

nej. Zarówno lekceważenie tych potrzeb, jak i tworzenie warunków do dysproporcjonalnego ich respektowania zagraża realizacji koncepcji zrównoważonego rozwoju. Dyskusja na ten temat powinna być otwarta i uczciwa, oparta na rzetelnie podawanych informacjach. Często bowiem pod stereotypem socjalnym dotyczącym człowieka starego i osoby niepełnosprawnej ukrywa się realizację zupełnie innych celów, podczas gdy zasadnicze potrzeby tych osób nie są w ogóle rozpatrywane, a jednocześnie w wyniku sytuacji permanentnych ograniczeń budżetowych ograniczana jest realizacja potrzeb innych grup populacyjnych.

TRWANIE ŻYCIA OSÓB STARSZYCH W POLSCE

WPROWADZENIE

W dwudziestym wieku starość stała się powszechnym udziałem ludzi, w tym i tych żyjących w Polsce. W przeciwieństwie do okresów wcześniejszych, gdy wiek sędziwy był osiągnięty jedynie przez osoby biologicznie najsilniejsze, dziś – głównie dzięki postępowi medycyny – starość dożywają również osoby chore i niesprawne. Starzenie się populacji jest zjawiskiem niepodobnym do starzenia się jednostki. Jednostka bowiem starzeje się nieuchronnie od chwili narodzin aż do momentu śmierci; społeczeństwo natomiast niekoniecznie musi się starzeć – jest to uzależnione od przekształceń proporcji ludzi w różnym wieku.

Starzenie się ludności przekłada się na wzrost liczebności osób starych dwojako: po pierwsze – poprzez zwiększenie prawdopodobieństwa dożycia do wieku przyjętego za graniczny (co można nazwać ekstensyfikacją), po drugie – poprzez wydłużenie się trwania życia osób, które już przekroczyły wspomniany próg wiekowy (intensyfikacja). Jednocześnie na wszelkie instytucje życia społecznego, poczynając od rodziny, a skończywszy na państwie, nałożone zostają nowe obowiązki związane z koniecznością udzielania pomocy i opieki wymagającym tego starcom. Znakomity francuski demograf A. Sauvy uznał proces starzenia się współczesnych społeczeństw za zjawisko o strategicznym wręcz znaczeniu dla dalszego rozwoju cywilizacji.

Przez wieki opieka nad osobami starszymi uchodziła za obowiązek rodziny. To rodzina, a zwłaszcza progenitura – w myśl zwyczaju – zobowiązana była do zapewniania swym nestorom pomocy na starość. Przywołana funkcja ubezpieczeniowa rodziny przez wieki wypełniana była z powodzeniem, choć przyznać trzeba, że zdarzały się liczne wyjątki, zwłaszcza w czasach głodu [Bois, 1996]. Odmienne podejście zaczęło być uznawane za właściwe w końcu zeszłego stulecia. W wieku XX przekazywanie opieki nad ludźmi starymi od rodziny do społeczeństwa (a raczej jego wyspecjalizowanych instytucji) uchodziło gdzieś za znamię nowoczesności i postępu. Owego przekazywania starania o ludzi starych nie należy zresztą rozumieć zbyt dosłownie; w żadnym kraju, niezależnie od poziomu jego rozwoju czy ustroju, rodzina nie stroni całkowicie od pieczy nad swymi seniorami. Niemniej jednak nastąpiła zasadnicza transformacja sposobu zapewniania starcom środków do życia: korzyści z wcześniejszej inwestycji w potomstwo zostały zastąpione przez gwarantowany przez państwo dochód z tytułu ubezpieczenia społecznego.

W dalszej części artykułu postaram się przedstawić zmiany dalszego trwania życia osób starszych oraz zmiany prawdopodobieństwa dożycia do wieku starczego, jakie nastąpiły w Polsce w latach dziewięćdziesiątych, a następnie omówię wybrane konsekwencje owych zmian.

