

Starzenie się ludności — wyzwanie XXI wieku

1. Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności przez wiele osób postrzegany jest jako zjawisko najważniejsze w XXI wieku¹ z punktu widzenia gospodarki i zasad życia społecznego. Percepcji tej towarzyszy „odkrywanie na nowo” problematyki wzrostu frakcji seniorów. Na poziomie mikro starość jest odkrywana na nowo jako faza życia, która z jednej strony staje się powoli etapem w mniejszym lub większym stopniu dostępnym dla każdego², z drugiej zaś — dzięki odpowiedniemu przygotowaniu — nie musi być w nieunikniony sposób związana z brakiem zdrowia i zależnością od innych. Jednocześnie następuje wyraźne przeformułowanie podejścia do procesu starzenia się ludności na poziomie makro — od jednoznacznego definiowania interesującego nas zjawiska w kategoriach zagrożenia dla długookresowego rozwoju do pojmowania go w kategoriach wyzwania, jeszcze jednego wyznacznika „społeczeństwa ryzyka”.

Celem pierwotnym niniejszego tekstu była próba wskazania najważniejszych płaszczyzn, których dotyczyła prowadzona w trakcie ostatniego półwiecza dyskusja wokół problematyki wzrostu udziału seniorów i szczególnie nestorów³. Celem wtórnym zaś było wskazanie najważniejszych pól badań, które powinny być podjęte przez specjalistów z zakresu gerontologii społecznej, chcących minimalizować wpływ niekorzystnych zmian na poziomie indywidualnym i zbiorowym, jakie związane są ze starzeniem się tak indywidualnym, jak i populacyjnym. Akcent w niniejszym opracowaniu położony zostanie co prawda przede wszystkim na starzenie się ludności, ale zagadnienia starzenia się jednostkowego (fizjologicznego i społecznego) będą wielokrotnie przywoływane.

¹ W niniejszym tekście wykorzystałem fragmenty dwóch innych opracowań mego autorstwa — P. Szukalski, *Proces starzenia się ludności. Przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrics z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006, s. 13–18; P. Szukalski, *Zagrożenie czy wyzwanie — proces starzenia się ludności*, „Polityka Społeczna” 2006, nr 9, s. 6–10.

² Dzięki długookresowemu spadkowi umieralności obecnie zgodnie z tablicami trwania życia zdecydowana większość noworodków ma szansę na dożycie starości. Jeśli porównamy przykładowo jednostki urodzone we Francji, generacyjne tablice trwania życia, będące dziełem spółki Jacques’a Vallin i France’a Meslé, wskazują, że 34% mężczyzn urodzonych w 1806 roku osiągnęło wiek 60 lat, dla urodzonych w 1900 roku było to 48,9%, zaś dla nowo narodzonych w 1996 roku będzie to najprawdopodobniej 94,4%. W przypadku kobiet odpowiednie wielkości wynoszą — 36,2%, 59,7%, 96,8%. Z kolei do wieku 80. lat dożywa w trzech powyższych generacjach odpowiednio 7,7%, 17,2%, 80,6% mężczyzn i 9,8%, 35,1%, 92,2% kobiet. Zob. J. Vallin, F. Meslé, *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXI siècle*, „Données Statistiques” 2001, nr 4, 102 s. + płyta CD).

³ Demografii znane jest pojęcie podwójnego starzenia się ludności. Termin ten oznacza, iż w ramach starzenia się populacji, najszybciej rośnie udział osób bardzo starych, definiowanych najczęściej jako jednostki mające przynajmniej 80 lub 85 lat.

2. Przyczyny procesu starzenia się ludności

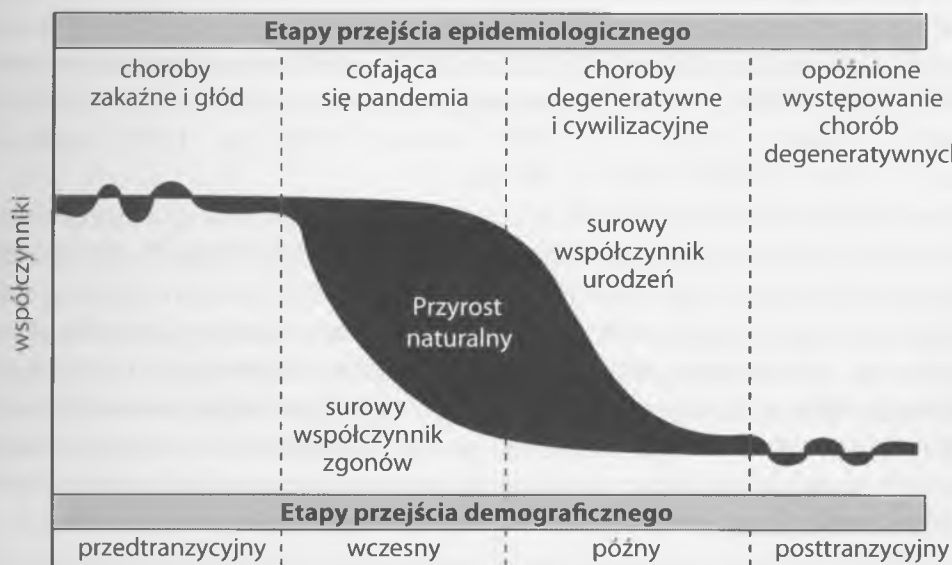
Proces starzenia się ludności, tj. wzrost odsetka ludzi powyżej 60. (granica używana na kontynencie europejskim) lub 65. roku życia (propozycje ONZ, akceptowane w USA i Wielkiej Brytanii), jest nieuniknioną konsekwencją długookresowych przemian dwóch składowych ruchu naturalnego — rozrodczości i umieralności. W ostatnich 200–250 latach wszystkie społeczeństwa Europy (i prawie wszystkie społeczeństwa świata) przeżyły zmianę reżimu reprodukcji (odtworzenia się) ludności: od reprodukcji rozrzutnej, odznaczającej się wysokim natężeniem urodzeń i zgonów, do reprodukcji oszczędnej z niską rodnością i umieralnością. Powyższe przemiany ujęte są w syntetyczny sposób w koncepcji przejścia demograficznego i towarzyszących temu przejściu dwóch innych, długookresowych zmian — przejściu epidemiologicznym i przejściu zdrowotnym.

Teoria przejścia demograficznego — przyjmowana powszechnie, z niewielkimi zastrzeżeniami, dotyczącymi bardziej mechanizmu wyjaśniającego przyczyny zmian niż ich przebiegu — opisuje proces przemian reprodukcji ludności (graficzna prezentacja tego modelu zamieszczona jest na rysunku 1). W okresie przedtranzycyjnym (zamiennie z pojęciem „przejście” użyć można terminu „tranzycja”) życie ludzkie narażone było na stałe, wysokie ryzyko zgonu, które w okresach klęsk żywiołowych (susze, powodzie, nieurodzaje), epidemii i wojen wzrastało dodatkowo. W rezultacie typowy noworodek miał przed sobą około 25–30 lat życia, głównie z powodu wysokiej umieralności w pierwszych latach życia (około jedna czwarta noworodków umierała w pierwszym roku życia, około połowa nie dożywała wieku 20 lat). Aby w takich warunkach zapewniona była równowaga ekologiczna (tj. pełne wykorzystanie dostępnych danej populacji zasobów) i jednocześnie zastępowalność pokoleń, typowa kobieta musiała urodzić 6–8 dzieci. W efekcie współwystępowania wysokiej umieralności i wysokiej dzietności udział ludzi starych pozostawał na poziomie niskim (około 4–6% ludności w wieku 60 lat i więcej), aczkolwiek niestabilnym (w okresach epidemii dotyczących głównie dzieci i młodzież udział seniorów niekiedy znacznie się podnosił, podczas gdy w warunkach „normalnych” osiągał poziom bardzo niski).

Druga połowa XVIII wieku przyniosła postęp w zakresie „twardych” (obiektywnych), jak i „miękkich” (mentalnych) determinant stanu zdrowia i umieralności ludności. Powstanie nowych upraw i technik pozyskiwania żywności, rozwój technologiczny w sferze ochrony zdrowia z jednej strony, a z drugiej — powolne rozprzestrzenianie się racjonalistycznego (szukającego logicznych, pozbawionych wpływu czynnika ponadnaturalnego determinant stanu zdrowia) i demokratycznego (uznającego, że zdrowie i długie życie jest dobrem niezbędnym każdemu, a nie tylko warstwom wyższym) spojrzenia na świat doprowadziło do powolnego obniżania się umieralności. Rodność pozostała bez zmian, lecz łącznym efektem był najpierw spadek (rezultat relatywnie szybkiego obniżenia się prawdopodobieństwa zgonu w pierwszych latach życia), a następnie wzrost odsetka ludzi starszych (efekt obniżania się umieralności w średnim i starszym wieku).

Kolejny etap przejścia demograficznego związany był z szybkim obniżaniem się rodności przy jednoczesnej powolnej redukcji współczynników zgonów, głównie wśród ludzi w wieku średnim i starszym. Działał tu mechanizm dążący do równowagi ekologicznej (dopasowania liczby ludności do dostępnych zasobów), ograniczający tempo wzrostu liczby ludności. Niezależnie od typu motywacji do zmniejszania liczby potomstwa (altruistyczna — ukierunkowana na zwiększenie średniej wartości inwestycji w kapitał ludzki potomstwa; egoistyczna — związana z rozpatrywaniem decyzji prokreacyjnych

w kategoriach ekonomicznych kosztów i korzyści z punktu widzenia interesu rodziców) konsekwencją takiego zachowania było zwiększenie się frakcji osób starszych.



