

Projekt z dnia 29 sierpnia 2013 r.

wersja 11.0

Rządowy Program
na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych
na lata 2014-2020

Warszawa,

2013 r.

SPIS TREŚCI

WTEP

1. DIAGNOZA	4
1.1. Demografia.....	4
1.2. Wskaźnik Aktywnego Starzenia.....	5
1.3. Działalność społeczna osób starszych.....	5
1.4. Sytuacja dochodowa gospodarstw domowych emerytów	6
1.5. Formy edukacji dla osób starszych.....	6
1.6. Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW)	6
1.7. Kompetencje cyfrowe osób starszych	7
1.8. Budżet czasu wolnego osób starszych.....	7
1.9. Zdrowie i usługi kierowane do osób starszych.....	7
2. PODSTAWA PRAWNA PROGRAMU	8
3. CELE PROGRAMU	8
4. DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU ASOS 2012-2013	12
5. DZIAŁANIA NA RZECZ OSÓB STARSZYCH W DOKUMENTACH STRATEGICZNYCH ...	17
6. GŁÓWNE ZAŁOŻENIA PROGRAMU	20
7. PRIORYTETY I KIERUNKI INTERWENCJI	20
8. FINANSOWANIE PROGRAMU	23
9. BENEFICJENCI PROGRAMU	24
10. PODMIOTY UCZESTNICZĄCE W REALIZACJI PROGRAMU I ICH ZADANIA	25
11. WARUNKI I ZASADY SKŁADANIA OFERT I REALIZACJI PROGRAMU	26
12. ZASADY FINANSOWANIA.....	26
13. NADZÓR NAD REALIZACJĄ PROGRAMU	26
WYKAZ WYKRESÓW.....	27
WYKAZ TABEL	28
ZAŁĄCZNIK	29

WSTĘP

Podstawą dla zaprojektowania *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020* (zwanego dalej „Programem ASOS 2014-2020”) stały się doświadczenia z realizacji *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013* (zwanego dalej „Programem ASOS 2012-2013”), współpraca z organizacjami realizującymi projekty w ramach komponentu konkursowego Programu oraz szeroki dialog z przedstawicielami sektora pozarządowego, środowisk naukowych i eksperckich, samorządów, administracji centralnej, organizacji związkowych i organizacji pracodawców, prowadzony m.in. w ramach działalności Rady ds. Polityki Senioralnej.

Szczególnie ważnym wyrazem nowego podejścia do problematyki osób starszych jest podmiotowe ujęcie tej kwestii społecznej. W konsekwencji dało to podstawy do przyjęcia zintegrowanej, horyzontalnej formuły Programu, odnoszącej się do różnorodnych potrzeb oraz interesów istotnych dla tak wrażliwej społecznie fazy życia człowieka.

Program, podobnie jak jego pierwsza wersja na lata 2012-2013, jest przedsięwzięciem kompleksowym, uwzględniającym obszary i kierunki wsparcia umożliwiające osiągnięcie celu głównego, jakim jest poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną.

Program zakłada praktyczne włączenie sektora organizacji pozarządowych do działań służących zaangażowaniu seniorów.

Doświadczenia Programu ASOS 2012-2013 wskazują na trafne wyodrębnienie priorytetów obejmujących sferę edukacji osób starszych, integrację wewnątrz- i międzypokoleniową, partycypację obywatelską osób starszych oraz szeroko rozumiane usługi społeczne, z akcentem na aktywność w formie wolontariatu osób starszych. Dają one podstawy do działań o charakterze komplementarnym, prowadzących do rozwiązań systemowych.

Fundamentalne znaczenie dla przyszłości polityki publicznej dla osób starszych ma stworzenie strategicznych podstaw do jej realizacji, co przewidywał drugi - systemowy komponent Programu ASOS 2012-2013. Racjonalna koncepcja długofalowej polityki w tym zakresie może powstać, w najbliższej przyszłości, jedynie w formule partycypacyjnej, z udziałem wszystkich interesariuszy. Rada ds. Polityki Senioralnej stała się platformą do stworzenia długofalowego dokumentu¹, odpowiadającego na obecne i przyszłe potrzeby kraju zidentyfikowane w obszarze osób starszych.

Projekt długofalowej polityki wobec osób starszych stanowi dokument komplementarny wobec Programu ASOS 2014-2020.

Założenia Programu mogą zostać zrealizowane jedynie poprzez planowanie, projektowanie oraz wdrożenie długofalowych działań realizujących dalekosiężne cele. Z tego względu Program przewidziano na siedem kolejnych lat, gdyż tylko działania kompleksowe i odpowiednio długookresowe mają szansę przynieść trwałe efekty dla sytuacji społecznej osób starszych realizowane wobec wyzwań demograficznych Polski.

Dodatkowo planowana jest rewizja działania Programu, w połowie okresu jego obowiązywania, tj. w 2017 r.

¹ Projekt założeń długofalowej polityki senioralnej zostanie przekazany przez Radę ds. Polityki Senioralnej Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej we wrześniu 2013 r.

1. DIAGNOZA²

1.1. Demografia

W Polsce od kilkunastu lat obserwowany jest proces zmiany struktury demograficznej, którego cechą jest rosnący udział osób starszych w populacji ogółem. Na koniec 2012 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln osób. Choć 2012 rok był piątym z kolei, w którym odnotowano dodatni przyrost rzeczywisty ludności, to tempo przyrostu było znacznie wolniejsze i wyniosło 0,01% - co oznacza, że na każde 100 tys. mieszkańców Polski przybyło tylko 10 osób. W podziale na ekonomiczne grupy ludności (0-17, 18-59/64, 60+/65+) populacja w wieku przedprodukcyjnym stanowiła 18,3%, produkcyjnym – 63,9%, poprodukcyjnym – 17,8%. Zgodnie z prognozami demograficznymi wzrost procentowy w tej grupie będzie miał charakter stały.

Jednocześnie, na skutek poprawy warunków życia, wydłuża się średnia długość życia Polaków³, która dla mężczyzn urodzonych w 2011 r. wynosiła 72,4 lat, a dla kobiet – 80,9 lat. W przeciągu 10 lat, od 2000 r., przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wzrosło o 2,7 lat, a kobiet o 2,9 lat. Według prognozy demograficznej Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) do 2035 r. przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o około 8 lat dla mężczyzn oraz o około 3 lata dla kobiet.

Wydłużająca się przeciętna długość życia sprawia, że w perspektywie najbliższych dwudziestu kilku lat nastąpi gwałtowny proces starzenia się ludności. Tempo starzenia się społeczeństwa obrazuje mediana wieku⁴, która w 2011 r. dla ogółu populacji Polski wynosiła 38,4 lat, a w 2035 r., według prognozy GUS, może wynieść 47,9 lat (w ciągu 25 lat wzrost o 26%).

Wraz ze zmieniającą się strukturą populacji Polski zmieni się również struktura osób w wieku poprodukcyjnym. Do 2035 r., w porównaniu z 2010 r., wzrośnie udział osób w przedziałach wieku 60/65-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90+, a największą dynamikę wzrostu zaobserwować będzie można wśród osób będących w wieku 90+ (ok. 2,5-krotny wzrost), 85-89 (2-krotny wzrost). Liczba osób w wieku 75+ wyniesie ok. 4,5 mln w 2035 r. (w 2010 r. ta liczba wynosiła 2,4 mln).

Istotną konsekwencją demograficznego starzenia się społeczeństwa jest coraz częstsze samotne zamieszkiwanie osób starszych – tzw. singularyzacja starości. W przyszłości wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych będzie się utrzymywał. Według prognoz GUS, w 2030 r. ogółem 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 lat i więcej. W liczbach bezwzględnych jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 65 lat i więcej jest 2740 tys., w tym 887 tys. gospodarstw, w których pozostawać będą samotnie osoby w wieku 80 lat i więcej. Należy podkreślić, iż znacznie częściej w jednoosobowych gospodarstwach pozostają kobiety⁵.

² Pełna treść diagnozy patrz: załącznik.

³ *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 r.*, GUS, Warszawa 2012 r.

⁴ Parametr wyznaczający granicę wieku, którą połowa ludności już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła.

⁵ P. Błędowski, „Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035” w: P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, Termedia, Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012 r.

Przedstawione zjawiska o charakterze demograficznym, w tym zmiany struktury wieku populacji, powodują, iż Polska stoi przed wyzwaniem w obszarze aktywności społecznej osób starszych.

1.2. Wskaźnik Aktywnego Starzenia

Zmieniająca się sytuacja demograficzna stawia przed krajami Unii Europejskiej, również przed Polską wyzwania związane z planowaniem i kształtowaniem polityki na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się. Narzędziem służącym realizacji tego zadania może stanowić Wskaźnik Aktywnego Starzenia (Active Ageing Index – AAI), wyznaczony przez Komisję Europejską w ramach Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Wskaźnik ten identyfikuje potencjał osób starszych w obszarze zatrudnienia, życia społecznego, samodzielnej egzystencji oraz możliwości aktywnego starzenia się.

Wskaźnik Aktywnego Starzenia (AAI)⁶ jest wskaźnikiem złożonym z 22 indywidualnych wskaźników.

Zakres przedmiotowy wskaźnika:

1. Zatrudnienie.
2. Partycypacja społeczna.
3. Niezależne, zdrowe i bezpieczne życie.
4. Warunki dla aktywnego starzenia się.

Dla Polski Wskaźnik ten wynosi 27,3 przy założeniu, że 100 opisuje sytuację idealną, tzn. 100% realizację zadań wszystkich obszarów oraz 100% partycypację osób starszych we wszystkich obszarach. W rankingu ogólnym krajów UE Polska zajmuje 27 – ostatnie miejsce. W ramach obszarów Polska zajęła odpowiednio miejsce 24 w obszarze zatrudnienia, miejsce 27 w obszarze partycypacji społecznej, miejsce 21 w obszarze samodzielnej egzystencji oraz miejsce 22 w obszarze możliwości aktywnego starzenia się.

1.3. Działalność społeczna osób starszych

Koncepcja aktywnego starzenia się zakłada zapewnienie jednostce możliwości bycia jak najdłużej społecznie produktywną. 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 przyjaciołom⁷.

Działalność społeczna osób starszych może przyjmować różne formy. Wymienić wśród nich można zaangażowanie w ramach organizacji pożytku publicznego, Uniwersytetów Trzeciego Wieku, rad seniora, klubów seniora, wspólnot lokalnych (w tym działających przy kościołach i związkach wyznaniowych), organizacji branżowych, działań samopomocowych, różnorodnych towarzystw społeczno-kulturalnych czy kół gospodyń wiejskich. W Polsce osoby powyżej 50. roku życia⁸ należą do grupy wieku, która jest najmniej aktywna na polu społecznym. Także w porównaniu z osobami w podobnym wieku zamieszkującymi inne kraje europejskie ich aktywność społeczna jest niewielka. Ze względu na rosnącą liczbę osób

⁶ Wskaźnik dotyczy osób powyżej 55 roku życia.

⁷ P. Szukalski, „Aktywność zawodowa” w: P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, Termedia, Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012 r.

⁸ Przytaczane badania różnie definiują wiek, od którego daną osobę zalicza się do przedziału osób starszych. Z tego względu trudno jest odnieść dane bezpośrednio do osób, które zakończyły swoją aktywność na rynku pracy i są adresatami Programu.

w wieku 50+ w kolejnych latach w tej grupie można upatrywać zwiększania się potencjalnych zasobów aktywności społecznej.

Należy zauważyć, że przy tworzeniu oferty wolontariatu dla osób starszych należy przede wszystkim uwzględnić duże zróżnicowanie wewnętrzne tej grupy społecznej, zarówno pod względem stanu zdrowia i wynikających z tego możliwości i ograniczeń zaangażowania się w działania wolontarystyczne, jak również specyfikę lokalnych problemów społecznych.