LITERATURA

GUS (1999) *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Warszawa.
Jacobzone S. (1999) *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives*, Labour Market and Social Policy, Occasional Papers, Nr 38, OECD, Paris.
OECD (1995) *The Labour Market and Older Workers*, "Social Policy Studies" nr 17, Paris.
OECD (1995) *The Transition from Work to Retirement*, "Social Policy Studies", nr 16, Paris.
UNDP/CASE (1999) *Raport o rozwoju społecznym 1999 – Ku godnej i aktywnej starości*, red. S. Golinowska, Warszawa.

Piotr Szukalski
Uniwersytet Łódzki

1. ZMIANY DALSZEGO TRWANIA ŻYCIA OSÓB STARSZYCH W POLSCE

Dalsze trwanie życia jest to liczba lat, jaką ma przed sobą do przeżycia osoba w danym wieku przy założeniu, że w pozostałej części życia utrzymają się prawdopodobieństwa zgonów z danego roku. Zważywszy na fakt, iż współcześnie mamy do czynienia generalnie z polepszaniem się warunków zdrowotnych i – co za tym idzie – z obniżającym się poziomem umieralności, wspomniany parametr dostarcza informacji o minimalnej spodziewanej liczbie lat, jakie osoba w danym wieku rzeczywiście przeżyje.

W okresie powojennym nastąpił wzrost dalszego przewidywanego trwania życia Polaków, w tym również osób starszych. Zainteresowanych ogólnymi tendencjami zmian odsyłam do innej pracy [Worach-Kardas, 1998]; w tym miejscu zaprezentuję jedynie zmiany interesującego mnie parametru dla osób znajdujących się u progu starości, tj. takich które osiągnęły 60 lat, oraz siedemdziesięciolatków i osiemdziesięciolatków (tabl. 1).

Tablica 1

Dalsze trwanie życia osób w starszym wieku w Polsce w latach 1948–1989 w wieku lat

Rok	Mężczyźni			Kobiety		
	60	70	80	60	70	80
1948	15,24	9,68	5,69	17,86	11,20	6,43
1955	15,08	9,30	5,44	17,53	10,76	6,12
1960	15,91	9,97	5,59	18,79	11,60	6,30
1965	15,97	9,96	5,77	19,14	11,83	6,57
1970	15,60	9,61	5,69	19,14	11,71	6,46
1975	15,79	9,72	5,60	19,53	11,98	6,42
1980	15,29	9,39	5,30	19,45	11,99	6,35
1985	15,24	9,48	5,37	19,49	12,10	6,54
1989	15,42	9,87	5,65	19,92	12,55	6,87

Źródło: Kędzicki (1995).

Pomiędzy płciami istnieją znaczące różnice w zakresie porządku wymierania, bo choć Natura sprawia, iż mężczyźni przychodzą na świat częściej, to równocześnie obdarza ich krótszym trwaniem życia, na co oprócz czynników wrodzonych (o biologicznych uwarunkowaniach wspomnianego różnicowania może świadczyć choćby fakt, że o ile na 100 poczęć dziewcząt przypada około 170 poczęć chłopców, to z powodu poronień i martwych urodzeń – w których liczbie chłopcy stanowią dwie trzecie – proporcja ta wynosi ostatecznie jedynie 106 urodzeń noworodków płci męskiej na 100 płci żeńskiej) wpływają również czynniki behawioralne, podwyższające ryzyko zgonu. Dlatego wskazane jest prezentowanie zmian osobno dla mężczyzn i dla kobiet.

Chcąc podsumować zmiany parametru dalszego trwania życia osób starszych w prezentowanym czterdziestoleciu, należy stwierdzić, że zmiany owe przedstawiały się odmiennie dla obydwu płci. W przypadku mężczyzn widoczny jest wzrost trwania życia do połowy lat sześćdziesiątych, potem zaś następujące po sobie zamiennie okresy spadku i wzrostu wartości omawianego parametru, który w ostatnim roku PRL nie osiągnął poziomu sprzed ćwierćwiecza. Gdy natomiast zapoznamy się z danymi dotyczącymi kobiet, stwierdzimy, że aczkolwiek również wyraźne jest załamanie się trendu wzrostowego dalszego trwania życia w połowie lat sześćdziesiątych, to jednak po upływie kilku lat okresu straty zostały odrobione, zaś wartości parametru dla wszystkich wybranych grup wieku były rekordowe. Podsumowując: różnica w zakresie ewolucji dalszego trwania życia starszych mężczyzn i kobiet wskazuje, iż również w tej grupie wzrastało znaczenie nadumieralności mężczyzn obserwowanej w całej populacji.