Rys. 1. Przejście demograficzne a przejście epidemiologiczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu

Równoległe z przejściem demograficznym zachodzą dwa inne, ściśle związane przejścia — epidemiologiczne i zdrowotne. Pierwsze z nich skrótowo przedstawić można jako proces przebiegający trójfazowo: 1) zmiana podstawowych przyczyn zgonów — od dominacji chorób zakaźnych i pasożytniczych do dominacji chorób degeneratywnych (związanych z procesem kumulacji losowych szkód występujących w organizmie) i cywilizacyjnych (związanych ze stylem życia, nadużywaniem antystresorów, zanieczyszczeniem środowiska); 2) obniżanie się prawdopodobieństwa zgonów w każdym wieku; 3) zmiana rozkładu zgonów według wieku — od dominacji zgonów występujących w pierwszych miesiącach i latach życia do dominacji zgonów występujących w 7., 8., i ostatnio 9. dekadzie życia. Z kolei przejście zdrowotne, będące pojęciem włączającym w siebie kategorię przejścia epidemiologicznego, uznawane jest za pojęcie umożliwiające opis zmian w długim okresie stanu zdrowia i sprawności ludności, poprzez odwoływanie się do osiągalnych i porównywalnych pośrednich wskaźników stanu zdrowia. Utożsamione może być ono z demokratyzacją i upublicznieniem medycyny (odejściem od uznania, że zdrowie jest uzależnione jedynie od woli jednostki i jej zasobności), zmianą jej celu (od ingerowania w przypadkach ciężkich chorób do przeciwdziałania ich występowaniu), skuteczności (np. dzięki rozwojowi technologii, farmakologii) i modelu (od modelu socjomedycznego, uznającego jedność umysłu i ciała, poprzez biomedyczny — koncentracji na terapii ciała, bez uwzględniania kontekstu choroby — z powrotem do socjomedycznego). Konsekwencją dwóch wspomnianych przejść jest wydłużanie się ludzkiego życia, poprawa stanu zdrowia ludności, odraczenie momentu pojawiania się chronicznych chorób.

Po zakończeniu przejścia demograficznego pojawił się w ostatnich dekadach niespodziewany etap rozwoju demograficznego, nazywany niekiedy „drugim przejściem”. Jego najważniejszym przejawem, z punktu widzenia naszych zainteresowań, jest utrzymywanie się w długim okresie natężenia urodzeń na poziomie niegwarantującym pro-

stej zastępowalności pokoleń, tj. nadwyżka liczby zgonów nad liczbą urodzeń. W konsekwencji wzrasta względna ważność licznych generacji urodzonych kilka dekad temu.

Przywołajmy tu przykład ziem polskich, gdzie przejście demograficzne — wzależności od zaboru — rozpoczęło się około 1870–1880 roku. W Królestwie Polskim w 1848 roku osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 3,4% ludności ogółem, na ziemiach wchodzących w skład II RP około 1900 roku udział ten osiągnął poziom 6,2%, w 1931 roku — 7,8%, na obecnym obszarze Polski — w 1950 roku — 8,3%, w 1970 roku — 13,0%, w 1990 roku — 15%, a w 2010 roku — 19,7%.

Związek pomiędzy poziomem dzietności, natężeniem umieralności a stopniem zaawansowania procesu starzenia się ludności przedstawiony jest w tabeli 1. Dzietność opisana jest przez współczynnik reprodukcji brutto, czyli liczbę dziewczynek, jaką przeciętnie kobieta rodzi w trakcie całego życia rozrodczego (w warunkach dążenia do niezmiennego liczbę ludności przy niskim poziomie umieralności wystarcza, gdy matka urodzi jedną zastępującą ją córkę; im umieralność jest wyższa, tym potrzeba średnio wyższej liczby córek). Umieralność scharakteryzowana jest przez przeciętne trwanie życia noworodka, tj. syntetyczny miernik, określający średnią liczbę lat, jaką przy danej częstości występowania zgonów, ma do przeżycia noworodek, niezależnie od płci.

Tabela 1. Odsetek osób w wieku 65 i więcej lat w populacji stabilnej o różnych kombinacjach płodności i umieralności (w %)

Współczynnik reprodukcji brutto	Dalsze trwanie życia noworodka					
	30	40	50	60	70	80
2,0	5,8	5,9	5,9	5,9	6,1	7,5
1,0	14,5	14,9	15,5	15,7	16,5	20,2
0,8	17,8	18,9	19,7	20,1	21,2	25,9

Źródło: P. Uhlenberg, *Population aging and social policy*, „Annual Review of Sociology” 1992, vol. 18, s. 452.

Tabela 1 wskazuje na dwa podstawowe źródła starzenia się ludności: starzenia się od dołu piramidy wieku ludności⁴ i starzenia się od góry tejże piramidy. W pierwszym przypadku proces starzenia się ludności jest konsekwencją szybkiego spadku liczby urodzeń i tym samym relatywnego wzrostu znaczenia ludności w starszym wieku. W przypadku drugim źródłem starzenia się populacji są przemiany umieralności — wzrost liczby bezwzględnej osób starych i bardzo starych związany z wyższym prawdopodobieństwem przeżycia przez wcześniejsze etapy życia.

Dotychczas ważniejszym źródłem procesu starzenia się ludności było ograniczanie dzietności, aczkolwiek wiele wskazuje, że w przyszłości, wraz z koncentrowaniem się redukcji umieralności głównie wśród ludności starszej, wzrastać będzie waga starzenia się populacji „od góry piramidy wieku”. Potwierdzeniem powyższej konstatacji jest porównanie wpływu wyodrębnionych zmian współczynnika reprodukcji brutto i dalszego trwania życia na frakcję seniorów na podstawie danych zawartych w tabeli 1. Przy porównywalnej, relatywnej zmianie poziomu dzietności (z 2,0 do 0,8) i umieral-

⁴ Piramida wieku ludności to graficzna prezentacja struktury wieku ludności. Na osi pionowej umieszczona jest informacja o wieku, zaś na dwóch osiach poziomych — lewej dla mężczyzn i prawej dla kobiet — poziome „belki” wskazują na liczbę ludności danej płci w danym wieku. Informacja o liczbie może być podana w wielkościach bezwzględnych (tysiące, miliony osób) bądź względnych (odsetek ludności danej płci).

ności (z 30 lat do 80 lat) większa jest waga zmiany płodności na poziom zaawansowania procesu starzenia się ludności.

Niższy poziom umieralności odnotowywany w populacji kobiet wskazuje, że zbiorowość kobiet we współczesnych społeczeństwach charakteryzuje się wyższym stopniem zaawansowania procesu starzenia się niż populacja mężczyzn (przykładowo w Polsce w 2010 r. udział osób w wieku 60 lat i więcej wynosi wśród kobiet 22,7%, wśród mężczyzn 16,4%).

3. Etapy procesu starzenia się ludności

W długookresowym procesie zmiany struktury wieku ludności jako rezultatu wspomnianych przejść wyodrębnić można kilka etapów. Etap wyjściowy odznacza się bardzo niskim udziałem seniorów. Dopiero mechanizm przejścia demograficznego warunkuje pojawienie się zmian. Wpierw następuje odmłodzenie struktury wieku ludności. Ale dopiero kolejne sekwencje procesu zmian demograficznych związane są ze starzeniem się ludności — początkowo jest to proces powolny, później zauważa się szybki wzrost odsetka seniorów jako konsekwencję starzenia się „od dołu piramidy wieku”, na późniejszym etapie, pod koniec przejścia demograficznego, szybko wzrasta ów odsetek, co wynika ze starzenia się „od góry”. Wpływ starzenia się „od dołu piramidy wieku” jest efektem ograniczenia dzietności, osłabianym przez redukcję wysokiej niegdyś umieralności w pierwszych latach życia. Starzenie się „od góry” wynika z szybkiego ograniczania umieralności dorosłych, którzy dożywają zaawansowanego wieku. Początkowo redukcji podlega natężenie zgonów wśród dzieci i młodzieży oraz w młodszych grupach wieku dorosłego, dopiero relatywnie niedawno wyraźnie obniżyć się zaczął poziom umieralności seniorów i osób najstarszych⁵. Ostatnie dekady — wraz z nadejściem drugiego przejścia demograficznego — ponownie wzmogły wagę starzenia się „od dołu”.

Wraz z pojawieniem się redukcji umieralności starszych grup wieku rozpoczął się niezwykle ważny etap, wspomnianego już podwójnego starzenia się ludności, tj. wzrost w populacji seniorów udziału „starych starych” i „najstarszych starych”⁶. W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób najstarszych, z dynamiczną zmianą liczby stulatków⁷ (niektórzy mówią o „eksplozji stulatków”).

Na przebieg procesu starzenia się ludności niekiedy wpływ mają zdarzenia nadzwyczajne, m.in.: kryzysy społeczne, tj. przełomowe wydarzenia dotyczące zamieszkujące dany obszar zbiorowości o charakterze politycznym (wojny), ekonomicznym (dekonunktura gospodarcza) i normatywno-obyczajowym (szybkie zmiany mentalne), które determinują z jednej strony skłonność do zawierania związków małżeńskich i posiadania potomstwa, z drugiej zaś — poprzez dostępność wysokiej jakości wyżywienia, opał i środków higieny — stan zdrowia i częstość zgonów ludności. W czasie kryzysu ludzie

⁵ P. Szukalski, *Trwanie życia osób starych w Europie na przełomie XX i XXI wieku*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 2, s. 55–62.

⁶ W amerykańskiej literaturze gerontologicznej popularny jest podział zbiorowości seniorów na trzy grupy: „młodych starych” (osoby w wieku 65–74 lata), „starych starych” (75–84 lata) i „najstarszych starych” (85 lat i więcej).

⁷ Przykładowo według najnowszej prognozy GUS-u z 2008 roku dla Polski liczba osób w wieku 60–74 lat wzrosnąć ma w latach 2008–2030 o 40%, 75–84 lat o 65,6%, zaś 85 lat i więcej o 90%. Jednocześnie liczba stulatków będzie wyższa o 253%.

odraczają moment podjęcia ważnych, długookresowych zobowiązań lub z nich rezygnują. Gdy kryzys się kończy, pojawia się faza kompensacji — jednostki zaczynają realizować swoje plany życiowe, ponieważ nadszedł ku temu sposobny czas.

W polskich warunkach istotny wpływ na przebieg procesu starzenia się ludności miała II wojna światowa. Przyspieszony wzrost odsetka ludzi starych w najbliższych dekadach uwarunkowany będzie dochodzeniem do wieku 60 lat dużych liczebnie generacji urodzonych w okresie powojennej kompensacji urodzeń (tj. w latach 1946–1960). Jednocześnie relatywnie słabe tempo starzenia się ludności w pierwszych latach XXI wieku (co również wynikało z wpływu kryzysu politycznego) również wynikało z wpływu tego czynnika — do wieku 60 lat dochodziły bowiem mało liczne, „wojenne” roczniki.

