocześnie rozrost populacji nestorów staje się w krajach rozwiniętych przyczyną szybkiego rozrostu wysoce pracochłonnego segmentu mniej bądź bardziej wykwalifikowanych usług opiekuńczych, poprawiając sytuację na rynku pracy [Krzyszowski, 2006]. Dodajmy przy tym, iż znaczna część kreowanego popytu może być zaspokajana przez inne, odpowiednio przeszkolone osoby starsze – przede wszystkim „młodych starych” – ułatwiając ich pozostanie na rynku pracy bądź powrót nań.

## 7. Podsumowanie

„Demografia nie jest przeznaczeniem”, ale tylko dla tych, którzy nie pozwalają na występowanie demograficznie uwarunkowanego fatum w sferze gospodarki i polityki. Stąd też tak ważna jest znajomość prawdopodobnych zmian struktury ludności według wieku. Odwołując się do przewidywań odnośnie do liczby i struktury osób bardzo starych w Polsce, zdawać sobie należy sprawę z wysokiej wiarygodności przedstawianych szacunków. Wszystkie te osoby bowiem już w Polsce żyją, co więcej są w wieku odznaczającym się niską mobilnością przestrzenną, choć – czego nie można wykluczyć – masowa imigracja na stałe ludzi młodych

w ostatnich latach przełożyć się może w perspektywie dwudziestu, trzydziestu lat na przesiedlanie się ich wymagających opieki rodziców do krajów, w których zamieszkuje ich potomstwo.

Przed wszystkim należy zdawać sobie sprawę z faktu, iż zbiorowość osób bardzo starych jest wewnątrznie zróżnicowana w sposób zdecydowanie większy niż jakakolwiek inna grupa wieku. Przewidywany w przyszłości rozrost subpopulacji dziewięćdziesięciu- i stułatków przyczynić się będzie zapewne do jeszcze większej dyspersji.

Z praktycznego punktu widzenia – w przeciwieństwie do osób sześćdziesięciu-, sześćdziesięcioparoletnich, w przypadku których najważniejszym problemem jest ich aktywizacja zawodowa – w przypadku osób bardzo starych najważniejszą kwestią jest ewolucja ich stanu zdrowia jako czynnika warunkującego samodzielność, a tym samym poziom wsparcia nieformalnego i formalnego. Generalnie, w dającej się przewidzieć przyszłości oczekiwać należy poprawy stanu zdrowia i sprawności polskich nestorów, zaś wzrost ich samodzielności wzmagany będzie przez postęp techniczny, umożliwiający odwołanie się do coraz doskonalszych i tańszych „protez cywilizacyjnych”. Nie będzie to jednak oznaczać nic innego jak tylko odwlekanie momentu pojawienia się prawdziwych problemów zdrowotnych na wiek bardzo zaawansowany – 85-90 lat. Co więcej, w dalszej przyszłości wraz z możliwym wystąpieniem pandemii chorób chronicznych i umysłowych wydłużyć się może okres niepełnosprawności. Wówczas być może potomni poszukiwać będą rozwiązań w innej postaci, poprzez modyfikację systemów wartości, dopuszczając i rozszerzając możliwość stosowania eutanazji.

Dr hab. Piotr Szukalski  
Uniwersytet Łódzki

#### **Literatura:**

- Chappell N. L., Penning M. J., 2005, Family caregivers increasing demands in the context of 21<sup>st</sup>-century globalization?, [w:] M. L. Johnson (ed.), The Cambridge handbook of age and ageing, Cambridge University Press, Cambridge – New York, 455-462.
- GUS, 1991, NSP 1988, Inwalidzi w Polsce w latach 1978-1988, Warszawa, s. 330.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2003, Prognoza demograficzna na lata 2003-2030, wersja ściągnięta 23.12.2004 ze strony internetowej GUS [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)
- GUS, 2003a, NSP'2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Cz. I. Osoby niepełnosprawne, ZWS GUS, Warszawa, s. 227.
- Hareven T. K., Adams K. J., 1996, The generation in the middle: Cohort comparison in assistance to aging parents in an American community, [w:]

- T. K. Hareven (ed.), *Aging and generational relations. Life-course and cross-cultural perspectives*, Aldine de Gruyter, New York, s. 3-29.
- Krzyszkowski J., 2006, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkiwania w Polsce i innych krajach UE, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, nakładem Zakładu Demografii UŁ, Łódź, s. 150-155.
- Kurek S., 2006, Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski w świetle prognoz GUS, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, nakładem Zakładu Demografii UŁ, Łódź, s. 394-400.
- Poon L. W., Jang Y., Reynolds S. G., McCarthy E., 2005, Profiles of the oldest old, [w:] M. L. Johnson (ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing*, Cambridge University Press, Cambridge-New York, s. 346-353.
- Robine J.-M., 1997, Amelioration de l'etat de sante et progression de l'esperance de vie sans incapacite, „*Problemes Economiques*”, nr 2, s. 523, 16-21.
- Szukalski P., 2006, Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy, [w:] J. T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wyd. UŁ, Łódź, s. 115-150.
- Szukalski P., 2006a, Status rodzinny najstarszych łodzian a ich gotowość do korzystania z oferty domów pomocy społecznej, [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, OKSPiS, Częstochowa, s. 105-116.
- Szukalski P., 2006b, Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce, „*Gerontologia Polska*”, t. 14, nr 2, s. 14-22.
- Szukalski P., 2006c, Zagrożenie czy wyzwanie – proces starzenia się ludności, „*Polityka Społeczna*”, nr 9, s. 6-10.
- Szukalski P., 2007, Umieralność osób bardzo starych w Polsce w latach 1931/32-2005, „*Gerontologia Polska*”, nr 1-2.
- Szukalski P., 2007a, Nadumieralność sędziwych kobiet – fakt czy fikcja?, „*Wiadomości Statystyczne*”, nr 4, 21-30 + IV str. Okładki.
- Victor Ch. R., Scambler S. J., Bond J., Bowling A., 2004, Loneliness in later life, [w:] A. Walker, C. H. Hennessy (eds.), *Growing older: Quality of life in old age*, Open University Press, Maidenhead, s. 107-126.