Prześledziliśmy zatem zmiany trwania życia, jakie miały miejsce w okresie PRL. Znamy „bilans otwarcia” RP, jeśli chodzi o dalsze trwanie życia seniorów. Dane, obrazujące przekształcenia interesujących nas zmiennych w ostatnich ośmiu latach, zawarte są w tablicy 2.

Tablica 2

Dalsze przewidywane trwanie życia osób starszych w latach dziewięćdziesiątych w Polsce

Rok	Mężczyźni			Kobiety		
	e_{60}	e_{70}	e_{80}	e_{60}	e_{70}	e_{80}
1990/1991	15,53	10,14	6,26	20,79	13,45	8,08
1992	15,40	9,94	5,73	20,03	12,57	6,82
1993	15,48	9,93	5,70	20,10	12,56	6,77
1994	15,76	10,12	5,87	20,35	12,76	6,94
1995	15,84	10,22	5,97	20,52	12,91	7,07
1996	15,93	10,26	6,00	20,52	12,87	6,96
1997	16,13	10,48	6,18	20,80	13,11	7,17

Źródło: GUS, Wydawnictwa...

Odnotowane w tablicy 2 wartości dalszego trwania życia osób starszych osiągnęły w 1997 r. poziom rekordowy (z wyjątkiem osiemdziesięcioletnich mężczyzn*). Wcześniej, w ciągu pierwszych 3–4 lat transformacji gospodarczej i politycznej, parametry trwania życia dla osób starszych nieco spadły lub ustabilizowały się na średnim poziomie. Można przypuszczać, iż potrzebny był pewien dłuższy okres na przystosowanie się ludzi starych do nowych warunków społeczno-ekonomicznych, na znalezienie odpowiedniej strategii dostosowawczej. Co więcej, pozytywną tendencję w zakresie kształtowania się liczby lat, jakie pozostały jeszcze do przeżycia, wzmacniała reforma sposobu obliczania i waloryzowania świadczeń społecznych, która przyczyniła się do ustalenia poziomu przeciętnej emerytury i renty na relatywnie wysokim poziomie w stosunku do poziomu płac. W sytuacji niepewności na rynku pracy i znacznego obniżenia się wartości realnej płac stosunkowo wysoki poziom świadczeń społecznych wpływał pozytywnie nie tylko bezpośrednio – zapewniając środki na konsumpcję – lecz również pośrednio, wzmacniając pozycję osób starszych w rodzinach, zwłaszcza uboższych [Szatur-Jaworska, 1997].

Sądzić można, że przedstawione powyżej dane dotyczące podnoszenia się poziomu parametrów dalszego trwania życia najpełniej świadczą o tym, iż II RP jest krajem, który stosunkowo skutecznie dba o dobro zamieszkujących jej obszar seniorów. Innym dowodem na prawdziwość tej tezy są badania wskazujące, że sfera ubóstwa wśród osób starych zmniejszyła się znacząco w latach dziewięćdziesiątych w porównaniu z okresem „ancien regime'u” [Perek-Białas, Topińska, 1998]. Jest to skąd-

* Dodajmy, że w 1998 r. nastąpił dalszy wzrost przedstawianych parametrów. Dalsze trwanie życia osiągnęło wartość: dla mężczyzn e_{60} – 16,38, e_{70} – 10,72, e_{80} – 6,45, dla kobiet odpowiednio: 21,04; 13,32; 7,32 [GUS 1999].

inąd przeniesienie na polski grunt stanu charakterystycznego dla krajów wysoko rozwiniętych, w których obecnie ubóstwo dotyka nie – jak jeszcze ćwierć wieku temu – osoby starsze, lecz przede wszystkim dzieci i młodzież.