4. Starzenie się ludności w Polsce w nadchodzących dekadach

Stopień zaawansowania starości demograficznej w przyszłości uzależniony jest zarówno od wyjściowej struktury wieku ludności, jak i poziomu dzietności i umieralności odnotowywanych w dłuższym czasie w danej zbiorowości. Chcąc dokonać egzemplifikacji, odwoływać się będę do badań bazujących na najnowszej prognozie demograficznej GUS-u, pochodzącej z 2008 roku. Zgodnie z tą prognozą (opracowaną na lata 2008–2035) liczba ludności Polski zmniejszy się z 38,1 mln osób mieszkających w naszym kraju w 2007 roku do 36 mln osób w 2035 roku (tj. o 5,5% stanu początkowego). Jednocześnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym (zob. niżej) zwiększy się o 3,54 mln, czyli o 64,4%.

Zachodzące przemiany demograficzne są bardzo zróżnicowane przestrzennie, co oznacza różną skalę problemów, z jakimi poszczególne regiony będą mieć w konsekwencji starzenia się ludności. W przypadku struktury wieku, podstawowe informacje odnoszące się do podziału wojewódzkiego zawarte zostały w tab. 2.

Ograniczono się przy tym do podania jedynie trzech wskaźników, posiadających kluczowe znaczenie dla zrozumienia zachodzących zmian. Udział dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat włącznie informuje o poziomie młodości demograficznej i potencjalne ludnościowym w nadchodzącym okresie (wszak to ci młodzi ludzie w perspektywie kilku, dwudziestu kilku lat decydować będą o poziomie urodzeń w danej zbiorowości). Udział osób w wieku 65 lat i więcej dostarcza danych o stopniu zaawansowania procesu starzenia się ludności, zaś odsetek osób mających przynajmniej 80 lat jest pośrednio wskaźnikiem zapotrzebowania ze strony nestorów na stałą opiekę formalną i nieformalną.

W generalnie w przypadku zarówno udziału dzieci i młodzieży, jak i udziału seniorów, zmiany we wszystkich jednostkach administracyjnych są jednokierunkowe, choć niekoniecznie o takiej samej skali. Niemniej ich ostatecznym rezultatem ma być zmniejszenie się dyspersji przestrzennej struktur wieku ludności, a zatem większe ujednoczenie frakcji ludności młodej i starszej. Zaznaczenia godna jest przy tym relatywnie niewielka skala zmian uporządkowania województw według udziałów dzieci i młodzieży oraz osób starszych w analizowanym okresie.

Województwo łódzkie zarówno na początku badanego okresu, jak i w ostatnim roku projekcji należeć będzie do grupy jednostek administracyjnych o najwyższym udziale osób starszych i najniższym odsetku dzieci. Jednakże utraci prymat w tym względzie posiadany w roku 2007 na rzecz województw świętokrzyskiego i opolskiego. Niemniej

do roku 2035 odznaczać się na nadal prawie najwyższym w skali kraju udziałem osób bardzo starych, tj. mających przynajmniej 80 lat.

Tabela 2. Udział dzieci oraz seniorów według województw w latach 2007 i 2035 (jako % ogółu ludności)

Województwo	2007			2035		
	Do 18 lat	65+ lat	80+ lat	Do 18 lat	65+ lat	80+ lat
Dolnośląskie	19,4	13,5	3,1	15,8	23,8	7,7
Kujawsko-pomorskie	21,9	12,5	2,7	17,1	23,0	7,1
Lubelskie	22,0	14,3	3,4	16,6	24,4	7,5
Lubuskie	21,6	11,8	2,6	17,0	23,1	7,1
Łódzkie	19,5	15,0	3,6	15,7	25,0	8,0
Małopolskie	22,3	13,4	3,0	17,2	22,1	6,5
Mazowieckie	20,4	14,5	3,5	17,3	22,1	7,1
Opolskie	19,7	14,1	2,7	14,7	25,2	7,3
Podkarpackie	23,3	13,0	2,9	17,1	23,0	6,6
Podlaskie	21,9	14,7	3,4	16,5	24,9	7,3
Pomorskie	22,4	12,2	2,6	18,1	21,6	6,8
Śląskie	19,4	13,8	2,7	15,7	24,7	7,6
Świętokrzyskie	20,9	14,8	3,5	15,4	26,2	8,2
Warmińsko-mazurskie	22,9	11,8	2,5	17,4	22,9	6,8
Wielkopolskie	22,2	11,9	2,7	17,5	21,6	6,5
Zachodniopomorskie	20,9	12,2	2,6	16,4	23,3	7,3

Źródło: [GUS, 2008]

Wynikiem wspomnianej, postępującej homogenizacji struktur wieku ludności zamieszkującej poszczególne województwa będzie również zmniejszanie się różnic w poziomie współczynnika obciążenia ekonomicznego. Współczynnik ten informuje, ile osób w wieku nieprodukcyjnym przypada na 100 osób w wieku produkcyjnym. Często dodatkowo rozbijany jest na dwie składowe: obciążenie ludności w wieku produkcyjnym (tj. zgodnie z polskim prawem kobiet w wieku 18–59 i mężczyzn mających 18–64 lat) populacją w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat) oraz populacją w wieku poprodukcyjnym (kobiety 60+ lat, mężczyźni 65+ lat).

Generalnie wartość współczynników obciążenia ekonomicznego będzie wzrastać w analizowanym okresie, aczkolwiek zarówno w roku 2007, jak i 2035 poszczególne jednostki administracyjne odznaczać się mają zbliżonym poziomem zróżnicowania mierzonego w ujęciu bezwzględny. Ekstrema bowiem w roku 2007 wynoszą 54,8 w wieku nieprodukcyjnym na każde 100 osób w wieku produkcyjnym (dolnośląskie) i 63,7 (podlaskie), podczas gdy w ostatnim roku prognozy są to odpowiednio 74 (wielkopolskie) i 82,3 (świętokrzyskie). Na koniec okresu projekcji obciążenie ludnością młodą ma być przy tym zdecydowanie mniej zróżnicowane niż ciężar utrzymywania ludności w wieku poprodukcyjnym — w pierwszym przypadku bowiem poza województwa-

mi opolskim (25,9) i pomorskim (31,8) współczynnik mieści się w przedziale 28–31 osób w wieku nieprodukcyjnym na każde 100 w wieku produkcyjnym. Tymczasem druga składowa obciążenia ekonomicznego przyjmować będzie wartości od 43,5 do 54,3. Porównując powyższe wielkości z tymi odnoszonymi się do roku 2007, widoczna się staje zmiana składowej o większej dyspersji. W okresie wyjściowym bowiem wyższym zróżnicowaniem odznaczały się obciążenia dziećmi i młodzieżą (ekstrema to 30,1 i 38) w porównaniu z „balastem” seniorów (21,9 i 28,6).

Tabela 3. Współczynniki obciążenia ekonomicznego według województw w latach 2007 i 2035 (A – przedprodukcyjny, B — poprodukcyjny)

Województwo	2007			2035		
	A	B	ogółem	A	B	ogółem
Dolnośląskie	30,1	24,8	54,8	27,8	48,3	76,0
Kujawsko-pomorskie	34,7	23,8	58,5	30,2	46,9	77,2
Lubelskie	36,1	27,7	63,7	30,0	50,4	80,4
Lubuskie	33,5	21,9	55,5	30,0	46,9	76,9
Łódzkie	31,1	28,6	59,7	28,3	51,8	80,1
Małopolskie	36,1	25,7	61,7	30,1	44,6	74,7
Mazowieckie	32,6	27,5	60,1	30,4	45,0	75,3
Opolskie	30,9	25,6	56,5	25,9	51,1	77,0
Podkarpackie	38,0	24,9	62,8	30,3	46,9	77,2
Podlaskie	35,9	27,8	63,7	29,9	51,3	81,2
Pomorskie	35,4	22,9	58,4	31,8	43,8	75,6
Śląskie	30,2	25,7	55,8	28,0	50,3	78,3
Świętokrzyskie	34,0	28,3	62,2	28,0	54,3	82,3
Warmińsko-mazurskie	36,3	21,9	58,2	30,9	46,7	77,6
Wielkopolskie	35,0	22,8	57,7	30,4	43,5	74,0
Zachodniopomorskie	32,4	22,6	55,1	28,8	47,1	75,9

Źródło: jak w tab. 3

Choć przestrzenne zróżnicowanie nie będzie rzutować na wysokość podatków płaconych przez mieszkańców danego województwa, bez wątpienia przekładać się będzie na strukturę wydatków lokalnych samorządów. Niższe obciążenie dziećmi i młodzieżą umożliwi bowiem ograniczenie wydatków na oświatę i edukację, z kolei wyższe obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym przekłada się na wyższe koszty dostosowania usług społecznych i infrastruktury do potrzeb osób starszych.

Problem ten staje się bardzo widoczny po przywołaniu znajdujących się w tab. 10 danych odnoszących się do wskaźnika struktury informującego o procencie osób mających przynajmniej 80 ukończonych lat. Pomijając zakres i intensywność potrzeb zdrowotnych tej grupy wieku, pamiętać należy o częstym wśród nestorów odwoływaniu się do codziennego wsparcia nieformalnego i formalnego. W przypadku pomocy nieformalnej — głównie rodzinnej — oznacza to wzrost obciążenia rodzin koniecznością wy-

gospodarowania czasu niezbędnego do świadczenia różnorodnych usług na rzecz najstarszych swych członków. W przypadku pomocy formalnej wzrost liczby i udziału osób bardzo starych przekłada się na zapotrzebowanie na usługi domów pomocy społecznej, domów dziennego pobytu i środowiskowych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych finansowanych ze środków samorządowych. W takim przypadku oczekiwać należy, iż mieszkańcy województw o niskim udziale osób najstarszych w przyszłości (6,5% — województwo małopolskie i wielkopolskie w roku 2035) liczyć będą mogli na generalnie wyższe zakres i jakość usług świadczonych przez samorządy lokalne w porównaniu do tych jednostek administracyjnych, gdzie osób bardzo starych będzie relatywnie dużo (np. świętokrzyskie — 8,2% czy łódzkie 8%).

5. Konsekwencje starzenia się ludności

Konsekwencje procesu starzenia się, z czego musimy sobie zdawać sprawę, mają wieloaspektowy charakter. Ograniczę się tutaj do konsekwencji przejawiających się w sferze ekonomii, opieki zdrowotnej, relacji międzypokoleniowych w społeczeństwie i rodzinie.