Z badań przeprowadzonych w województwie mazowieckim przez Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w 2013 r. wynika, że najważniejszą barierę do zaangażowania się w wolontariat stanowi w opinii osób starszych ich stan zdrowia. Ponadto seniorzy nie chcą się podejmować zadań, które mogą ich przerosnąć – na brak pewności siebie wskazuje aż 63% ankietowanych. Dużo wskazań otrzymały także: obawa o zbyt małą odporność psychiczną (61%), brak wiedzy o możliwości podjęcia współpracy (58%) oraz brak odpowiedniego przygotowania (55%). Ponadto, część osób starszych wskazuje, że obawia się bycia wykorzystanym jako darmowy pracownik.

1.4. Sytuacja dochodowa gospodarstw domowych emerytów

W 2012 r. przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny gospodarstw domowych emerytów wyniósł 1361 zł na osobę, wobec średniej 1270 zł w Polsce. Wyższy dochód od emerytów osiągają jedynie gospodarstwa pracujących na własny rachunek – 1518 zł.

Gospodarstwa domowe emerytów są również tymi, w których przeciętne miesięczne wydatki ogółem, z wyjątkiem gospodarstw pracujących na własny rachunek (1256 zł), są najwyższe – 1158 zł, podczas gdy średnio w Polsce kształtują się na poziomie 1044 zł. Relacja wydatków do dochodów w gospodarstwach emerytów wynosi 85,1%. Wyższa jest tylko w gospodarstwach domowych rencistów (93,2%).

1.5. Formy edukacji dla osób starszych

Edukacja osób starszych przybiera formy edukacji formalnej, pozaformalnej i nieformalnej. Z danych Eurostatu wynika, że w Polsce w 2011 r. kształcenie i szkolenie dotyczyło 0,9% populacji osób w wieku 50-74 lata, podczas gdy przeciętnie w krajach UE 27 – 4,2%. Obserwując dane od 2005 r., można stwierdzić, że odsetek ten jest prawie niezmienny, zarówno dla krajów UE (od 4,5 do 4,2), jak i dla Polski (od 1,2 do 0,9). W populacji kobiet w wieku 50-74 lata, podobnie jak w całej Unii Europejskiej, odsetek kształcących się był wyższy niż w populacji mężczyzn w tej samej grupie wieku.

1.6. Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW)⁹

Uniwersytety Trzeciego Wieku są najbardziej popularną formą zajęć edukacyjnych wśród osób starszych. Ich głównym celem jest edukacja osób starszych. Jest to formuła działalności edukacyjnej, która przyczynia się do zaspokajania takich potrzeb seniorów, jak: samokształcenie, poznawanie środowiska, poszerzanie wiedzy i umiejętności, wykonywanie społecznie użytecznych działań, wypełnienie wolnego czasu, utrzymywanie więzi towarzyskich, stymulacja psychiczna i fizyczna, a czasem nawet możliwość realizacji młodzieńczych marzeń. Jednym z czynników, który zdecydował o ich popularności jest fakt, że wpisują się one w idee edukacji otwartej. Korzystanie z usług większości Uniwersytetów Trzeciego Wieku nie jest uwarunkowane koniecznością spełnienia konkretnych kryteriów formalnych (np. konieczność posiadania konkretnego typu wykształcenia).

⁹ Na podstawie www.utw.pl.

Innymi celami UTW są: rozwój intelektualny, społeczny, aktywność fizyczna osób starszych, wspieranie poszerzania wiedzy i umiejętności seniorów, ułatwianie kontaktów z instytucjami, takimi jak: służba zdrowia, ośrodki kultury, ośrodki rehabilitacyjne, angażowanie słuchaczy w aktywność sportową i turystyczną oraz w aktywność na rzecz otaczającego ich środowiska. Ponadto pełnią istotną rolę na rzecz podtrzymywania więzi społecznych i komunikacji międzyludzkiej wśród seniorów.

1.7. Kompetencje cyfrowe osób starszych

Jednym z wyzwań dla szerszego włączenia osób starszych w sferę aktywności obywatelskiej jest wzmocnienie ich kompetencji cyfrowych i zmniejszanie poziomu e-wykluczenia. W tym celu konieczna jest zarówno reforma edukacji, transformacja systemu uczenia się przez całe życie, budowanie kompetencji cyfrowych osób starszych w ramach edukacji formalnej i nieformalnej, jak i zmiana przyzwyczajęń i przezwyciężenie obaw osób starszych.

Jedną z barier korzystania z technologii cyfrowych dla osób starszych mogą stanowić koszty dostępu do tych usług (w stosunku do wysokości świadczeń emerytalnych i rentowych).

1.8. Budżet czasu wolnego osób starszych¹⁰

Osoby w wieku 65+ najwięcej czasu dobowego (51,3%, tj. 12 godz. 18 min.) poświęcają na zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, do których należą m.in. sen, jedzenie, mycie i ubieranie się. Najwięcej czasu przeznaczają na sen – 39,9%, tj. 9 godz. 34 min. Potrzeby fizjologiczne zajmują tej grupie najwięcej czasu wśród wszystkich grup wieku.

Najmniej czasu, również w porównaniu do innych grup wieku, osoby starsze poświęcały swoim zamiłowaniom, hobby – 0,5%, tj. 8 min.

Często przytaczaną motywacją dla aktywności osób starszych jest chęć zagospodarowania wolnego czasu. Istotne jest zatem kierowanie właściwej oferty do osób starszych przy uwzględnieniu oczekiwań oraz motywacji tych osób do podejmowania działalności społecznej¹¹.

1.9. Zdrowie i usługi kierowane do osób starszych

W kontekście starzejącego się społeczeństwa kluczowa jest kwestia opieki zdrowotnej. Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce w 2009 r. wyniosły według danych Eurostat 6,9% PKB (ok. 92 mld zł¹²). Na wydatki na opiekę nad osobami starszymi w 2008 r. przeznaczono 0,22% PKB.

Osoby w starszym wieku są w bardzo dużym stopniu konsumentami świadczeń zdrowotnych, co wynika z występujących u nich chorób przewlekłych, takich jak: choroby serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, a także utrata słuchu lub wzroku, przebytego udaru oraz zmian w stanie funkcjonalnym. Istotnym zagadnieniem staje się zatem jakość życia w okresie starości oraz wydolność czynnościowa, której wymiernym wskaźnikiem jest samodzielność w codziennym funkcjonowaniu, bez pomocy osób drugich. Wyniki badania Polsenior

¹⁰ Rozdział na podstawie raportu GUS, *Budżet czasu ludności 1.VI.2003 r. – 31.V.2004*, Warszawa 2005, (rozdział 3.3 *Budżet czasu a wiek*, s.37 oraz tabl. 2 s. 132).

¹¹ Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce we współpracy z regionalnym Centrum wolontariatu przeprowadziły w Elblągu sondaż postaw wobec wolontariatu 50+. Jego wyniki wskazują, że najważniejsze zachęty dla osób starszych do angażowania się w wolontariat to: niesienie pomocy potrzebującym (72%), poznanie nowych ludzi (61%) oraz własna satysfakcja (47%). Publikacja w ramach projektu „Same plusy. Wolontariat 50+”: *Same plusy. Wolontariat 50+. Prezentacja doświadczeń projektu*. Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w Elblągu, 2007, s. 43-44.

¹² Przeliczone wg stałego kursu ustalonego dla strefy euro.

wskazują, iż odsetek osób niezależnych pod względem funkcjonalnym w grupie 65-69 kształtował się na poziomie 99,9%, ale malał z wiekiem i w grupie 85+ wynosił 79,1%. Korzystanie z komunikacji publicznej, samodzielne zakupy, wykonywanie prac domowych i pranie były czynnościami najczęściej wskazywanymi przez osoby starsze jako niemożliwe do wykonania przez nie lub wymagające pomocy osób drugih. Większą utratę samodzielności odnotowano w grupie kobiet, a także wśród mieszkańców wsi¹³.

Przedstawiona w zarysie sytuacja stanu zdrowia oraz budżetu czasu wolnego osób starszych dowodzi, iż wymagane są działania, które obejmują obszar usług zdrowotnych w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Konieczne są zatem działania na rzecz rozwoju usług społecznych, bezpośrednio i pośrednio związanych ze zdrowiem, takich jak: sport, turystyka, rekreacja. Wzmocnienia wymagają również działania na rzecz profilaktyki zdrowia oraz profilaktyki społecznej. Takie działania realizowane są w różnych formach edukacji osób starszych.

2. PODSTAWA PRAWNA PROGRAMU

Podstawą prawną Programu jest art. 5c ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536, z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.).

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712, z późn. zm.), zasady wieloletniego finansowania realizacji polityki rozwoju określają przepisy o finansach publicznych (art.14d). Stosownie do art. 136 ustawy o finansach publicznych programy wieloletnie są ustanawiane przez Radę Ministrów w celu realizacji strategii przyjętych przez Radę Ministrów. Rada Ministrów, ustanawiając program, wskazuje jego wykonawcę. Realizacja programów wieloletnich może być podzielona na etapy.

3. CELE PROGRAMU

Program uwzględnia wewnętrzne zróżnicowanie populacji osób starszych i promuje działania mające na celu podtrzymanie aktywności osób starszych i zapewnienie ich udziału w życiu społecznym oraz działania ukierunkowane na osoby o ograniczonej samodzielności.

Celem Programu jest poprawa jakości i poziomu życia osób starszych¹⁴ dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną. Program ma przyczynić się do pełniejszego korzystania z potencjału społeczno-zawodowego osób starszych, aby mogły one pełnić różne role społeczne w życiu publicznym. Ważne jest również uwzględnienie w działaniach ograniczeń wynikających z barier funkcjonalnych, na które narażone mogą być osoby starsze.

Tabela 1. Mierniki celu głównego i celów szczegółowych

	Wskaźniki/mierniki celów	Wartość bazowa	Szacunkowa wartość docelowa	Źródło danych wskaźnika
Cel główny:				

¹³ B. Wizner, A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, „Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku” w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.

¹⁴ Na potrzeby Programu osobę starszą definiuje się jako osobę w wieku powyżej 60 roku życia.

Poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną	Respondenci w wieku powyżej 60 lat pracujący społecznie w organizacjach obywatelskich*	29% (2012)**	36% (2020)**	Aktywność społeczna w organizacjach obywatelskich, CBOS
	Dobrowolna praca w organizacjach i poza nimi w wieku powyżej 60 lat*	3% (2003)**	6% (2018)**	Badanie budżetu czasu (GUS, realizowane w 2013 r., pierwsze wyniki dostępne najwcześniej w 2014 r.)
Cele szczegółowe:				
1. Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych	Liczba nowych słuchaczy	20 tys. (2012)	120 tys. (2020)	Sprawozdania z realizacji I edycji Programu ASOS ¹⁵
	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach	1000 (2012)	6000 (2020)	Sprawozdania z realizacji I edycji Programu ASOS
2. Tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej	Odsetek osób w wieku powyżej 60 lat* regularnie korzystających z komputera	11%*** (2011)	16%*** (2020)	Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2007-2011
	Liczba beneficjentów uczestniczących w nowo utworzonych projektach	24 tys. (2012)	140 tys. (2020)	Sprawozdania z realizacji I edycji Programu ASOS
	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach	1,8 tys. (2012)	11 tys. (2020)	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach
3. Rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechnianie wolontariatu, partycypacji w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym, w tym udział osób starszych w kształtowaniu polityki publicznej.	Liczba beneficjentów uczestniczących w nowo utworzonych projektach	3 tys. (2012)	18 tys. (2020)	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach
	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach	170 (2012)	1 tys. (2020)	Sprawozdania z realizacji I edycji Programu ASOS

¹⁵ Na podstawie sprawozdań z projektów zrealizowanych i rozliczonych do 31.07.2013 r.

4. Zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji	Liczba beneficjentów nowych usług społecznych oraz nowych form samopomocy	900 (2012)	5 tys. (2020)	Sprawozdania z realizacji I edycji Programu ASOS
	Liczba wolontariuszy biorących udział w projektach	80 (2012)	400 (2020)	Sprawozdania z realizacji I edycji Programu ASOS

*Wartości szacunkowe, ze względu na ograniczoną reprezentatywność danych dla grupy osób w wieku 60-69 lat.

**Dane odnoszą się do osób w wieku 65+.

***Dane odnoszą się do osób w wieku 64-75 lat.

Cel główny Programu będzie realizowany przez cele szczegółowe:

Cel szczegółowy 1. Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych:

- tworzenie ofert odpowiadających problemom osób starszych znajdujących się w trudnej sytuacji, w tym w szczególności w procesie wykluczenia społecznego;
- promowanie nowych rozwiązań na rzecz motywowania osób starszych do uczenia się dla zachowania aktywności, w tym szczególnie osób starszych pozostających w niekorzystnej sytuacji;
- tworzenie warunków dla rozwoju oferty edukacyjno-kulturalnej.

Cel szczegółowy 2. Tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej, m.in. pogłębianie wiedzy na temat zmian biologicznych, zdrowotnych, społecznych zachodzących wraz z wiekiem w ramach przygotowywania społeczeństwa do starości.

Cel szczegółowy 3. Rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechnianie wolontariatu, partycypacji w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym, w tym udział osób starszych w kształtowaniu polityki publicznej.

Cel szczegółowy 4. Zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji:

- rozwój systemów wsparcia umożliwiających zaspokojenie specyficznych dla wieku podeszłego potrzeb w szczególności osobom starszym o ograniczonej samodzielności;
- rozwój usług społecznych w sferze sportu, turystyki, rekreacji i kultury.

W okresie realizacji Programu (lata 2014-2020) zakłada się:

- dofinansowanie rozwoju oraz powstanie nowej oferty edukacyjnej dla osób starszych, zwiększenie dostępu do zajęć edukacyjnych w ramach już istniejących oraz nowo utworzonych organizacji m.in. na terenach defaworyzowanych, przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury oświatowo-kulturalnej dla osób starszych;
- wspieranie różnych form edukacji i uczenia się na rzecz poprawy umiejętności osób starszych, w tym zwłaszcza umiejętności cyfrowych oraz szczególnie w odniesieniu do osób pozostających w niekorzystnej sytuacji, w tym w szczególności w procesie wykluczenia społecznego;
- podnoszenie kompetencji/kwalifikacji kadry zajmującej się zawodowo i ochotniczo aktywizacją społeczną osób starszych;

- dofinansowanie innych form aktywności społecznej osób starszych;
- zwiększenie oferty oraz podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych, w tym dostosowanie tej oferty odpowiednio do potrzeb i możliwości starszych osób niepełnosprawnych lub o ograniczonej sprawności ruchowej.

Tabela 2. ANALIZA SWOT RZĄDOWEGO PROGRAMU NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none"> - Program ASOS 2014-2020 może przynieść wymierne korzyści: umożliwi zaspokojenie potrzeb seniorów w różnych sferach ich funkcjonowania; - dzięki swojej dwupoziomowej strukturze Program pozwala na podjęcie działań odpowiadających potrzebom osób starszych zarówno w perspektywie długookresowej (polityka długofalowa), jak i potrzebom bieżącym (komponent konkursowy); - Program pozwala na realizację potrzeb artykułowanych bezpośrednio przez samych seniorów (Rada ds. Polityki Senioralnej, projekty realizowane przez organizacje seniorskie); - Program angażuje do współpracy partnerów społecznych oraz jednostki samorządowe, tj. podmioty bezpośrednio stykające się z problemami osób starszych; - dzięki partycypacji partnerów społecznych oraz diagnozie potrzeb osób starszych wykorzystanie środków finansowych będzie bardziej efektywne; - Program ma zasięg ogólnokrajowy, a więc daje szansę wszystkim podmiotom w kraju; - Program posiada zaplecze techniczno-ekspertkie. 	<ul style="list-style-type: none"> - niewystarczające środki finansowe, pozwalające na realizację większej liczby projektów w komponencie konkursowym Programu; - brak punktu odniesienia we wcześniejszych podejmowanych działaniach w zakresie zorganizowanej polityki senioralnej.
SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> - Program będzie niezbędną odpowiedzią na zmieniającą się strukturę demograficzną Polski; - Program będzie miał wpływ na przyszłą finansową i gospodarczą sytuację kraju, będzie miał znaczenie dla stanu zatrudnienia oraz obciążenia służby zdrowia, systemu pomocy społecznej; - grupa docelowa, do której kierowany jest Program, będzie stanowiła w przyszłości znaczącą grupę społeczną; - Program ma szansę na rozwój w przyszłości; - Program opiera się na wiarygodnych danych, pochodzących z badań i analiz społecznych; - Program opiera się na wnioskach i rekomendacjach pochodzących z realizacji Programu ASOS 2012-2013. 	<ul style="list-style-type: none"> - ograniczone środki finansowe na realizację Programu; - konkurencja ze strony innych możliwości uzyskania dotacji dla wartościowych projektów organizacji pozarządowych działających w obszarze aktywności osób starszych; - brak woli włączenia się w kreowanie polityki senioralnej ze strony innych resortów.

4. DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU ASOS 2012-2013

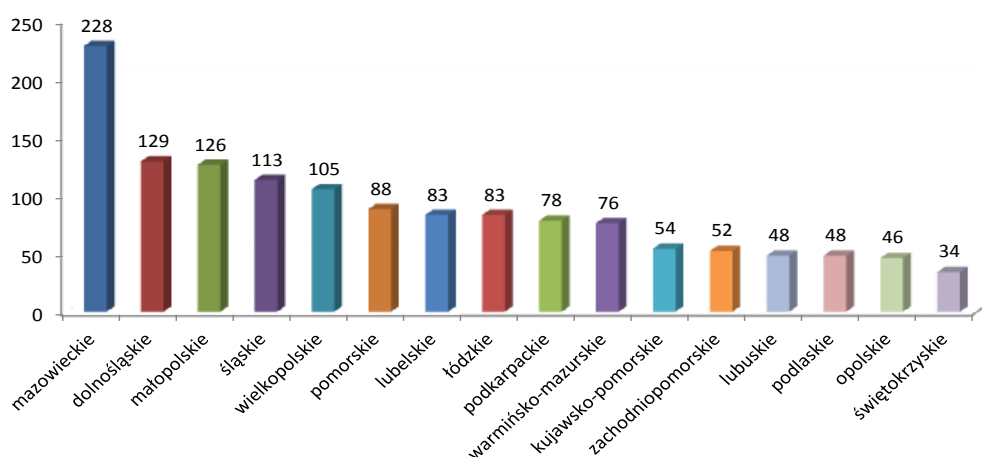
Podsumowanie dotychczasowych edycji konkursu w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych

W pierwszej edycji otwartego konkursu do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wpłynęło ok. 1400 ofert. Z przyczyn formalnych odrzucono 6% wszystkich ofert. Pozytywną ocenę formalną przeszły 1302 projekty. Do realizacji przyjęto 430 wniosków, co stanowi 31% wszystkich nadesłanych wniosków. Cztery organizacje zrezygnowały z przyznanej dotacji.

I edycja Programu ASOS (październik 2012 r. – czerwiec 2013 r.) - podział na województwa

Ogółem w ramach I edycji zdecydowanie najwięcej ofert złożyły organizacje z województwa mazowieckiego (228). Powyżej stu ofert wpłynęło z województw: dolnośląskiego (129), małopolskiego (126), śląskiego (113) oraz wielkopolskiego (105). Najniższa liczba ofert nadeszła z województwa świętokrzyskiego (34), opolskiego (46), podlaskiego i lubuskiego (po 48).

Wykres 1. Liczba nadesłanych ofert w podziale na województwa



Źródło: opracowanie własne (dane zebrane przez Departament Polityki Senioralnej, MPiPS).

Oferty wspólne i partnerstwa, forma prawna oferentów

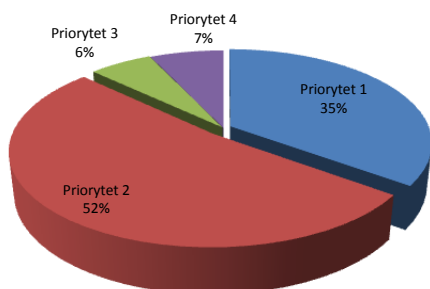
Ogółem zrealizowano – dofinansowano 426 ofert. W tym 350 to oferty indywidualne, 70 – partnerskie oraz 6 – wspólne (w tym 1 dodatkowo w partnerstwie).

Wśród 430 projektów przyjętych do realizacji przeważająca część została złożona przez stowarzyszenia - 304 oferty, a 80 ofert to projekty fundacji. Inne, w tym kościelne, jednostki organizacyjne reprezentowały nieco więcej niż 10% przyjętych ofert.

Nadesłane projekty w podziale na priorytety konkursu

Największym powodzeniem oferentów cieszył się priorytet 2., w ramach którego złożono ponad połowę ofert - 717 oraz priorytet 1. - w jego ramach nadesłano 35%, czyli 491 wniosków. Znacznie mniej ofert – 7% i 6% zostało nadesłanych zgodnie z priorytetem 4. (103 oferty) i priorytetem 3. (80 ofert).

Wykres 2. Udział wniosków złożonych w poszczególnych priorytetach w liczbie wniosków ogółem



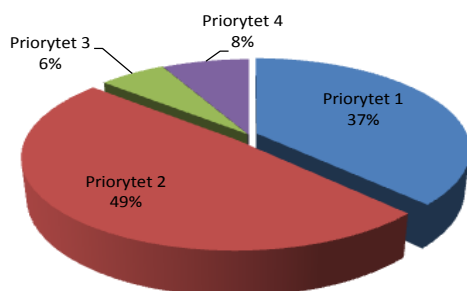
Źródło: opracowanie własne (dane zebrane przez Departament Polityki Senioralnej, MPiPS).

Największa liczba projektów dofinansowanych została złożona w ramach dwóch najbardziej popularnych priorytetów 1. i 2.

II edycja Programu ASOS (kwiecień – grudzień 2013 r.) - podział na województwa

Ogółem w ramach II edycji najwięcej ofert złożyły organizacje z województwa mazowieckiego (305). Na drugim miejscu jest województwo małopolskie (204). Powyżej 100 ofert wpłynęło z województw dolnośląskiego (179), śląskiego (166), wielkopolskiego (138), lubelskiego (129). Najmniej ofert złożyło województwo opolskie (35), poniżej 50 ofert złożyły też województwa: lubuskie i świętokrzyskie (po 44).

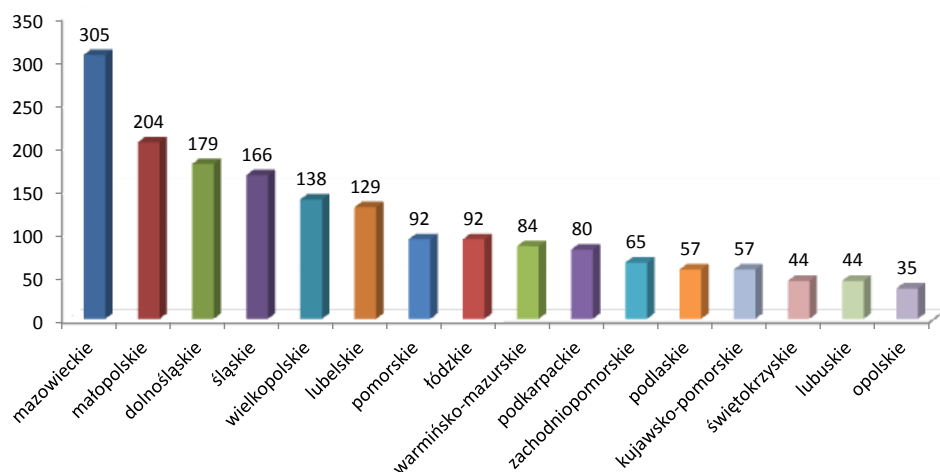
Wykres 3. Złożone oferty według priorytetów



Źródło: opracowanie własne (dane zebrane przez Departament Polityki Senioralnej, MPiPS).