2. TRWANIE ŻYCIA OSÓB STARSZYCH W PORÓWNIANIU Z INNYMI KRAJAMI EUROPEJSKIMI

Ponieważ przedstawione wielkości absolutne dotyczące dalszego trwania życia osób starszych nie informują o tym, czy trwanie życia w Polsce osiągnęło wartości wysokie, czy niskie, wskazane jest dokonanie porównania liczby lat, jakie mieli przed sobą średnio do przeżycia 65-letni mężczyzna i kobieta w naszym kraju oraz w wybranych państwach europejskich na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat (tabl. 3).

Tablica 3

Dalsze przeciętne trwanie życia osób 65-letnich w państwach europejskich, około roku 1980, 1990 i 1995

Kraj	1980		1990		1995	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Austria	12,9	16,9	bd	bd	15,1	18,6
Belgia	12,9	16,9	bd	bd	14,5	18,8
Bulgaria	12,7	14,6	12,7	15,1	12,7	15,5
Czechy	11,2	14,3	11,6	15,6	12,7	15,9
Dania	13,7	17,6	14,1	17,9	14,1	17,6
Estonia	12,1	15,6	12,0	15,6	12,0	16,1
Finlandia	12,8	16,6	13,7	17,7	14,6	18,6
Francja	14,0	18,2	15,6	19,9	15,9	20,3
Grecja	14,6	16,7	15,7	17,9	16,1	18,4
Hiszpania	14,8	17,9	15,5	19,2	15,8	19,7
Holandia	14,0	18,4	14,1	18,6	14,4	18,7
Irlandia	12,6	15,7	13,4	17,1	13,4	17,1
Litwa	13,4	16,6	13,3	17,0	12,9	16,9
Łotwa	12,2	15,7	12,1	15,8	14,1	16,3
RFN przed 1990	13,1	16,8	14,5	18,2	14,7	18,5
b. NRD	12,1	14,9	12,8	15,8	13,5	17,1
Norwegia	14,2	17,9	bd	bd	15,2	19,2
Polska	12,6	16,4	12,7	16,9	12,9	16,6
Portugalia	13,3	16,3	14,1	17,2	14,4	17,8
Rosja	11,6	15,5	12,0	15,8	10,4	14,6
Rumunia	12,6	14,2	13,1	15,1	12,8	15,3
Słowacja	12,3	15,4	12,2	15,7	12,8	16,2
Słowenia	12,5	15,9	13,2	16,7	13,5	17,1
Szwajcaria	14,4	18,3	15,5	19,7	16,1	20,2
Szwecja	14,3	17,9	15,3	19,0	16,0	19,7
Turcja	12,2	13,6	bd	bd	13,1	14,4
Ukraina	12,3	15,6	12,5	15,8	11,5	14,9
Węgry	11,6	14,6	12,0	15,3	12,0	15,6
Wielka Brytania	12,9	17,0	14,0	15,8	14,7	18,4
Włochy	13,4	17,1	14,8	18,6	15,2	19,1

Źródło: Evolution... (1997), s. 57–59.

Porównując dane z lat 1980–1995, dotyczące Polski, z wartościami parametru dla innych krajów europejskich należy stwierdzić, iż – niestety – w przeciwieństwie do państw należących do UE, w naszym kraju nastąpiła stagnacja, jeśli chodzi o kształtowanie się wartości dalszego przewidywanego trwania życia dla osób 65-letnich. W połowie lat dziewięćdziesiątych Polska charakteryzowała się przeciętnymi europejskimi wartościami tego parametru w przypadku kobiet, zaś w przypadku mężczyzn sytuacja była znacznie gorsza, co znalazło odzwierciedlenie w dużej różnicy w zakresie kształtowania się wartości wspomnianego parametru. Oczekiwana długość trwania życia dla tego wieku w 1995 r. w Polsce pozostawała wciąż poniżej długości trwania

w rozwiniętych gospodarczo demokracjach zachodnich na początku lat osiemdziesiątych, co oznacza, że opóźnienie wynosi ok. 20 lat. Pocięszające jest jedynie to, że w ciągu kilku ostatnich lat tempo wydłużania się trwania życia osób starych w naszym kraju było szybsze niż w większości krajów europejskich, wliczając w to kraje UE, co pozwala mieć nadzieję na zmniejszenie się w przyszłości istniejącej luki.