Z punktu widzenia ekonomii podstawowe znaczenie ma zwiększające się obciążenie ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku poprodukcyjnym. W tym przypadku bardziej właściwe byłoby zapewne posługiwanie się miarą określającą stosunek pracujących do pobierających świadczenia emerytalne i rentowe, niemniej jednak tradycyjnie używany jest współczynnik obciążenia ekonomicznego, określający stosunek ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety — 60 lat i więcej, mężczyźni — 65 lat i więcej) i ludności w wieku produkcyjnym (kobiety 18–59 lat, mężczyźni — 18–64 lata). Stosunek ten zwiększyć ma się w Polsce pomiędzy 2007 a 2035 rokiem z 24,8 osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym na 46,4 (rys. 2). Oznacza to, że, chcąc utrzymać wysokość świadczeń emerytalno-rentowych i poziom opieki zdrowotnej seniorów, należy oczekiwać zwiększonych obciążeń fiskalnych nakładanych na wynagrodzenia i wydatki ponoszone głównie przez osoby aktywne zawodowo.

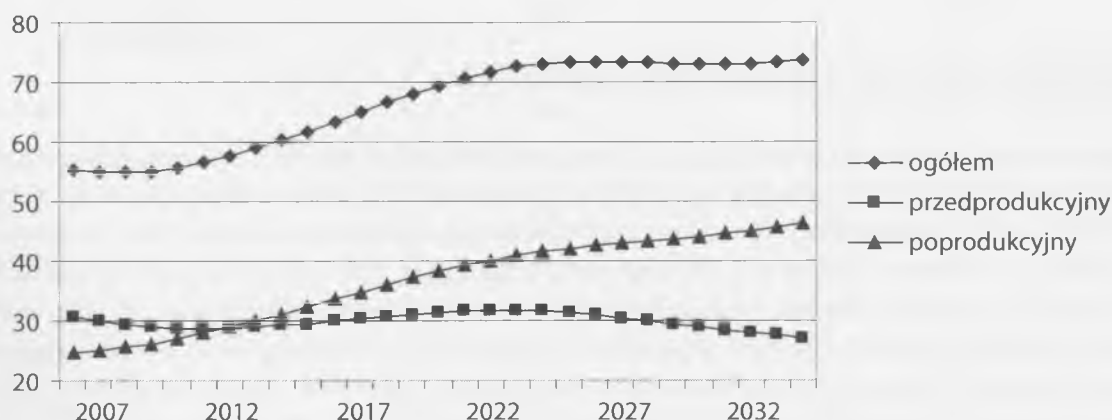
W efekcie wzrosnąć ma obciążenia osobami w wieku nieprodukcyjnym ogółem, i to pomimo spodziewanego zmniejszenia się obciążenia osobami młodymi w wieku przedprodukcyjnym (tj. mającymi mniej niż 18 lat).

Proces starzenia się ludności stawia nowe zadania przed systemem opieki zdrowotnej. Osoby starsze częściej są pacjentami otwartych i zamkniętych placówek ochrony zdrowia (przykładowo, częstość hospitalizacji dla chorób układu krążenia była w 1999 r. blisko 12-krotnie wyższa wśród osób w wieku 65 lat i więcej niż wśród osób w wieku 35–44 lata)⁸. Szacunki dokonane na bazie poprzedniej prognozy demograficznej z 2003 roku podawały, że pomimo spadku liczby mieszkańców naszego kraju pod wpływem procesu starzenia się, liczba niepełnosprawnych wzrośnie (przy założeniu braku zmian częstości niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku) między 2002 a 2030 rokiem o 32,7%⁹. Inne obliczenia na bazie tej samej projekcji podają np. samoczynny wzrost liczby złamań osteoporotycznych (o 34%) z powodu zmiany liczebności osób

⁸ B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2003.

⁹ P. Szukalski, *Projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów do roku 2030*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 106–112.

starszych¹⁰. Z kolei szacunki finansowych potrzeb systemu opieki zdrowotnej mówią o konieczności przeciwdziałania procesowi starzenia się ludności w postaci realnego 13-procentowego wzrostu wydatków w najbliższym dwudziestoleciu, aby utrzymać poziom świadczeń medycznych na stałym poziomie. Ze względu na podwójne starzenie się ludności wzrośnie zapotrzebowanie na procedury związane ze specyficznymi potrzebami najstarszych pacjentów. Poza czynnikiem demograficznym zapotrzebowanie na opiekę medyczną nad seniorami wynikać będzie z przemian mentalnych — coraz częstszemu odchodzenia od postrzegania starości jako okresu nieuniknionej niepełnosprawności i chronicznych chorób na rzecz percepcji tej fazy życia jako wolnej od powyższych przypadłości.



Rys. 2. Współczynnik obciążenia ekonomicznego ogółem i według kategorii wieku nieprodukcyjnego w Polsce w latach 2007–2035

Źródło: obliczenia własne na podstawie Prognozy GUS z 2008 r. (wersja dostępna na stronie www.stat.gov.pl w dniu 10.05.2009)

Starzenie się ludności pociąga za sobą również zmianę relacji międzypokoleniowych, zarówno w społeczeństwie, jak i w jego podstawowej jednostce — rodzinie. W społeczeństwie pojawia się z jednej strony „nowa waloryzacja” seniorów (dowartościowywanie tej grupy ludności jako licznych wyborców czy zasobnych konsumentów) oraz zachęcanie do wzrostu „społecznej produktywności” (partycypacja w życiu politycznym, kulturalnym, wolontariacie), czyli przedłużania aktywności zawodowej. Z drugiej strony mamy do czynienia z rozprzestrzenianiem się ideologii *ageizmu* (dyskryminacji ze względu na wiek), bazującej na wspomnianym wzroście obciążeń podatkowych jako konsekwencji wzrostu liczby osób starszych, kulcie młodości i niedostosowaniu wielu seniorów do szybkiego tempa zmian technologicznych, jakim podlega współczesne społeczeństwo, postrzeganiu pracujących ludzi starych jako „zabierających” stanowiska pracy bezrobotnej młodzieży.

W rodzinie zmienia się również pozycja seniorów, z jednej strony wzrasta waga międzypokoleniowej więzi emocjonalnej i prywatnych transferów intergeneracyjnych (dary rzeczowe i finansowe, użyczenie mieszkania, wzajemna opieka, świadczenie różnorodnych usług). Z drugiej strony zasada „intymności na dystans” (tj. oddzielne zamieszkiwanie dorosłych przedstawicieli różnych generacji) zmniejsza współzależność. W przyszłości coraz większą wagę dla relacji w rodzinie i poza nią mieć będą obserwowane

¹⁰ M. Kulbaczevska, B. Kulbaczewski, *Złamania osteoporotyczne — problem społeczny starzejącej się populacji Polski*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 59–71.

obecnie tendencje w zakresie formowania związków (upowszechnianie się życia w samotności), bezdzietności i małodzieństwa, rozwodów. W ich konsekwencji erozji ulegnie demograficzny wymiar rodziny, w rezultacie zmniejszy się prawdopodobieństwo posiadania opiekuna rodzinnego, a zwiększy obciążenie takich opiekunów. Zmiany takie spowodują konieczność dalszego przeformułowania polityki gospodarczej i społecznej (w tym systemu ochrony zdrowia i usług opiekuńczych).

6. Demografia apokaliptyczna¹¹

Przedstawiciele nauki i polityki, od czasu zainteresowania się konsekwencjami procesu starzenia się ludności, postrzegali wzrost udziału seniorów i wydłużanie się trwania życia w okresie starości jako zjawiska niepokojące. Owo jednomyślne w przeszłości w zasadzie mniemanie, nazwane przez E. Gee demografią apokaliptyczną¹², że wzrastająca liczba osób starszych mieć będzie katastrofalne skutki dla społeczeństwa, zasadało się — zdaniem przywołanej kanadyjskiej badaczki — na pięciu „aksjomatach”:

- homogenizacji zbiorowości seniorów;
- „obwinianiu” osób starszych;
- postrzeganiu procesu starzenia się w kategoriach problemu społecznego;
- rozbudzaniu konfliktów międzypokoleniowych na bazie dyskusji o międzypokoleniowej (nie)sprawiedliwości i (nie)równości;
- bezwzględny i stały łączący proces starzenia się z polityką społeczną.

Zanim przyjrzymy się powyższym „aksjomatom” i ich prawdziwości, warto zaznaczyć, że w rzeczywistości demografia apokaliptyczna bazuje na jeszcze jednym, nieuwzględnionym przez E. Gee, założeniu, na nieuniknionym pogarszaniu się wraz z wiekiem stanu zdrowia, zdolności kognitywnych, kompetencji społecznych i zawodowych. Przyjęcie tego założenia prowadzi do wyodrębniania „jakościowo” różnych faz dorosłości: młodości i starości. To przekonanie — powszechne w gerontologii społecznej — prowadziło do wniosku, że seniorzy powinni „dostosować się” do swojej zmniejszającej się „użyteczności”, wycofując się z pełnionych ról społecznych. Ze względu na pojawiające się w rezultacie tego rozliczne deficyty, zadaniem państwa, instytucji publicznych i prywatnych (a przede wszystkim rodziny) jest pomoc w kompensowaniu pojawiających się braków.

Pomni tej uwagi, spójrzmy na przedstawione powyżej aksjomaty apokaliptycznej demografii.

W przypadku homogenizacji populacji seniorów chodzi o milczące założenie braku różnicowania stanu zdrowia i innych ważnych z praktycznego punktu widzenia charakterystyk tej zbiorowości. Tymczasem jeśli spojrzymy, choćby na newralgiczną cechę — deklarowaną niepełnosprawność (odczuwaną niemożność wykonywania wszystkich czynności dnia codziennego) jest ona wyraźnie zróżnicowana według wieku. Przykładowo według danych Narodowego Spisu Powszechnego (2002 r.) wśród osób w wieku 60–64 lata 35,3% deklarowało niepełnosprawność, w wieku 65–69 lat — 35,8%, 70–74 lata — 41,4%, 75–79 lat — 46,1%, zaś w wieku 80 lat i więcej — 48,8%¹³. W kra-

¹¹ W niniejszym punkcie korzystam z fragmentów swego innego opracowania: P. Szukalski, *Zagrożenie czy wyzwanie — proces starzenia się ludności*, op. cit., s. 6–10.