Duża liczba ofert w województwach mazowieckim, małopolskim oraz dolnośląskim wynika z faktu, iż w tych województwach działa wiele organizacji pozarządowych.

Wykres 4. Liczba ofert według województw

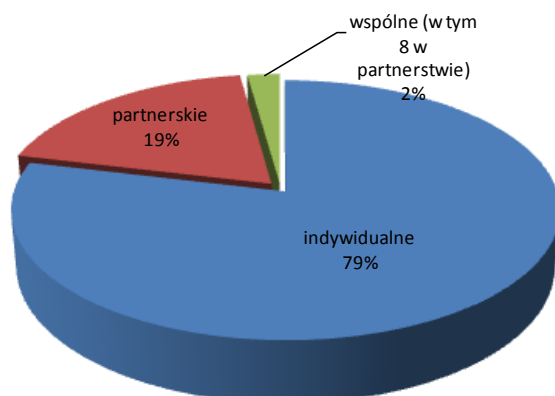


Źródło: opracowanie własne (dane zebrane przez Departament Polityki Senioralnej)

Oferty wspólne i partnerstwa

Ogółem złożono 345 ofert w partnerstwie (w tym 8 będących jednocześnie ofertami wspólnymi), 39 ofert wspólnych (w tym 8 dodatkowo w partnerstwie) oraz 1393 oferty indywidualne.

Wykres 5. Udział ofert wspólnych i partnerstw w ogólnej liczbie ofert

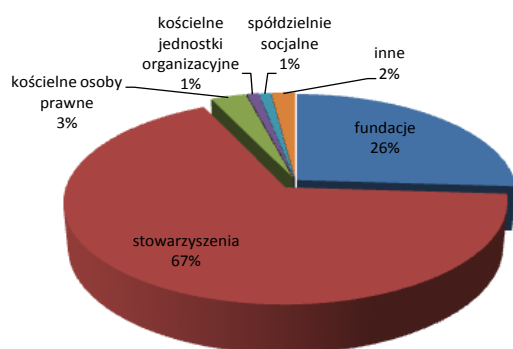


Źródło: opracowanie własne (dane zebrane przez Departament Polityki Senioralnej, MPiPS).

Forma prawna oferentów

Przeważająca liczba ofert została złożona przez stowarzyszenia - 1199. Fundacje zgłosiły 475 ofert, kościelne osoby prawne - 54 oferty, spółdzielnie socjalne - 17 ofert, a kościelne jednostki organizacyjne - 10 ofert.

Wykres 6. Forma prawna oferentów.

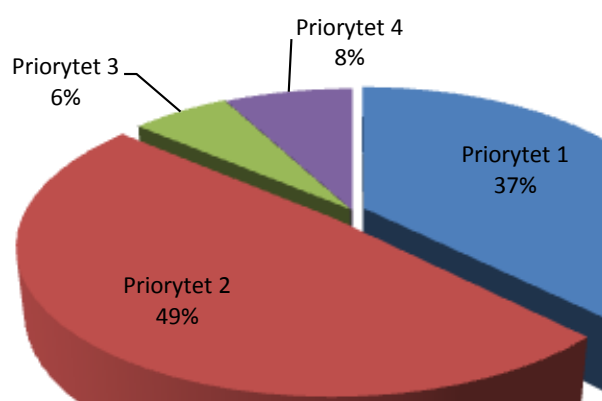


Źródło: opracowanie własne (dane zebrane przez Departament Polityki Senioralnej, MPiPS).

Nadesłane projekty w podziale na priorytety konkursu

Najwięcej ofert złożono na Priorytet 2 (862) i Priorytet 1 (663), dalej Priorytet 4 (138) i Priorytet 3 (106).

Wykres 7. Projekty w podziale na priorytety konkursu ASOS

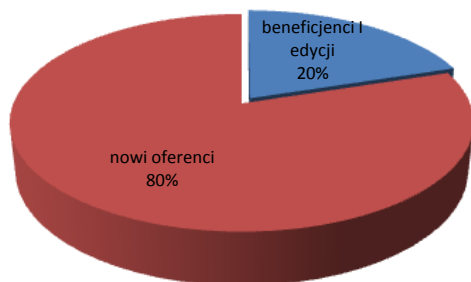


Źródło: opracowanie własne (dane zebrane przez Departament Polityki Senioralnej)

Beneficjenci I edycji konkursu ASOS

W II edycji Programu ASOS - 355 ofert złożyli beneficjenci I edycji.

Wykres 8. Udział ofert beneficjentów I edycji konkursu ASOS w ogóle ofert II edycji konkursu



Źródło: opracowanie własne (dane zebrane przez Departament Polityki Senioralnej)

Wnioski

Dotychczasowe doświadczenia dwóch edycji konkursu wskazują, że najpowszechniejszą formą aktywności społecznej, promowanej w ramach projektów jest aktywność ukierunkowana na bezpośrednie potrzeby seniorów (tzw. bierna aktywność, w której seniorzy są bezpośrednimi odbiorcami usług, skierowanych na zaspokojenie ich potrzeb). Bardzo nieliczną grupę stanowią projekty ukierunkowane na pobudzenie czynnej aktywności seniorów, skierowanej na zewnątrz i służącej realizacji szerszych celów społecznych, np. w społecznościach lokalnych.

Projekty prowadzone w partnerstwie stanowiły niewielką grupę zgłoszonych w I i II edycji konkursu. Może to wskazywać na niechęć lub nieumiejętność organizacji pozarządowych do wchodzenia we współpracę z partnerami, tj. niewielką otwartość organizacji na partnerów.

Postępujące zmiany w strukturze społecznej (niski wskaźnik urodzeń, migracje – głównie o charakterze zarobkowym angażujące osoby z grupy wieku produkcyjnego, „singularyzacja społeczeństwa”) oraz niewielkie zaangażowanie osób starszych w różne formy aktywności społecznej, np. wolontariat¹⁶, wskazują na zwiększającą się potrzebę organizacji i zapewnienia seniorom wysokiej jakości usług opiekuńczych.

Wnioski te stanowiły podstawę kształtowania założeń Programu na lata 2014-2020.

Rada ds. Polityki Senioralnej

Rada ds. Polityki Senioralnej została powołana w lutym 2013 r., w ramach komponentu systemowego Rządowego Programu ASOS. Jej kształt odpowiada założeniu tworzenia polityki senioralnej w formule partycypacyjnej. Choć jest to organ pomocniczy Ministra Pracy i Polityki Społecznej, to do stałego udziału w jej pracach zostali zaproszeni przedstawiciele ministerstw oraz centralnych organów administracji publicznej, jak również przedstawiciele organizacji jednostek samorządu terytorialnego, organizacji trzeciego sektora

¹⁶ Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.

i eksperci, wydelegowani do prac w Radzie. Założony kształt Rady jest odzwierciedleniem jej konsultacyjnego i opiniodawczego charakteru. Projekt założeń długofalowej polityki senioralnej ma być głównym efektem prac Rady w pierwszym okresie działalności (do września 2013 r.).

5. DZIAŁANIA NA RZECZ OSÓB STARSZYCH W DOKUMENTACH STRATEGICZNYCH

Program jest integralnym elementem działań na rzecz realizacji Strategii Rozwoju Kraju, Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego oraz Strategii Wspierania Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego. Zatem Program jest spójny z krajowymi dokumentami strategicznymi, należącymi do grupy dziewięciu strategii rozwoju opracowanych w ramach Zespołu Doradców Strategicznych Premiera i stanowiącymi „inne strategie rozwoju” w rozumieniu ustawy z 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Służą one realizacji celów określonych w Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju „Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności” oraz Średniookresowej Strategii Rozwoju Kraju.

Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015

Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015 (SRK) została przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 29 listopada 2006 r. Jest „dokumentem planistycznym określającym podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym i terytorialnym”. Spaja ona wszelkie działania rozwojowe podejmowane na rzecz poprawy warunków społeczno-gospodarczych. Jej zadaniem jest zaprogramowanie rozwoju i modernizacji kraju.

Celem głównym SRK jest podniesienie poziomu i jakości życia mieszkańców Polski: poszczególnych obywateli i rodzin. W ramach SRK wyodrębnione są następujące priorytety:

- wzrost konkurencyjności i innowacyjności gospodarki,
- poprawa stanu infrastruktury technicznej i społecznej,
- wzrost zatrudnienia i podniesienie jego jakości,
- budowa zintegrowanej wspólnoty społecznej i jej bezpieczeństwa,
- rozwój obszarów wiejskich,
- rozwój regionalny i podniesienie spójności terytorialnej.

SRK zakłada zwiększenie dostępności usług społecznych, rozwój uczenia się przez całe życie/kształcenia ustawicznego oraz zbudowanie kompleksowego systemu opiekuńczego, aktywizującego i integrującego osoby starsze w środowiskach lokalnych.

Strategia Rozwoju Kraju 2020 – Aktywne społeczeństwo, konkurencyjna gospodarka, sprawne państwo

Strategia Rozwoju Kraju 2020 – to główna strategia rozwojowa w średnim horyzoncie czasowym, wskazująca strategiczne zadania państwa, których podjęcie w perspektywie najbliższych lat jest niezbędne, by wzmocnić procesy rozwojowe. Strategia Rozwoju Kraju 2020 oparta jest na scenariuszu stabilnego rozwoju. Pomyślność realizacji wszystkich założonych w tej Strategii celów będzie uzależniona od wielu czynników zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych, które mogą wpływać na dostępność środków finansowych

na jej realizację. Strategia wyznacza trzy obszary strategiczne - Sprawne i efektywne państwo, Konkurencyjna gospodarka, Spójność społeczna i terytorialna, w których koncentrować się będą główne działania, oraz określa, jakie interwencje są niezbędne w perspektywie średniookresowej w celu przyspieszenia procesów rozwojowych.

Strategia wskazuje na działania, które mają usunąć bariery rozwojowe kraju. Celem głównym Strategii staje się więc wzmocnienie i wykorzystanie gospodarczych, społecznych i instytucjonalnych potencjałów zapewniających szybszy i zrównoważony rozwój kraju oraz poprawę jakości życia ludności. Program ASOS 2014-2020 wpisuje się w realizację celu, jakim jest poprawa jakości życia określonej grupy społecznej.

Strategia Wspierania Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego na lata 2009-2015

Strategia Wspierania Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego na lata 2009-2015 (SWRSO) to długofalowy dokument mający na celu kształtowanie procesu rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. SWRSO stanowi instrument realizacji polityki rozwoju w zakresie rozwoju zachowań prospołecznych wspólnot lokalnych oraz budowy i umacniania struktur społeczeństwa obywatelskiego. Celem SWRSO jest wzmocnienie podmiotowości obywateli i ich wspólnot oraz stworzenie warunków dla rozwoju instytucji społeczeństwa obywatelskiego.

SWRSO zakłada realizację czterech priorytetowych kierunków:

- aktywni, świadomi obywatele, aktywne wspólnoty lokalne,
- silne organizacje pozarządowe w dobrym państwie,
- rozwój organizacji pozarządowych na rzecz integracji społecznej,
- rozwój przedsiębiorczości społecznej.

Wśród głównych kierunków działania, które są zbieżne z założeniami Programu, można wymienić: tworzenie infrastruktury dla lokalnej aktywności obywatelskiej, edukację obywatelską, aktywizację obywateli w sprawach publicznych, zapewnienie dostępu do usług społecznych grupom wykluczonym i zagrożonym wykluczeniem społecznym (w tym osobom starszym), zapewnienie tworzenia i funkcjonowania mechanizmów kompleksowego wsparcia integracji społecznej itd.

Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020

Celem głównym Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego jest rozwijanie kapitału ludzkiego poprzez wydobywanie potencjałów osób, tak aby mogły one w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym na wszystkich etapach życia. Strategia opiera się na nowatorskiej koncepcji polegającej na budowaniu kapitału ludzkiego w pięciu etapach życia: 1) wczesne dzieciństwo, 2) edukacja szkolna, 3) edukacja na poziomie wyższym, 4) aktywność zawodowa, uczenie się dorosłych i rodzicielstwo, 5) starość. Program ASOS odpowiada realizacji powyższego celu na ostatnim etapie.

Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego 2020

Celem głównym Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego jest budowa współpracy i wzajemnego zaufania między obywatelami oraz między obywatelami a państwem i jego instytucjami. Dokument strategiczny „Perspektywa uczenia się przez całe życie” nie ma

statusu strategii rozwoju. Zgodnie z „Planem uporządkowania strategii rozwoju” ma on status tzw. dodatkowego dokumentu strategicznego. Został on przygotowany przez Międzyresortowy Zespół do spraw uczenia się przez całe życie, w tym Krajowych Ram Kwalifikacji na podstawie zobowiązań międzynarodowych, w szczególności na podstawie zobowiązań wynikających z ustanowienia Europejskiej przestrzeni uczenia się przez całe życie (European Area of Lifelong Learning) oraz zaleceń Rady UE w sprawie Krajowego Programu Reform Polski.

Ponadto Program przyczynia się do realizacji działań podejmowanych na poziomie UE:

Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu

Strategia Europa 2020 stanowi strategię wzrostu Unii Europejskiej w kolejnych latach. Zakłada ona potrzebę stworzenia inteligentnej i zrównoważonej gospodarki, która sprzyja włączeniu społecznemu. Do sytuacji osób starszych w szczególności odnosi się uwzględniony w tym dokumencie priorytet Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu oraz inicjatywa flagowa Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu, w ramach których podejmowane są zarówno działania zmierzające do zapobiegania dezintegracji społecznej, jak i promowania idei aktywnego starzenia się.

Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing - EIP AHA)

EIP AHA stanowi inicjatywę unijną w ramach wdrażania Strategii Europa 2020. Jej celem jest identyfikacja i usunięcie przeszkód w podejmowaniu i realizacji działań innowacyjnych na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się. W inicjatywie tej wyznaczono sześć obszarów działań, w ramach których wskazano określone cele i mierzalne rezultaty. Są to:

- poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań na rzecz właściwego korzystania z recept i zażywania leków przez pacjentów;
- poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań na rzecz lepszego zarządzania własnym zdrowiem i zapobiegania upadkom;
- pomoc w przeciwdziałaniu deficytom zdrowia fizycznego oraz ograniczeniu aktywności;
- promocja zintegrowanych modeli opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi;
- promocja innowacyjnych rozwiązań konstrukcyjnych i architektonicznych przyjaznych osobom starszym;
- rozwój rozwiązań wspierających samodzielną egzystencję.

Działania w ramach inicjatywy mogą być finansowane ze środków partnerów społecznych (przedsiębiorców) oraz środków publicznych (krajowych bądź unijnych). Wskaźnikiem ogólnym realizacji EIP-AHA jest wydłużenie o 2 lata życia w zdrowiu obywateli Unii Europejskiej.

Rezolucja Rady UE w sprawie odnowionej europejskiej agendy na rzecz uczenia się dorosłych

Rezolucja została przyjęta w listopadzie 2011 r. podczas polskiej prezydencji w Radzie UE. Zgodnie ze wspólną intencją polskiej prezydencji, Rady UE i Komisji Europejskiej agenda ta ma uzupełniać uzgodnienia wspólnych celów europejskich i działania podejmowane w ramach dwóch dużych procesów – Procesu Kopenhaskiego dotyczącego rozwoju kształcenia i szkolenia zawodowego oraz Procesu Bolońskiego dotyczącego rozwoju szkolnictwa wyższego. W związku z tym, że oba wymienione procesy współpracy europejskiej w edukacji dotyczą w znacznej mierze osób dorosłych, specyfiką agendy ma być stawianie wspólnych celów i rozwijanie działań na rzecz osób dorosłych z niskimi umiejętnościami i pozostającymi w niekorzystnej sytuacji.

Nowa perspektywa finansowa 2014-2020 na środki z Europejskiego Funduszu Społecznego

Program jest zgodny z celami perspektywy Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020. Program odpowiada na dwa cele perspektywy: inwestowanie w uczenie się przez całe życie, edukację i nabywanie umiejętności oraz walkę z ubóstwem i promowanie inkluzji społecznej. Powyższe cele wprowadzają priorytety dotyczące m.in. poprawy dostępności i uczestnictwa w różnych formach life long learning, aktywnej integracji społecznej osób w każdej grupie wiekowej, aktywnego starzenia się w zdrowiu, poprawy dostępności różnego rodzaju wysokiej jakości usług społecznych, w tym przeznaczonych dla seniorów.

6. GŁÓWNE ZAŁOŻENIA PROGRAMU

Aktywność społeczna osób starszych często skupia się wokół inicjatyw lokalnych. Ważne jest zwiększanie wymiaru zaangażowania społecznego osób starszych, w tym niepełnosprawnych lub o ograniczonej sprawności ruchowej, poprzez włączenie w różne formy edukacji oraz współpracy międzypokoleniowej. Pomoże to we włączeniu osób starszych w życie lokalnych społeczności.

Problem stanowi finansowanie tych działań, bowiem brak ścisłego obowiązku kierowania ofert, np. edukacyjno-kulturalnych, do osób starszych przez samorządy w praktyce powoduje, iż ich dostępność zależy od oferty generowanej przez lokalne instytucje i organizacje pozarządowe.

Program służy wsparciu ofert organizacji oraz instytucji działających na rzecz osób starszych, w tym niepełnosprawnych lub o ograniczonej sprawności ruchowej, przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej oraz ścisłej współpracy z jednostkami samorządowymi (placówki oświatowo-kulturalne). Współpraca międzysektorowa na poziomie lokalnym może istotnie zwiększyć efektywność podejmowanych działań na rzecz aktywności społecznej osób starszych.

7. PRIORYTETY I KIERUNKI INTERWENCJI

W Programie ASOS 2012-2013 przewidziano komponent długookresowy (systemowy) oraz komponent krótkookresowy (konkursowy).

Komponent systemowy długookresowy polega na wypracowaniu założeń długofalowej polityki senioralnej¹⁷ i opiera się na doświadczeniach i ustaleniach poczynionych w ramach Rządowego Programu na rzecz Osób Starszych na lata 2012-2013. Zakłada się, iż do końca 2013 r. zostanie przyjęty rządowy dokument strategiczny, określający politykę senioralną rządu na lata 2014-2020. Będzie on realizowany w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, we współpracy z innymi resortami, organizacjami obywatelskimi oraz środowiskami naukowymi i eksperckimi. Rada ds. Polityki Senioralnej będzie monitorować realizację założeń polityki senioralnej, opiniować programy i inne rozwiązania przyjmowane w ramach tej polityki.

W ramach komponentu systemowego podjęte zostaną kompleksowe działania zmierzające do stworzenia strategicznych podstaw realizacji polityki senioralnej. Będzie ona ściśle odnosiła się do istniejących dokumentów o charakterze strategicznym, stanowiąc ich uzupełnienie i rozszerzenie w zakresie działań skierowanych do osób starszych.

Założenia długofalowej polityki senioralnej wypracowane w otwartej formule i w ścisłej współpracy z zainteresowanymi podmiotami będą stanowiły odpowiedź nie tylko na wyzwania społeczne, związane ze starzeniem się społeczeństwa, ale będą również podstawą stymulacji polityki publicznej (szczególnie w obszarze aktywności społecznej osób starszych).

Komponent konkursowy przewiduje działania w czterech priorytetowych obszarach:

Priorytet I. Edukacja osób starszych

Priorytet II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową

Priorytet III. Partycypacja społeczna osób starszych

Priorytet IV. Usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne).

Tabela 3. Priorytety i kierunki działań

Priorytety	Kierunki działań*
Priorytet I Edukacja osób starszych	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zajęcia edukacyjne z zakresu różnych dziedzin (m.in. prawo, gospodarka, zdrowie, w tym profilaktyka zdrowotna, sport, turystyka, edukacja, wizyty studyjne, języki obce, umiejętności interpersonalne, nowe technologie), programy edukacyjne i warsztaty o starzeniu, osobach starszych i aktywnym starzeniu. 2. Zajęcia przygotowujące do usług wolontariackich. 3. Kształcenie opiekunów. 4. Promowanie wolontariatu kompetencji. 5. Promocja oferty edukacyjnej wśród osób starszych.
Priorytet II Aktywność społeczna promująca	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktywność społeczna, w tym wolontariat osób starszych. 2. Aktywność fizyczna osób starszych, aktywność turystyczno-rekreacyjna osób starszych.

¹⁷ Komponent systemowy stanowi odrębny dokument. Prace nad nim zakończą się wraz z końcem 2013 r.

integrację wewnątrz- i międzypokoleniową	<ol style="list-style-type: none"> 3. Zajęcia w obszarze kultury i sztuki, w tym angażujące różne pokolenia. 4. Budowanie sieci społecznych, w tym wolontariat wewnątrz- i międzypokoleniowy. 5. Przeciwdziałanie e-wykluczeniu.
<p>Priorytet III</p> <p>Partycypacja społeczna osób starszych</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formy aktywności osób starszych wobec społeczności lokalnych (rozwój społeczeństwa obywatelskiego). 2. Aktywność wspierająca uczestnictwo i integrację w życiu społecznym/publicznym. 3. Sieć pomocowo-informacyjna (budowanie pozytywnego wizerunku starości, pomoc obywatelska). 4. Aktywna obecność w procesie tworzenia i funkcjonowania grup obywatelskich oraz organizacji pożytku publicznego.
<p>Priorytet IV</p> <p>Usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Szkolenia dla wolontariuszy i opiekunów (z zakresu pomocy osobom starszym). 2. Wspieranie różnych form samopomocy. 3. Wspieranie rodzin w opiece nad osobą starszą poprzez rozwój usług opartych o działalność wolontariuszy. 4. Rozszerzanie dostępności do usług społecznych m.in. opiekuńczych, kulturalnych, edukacyjnych, poradniczo-doradczych, sportowych i turystycznych.

* Wszelkie działania podejmowane w ramach Programu powinny uwzględniać potrzeby osób, które narażone są na tzw. bariery funkcjonalne.

Program ma przyczynić się do zwiększenia aktywności społecznej osób starszych, które poprzez włączenie w aktywność społeczną mogą wykorzystać swoje doświadczenie i wiedzę, stając się aktywnymi uczestnikami życia społeczności lokalnych.

Oferta działań w ramach różnych priorytetów powinna uwzględniać potrzeby potencjalnych uczestników, którzy narażeni są na tzw. bariery funkcjonalne.

Priorytet I. Edukacja osób starszych – działania na rzecz poprawy aktywności społecznej osób starszych poprzez różne formy edukacji formalnej i nieformalnej, które pozwalają na aktywne włączenie się w życie społeczności lokalnych. Działania te zwiększają integrację wewnątrzpokoleniową osób starszych.

Priorytet II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową – zakłada rozwój różnych form aktywności dla osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej, w tym samorządowych instytucji kultury (takich jak: m.in. biblioteki publiczne, domy kultury, świetlice, teatry, muzea). Ponadto poprzez współpracę międzypokoleniową, działania te sprzyjają wzajemnemu rozwojowi umiejętności społecznych również wśród młodszego pokolenia.

Priorytet III. Partycypacja społeczna osób starszych – działania na rzecz zwiększenia udziału osób starszych w życiu społecznym, który będzie sprzyjał rozwojowi społeczeństwa obywatelskiego, takie jak wspieranie uczestnictwa i integracji w życiu

społecznym/publicznym, włączanie osób starszych w proces tworzenia i funkcjonowania grup obywatelskich oraz organizacji pozarządowych, tworzenie sieci pomocowo-informacyjnej. Ważna jest tu rola organizacji reprezentujących interesy i potrzeby osób starszych, zwłaszcza takich, które sprzyjają zaangażowaniu seniorów w życie społeczności lokalnych.