Na marginesie warto zwrócić uwagę na kształtowanie się dalszego trwania życia osób starych na terenie b. ZSRR. We wszystkich krajach słowiańskich oraz na Litwie i w Moldawii odnotowany został w latach dziewięćdziesiątych znaczny spadek wartości omawianego parametru. Wywołany był on zapewne wpływem czynników ekonomicznych, a zwłaszcza zmniejszeniem się realnej siły nabywczej świadczeń emerytalnych i nieregularnością ich wypłacania. Znany rosyjski demograf A. Wiszniewski [1998] twierdzi, że fakt, iż duża część rosyjskiego społeczeństwa nie dożywa do wieku emerytalnego (1995 r. 16-letni mężczyzna, żyjący w tym kraju, miał mniejszą szansę dożycia do wieku 60 lat niż jego rówieśnik w 1897 r.), ci zaś, którzy dożywają, żyją dalej krótko, jest pierwszoplanowym czynnikiem kompensującym starzenie się ludności i łagodzącym problemy finansowania systemu emerytalnego w Rosji.

3. PRAWDOPODOBIEŃSTWO DOŻYCIA DO WIEKU STARCZEGO

Innym użytecznym instrumentem, umożliwiającym sprawdzenie kierunku i natężenia zmian warunków umieralności osób starych, jest informacja o liczbie osób spośród tysiąca nowo narodzonych, jakie przy założeniu stałości prawdopodobieństw zgonów dożyłyby do danego wieku. O ile dalsze trwanie życia osoby w wieku n lat zależy od warunków wymieralności ludności w wieku co najmniej n ukończonych lat, o tyle liczba dożywających do danego wieku zależy od warunków umieralności dotyczących osób mających mniej niż n ukończonych lat. Jednocześnie na podstawie liczby osób, dożywających do wieku uchożącego za starczy, można oszacować spodziewaną liczbę osób, które osiągną dany wiek w rzeczywistej zbiorowości w przyszłości. Odpowiednie dane dotyczące ostatniego dwudziestolecia zostały zamieszczone w tablicy 4.

Tablica 4

Proporcja osób dożywających do wieku starczego w latach 1976–1997 w Polsce (na tysiąc osób nowo narodzonych dożywa do wieku „n” lat osób)

Rok	Mężczyźni			Kobiety		
	60	70	80	60	70	80
1976–1981	742	534	243	879	750	469
1985/1986	734	514	229	882	746	464
1989	725	503	229	882	745	462
1990/1991	721	497	227	885	752	476
1992	718	496	228	885	752	469
1993	736	511	234	891	760	476
1994	738	520	244	890	764	484
1995	736	520	246	892	768	491
1996	747	530	252	896	773	496
1997	750	535	261	898	778	506

Źródło: jak w tablicy 2.

Powyższe dane potwierdzają wcześniejszą uwagę, że należy oddziennie rozpatrywać dane dotyczące obydwu płci, widąc bowiem wyraźną różnicę w liczbie dożywających do wieku starczego spośród tysiąca urodzonych mężczyzn i kobiet. O ile do wieku 60 lat kobiety w 1997 r. dożywają częściej o ok. 20%, o tyle do wieku 70 lat już o 45%, zaś do 80 lat prawie dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Relacje te są stabilne w czasie i wynikają z łącznego oddziaływania czynników biologicznych i społeczno-behawioralnych. Efektem różnego prawdopodobieństwa dożycia do wieku starczego jest fakt, że zdecydowana większość osób starych w Polsce to kobiety. Niekorzystne warunki umieralności

mężczyzn w połączeniu ze zwyczajem nakazującym, aby zawierający związek małżeński obłubieniec był nieco starszy od swej małżonki są przyczyną, dla której dominująca część owych starych kobiet to osoby owdowiłe, najczęściej tworzące samodzielne gospodarstwo domowe. Występująca w ostatnich kilku latach tendencja do szybszego obniżania się prawdopodobieństwa zgonów mężczyzn spowoduje zapewne w przyszłości poprawę relacji płci i w konsekwencji zmniejszenie się stopnia feminizacji osób starych.