¹² G. Gutman, *Meeting the challenges of global aging: the need for a gerontological approach*, [w:] *Geriatrics 2006, Proceedings of the International Congress of Elderly Health*, Istanbul 2006, Turkey, s. 13–24.

¹³ *NSP'2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Część I: Osoby niepełnosprawne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.

jach wyżej rozwiniętych różnice pomiędzy grupami wieku są jeszcze bardziej widoczne, głównie wskutek niższych deklaracji wśród młodszych grup osób „po sześćdziesiątce”.

Seniorzy traktowani są jako monolityczna grupa zasługująca na względy z powodu ubóstwa. Tymczasem zasięg ubóstwa jest w tej grupie zdecydowanie niższy niż w rodzinach mających na wychowaniu dzieci — ta prawidłowość występuje we wszystkich rozwiniętych krajach¹⁴. Swoistym przejawem homogenizacji była również głęboka do niedawna wiara w niezmiennosc przebiegu ontogenezy jednostek przynależących do różnych kohort¹⁵. Dopiero w ostatnim ćwierćwieczu pojawiły się dowody, świadczące o postępującej poprawie stanu zdrowia kolejnych generacji i spowolnieniu przebiegu starzenia się na poziomie jednostkowym.

Kolejny aksjomat dotyczy „bycia winnymi” przez seniorów. Klasyczny tekst Prestona¹⁶ wskazywał na odmienną ewolucję w okresie powojennym podejścia polityki społecznej w krajach rozwiniętych do dzieci i seniorów. Marginalizacji problemów najmłodszego pokolenia i ich rodziców towarzyszył wzrost programów ukierunkowanych na seniorów (zjawisko to widoczne było przede wszystkim w przyporównaniu tempa wzrostu wydatków publicznych na poszczególne grupy wieku). W sytuacji załamania się finansów publicznych w końcu lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku (stagnacja ekonomiczna po kryzysie naftowym), wzrostu zadłużenia publicznego i konieczności redukcji różnorodnych działań pomocowych, zaczęto szukać winnych. Seniorzy okazali się (przede wszystkim w USA) znakomitymi kozłami ofiarnymi, oskarżanymi o wyciąganie publicznych środków, choć ich poziom życia jest relatywnie niezły — głównie dzięki postrzeganiu ich przez walczące między sobą partie polityczne jako rosnący w siłę, chętny do udziału w wyborach, wart zabiegów elektorat. Jednocześnie zapomniano, że część przypisywanych „chciwości” osób starszych wydatków publicznych wynikała z obecności w sferze działań politycznych założenia o homogeniczności seniorów, a tym samym z braku uzależnienia przydzielanego wsparcia od innego kryterium niż wiek¹⁷.

W rezultacie proces starzenia się ludności postrzegany był w kategoriach ważnego problemu społecznego, równie dotkliwego i powszechnego, jak i nieuniknionego — problemu głównie o charakterze ekonomicznym. Wynikające ze zmiany trybu reprodukcji ludności zachwianie relacji liczbowych młodzi/starzy zaczęło być zauważane jako zdarzenie rodzące niepokojące skutki fiskalne i budżetowe. Zmniejszającej się liczbie płatników relatywnie wysokich danin publicznych (osoby pracujące) towarzyszył wzrost liczebności „chciwych i niepohamowanych” starszych konsumentów środków publicznych. Zainteresowanie przyciągnęły zwłaszcza kwestia stabilności systemów emerytalnych (działających na zasadzie *pay-as-you-go*) i koszty opieki zdrowotnej.

Porównanie kosztów i korzyści, jakie wskutek przynależności do społeczeństwa ponoszą jednostki z różnych generacji, a zatem odpowiednio danin i działań publicznych,

¹⁴ *Ku godnej, aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym, Polska 1999*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999.

¹⁵ Kohorta w demografii jest to grupa jednostek, które w tym samym okresie doświadczyły tego samego zdarzenia. Najczęściej używa się tego terminu do opisu jednostek, które urodziły się w tym samym czasie, np. w ciągu dekady, pięciolecia czy roku (w tym ostatnim przypadku zamiennie używana jest nazwa generacja).

¹⁶ S. H. Preston, *Children and the elderly: Divergent paths for America's dependents*, „Demography” 1984, vol. 21, nr 3, s. 435–457.

¹⁷ R. H. Binstock, *The oldest old and „intergenerational equity”*, [w:] R. M. Suzman, D. P. Willis, K. G. Manton (eds.), *The oldest old*, Oxford University Press, New York 1992, s. 394–417.

doprowadziło do coraz powszechniejszego analizowania wzrostu obciążenia demograficznego ludnością starszą w kategoriach kontraktu międzypokoleniowego z odwołaniem się do pojęcia „równości” i przede wszystkim sprawiedliwości międzypokoleniowej. Ta ostatnia kategoria, głównie dzięki wpływowym pracom Laurence’a J. Kotlikoffa¹⁸, stanowiącym punkt wyjścia dla rachunkowości generacyjnej¹⁹, w najczęściej występującej postaci definiowana jest jako takie samo względne obciążenie saldem transferów publicznych każdej kolejnej generacji. Prowadzone w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku badania wielokrotnie wskazywały, że saldo to jest bardzo korzystne dla dzisiejszych emerytów, chociaż kosztem następnych pokoleń, zmuszonych do spłacania „nadmiernych” zobowiązań, co prowadziło do stawiania pytań odnoszących się do możliwości i konieczności redefiniowania kontraktu międzypokoleniowego²⁰. Jednak podstawowym zarzutem stawianym rachunkowości generacyjnej jest nieuwzględnienie w prowadzonych rachunkach społecznie użytecznej działalności wolontarystycznej oraz prywatnych przepływów międzypokoleniowych. W obu przypadkach mamy do czynienia z wyraźnym przepływem pożytków od osób starszych do młodszych.

Przedstawiony tok myślenia, obciążający seniorów odpowiedzialnością za liczne problemy społeczne, wzmaga niechęć do nich (jako do grupy, a nie do żyjących w sąsiedztwie jednostek), owocując wzrostem *ageizmu*, tj. budowaniem stereotypów i nierównym traktowaniem jednostek na bazie przynależności do różnych grup wieku²¹. Działo się tak,

¹⁸ L. J. Kotlikoff, *Generational accounting. Knowing who pays, and when, for what we spend*, The Free Press, New York 1993.

¹⁹ Zob. P. Szukalski, *Rachunkowość generacyjna*, „Polityka Społeczna” 2000, nr 11–12, s. 17–21.

²⁰ Kontrakt międzypokoleniowy (umowa międzypokoleniowa) jest to, bazujące na zasadzie odroczonej i ekwiwalentnej wymiany, porozumienie dotyczące intergeneracyjnej redystrybucji atrybutów statusu społecznego, a zatem takich zasobów, jak: władza, prestiż (który utożsamić można z przywództwem kulturowym) i bogactwo materialne. Celem umowy jest określenie beneficjanta ponoszącego koszt danej alokacji, jej czasu, miejsca, formy oraz innych warunków szczegółowych. Tym, co odróżnia ten rodzaj umowy od typowych umów formułowanych na zasadach rynkowych, jest brak dwóch zgodnych oświadczeń woli stron przystępujących do umowy w chwili jej zawarcia. W przypadku umów rynkowych kontrahenci są w momencie zawierania kontraktu znani sobie i zdolni (w znaczeniu prawnym) do składania oświadczeń woli, bowiem żyją. Tymczasem w przypadku umowy międzypokoleniowej podejmowane są zobowiązania wobec jednostek i grup, które bądź już wymarły, bądź się jeszcze nie narodziły. Kontrakt międzypokoleniowy składa się z dwóch podumów: publicznej, dotyczącej redystrybucji zasobów w ramach jakiejś zbiorowości (współcześnie w większości przypadków w ramach państwa), oraz prywatnej, dotyczącej redystrybucji w ramach rodziny. Tym samym odnosi się do dwóch odmiennych znaczeń pojęcia generacji (pokolenia). Wedle pierwszego z nich, aby określić pokolenie niezbędne jest uwzględnienie wieku (a czasami również aktywności zawodowej), zaś zdefiniowane na ich podstawie generacje nazwać możemy docelowymi grupami polityki społecznej. Z kolei w ramach rodziny dla określenia przynależności do danej generacji ważne jest jedynie miejsce w sieci związków, łączących członków rodziny. Te dwa pojęcia się oczywiście nie pokrywają, rodzice i dzieci bowiem mogą być jednocześnie np. w wieku aktywności zawodowej lub wieku emerytalnym. P. Szukalski, *Kontrakt międzypokoleniowy a zasada sprawiedliwości międzypokoleniowej*, [w:] L. Frąckiewicz, A. Rączaszek (red.), *Kapitał społeczny*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004, s. 169–184; P. Szukalski, *Starzenie się ludności — ku redefinicji kontraktu międzypokoleniowego?*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 248–260.

²¹ P. Szukalski, *Dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) — przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 2, s. 11–15; P. Szukalski, *Ageizm — dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski — między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 153–184.

mimo że każda dyskryminacja związana jest też z pewnymi kosztami dla osób i instytucji dyskryminujących²².

W konsekwencji uznanie starości demograficznej i rozrostu liczebnej populacji seniorów za zagrożenie dla długookresowego dobrobytu społecznego prowadziło do nadmiernie uproszczonego i stygmatyzującego traktowania osób starszych przez decydentów i instytucje polityki społecznej, powodując rozbudowę tych ostatnich. Działo się tak przede wszystkim wskutek pozbawienia w potocznym myśleniu seniorów innych ról społecznych niż tylko konsumentów różnorodnych usług społecznych, ludzi w rzeczywistości bezproduktywnych.

Nieunikniony dalszy wzrost kosztów polityki wobec ludzi starych prowadził do konieczności przemyślenia na nowo problematyki starzenia się ludności. W tym przypadku występowały dwa podejścia. Pierwsze z nich, będąc kontynuatorem demografii apokaliptycznej, wyraźnie podkreślało konieczność przywrócenia „sprawiedliwości międzypokoleniowej”, głównie poprzez przesunięcie odpowiedzialności z sektora publicznego na sektor prywatny. Beneficjentami takiego podejścia są jednak głównie środowiska, które w imię dążenia do likwidacji/ograniczenia „zagrożenia” takie propozycje składają. Są to zatem zarówno rządy, jak i prywatne podmioty gospodarcze.