Priorytet IV. Usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne) – działania służące rozwojowi różnych form wsparcia (w formule partnerstwa publiczno-społecznego, w tym realizowane przez organizacje pozarządowe działające w sferze pożytku publicznego), poprzez zwiększanie dostępności oraz podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych, poprzez zwiększenie zaangażowania opiekunów-wolontariuszy, tworzenie środowiska samopomocy oraz zwiększenie sieci wyszkolonych wolontariuszy.

Należy zwrócić uwagę, że sytuacja życiowa seniorów wskazująca na konieczność zaspokojenia dwóch istotnych potrzeb tej grupy (ukierunkowania aktywności seniorów na działania społeczne, skoncentrowane na realizacji szeroko rozumianych zadań i potrzeb społecznych, zaangażowanie społeczne oraz zapewnienia wysokiej jakości usług opiekuńczych) wysuwa na plan pierwszy Priorytety: III. Partycypacja społeczna osób starszych oraz IV. Usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne). Tym dwóm Priorytetom należy poświęcić szczególną uwagę.

Niewielka liczba projektów prowadzonych w partnerstwie sugeruje konieczność promowania projektów o takim charakterze na etapie ogłaszania otwartych konkursów ofert.

8. FINANSOWANIE PROGRAMU

Budżet Programu w latach 2014-2020 wyniesie 280 mln zł.

W latach 2014-2020 planuje się finansowanie Programu ze środków budżetu państwa w wysokości 40 mln zł rocznie. Środki finansowe pochodzą będą ze środków budżetu państwa ujętych w ustawie budżetowej na kolejne lata. Program jest programem wieloletnim.

Dysponentem środków jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, który przekazuje dotacje beneficjentom Programu, na podstawie umów z podmiotami, o których mowa w punkcie 10 BENEFICJENCI PROGRAMU.

Program zostanie sfinansowany ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w kolejnych latach na zadania ujęte w Priorytetach I-IV Programu. Każdemu z Priorytetów zostaną przypisane środki w wysokości od 15% do 40% całości części I budżetu Programu, tj. środków przeznaczonych na dotacje.

Budżet składa się z dwóch części – dotacje i środki techniczne.

W latach 2014-2020:

I część – dotacje: 95% budżetu rocznego,

II część – środki techniczne: do 5% budżetu rocznego.

Środki techniczne zostaną przeznaczone na obsługę Programu (komponent konkursowy), wymianę dobrych praktyk oraz monitoring i ewaluację działania Programu w latach 2014-

2020. Ponadto będą wykorzystane do wsparcia eksperckiego – analiz, raportów oraz realizacji założeń długofalowej polityki wobec osób starszych¹⁸.

9. BENEFICJENCI PROGRAMU

Podmiotami uprawnionymi do korzystania ze środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu są:

1. Organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536, z późn. zm.);
2. Podmioty określone w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – w tym:
 - 1) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego, o których mowa w art. 3 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
 - 2) spółdzielnie socjalne, o których mowa w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. Nr 94, poz. 651, z późn. zm.) (w zakresie działalności społecznie użytecznej w sferze zadań publicznych),
 - 3) stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego,
 - 4) spółki akcyjne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz kluby sportowe będące spółkami działającymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. Nr 127, poz. 857, z późn. zm.), które nie działają w celu osiągnięcia zysku oraz przeznaczają całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznaczają zysku do podziału między swoich udziałowców, akcjonariuszy i pracowników.

Partnerstwo

Jednostkom organizacyjnym, które nie mogą brać udziału w otwartym konkursie ofert w ramach Programu możliwość korzystania z dotacji w pośredni sposób stwarza partnerstwo z oferentem na zasadach opisanych poniżej.

Partnerstwo dotyczy jednostek samorządu terytorialnego, uczelni i innych podmiotów, przede wszystkim publicznych, ale nie może dotyczyć spółek prawa handlowego (działających dla zysku).

Za pośrednie korzystanie z dotacji uznaje się działania w partnerstwie, polegające na tym, że podmiot uprawniony do korzystania z dotacji (beneficjent) współpracuje na zasadzie

¹⁸ Projekt długofalowej polityki wobec osób starszych stanowi dokument komplementarny wobec Programu ASOS 2014-2020.

partnerstwa (podział zadań i odpowiedzialności określony w umowie o partnerstwo) z partnerem – organizacją, która samodzielnie nie jest uprawniona do złożenia oferty w ramach Programu. Należy zaznaczyć, iż formuła partnerstwa w przypadku tego Programu dotyczy zwłaszcza jednostek samorządu terytorialnego (w tym jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego) oraz uczelni. Funkcję partnerów mogą pełnić jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej ani zdolności prawnej, które nie działają w celu osiągnięcia zysku (partnerzy), a więc organizacje inne niż podmioty uprawnione, wymienione powyżej w pkt 1 i 2, mogą w sposób pośredni korzystać z dotacji, pod warunkiem zawarcia wcześniej umowy o partnerstwo z podmiotem uprawnionym, którego oferta została wybrana do realizacji.

Umowa powinna przewidywać, że partnerzy będą głównym adresatem działań realizowanych w ramach Programu oraz będą w nich aktywnie uczestniczyć. Umowa określi prawa i obowiązki stron w związku z realizacją zadania publicznego zleconego przez urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Umowa musi być podpisana przez właściwe organy osób prawnych, w których strukturze działają partnerzy (w przypadku jednostek organizacyjnych działających w strukturze organizacyjnej osób prawnych).

Partnerami mogą być w szczególności jednostki organizacyjne wchodzące w skład jednostek samorządu terytorialnego (w tym jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego), uczelni (w tym uczelni artystycznych) oraz państwowych instytucji kultury, szkół artystycznych i archiwów państwowych.

Partnerami nie mogą być jednostki organizacyjne przedsiębiorców działających w formie spółek prawa handlowego.

Program ten umożliwi zatem współpracę międzysektorową – organizacji pozarządowych, które wspólnie z jednostkami samorządu terytorialnego oraz uczelniami przyczyniają się do rozwoju społecznego w wymiarze lokalnym. Ma to służyć utrwalaniu modelu współpracy międzysektorowej, która jest kluczowym elementem działań długofalowych podejmowanych w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

10. PODMIOTY UCZESTNICZĄCE W REALIZACJI PROGRAMU I ICH ZADANIA

Urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego zapewni obsługę części dotacyjnej konkursu poprzez:

- ogłoszenie konkursu/ów,
- ocenę przesłanych wniosków (ocena formalna i merytoryczna),
- przygotowanie umów z beneficjentami,
- weryfikację sprawozdań,
- sprawozdanie zbiorcze z realizacji Programu,
- rozliczanie dotacji.

11. WARUNKI I ZASADY SKŁADANIA OFERT I REALIZACJI PROGRAMU

W ramach komponentu konkursowego Programu:

- oferta składana jest do urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego,
- przyznawanie dotacji odbywać się będzie w trybie otwartego konkursu ofert,
- postępowanie konkursowe odbywać się będzie przy uwzględnieniu zasad określonych w ogłoszeniu o konkursie,
- oferta jest składana zgodnie ze wzorem oferty, stanowiącym załącznik do ogłoszenia, oraz warunkami zawartymi w ogłoszeniu,
- po zakończeniu realizacji zadania finansowanego z Programu podmiot przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego sprawozdanie w ujęciu merytorycznym i finansowym, zgodne ze wzorem stanowiącym załącznik do umowy.

12. ZASADY FINANSOWANIA

Wsparcie w ramach Programu ma charakter prefinansowy, co jest szczególnie ważne dla małych podmiotów aplikujących o środki w ramach Programu.

Wartość dotacji w komponencie konkursowym (w ramach ogłaszanych edycji otwartego konkursu w latach 2014-2020) wyniesie od 20 000 zł do 200 000 zł.

Wkład własny – podmioty składające ofertę współfinansowaną w ramach Programu są zobowiązane do przedstawienia wkładu własnego w wysokości minimum 10% wartości projektu. Za wkład własny uznaje się wkład pieniężny oraz wkład osobowy.

13. NADZÓR NAD REALIZACJĄ PROGRAMU

Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego decyduje w drodze konkursowej o podziale środków w ramach Programu. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego składa Prezesowi Rady Ministrów sprawozdania z realizacji Programu do dnia 30 września każdego roku za rok poprzedni.

W uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego może, w trakcie i po realizacji Programu, przeprowadzić jego kontrolę.

Ponadto monitoring realizacji Programu będzie wykonywany przez Radę ds. Polityki Senioralnej przy współpracy z Radą Działalności Pożytku Publicznego.

WYKAZ WYKRESÓW

Wykres 1. Liczba nadesłanych ofert w podziale na województwa;

Wykres 2. Udział wniosków złożonych w poszczególnych priorytetach w liczbie wniosków ogółem;

Wykres 3. Złożone oferty według priorytetów;

Wykres 4. Liczba ofert według województw;

Wykres 5. Udział ofert wspólnych i partnerstw w ogólnej liczbie ofert;

Wykres 6. Forma prawna oferentów;

Wykres 7. Projekty w podziale na priorytety konkursu ASOS;

Wykres 8. Udział ofert beneficjentów I edycji konkursu ASOS w ogóle ofert II edycji konkursu.

WYKAZ TABEL

Tabela 1. Mierniki celu głównego i celów szczegółowych;

Tabela 2. ANALIZA SWOT RZĄDOWEGO PROGRAMU NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020;

Tabela 3. Priorytety i kierunki działań.

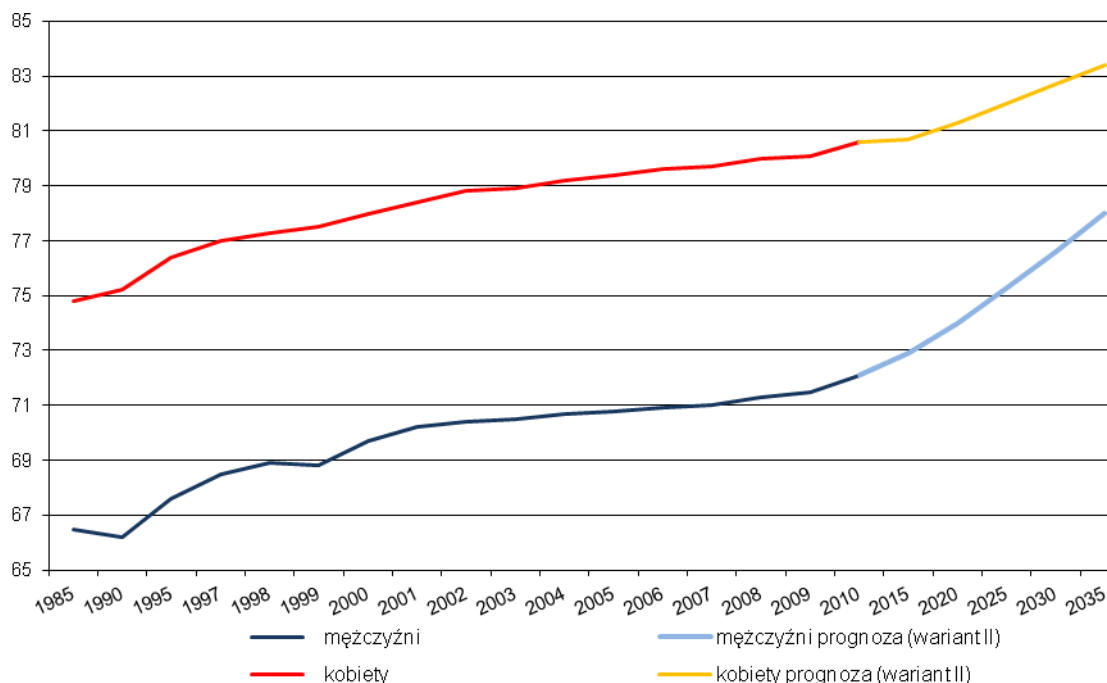
ZAŁĄCZNIK DIAGNOZA¹⁹

1.1. Demografia

W Polsce od kilkunastu lat obserwowany jest proces zmiany struktury demograficznej, którego cechą jest rosnący udział osób starszych w populacji ogółem. Na koniec 2012 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln osób. Choć 2012 rok był piątym z kolei, w którym odnotowano dodatni przyrost rzeczywisty ludności, to tempo przyrostu było znacznie wolniejsze i wyniosło 0,01% - co oznacza, że na każde 100 tys. mieszkańców Polski przybyło tylko 10 osób. W podziale na ekonomiczne grupy ludności (0-17, 18-59/64, 60+/65+) populacja w wieku przedprodukcyjnym stanowiła 18,3%, produkcyjnym – 63,9%, poprodukcyjnym – 17,8%. Zgodnie z prognozami demograficznymi wzrost procentowy w tej grupie będzie miał charakter stały.