Z punktu widzenia potrzeb szeroko rozumianego sektora usług społecznych niezbędna jest znajomość przyszłych trendów w zakresie zarówno dalszego trwania życia, jak i liczebności dożywających osób starych. W warunkach polskich można wyrażać się z optymizmem zarówno o wydłużaniu się dalszego trwania życia (kierunkowskazem zmian, jakie czekają nas w najbliższych 10–15 latach, są przedstawione w tablicy 3 wartości tego parametru w rozwiniętych krajach Europy), jak i o kształtowaniu się liczby dożywających do wieku starczego spośród tysiąca rodzących się.

Odnosnie do przyszłości tego ostatniego wskaźnika, można dodać tytułem ilustracji, iż – według oficjalnych szacunków amerykańskich – z generacji osób urodzonych w tym kraju w 1990 r., 20,7% mężczyzn oraz 40,2% kobiet dożyje do wieku 85 lat. Zdaniem ekspertów, zważywszy na dotychczasowe doświadczenia w zakresie przemian prawdopodobieństw zgonów, ów udział będzie zapewne wyższy [Smith, 1997]. Wiek 85 lat to wiek, powyżej którego – w opinii gerontologów – każda żyjąca osoba wymaga stałej opieki.

Prognoza liczby ludności Polski, opracowana przez pracowników Głównego Urzędu Statystycznego w 1996 r., opiera się na założeniu, że do 2020 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn wzrośnie do 72 lat, zaś kobiet do 78,4 lat (w 1996 r. trwanie życia było równe odpowiednio: 68,12 i 76,57, zaś w 1997 r. – odpowiednio 68,45 i 76,99). Zważywszy na ewolucję tego wskaźnika w okresie od opracowania prognozy, należy przypuszczać, że rzeczywiste wartości parametrów będą wyższe, co oczywiście wpłynie na rozrost liczby osób starych znacznie szybszy niż założono w prognozie (więcej informacji na temat przyszłej liczby ludności Polski w starszym wieku [Szukalski, 1998]).

4. EWOLUCJA STANU ZDROWIA OSÓB STARSZYCH W PRZYSZŁOŚCI

Jak się wydaje, najważniejszym problemem związanym z wydłużaniem się trwania życia osób starszych jest – z punktu widzenia polityki społecznej – oprócz zapewnienia im środków umożliwiających utrzymanie na godziwym poziomie, kwestia zorganizowania i sfinansowania właściwej opieki medycznej. Aby uzmniejszyć skalę problemu, należy przypomnieć, iż wydatki *per capita* na opiekę zdrowotną np. w USA są w przypadku osoby starej czterokrotnie wyższe niż te dotyczące reszty populacji. Ponadto, 10% wszystkich kosztów zdrowotnych na przestrzeni ludzkiego życia w Stanach Zjednoczonych to wydatki pojawiające się w ciągu ostatniego roku życia [Hayflick, 1996].

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

- koncepcji równowagi dynamicznej, zakładającej *status quo*, tzn. że stan zdrowia omawianej grupy osób nie będzie ulegać znacznym zmianom, zaś trwanie życia w chorobie i niepełnosprawności nie będzie wzrastało (absolutnie ani relatywnie), mimo wydłużania się trwania życia;

- koncepcji kompresji, opierającej się na przekonaniu, że postęp naukowy umożliwi w najbliższych latach czy też dekadach stopniową poprawę stanu zdrowia osób starszych;

- 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 finansowych kłopotów publicznych systemów ubezpieczeń zdrowotnych.

Wyniki badań prowadzonych we Francji wskazują, że w tym kraju w przypadku osób w przedziale wieku 65–85 lat praktyczne potwierdzenie uzyskuje koncepcja kompresji względnej. Jednakże doświadczenia innych krajów Europy Zachodniej nie mają równie optymistycznej wymowy, choć różnice mogą wynikać po części z nieporównywalności stosowanych w poszczególnych państwach wyróżników trwania życia w pełnym zdrowiu. Tak czy inaczej sama zmiana struktury osób starych będzie miała wpływ na rzeczywisty rozwój opieki medycznej. Choć istnieją przesłanki pozwalające sformułować tezę o relatywnym obniżeniu się poziomu umieralności (spór dotyczy tego, czy granicą jest 80, 85, czy dopiero 95 rok życia), co świadczy o względnym polepszeniu się stanu zdrowia sędziwych starców w porównaniu z osobami 70- czy 80-letnimi, to dzieje się tak dzięki naturalnej selekcji sprawiającej, iż wieku powyżej 80–90 lat nie dożywają jednostki obdarzone słabym materiałem genetycznym bądź prowadzące styl życia preferujący zachowania mortogenne. Zwiększenie udziału osób dożywających do powyższego wieku niewątpliwie pogorszy dotychczasowe wskaźniki.