Drugiemu, alternatywnemu podejściu poświęcona zostanie kolejna część niniejszego rozdziału. Punktem wyjścia do jego prezentacji — na zasadzie kontrastu — niech będzie stwierdzenie, że podejście nazwane demografią apokaliptyczną koncentruje się na podkreśleniu społecznych (przede wszystkim ekonomicznych) kosztów wzrostu udziału osób starszych przy założeniu stałości pozostałych warunków brzegowych, w jakich funkcjonuje społeczeństwo. Sprawdzeniu słuszności tego założenia poświęcimy następny punkt.

7. Najważniejsze długookresowe tendencje zaprzeczające aksjomatom demografii apokaliptycznej

W ostatnich dekadach mamy do czynienia z wyraźnym przeformułowaniem owych warunków brzegowych. Poważne zmiany odnoszą się do stałej poprawy stanu zdrowia seniorów, wzrostu świadomości swoich praw przez starszy odłam ludności i zainteresowania koncepcją pomyślnego starzenia się.

Najważniejszą przesłanką wskazującą, że założenia leżące u podstaw apokaliptycznej demografii są błędne, jest ewolucja stanu zdrowia seniorów w krajach rozwiniętych. Zarówno wskaźniki pośrednie (trwanie życia), jak i bezpośrednie (niepełnosprawność, częstość występowania poważnych chorób i hospitalizacji) świadczą o postępującej poprawie stanu zdrowia, generalnie potwierdzając Friesowską tezę o kompresji zachorowalności²³. Nie dość, że wydłuża się trwanie życia, większość przyrostu w krajach wysoko rozwiniętych jest efektem redukcji umieralności po 60. roku życia, zaś najbardziej

²² Przykładowo, w Wielkiej Brytanii szacuje się, że corocznie wskutek dyskryminacji seniorów na rynku pracy straty wynoszą 23 mld euro, zaś koszt zbędnie wypłacanych zasiłków i utraconych podatków to dalsze 6,3 mld euro. E. Thorpe, *Dyskryminacja ze względu na wiek w Unii Europejskiej*, [w:] *My też — seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2004, s. 52.

²³ Teza ta sprowadza się do oczekiwania skracania się średniego okresu, jaki upływa pomiędzy chwilą wystąpienia niepełnosprawności a momentem zgonu.

dynamicznie wzrasta trwanie życia osób starych. Jednocześnie wyraźnie opóźnia się moment wystąpienia poważnej niepełnosprawności, wskazując na możliwość współwystępowania sędziwego wieku i dobrego zdrowia²⁴. Niektóre symulacje wykonane dla UE-15 wskazują, że w przypadku utrzymania się w przyszłości tempa obniżania współczynników niepełnosprawności odnotowanego w ostatnich dwóch dekadach XX wieku w perspektywie do 2050 roku redukcja ta całkowicie zrekompensuje wzrost liczby osób niepełnosprawnych, wynikający z procesu starzenia się ludności²⁵.

Postępująca poprawa stanu zdrowia osób starszych mogłaby się przełożyć na wydłużenie okresu aktywności zawodowej. Nie dzieje się tak jednak. Choć prowadzone w ostatnich latach badania wśród starszych wiekiem osób wskazują, że generalnie brak jest przesłanek do jednoznacznego łączenia faktu przekroczenia 50. roku życia z obniżaniem się psychicznych i somatycznych predyspozycji do wykonywania pracy²⁶, pogląd taki wciąż funkcjonuje i to zarówno wśród seniorów, osób na przedpolu starości, jak i wśród pracodawców. Sytuacja na rynku pracy państw Europy ostatniego trzydziestolecia była przyczyną podtrzymywania bodźców do wcześniejszej dezaktywacji zawodowej, co z kolei wytworzyło i utrwaliło społeczne oczekiwania do powielania takiego wzorca zaprzestania kariery profesjonalnej w przyszłości. Powstaje zatem wyraźna luka pomiędzy otrzymywaniem świadczenia, będącego z definicji formą rekompensaty za malejącą wskutek łączonego z wiekiem współwystępowania chorób produktywność (tym samym niższą płacę), a psychofizyczną możliwością wykonywania pracy.

Jednocześnie ostatnie dwie dekady przynoszą wyraźny wzrost świadomości wśród seniorów własnych praw — socjalnych, zawodowych, edukacyjnych. Jest to z jednej strony przejaw kolejnej fazy zwalczania nierówności społecznych (w tym przypadku ograniczania *ageizmu*, widocznego coraz bardziej przede wszystkim na rynku pracy), z drugiej zaś — wzrostu samooceny własnej wartości (traktowania tak przez seniorów, jak i inne osoby jednostek starszych jako zasobu, nosicieli cennego kapitału w postaci doświadczenia, bardziej prospołecznych wartości, umiejętności współpracy).

Poprawa stanu zdrowia i wzrost świadomości własnych praw są bezpośrednio związane z pojawieniem się koncepcji pomyślnego starzenia się (*successfull ageing*), która w ostatnich latach pod wpływem Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* — WHO) coraz częściej utożsamiana jest z aktywnym starzeniem się (*active ageing*). Koncepcja ta w skrócie odwołuje się do konieczności zapewnienia na starość dostępu do trzech newralgicznych sfer, warunkujących optymalną jakość życia: zdrowia, samodzielności i produktywności²⁷. Jej trzon zasadza się na przekonaniu, że pomyślne starzenie się jest związane z aktywnością, zarówno zawodową, jak i społeczną, dostoso-

²⁴ Warto podkreślić, że taka ewolucja stanu zdrowia seniorów jeszcze raz wskazuje na bezzasadność założenia o jednorodności osób starszych.

²⁵ W. Lutz, S. Scherbov, *Will population ageing necessarily lead to an increase in the number of persons with disabilities? Alternative scenarios for the European Union*, "European Demographic Research Papers" 2003, nr 3, 25 s.

²⁶ Tekst A. Bortkiewicz w niniejszym tomie oraz T. Makowiec-Dąbrowska, *Wiek jako determinant zdolności do pracy ze szczególnym uwzględnieniem wysiłku fizycznego*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 151–157; B. Dudek, D. Pabich-Zrobek, *Zmiany w sprawności funkcji psychologicznych spowodowane starzeniem się a niezawodność starszych pracowników*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, op. cit., s. 158–169.

²⁷ A. Walker, *Active ageing: Maintaining health and autonomy across the life course*, [w:] *Geriatrics 2006, Proceedings of the International Congress of Elderly Health*, op. cit., s. 107–113.

waną do stanu zdrowia, aktywnością o charakterze prewencyjnym, zarówno na poziomie indywidualnym (zagospodarowanie przez seniorów czasu, doświadczenia, chęci bycia użytecznym; możliwość podniesienia poziomu życia dzięki dodatkowym dochodom), jak i grupowym (aktywność jednostek przekłada się na ich większą samodzielność, a zatem zmniejsza obciążenie społeczeństwa; wytwarzane są dodatkowe dobra materialne i niematerialne — wiązki użyteczności niedostępne dla grupy w innym przypadku; następuje wzrost spójności grupy dzięki wzmocnieniu poczucia solidarności międzypokoleniowej). W takim przypadku podejmowane publiczne działania powinny być ukierunkowane przede wszystkim na wzmocnienie owej aktywności poprzez stwarzanie odpowiednich przesłanek instytucjonalnych i prawnych.

8. Poszukiwanie nowych ról dla seniorów — ku myśleniu o społecznej produktywności osób starszych

Założenie o niezmienności zdrowotnych i społecznych charakterystyk osób starszych jest zatem niemożliwe do obrony. Tym samym w zasadzie wszystkie aksjomaty apokaliptycznej demografii okazują się mieć iluzoryczną wartość. Długookresowe tendencje społeczne i zdrowotne świadczą natomiast o możliwości bardziej optymistycznego podejścia do procesu starzenia się ludności. Owo podejście związane jest z koniecznością znalezienia dla seniorów nowych — choć w rzeczywistości najczęściej tylko „odświeżonych” — ról. W tym przypadku prowadzona dyskusja koncentruje się wokół społecznej produktywności seniorów, niekiedy podkreślając dodatkowo pozytywne makroefekty związane ze zmianami struktury ludności według wieku. Pod pojęciem „społecznej produktywności” seniorów rozumiem zdolność osób starszych do produkowania nowych wartości, a tym samym do powiększania różnorodnych zasobów, znajdujących się w gestii poszczególnych członków społeczeństwa oraz całej zbiorowości.

Długookresowe tendencje społeczne i zdrowotne świadczą o możliwości bardziej optymistycznego podejścia do procesu starzenia się ludności. Owo podejście związane jest z koniecznością znalezienia dla seniorów i osób na przedpolu starości nowych — choć w rzeczywistości najczęściej tylko „odświeżonych” — ról. W tym przypadku prowadzona dyskusja koncentruje się wokół społecznej produktywności, niekiedy podkreślając dodatkowo pozytywne makroefekty związane ze zmianami struktury ludności według wieku. Pod pojęciem „społecznej produktywności” rozumiemy zdolność osób starszych do produkowania nowych wartości, a tym samym do powiększania różnorodnych zasobów, znajdujących się w gestii poszczególnych członków społeczeństwa oraz całej zbiorowości²⁸. W rezultacie zmianie ulega spojrzenie polityki na proces starzenia się jednostki, albowiem zarówno władze pojedynczych państw Starego Kontynentu, jak i władze UE coraz wyraźniej dostrzegają jako najważniejszy instrument zmniejszający społeczno-ekonomiczne koszty procesu starzenia się ludności redefiniowanie cyklu życia. Tym samym w miejsce tradycyjnie pojmowanej polityki społecznej, tj. polityki wobec problemu społecznego, preferowana jest polityka wobec cyklu życia. Polityka wobec problemu społecznego ukierunkowana jest na przewycięzanie (lub

²⁸ Hinterlong J., Morrow-Howell N., Sherraden M., 2001, *Productive ageing — principles and perspectives*, [w:] Hinterlong J., Morrow-Howell N., Sherraden M. (eds.), *Productive ageing. Concepts and challenges*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, s. 7

zapobieganie) dotkliwych, negatywnie ocenianych, wynikających ze sposobu funkcjonowania społeczeństwa zagrożeń, które dotyczą duże odłamy społeczności, a którym nie potrafią samodzielnie przeciwdziałać jednostki, rodziny i ich bliscy (krewni, znajomi, sąsiedzi). Z kolei polityka wobec cyklu życia to próba zapobiegania dającym się przewidzieć zdarzeniom w życiu jednostki, które negatywnie będą oddziaływać na dalszy przebieg jej życia i jego jakość²⁹.