Jednocześnie, na skutek poprawy warunków życia, wydłuża się średnia długość życia Polaków²⁰, która dla mężczyzn urodzonych w 2011 r. wynosiła 72,4 lat, a dla kobiet – 80,9 lat. W przeciągu 10 lat, od 2000 r., przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wzrosło o 2,7 lat, a kobiet o 2,9 lat. Według prognozy demograficznej Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) do 2035 r. przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o około 8 lat dla mężczyzn oraz o około 3 lata dla kobiet. Szczegółowo kształtowanie się trwania życia przedstawiono na Wykresie 1, na którym zaznaczono również prognozowane dalsze trwanie życia do 2035 r. Zaprezentowano najbardziej optymistyczny wariant prognozy (wariant II), w którym przeciętne trwanie życia jest najdłuższe.

Wykres 1. Trwanie życia w podziale na płeć w latach 1985-2035.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

¹⁹ Ze względu na brak aktualnych danych lub nowszych wyników badań zachowano zasadniczo treść rozdziału z poprzedniej wersji Programu ASOS 2012-2013.

²⁰ Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 r., GUS, Warszawa 2012 r.

Wydłużająca się przeciętna długość życia sprawia, że w perspektywie najbliższych dwudziestu kilku lat nastąpi gwałtowny proces starzenia się ludności. Tempo starzenia się społeczeństwa obrazuje mediana wieku²¹, która w 2011 r. dla ogółu populacji Polski wynosiła 38,4 lat, a w 2035 r., według prognozy GUS, może wynieść 47,9 lat (w ciągu 25 lat wzrost o 26%).

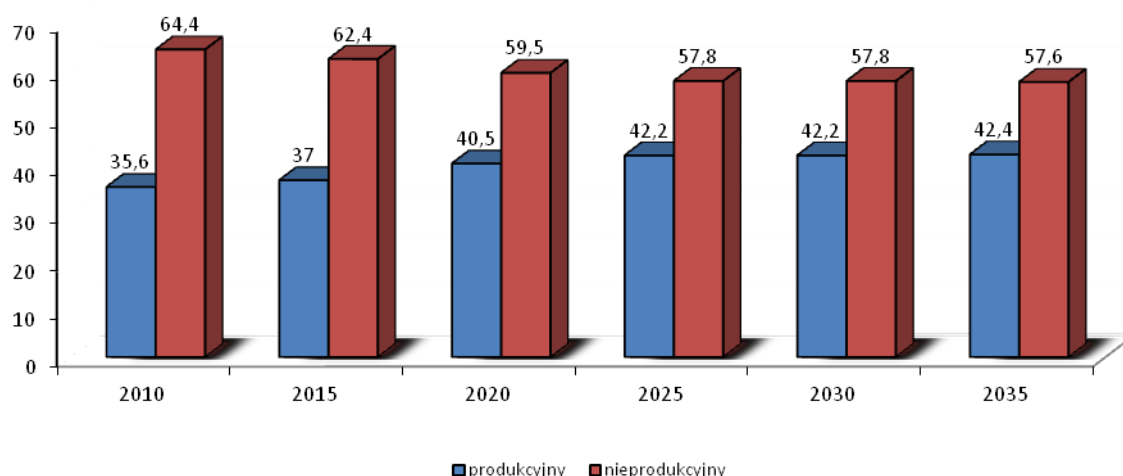
Na skutek niskiego wskaźnika urodzeń²² w kolejnych latach odsetek ludności w wieku przedprodukcyjnym będzie malał – do 2035 r. o 1,5 mln osób (3 pkt. proc.). Ponadto GUS przewiduje znaczący ubytek ludności w wieku produkcyjnym. Począwszy od 2010 r. w ciągu 15 lat liczebność tej grupy zmniejszy się o 3 mln, a największy ubytek – 1,2 mln osób nastąpi pomiędzy latami 2015 i 2020. Do 2035 r. zmniejszenie się populacji osób w wieku produkcyjnym prognozowane jest na poziomie 3,9 mln osób (spadek o 7 pkt. proc.).

Znacząco wzrośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym – o 3,2 mln osób, co spowoduje, że udział tej grupy w całej populacji wzrośnie o 10 pkt. proc.

Relację pomiędzy liczbą osób w wieku poprodukcyjnym a liczbą osób w wieku produkcyjnym określa się współczynnikiem obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym. Według prognozy GUS współczynnik ten wzrośnie z 26 osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym w 2010 r. do 46 osób w 2035 r.

W latach 2010-2035 wzrośnie udział osób w wieku nieprodukcyjnym (wiek przedprodukcyjny oraz poprodukcyjny). Ludność w wieku produkcyjnym zostanie w większym niż obecnie stopniu obciążona pracą na rzecz pokolenia w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym. Prognozowane kształtowanie się struktury demograficznej przedstawiono na Wykresie 2.

Wykres 2. Struktura demograficzna ludności Polski w latach 2010-2035 w podziale na ekonomiczne grupy wieku*



* Wiek produkcyjny: dla kobiet 18-59 lat i mężczyzn 18-64 lat, wiek nieprodukcyjny: 0-17 i 60+/65+ lat.

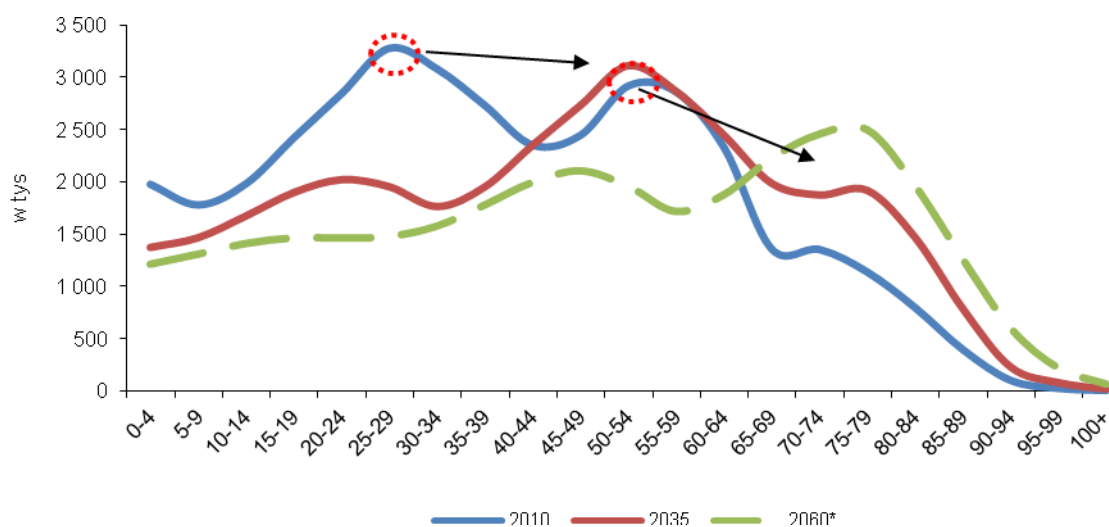
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

²¹ Parametr wyznaczający granicę wieku, którą połowa ludności już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła.

²² W 2010 r. wskaźnik urodzeń wynosił 1,38; a w 2011 – 1,29.

Na Wykresie 3 przedstawiono, jak zmieni się struktura wieku w Polsce do 2035 r. Osoby z wyżu demograficznego z lat 50. w znacznej mierze zasilą grupę 75+, natomiast osoby z wyżu z lat 80. wejdą w wiek poprodukcyjny. Warto zwrócić uwagę, że po tych dwóch najliczniejszych grupach nie ma kolejnych (młodszych), które byłyby zbliżone pod względem liczebności. Gdy kohorta osób z lat 80. wejdzie w wiek poprodukcyjny, można się spodziewać znacznego obciążenia systemu ubezpieczeń społecznych oraz systemu opieki zdrowotnej.

Wykres 3. Liczba osób w 5-letnich grupach wieku w latach 2010, 2035, 2060*.



* Uwaga: dane z 2060 r. pochodzą z prognoz Komisji Europejskiej, dane z 2010 r. i 2035 r. pochodzą z prognozy demograficznej GUS na lata 2008-2035 (prognozy nie są w pełni porównywalne). Zastosowano takie zestawienie, aby zobrazować sytuację demograficzną w dłuższym horyzoncie czasowym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz Komisji Europejskiej.

Na koniec 2010 r.²³ liczba osób w wieku poprodukcyjnym (60+/65+) wyniosła 6,44 mln²⁴ a w 2012 r. już 6,86 mln²⁵. GUS prognozuje, że liczba ta wyniesie 9,62 mln w 2035 r. (wzrost o 49%), a największy wzrost będzie obserwowany pomiędzy latami 2015 i 2020 (1,0 mln osób). Należy jednak pamiętać, że prognoza GUS nie uwzględnia nowego wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn. W związku z tym wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym będzie nieznacznie odłożony w czasie.

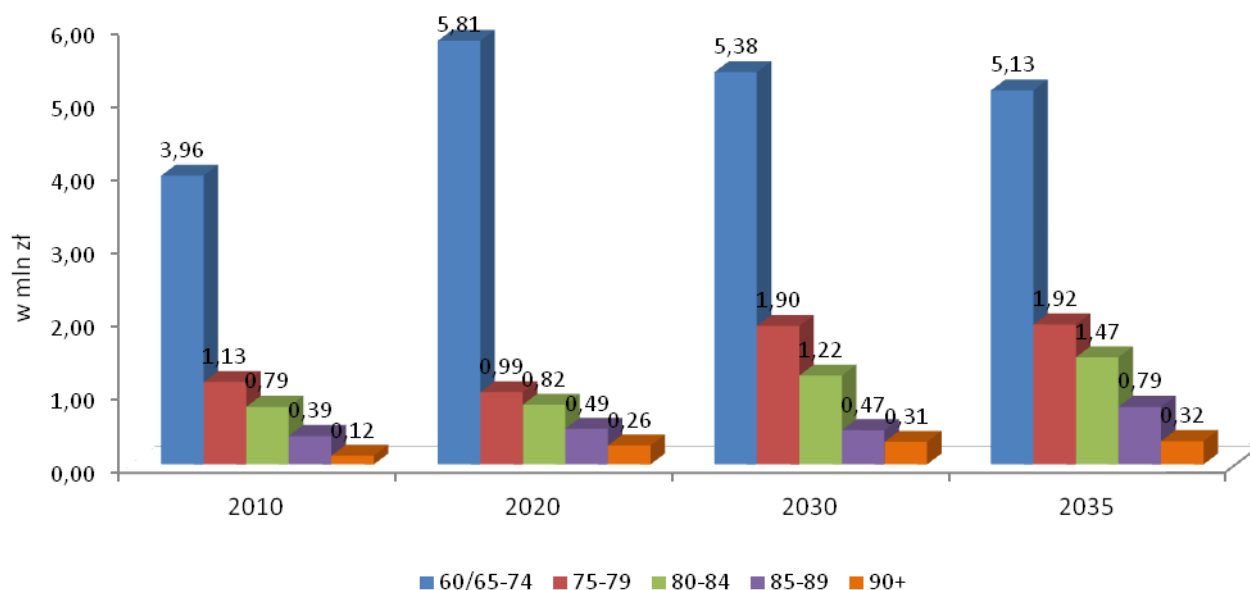
Wraz ze zmieniającą się strukturą populacji Polski zmieni się również struktura osób w wieku poprodukcyjnym. Do 2035 r., w porównaniu z 2010 r., wzrośnie udział osób w przedziałach wieku 60/65-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90+, a największą dynamikę wzrostu zaobserwować będzie można wśród osób będących w wieku 90+ (ok. 2,5-krotny wzrost), 85-89 (2-krotny wzrost). Liczba osób w wieku 75+ wyniesie ok. 4,5 mln w 2035 r. (w 2010 r. ta liczba wynosiła 2,4 mln). Szczegółową strukturę osób w wieku 60/65 przedstawiono na Wykresie 4.