Na podkreślenie zasługuje również fakt, że obniżanie się umieralności w Polsce zaowocuje, według wszelkich przewidywań, rozrostem grupy osób najstarszych, tj. mających 80 i więcej lat. Owa subpopulacja posiada specyficzne potrzeby medyczne, najważniejsza zaś różnica dotyczy częstotliwości i miejsca świadczenia usług zdrowotnych. Wraz z wiekiem rośnie częstość korzystania z konsultacji lekarskich, a jednocześnie coraz bardziej maleje gotowość i możliwość przemieszczania się osób sędziwych na miejsce udzielania pomocy medycznej, co rodzi konieczność dostosowania form działalności opieki zdrowotnej do potrzeb tej grupy pacjentów.

ZAKOŃCZENIE

Ludzie w krajach rozwiniętych mogą dziś oczekiwać – po raz pierwszy w historii naszego gatunku – iż będą żyć wystarczająco długo, aby stać się osobami starymi. Nadzwyczajny postęp medyczny, społeczny i ekonomiczny, jaki miał miejsce w XX wieku w tych krajach, sprawił, że w ciągu 100 lat przeciętne trwanie życia wzrosło o około 25–30 lat. Znacząco zwiększyło się prawdopodobieństwo dożycia wieku uchodzącego za starczy. Nie można oczywiście mieć pewności, że tempo zmian trwania życia utrzyma się w przyszłości, jednak dokonany wzrost trwania życia ludzkiego wywiera wciąż głęboki wpływ na społeczeństwa i państwa obszarów rozwiniętych.

W latach dziewięćdziesiątych po trzech dekadach stabilizacji, a okresowo również regresu, do grupy państw charakteryzujących się wzrastającymi wartościami dalszego trwania życia swych obywateli – w tym i osób starych – dołączyła Polska. Choć samo wydłużanie się trwania życia należy ocenić jednoznacznie pozytywnie – jako jeszcze jeden efekt przemian społeczno-ekonomicznych, które zaszły w naszym kraju w ostatnim dziesięcioleciu, to jednak proces ten implikuje pojawianie się nowych bądź też wzmacnianie się niektórych istniejących wcześniej problemów społecznych. Jest to szczególnie widoczne w związku z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych (nie przypadkiem presja demograficzna we wszystkich krajach europejskich uznawana jest za kluczowy czynnik, decydujący o konieczności dokonania głębokich reform w tej sferze życia) oraz systemu opieki zdrowotnej.

Najszybsze obniżanie się poziomu umieralności w krajach rozwiniętych obserwuje się wśród osób najstarszych; doprowadza to do znacznego wzrostu ich liczebności. Wzrost ten nazywany jest przez wiele osób „koszmarnym scenariuszem” dla decydentów i planistów w sferze opieki zdrowotnej i społecznej – ze względu na naturę i długotrwałość dolegliwości w tym wieku oraz potencjalne koszty opieki. Koszty te sprawiają, że problem opieki nad osobami starszymi staje się centralną kwestią w dyskusji dotyczącej dobrobytu w przyszłości [Sen, 1994]. Wolumen kosztów jest bezpośrednio zależny od liczby osób starych

i ich stanu zdrowia, dlatego tak ważne jest prawidłowe prognozowanie przyszłych trendów umieralności. Zważywszy na to, że dalsze przeciętne trwanie życia jest miernikiem syntetycznym, opisującym stan zdrowia populacji osób w danym wieku, a jednocześnie dostarczającym zrozumiałej i stosunkowo rzetelnej informacji, nie dziwi fakt, że jest narzędziem najczęściej stosowanym do formułowania przewidywań rozwoju społeczno-ekonomicznego.