Zgodnie z utworzonym przez Rowe'a i Kahna pojęciem „pomyślnego starzenia się” (*successful aging*) istnieją trzy podstawowe kryteria-wyznaczniki uznania, że z takim właśnie starzeniem ma się do czynienia: niski poziom niepełnosprawności, wysoki poziom samodzielnego funkcjonowania fizycznego i umysłowego oraz aktywne zaangażowanie i zainteresowanie życiem. Jak się wydaje, z punktu widzenia krytyki wspomnianej w niniejszym opracowaniu demografii apokaliptycznej, kryteria te mają ważne znaczenie, albowiem to ich zmienność w czasie sprawia, że nie można traktować wzrostu udziału seniorów tylko i wyłącznie w kategoriach zagrożenia proporcjonalnego do zmian liczby osób starszych. Co prawda, znaleźć można głosy krytyczne wobec użyteczności pojęcia „pomyślnego starzenia się”, bazujące na jego nadmiernym ukierunkowaniu na ocenę przebiegu starzenia się na poziomie jednostkowym z punktu widzenia analizy makro. Pomijana jest zatem ocena w skali mikro, co prowadzi do tego, że znaczna część osób starych, deklarujących wysoką jakość życia i wysokie zadowolenie z obecnej jego fazy, z powodu niespełnienia któregoś z powyższych trzech kryteriów, oceniona może być jako przykład starzenia się niepomyślnego³⁰. Tym samym pomijane jest starzenie się zwyczajne, którego codzienne niedogodności z reguły nie są traktowane jako nazbyt uciążliwe brzemie starości.

Innym podejściem do kwestii starzenia się jest promowane obecnie przez UE pojęcie aktywnego starzenia się. Aktywne starzenie się pojmowane jest jako narzędzie przeciwdziałania starzeniu się ludności, albowiem — odnosząc się do cyklu życia — wbrew pozorom nie dotyczy tylko okresu starości, ale związane jest z oddziaływaniem na gotowość jednostek i zbiorowości do przygotowywania się do długiej starości indywidualnej, przygotowania odnoszącego się do kilku najważniejszych obszarów aktywności: pracy zawodowej, zdrowia, relacji z innymi, zabezpieczenia odpowiedniego poziomu życia, edukacji, itp.³¹. Naczelnym założeniem koncepcji aktywnego starzenia się jest przekonanie o konieczności oddziaływania na jak najdłuższe zachowanie społecznej produktywności jednostki. Społeczna produktywność definiowana jest jako „każda aktywność, która wytwarza dobra i usługi, niezależnie czy opłacana czy nie, włączając taką aktywność jak praca domowa, opieka nad dziećmi, wolontariat, pomoc rodzinie i przyjacielom”³².

Wdrażanie koncepcji aktywnego starzenia się wymaga wsparcia ze strony instytucji publicznych różnego szczebla, które zainteresowane są przede wszystkim wspieraniem kariery zawodowej oraz oddziaływaniem na jak najpóźniejsze jej zakończenie. W tym przypadku wsparcie przybierać może różnorodną postać, w zależności od wie-

²⁹ Szatur-Jaworska B., 2000, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa

³⁰ L. K. George, *Perceived quality of life*, [w:] R. H. Binstock, L. K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, 6th ed., Academoc Press, Burlington 2006, s. 320–336.

³¹ P. Szukalski, 2009, *Przygotowanie do starości jako zadanie dla jednostek i zbiorowości*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP, Warszawa, 39–55

³² Hinterlong J., Morrow-Howell N., Sherraden M., 2001, *Productive ageing — principles and perspectives*, [w:] Hinterlong J., Morrow-Howell N., Sherraden M. (eds.), *Productive ageing. Concepts and challenges*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, s. 7

lu czynników, a przede wszystkim od fazy życia jednostki. W przypadku osób młodszych podstawowymi działaniami się te odnoszące się do podnoszenia atrakcyjności ich kapitału ludzkiego poprzez podnoszenie ich kwalifikacji i umiejętności. Z kolei w przypadku osób starszych działania w większym stopniu mają na celu zachęcenie pracodawców do ich zatrudniania poprzez zmniejszenie kosztów pracy, a oddziaływanie na jednostkę przybiera postać jednocześnie silniejszego łączenia wysokości świadczenia emerytalnego z przebiegiem kariery zawodowej i likwidacji możliwości uzyskiwania innych poza emeryturą lub rentą dochodów zastępujących dochód z pracy, finansowanych ze środków publicznych.

Z punktu widzenia interesującej nas tematyki niezwykle ważne jest podkreślenie, iż we współczesnej Europie widoczne jest powolne upowszechnianie się podejścia do starzenia się jednostek bazujące na wspomnianej już wcześniej koncepcji aktywnego starzenia się. Wspomniane podejście bazuje na jednym dezyderacie i dwóch założeniach. Owym postulatem jest zapewnienie jednostce możliwości bycia jak najdłużej społecznie produktywną. Z kolei dwa założenia, warunkujące realizację powyższego dezyderatu, mówią: 1) o konieczności redefinicji terminu „społeczna produktywność”, 2) o konieczności przygotowania się jednostek i zbiorowości do bycia jak najdłużej produktywnym.

W przypadku redefinicji produktywności społecznej chodzi o wyjście poza tradycyjne, ekonomiczne rozumienie tego terminu. W takim tradycyjnym rozumieniu produktywność powiązana jest z wydajnością i zatrudnieniem jednostki, uwzględniając jedynie jej pozycję na rynku pracy. Tymczasem współcześnie produktywność społeczna odnosi się do użyteczności wytwarzanych również poza rynkiem pracy — poprzez pracę domową czy wolontariat.

W przypadku uświadamiania sobie konieczności przygotowania do utrzymania produktywności punktem wyjścia jest stwierdzenie, iż w szybko zmieniającym się świecie znaczna część wiedzy, umiejętności i kwalifikacji posiadanych przez jednostki szybko się dezaktualizuje, a tym samym chęć bycia dłużej produktywnym musi być powiązana z gotowością do uzupełniania tych elementów kapitału ludzkiego, które tracą aktualność.

W efekcie wzrasta świadomość tego, iż o sytuacji osób starszych i powodzeniu całych społeczeństw w przyszłości decydować będzie przebieg typowej drogi życia członków tej społeczności, realizowane przez nich kariery, sekwencje zdarzeń składających się na owe kariery, a przede wszystkim umiejscowienie w czasie wystąpienia owych zdarzeń. Polityka społeczna stara się zatem w coraz większym stopniu wpływać na przebieg tych karier, które uchodzą za kluczowe z punktu widzenia społeczeństwa — karierę zawodową, edukacyjną, rodzinną, zdrowotną, zaś owo oddziaływanie odnosi się zarówno do próby kształtowania przebiegu pojedynczych karier, jak i coraz częściej ich grup — karier współwystępujących w jednym czasie, często konkurencyjnych wobec siebie.

W praktyce oznacza to coraz większy nacisk kładziony na: 1) oddziaływanie na moment występowania tzw. przejść, tj. najważniejszych zdarzeń kształtujących przebieg kariery — przede wszystkim jej rozpoczęcie i zakończenie; 2) oddziaływania z odpowiednim wyprzedzeniem, z uwzględnieniem faktu, iż w przypadku dużej części kluczowych zdarzeń są one uzależnione od szeregu czynników występujących w okresach minionych (np. choroby i sposób ich leczenia w wieku 40–50 lat warunkujące sprawność, a tym samym zdolność do wykonywania pracy w następnych latach); 3) oddziaływanie na przebieg jednej kariery za pomocą kształtowania innej kariery (np. wpływ dokształcania się na możliwość kontynuacji kariery zawodowej, czy możliwość uzyskania opieki nad chorym współmałżonkiem dla dalszej pracy zawodowej).

Jeśli odwołamy się do analizy społecznej produktywności seniorów, prowadzony tok rozumowania skupia się na wykazaniu, że relacja nakład/efekt jest w przypadku zdecydowanej większości osób w starszym wieku społecznie korzystna.

Wbrew rozpowszechnionym przekonaniom większość badań wskazuje, że starsi wiekiem pracownicy wykonują swoje obowiązki nie gorzej, a niekiedy lepiej, niż ich młodsi koledzy. Wyjątkiem są w tym przypadku prace wymagające dużej siły fizycznej lub błyskawicznej reakcji na bodźce. W wykonywaniu innego typu pracy z reguły dokładność i sumienność jest wyższa u starszych zatrudnionych, którzy dodatkowo odznaczają się niższą podatnością do porzucenia dotychczasowego pracodawcy i do korzystania ze zwolnień, występuje u nich bowiem niższy poziom uzależnień od różnego typu używek (szereżej antystresorów) i mniejsza ewentualność wypadków przy pracy. Wspomniana wcześniej poprawa stanu zdrowia obecnie żyjących seniorów jest podstawowym powodem, dla którego możliwość ustawowego odraczania momentu trwałej dezaktywacji zawodowej jest w wielu krajach brana pod uwagę, jeśli wręcz nie wprowadzana w życie.

Produktywność społeczna seniorów przejawia się jednak nie tylko wykonywaniem odpłatnej pracy, równie ważnymi jej elementami są także te działania, które, choć nie wynagradzane (a tym samym nieuwzględnione w PKB), przyczyniają się do wzrostu dobrobytu jednostek i zbiorowości. Należy do nich aktywność, przejawiająca się w rodzinie i organizacjach wolontarystycznych. W pierwszym przypadku chodzi przede wszystkim o pomoc w wychowywaniu wnuków, która często „uwalnia” córki/synowe od domowych obowiązków, umożliwiając im wykonywanie pracy zarobkowej, oraz o różnego typu usługi wykonywane na rzecz innych członków rodziny, poprawiające ich dobrostan i dobrobyt (poprzez oszczędność środków, które w innym przypadku musiałyby być wydatkowane na zakup danej usługi), choć nie figurujące w żadnych statystykach (chodzi zatem o prywatne przepływy międzypokoleniowe). W przypadku organizacji społecznych o charakterze wolontarystycznym, które najczęściej działają jako „bufory” osłabiające nacisk społecznych potrzeb na instytucje publiczne, seniorzy angażują się w działalność przynoszącą konkretne korzyści dla społeczności, korzyści nieuwzględniane w tradycyjnych miernikach dobrobytu.