Pokolenie Polaków, które będzie miało największy wpływ na przyszłość polityki społecznej naszego kraju, to osoby mające obecnie 40–50 lat. Generacja wyżu demograficznego lat powojennych jest bowiem wyjątkowo liczna, a jednocześnie składa się z jednostek relatywnie dobrze wykształconych i przyzwyczajonych do skutecznego egzekwowania swych „słuszných” praw. Oznacza to, że sposób, w jaki dzisiaj zostanie rozwiązany problem przyszłych świadczeń społecznych oraz zapewnienia opieki medycznej generacjom wyżu, może zadecydować o stabilizacji gospodarczej, społecznej i politycznej bądź jej braku w pierwszej ćwierci XXI wieku. Elementem stabilizującym trwałość podstaw metod rozwiązania tego problemu będzie fakt, że wraz z wydłużaniem się trwania życia i szybszym tempem zmian w przypadku mężczyzn, będzie rosła liczba emeryckich gospodarstw domowych, w których oboje żyjących partnerów będzie miało prawo do świadczeń ubezpieczeniowych. Dzięki temu ujawnia się korzyści skali, wynikające ze wspólnego zamieszkiwania, łagodzące ubóstwo w tej grupie społecznej, co może doprowadzić do relatywnie mniejszego zapotrzebowania na pomoc ze strony wyspecjalizowanych instytucji.

Wraz ze zmianą trwania życia zmienia się samo pojęcie starości. Ma ono różny sens, gdy trwanie życia kształtuje się na poziomie 50, 60, 70 czy 80 lat. Inne są zarówno potrzeby tych „starych” osób, jak i formy ich zaspokajania. Zważywszy na przewidywany rozrost liczby osób starych i bardzo starych w Polsce, jaki będzie miał miejsce za 10–15 lat, wynikający z przekraczania cezury wieku 60 lat przez kolejne, żyjące coraz dłużej generacje powojennego wyżu demograficznego, należy już dziś zastanowić się nad niezbędnymi środkami mającymi złagodzić problemy przyszłości.

LITERATURA

- Bois J.P. (1996) *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Volumen-Marabut, Warszawa.
- Evolution demographique recente en Europe 1997 (1997) Conseil de l'Europe, Strasbourg.
- GUS (1997) *Rocznik demograficzny 1997*, Warszawa.
- GUS, Wydawnictwa z lat 1990–99 z serii: „Trwanie życia” oraz „Trwanie życia i umieralność według przyczyn”.
- GUS (1998) *Trwanie życia 1998 r.*, Warszawa.
- Hayflick L. (1996) *How and Why We Age*, Ballantine Books, New York.
- Kędelski M. (1995) *Koniunktura demograficzna w Polsce w latach 1948–1994*, Tom I: *Struktury wieku i trwanie życia ludności*, AE, Poznań.
- Perek-Białas J., Topińska I. (1998) *Ubóstwo wśród emerytów i rencistów w Polsce*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 10.
- Robine J.M. (1997) *Amelioration de l'etat de sante et progression de l'esperance de vie sans incapacite*, „Problemes economiques”, nr 2.523.
- Sen K. (1994) *Ageing. Debates on Demographic Transition and Social Policy*, Zed Books Ltd. London & New Jersey.
- Smith D.W.E. (1997) *Centenarians: Human Longevity Outliers*, „The Gerontologist”, vol. 37, nr 2.
- Szatur-Jaworska B. (1997) *Solidarność i partnerstwo w relacjach międzypokoleniowych w rodzinie (w:) Partnerstwo w rodzinie i na rzecz rodziny*, Raport nr 13, IPISS, Warszawa.
- Szukalski P. (1998) *Zmieniające się wzorce zachowań demograficznych a społeczne uwarunkowania stanu zdrowia osób starszych (w:) Indulski I., Kowaleski J.T.(red.), Stan zdrowia osób starszych w Polsce – aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*, OW IMP, Łódź.
- Wiszniewski A. (1998) *Demograficzkiej potencjał Rosji*, „Woprosy Ekonomiki”, nr 3.
- Worach-Kardas H. (1998) *Długość życia mężczyzn i kobiet w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 8.