Społeczna produktywność seniorów przejawia się również ich stabilizującym wpływem jako konsumentów na popyt rynkowy. Starszy konsument jest mniej mobilny (zarówno w przestrzeni, jak i asortymencie nabywanych dóbr i usług), co działa bez wątpienia jako czynnik chroniący rynek przed nadmiernie szybką, tj. uniemożliwiającą spłacenie się inwestycji, zmianą preferencji nabywców. Jednocześnie rozrost populacji seniorów staje się w krajach rozwiniętych przyczyną szybkiego rozrostu wysoce pracochłonnego segmentu mniej bądź bardziej wykwalifikowanych usług opiekuńczych, poprawiając sytuację na rynku pracy³³. Dodajmy, że znaczna część kreowanego popytu może być zaspokajana przez innych, odpowiednio przeszkolonych seniorów, ułatwiając ich pozostanie na rynku pracy bądź powrót nań.

W przypadku pozytywnego wpływu przemian strukturalnych przykładowo wspomnieć można, że seniorzy charakteryzują się najniższą wśród wszystkich dorosłych skłonnością do popełniania przestępstw, najrzadziej są sprawcami wypadków komunikacyjnych, stąd też wzrost ich udziału w populacji przekłada się na relatywnie większe bezpieczeństwo. Osoby starsze są najbardziej zdyscyplinowaną grupą wyborców, dla-

³³ J. Krzyszkowski, *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*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 150–155.

tego można oczekiwać, że wzrost ich ważności przełoży się na wyższe zainteresowanie okazywane sprawom publicznym³⁴. Doświadczenia krajów zachodnich wskazują, że większa frakcja seniorów przekłada się na wyższe uczestnictwo w aktywności wolontarystycznej, aczkolwiek Polska w tym względzie wyraźnie odbiega od rzeczywistości tych właśnie społeczeństw.

9. Przygotowanie do starości jako zadanie jednostek i zbiorowości

Credo gerontologii to zachowanie jak najdłużej samodzielności. Na poziomie indywidualnym — podobnie jak na poziomie zbiorowym — podtrzymać można autonomię poprzez uprzednie przygotowanie się do potencjalnych problemów przyszłości. W przypadku jednostkowym owe problemy związane są ze zdarzeniami krytycznymi: punktami zwrotnymi w życiu o charakterze zdarzeń losowych (kalectwo, utrata małżonka) lub zdarzeń planowanych (moment przejścia na emeryturę) i ich konsekwencjami. W przypadku zbiorowości ludzkich problemy wynikają nie tyle z samego występowania wspomnianych zdarzeń krytycznych wśród członków społeczności, ile z nadmiernie wysokiej częstości ich występowania lub też ich niewłaściwego (tj. przedwczesnego) kalendarza.

Środki zaradcze na owe problemy w zależności od ich specyfiki podzielić można na trzy grupy: zapobieganie występowaniu zdarzeń krytycznych, odracanie momentu ich wystąpienia oraz planowanie metod minimalizowania szkód, wynikających z owego zdarzenia. W każdym przypadku mamy do czynienia jednak z koniecznością uprzedniego przygotowania się do pojawienia się owych punktów zwrotnych, a zatem z przygotowaniem do starości. Z oczywistych względów inaczej owo przygotowanie wygląda na poziomie jednostek, inaczej zaś na poziomie zbiorowości.

Na poziomie jednostki podstawowe znaczenia ma dbałość o zdrowie somatyczne i psychiczne, pielęgnowanie więzi społecznych oraz przygotowanie „bytowe”. Jeśli idzie o dbałość o zdrowie, mam na myśli podejmowanie starań o zachowanie dobrej kondycji fizycznej, psychicznej i intelektualnej, poprzez stały trening ukierunkowany na powtarzalny, czasowy wysiłek cielesny i umysłowy, ułatwiający w momencie przepracowania i kryzysu zdrowotnego przejście przez te trudności. Pielęgnowanie więzi społecznych związane jest z podtrzymaniem dobrych relacji z kręgiem potencjalnych, wspomagających w okresie potrzeby bycia wspieranym. Polega ono z jednej strony na ich budowaniu (czego najlepszym przykładem jest znalezienie stałego partnera i spłodzenie potomstwa), z drugiej strony na ich utrwalaniu poprzez częsty kontakt, zainteresowanie problemami innych i czynne uczestnictwo w wymianie o charakterze odroczonym („daję dziś tobie, abyś jutro ty mi dał”). Z kolei przygotowanie „bytowe” odnosi się zarówno do wątku ekonomicznego (przezorność, przyczyniająca się do wypracowania sobie świadczenia emerytalnego czy rentowego lub do „odłożenia na starość”), jak i do odpowiedniego przekształcenia przestrzeni codziennego funkcjonowania (np. eliminacja ni-

³⁴ E. B. Palmore, *Benefits of aging*, [w:] E. B. Palmore, L. Branch, D. K. Harris (eds.), *Encyclopedia of ageism*, The Haworth Pastoral Press, New York 2005, s. 47–52.

skich foteli i mebli kuchennych, śliskich podłóg czy instalacja uchwytów w łazience, maty antypoślizgowej w wannie).

Inaczej jest w przypadku przygotowania do starości na poziomie społeczeństwa. W konsekwencji mamy do czynienia z powolnym dostosowywaniem się do nowych realiów demograficznych (np. zmiana systemów repartycyjnych na kapitałowe lub mieszane), jak i rozpowszechnianiem się nowego sposobu myślenia, dostrzegającego w starzeniu się ludności nie zagrożenie dla dalszego funkcjonowania państwa i społeczeństwa, ale szansę urzeczywistnienia odwiecznego marzenia ludzkości o życiu długim, w zdrowiu i dostatku.

Literatura

1. Binstock R. H., *The oldest old and „intergenerational equity”*, [w:] R. M. Suzman, D. P. Willis, K. G. Manton (eds.), *The oldest old*, Oxford University Press, New York 1992, s. 394–417.
2. Dudek B., Pabich-Zrobek D., *Zmiany w sprawności funkcji psychologicznych spowodowane starzeniem się a niezawodność starszych pracowników*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 158–169.
3. George L. K., *Perceived quality of life*, [w:] R. H. Binstock, L. K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, 6th ed., Academec Press, Burlington 2006, s. 320–336.
4. GUS, 2008, *Prognoza demograficzna dla Polski na lata 2008–2035*, dostępna na stronie www.stat.gov.pl
5. Gutman G., *Meeting the challenges of global aging: the need for a gerontological approach*, [w:] *Geriatrics 2006, Proceedings of the International Congress of Elderly Health*, Istanbul, Turkey 2006, s. 13–24.
6. Hinterlong J., Morrow-Howell N., Sherraden M., 2001, *Productive ageing — principles and perspectives*, [w:] Hinterlong J., Morrow-Howell N., Sherraden M. (eds.), *Productive ageing. Concepts and challenges*, Johns Hopkins University Press, Baltimore
7. Kotlikoff L. J., *Generational accounting. Knowing who pays, and when, for what we spend*, The Free Press, New York 1993.
8. Krzyszczkowski J., *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*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 150–155.
9. *Ku godnej, aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym, Polska 1999*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999.
10. Kulbaczewska M., Kulbaczewski B., *Złamania osteoporotyczne — problem społeczny starzejącej się populacji Polski*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślnie starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 59–71.
11. Lutz W., Scherbov S., *Will population ageing necessarily lead to an increase in the number of persons with disabilities? Alternative scenarios for the European Union*, “European Demographic Research Papers” 2003, nr 3.
12. Makowiec-Dąbrowska T., *Wiek jako determinant zdolności do pracy ze szczególnym uwzględnieniem wysiłku fizycznego*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 151–157.
13. *NSP’2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Część I. Osoby niepełnosprawne*, Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2003, 227 s.
14. Okólski M. (red.), *Teoria przejścia demograficznego*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1990.
15. Palmore E. B., *Benefits of aging*, [w:] E. B. Palmore, L. Branch, D. K. Harris (eds.), *Encyclopedia of ageism*, The Haworth Pastoral Press, New York 2005, s. 47–52.
16. Preston S. H., *Children and the elderly: Divergent paths for America’s dependents*, „Demography” 1984, vol. 21, nr 3, s. 435–457.
17. Rosset E., *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Warszawa 1959.
18. *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Główny Urząd Statystyczny GUS, Warszawa 1999.
19. Szatur-Jaworska B., 2000, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa
20. Szukalski P., *Rachunkowość generacyjna*, „Polityka Społeczna” 2000, nr 11–12, s. 17–21.
21. Szukalski P., *Trwanie życia osób starych w Europie na przełomie XX i XXI wieku*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 2, s. 55–62.
22. Szukalski P., *Kontrakt międzypokoleniowy a zasada sprawiedliwości międzypokoleniowej*, [w:] L. Frąckiewicz, A. Rączaszek (red.), *Kapitał społeczny*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004, s. 169–184.

23. Szukalski P., *Dyskryminacja ze względu na wiek (ageism) — przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 2, s. 11–15.
24. Szukalski P., *Projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów do roku 2030*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 106–112.
25. Szukalski P., *Proces starzenia się ludności. Przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006, s. 13–18.
26. Szukalski P., *Zagrożenie czy wyzwanie — proces starzenia się ludności*, „Polityka Społeczna” 2006, nr 9, s. 6–10.
27. Szukalski P., *Starzenie się ludności — ku redefinicji kontraktu międzypokoleniowego?*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 248–260.
28. Szukalski P., *Ageizm — dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski — między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 153–184.
29. Szukalski, 2009, *Przygotowanie do starości jako zadanie dla jednostek i zbiorowości*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP, Warszawa, 39–55
30. Thorpe E., *Dyskryminacja ze względu na wiek w Unii Europejskiej*, [w:] *My też — seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2004, s. 50–59.
31. Uhlenberg P., *Population aging and social policy*, „Annual Review of Sociology” 1992, vol. 18, s. 449–476.
32. Vallin J., Meslé F., *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXI siècle*, “Données Statistiques” 2001, nr 4, 102 s. + płyta CD
33. Walker A., *Active ageing: Maintaining health and autonomy across the life course*, [w:] *Geriatrics 2006, Proceedings of the International Congress of Elderly Health*, Istanbul, Turkey 2006, s. 107–113.
34. Wojtyński B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2003.