²³ Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym, stan na 31.12.2010 r., GUS.

²⁴ Na podstawie danych GUS około 38% tej populacji stanowią osoby niepełnosprawne.

²⁵ Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 r., GUS, Warszawa 2012 r.

Wykres 4. Liczba osób w wybranych grupach wieku w latach 2010, 2020, 2030, 2035.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Istotną konsekwencją demograficznego starzenia się społeczeństwa jest coraz częstsze samotne zamieszkiwanie osób starszych – tzw. singularyzacja starości. W przyszłości wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych będzie się utrzymywał. Według prognoz GUS, w 2030 r. ogółem 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 lat i więcej. W liczbach bezwzględnych jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 65 lat i więcej jest 2740 tys., w tym 887 tys. gospodarstw, w których pozostawać będą samotnie osoby w wieku 80 lat i więcej. Należy podkreślić, iż znacznie częściej w jednoosobowych gospodarstwach pozostają kobiety²⁶.

Przedstawione zjawiska o charakterze demograficznym, w tym zmiany struktury wieku populacji, powodują, iż Polska stoi przed wyzwaniami w obszarze aktywności społecznej osób starszych.

1.2. Wskaźnik Aktywnego Starzenia

Zmieniająca się sytuacja demograficzna stawia przed krajami Unii Europejskiej, również przed Polską wyzwania związane z planowaniem i kształtowaniem polityki na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się. Narzędziem służącym realizacji tego zadania może stanowić Wskaźnik Aktywnego Starzenia (Active Ageing Index – AAI), wyznaczony przez Komisję Europejską w ramach Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Wskaźnik ten identyfikuje potencjał osób starszych w obszarze zatrudnienia, życia społecznego, samodzielnej egzystencji oraz możliwości aktywnego starzenia się.

Wskaźnik Aktywnego Starzenia (AAI) jest wskaźnikiem złożonym z 22 indywidualnych wskaźników.

²⁶ P. Błędowski, „Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035” w: P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, Termedia, Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012 r.

Zakres przedmiotowy wskaźnika:

1. Zatrudnienie.
2. Partycypacja społeczna.
3. Niezależne, zdrowe i bezpieczne życie.
4. Warunki dla aktywnego starzenia się.

Tabela 1. Wskaźnik ogólny oraz wskaźniki aktywności osób starszych.

Wskaźnik ogólny	Wskaźnik aktywności osób starszych			
Zakres przedmiotowy	Zatrudnienie	Partycypacja społeczna	Niezależne i bezpieczne życie w zdrowiu	Warunki dla aktywnego starzenia się
Subwskaźniki	Stopa zatrudnienia 55-59	Wolontariat	Aktywność fizyczna	Oczekiwane dalsze trwanie życia w wieku 55 lat
	Stopa zatrudnienia 60-64	Opieka nad dziećmi, wnukami	Dostęp do opieki zdrowotnej	Oczekiwane dalsze trwanie życia w zdrowiu w wieku 55 lat
	Stopa zatrudnienia 65-69	Opieka nad osobami starszymi	Niezależne życie	Dobrostan psychiczny
	Stopa zatrudnienia 70-74	Partycypacja polityczna	Bezpieczeństwo finansowe (3 wskaźniki*)	Korzystanie z technologii ICT
			Bezpieczeństwo fizyczne	Sieci społeczne
			Uczenie się przez całe życie	Osiągnięcia edukacyjne

Źródło: opracowanie własne.

* Bezpieczeństwo finansowe - 3 wskaźniki: 1. relatywna mediana dochodów dla osób powyżej 65. roku życia do dochodu osób poniżej 65. roku życia, 2. Brak ryzyka ubóstwa osób starszych, 3. Brak ryzyka deprivacji materialnej.

Dla Polski Wskaźnik ten wynosi 27,3 przy założeniu, że 100 opisuje sytuację idealną, tzn. 100% realizację zadań wszystkich obszarów oraz 100% partycypację osób starszych we wszystkich obszarach. W rankingu ogólnym krajów UE Polska zajmuje 27 – ostatnie miejsce. W ramach obszarów Polska zajęła odpowiednio miejsce 24 w obszarze zatrudnienia, miejsce 27 w obszarze partycypacji społecznej, miejsce 21 w obszarze samodzielnej egzystencji oraz miejsce 22 w obszarze możliwości aktywnego starzenia się.

Najwyższym poziomem AAI odznaczają się Szwecja (44,0), Dania (40,2) oraz Irlandia (39,4). Oznacza to, że przed Polską stoi wyzwanie podjęcia szeroko zakrojonych działań we wszystkich obszarach uwzględnionych w tym wskaźniku. Priorytety Programu ASOS 2014-2020 stanowią realizację tego zadania w zakresie działalności organizacji pozarządowych partycypacji społecznej, wolontariatu czy edukacji.

1.3. Działalność społeczna osób starszych

Koncepcja aktywnego starzenia się zakłada zapewnienie jednostce możliwości bycia jak najdłużej społecznie produktywną. 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 przyjacielom²⁷.

Działalność społeczna osób starszych może przyjmować różne formy. Wymienić wśród nich można zaangażowanie w ramach organizacji pożytku publicznego, Uniwersytetów Trzeciego Wieku, rad seniora, klubów seniora, wspólnot lokalnych (w tym działających przy kościołach i związkach wyznaniowych), organizacji branżowych, działań samopomocowych, różnorodnych towarzystw społeczno-kulturalnych czy kół gospodyń wiejskich. W Polsce osoby powyżej 50. roku życia²⁸ należą do grupy wieku, która jest najmniej aktywna na polu społecznym. Także w porównaniu z osobami w podobnym wieku zamieszkującymi inne kraje europejskie ich aktywność społeczna jest niewielka. Ze względu na rosnącą liczbę osób w wieku 50+ w kolejnych latach w tej grupie można upatrywać zwiększania się potencjalnych zasobów aktywności społecznej.

Należy zauważyć, że przy tworzeniu oferty wolontariatu dla osób starszych należy przede wszystkim uwzględnić duże zróżnicowanie wewnętrzne tej grupy społecznej, zarówno pod względem stanu zdrowia i wynikających z tego możliwości i ograniczeń zaangażowania się w działania wolontarystyczne, jak również specyfikę lokalnych problemów społecznych.

Z badań przeprowadzonych w województwie mazowieckim przez Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w 2013 r. wynika, że najważniejszą barierą do zaangażowania się w wolontariat stanowi w opinii osób starszych ich stan zdrowia. Ponadto seniorzy nie chcą się podejmować zadań, które mogą ich przerosnąć – na brak pewności siebie wskazuje aż 63% ankietowanych. Dużo wskazań otrzymały także: obawa o zbyt małą odporność psychiczną (61%), brak wiedzy o możliwości podjęcia współpracy (58%) oraz brak odpowiedniego przygotowania (55%). Ponadto, część osób starszych wskazuje, że obawia się bycia wykorzystanym jako darmowy pracownik.

Badania odnoszące się do świadczenia pracy społecznej w ciągu ostatnich 4 tygodni, przeprowadzone przez GUS, wskazują, iż w grupie osób w wieku 55+ 10% osób badanych zadeklarowało zaangażowanie w ten rodzaj aktywności. Jednocześnie z danych GUS wynika, że średnia liczba godzin pracy społecznej w ciągu 4 tygodni wynosi dla wolontariusza w wieku 55-64 lata 15 godzin, a dla wolontariusza w wieku 65+ - 13 godzin²⁹. Badania Stowarzyszenia Klon/Jawor wskazują, że w 2010 r. zaangażowanie w wolontariat, jako jedną z form aktywności osób starszych, na rzecz organizacji lub grup zadeklarowało 10% Polaków powyżej 55. roku życia (wśród osób młodych poniżej 25 lat odsetek ten wyniósł 22%)³⁰. Zbliżone wyniki przynosi poświęcony aktywnemu starzeniu się sondaż Eurobarometru z 2011 r. Według tego sondażu zaangażowanie w nieodpłatne i dobrowolne działania na rzecz

²⁷ P. Szukalski, „Aktywność zawodowa” w: P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, Termedia, Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012 r.

²⁸ Przytaczane badania różnie definiują wiek, od którego daną osobę zalicza się do przedziału osób starszych. Z tego względu trudno jest odnieść dane bezpośrednio do osób, które zakończyły swoją aktywność na rynku pracy i są adresatami Programu.

²⁹ GUS, *Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym*, 2011, s.160, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13928_PLK_HTML.htm

³⁰ Zob. J. Przewłocka, *Zaangażowanie społeczne Polaków w roku 2010: Wolontariat, filantropia, 1%. Raport z badań*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2011.

organizacji charytatywnych i zajmujących się wolontariatem deklaruje 12% Polaków powyżej 55. roku życia, gdy średnia europejska wynosi 27%³¹.

Należy pamiętać o istnieniu szeregu uwarunkowań, które mogą mieć wpływ na małe zainteresowanie osób starszych działalnością społeczną, w tym wolontariacką. Należą do nich m.in.:

- pogarszanie się stanu zdrowia wraz z upływem lat,
- sytuacja materialna skutkująca zmniejszeniem oczekiwań i potrzeb co do jakości życia,
- poczucie osamotnienia i marginalizacji,
- ogólna niechęć do aktywności społecznej związana z postawami we wcześniejszych fazach życia i doświadczeniami życiowymi,
- duże zaangażowanie w życie rodzinne (m.in. opieka nad wnukami),
- słabo rozwinięty w Polsce wolontariat kompetencji, tzn. sytuacja, w której odchodząca z rynku pracy osoba ma możliwość podzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem z młodymi pracownikami swojej branży,
- niewystarczające kompetencje cyfrowe.

Te uwarunkowania determinują działania wobec osób starszych oraz powinny stanowić główne kierunki interwencji, stanowiąc podstawę zagospodarowania potencjału osób starszych w społeczeństwie.

Jednocześnie organizacje współpracujące obecnie z osobami starszymi - wolontariuszami, zarówno publiczne, jak i pozarządowe, wskazują na ich liczne zalety: dyspozycyjność, odpowiedzialność, cierpliwość, rzadkie wycofywanie się z raz podjętych zobowiązań, a więc możliwość długotrwałej współpracy, a nie działań o charakterze akcyjnym. Wolontariusze seniorzy najczęściej wykonują prace związane ze spędzaniem czasu z innymi ludźmi (opieka, nauka, animacja czasu wolnego).

Szczególnym rodzajem aktywności społecznej są działania podejmowane na rzecz lokalnych społeczności definiowane jako zaangażowanie obywatelskie, tj. indywidualne zaangażowanie w sprawy lokalne i krajowe, a także przekonanie o zdolności wywierania na nie bezpośredniego wpływu. Poziom zaangażowania obywatelskiego zależy m.in. od następujących czynników:

- postrzegana zdolność do wpływania na wydarzenia,
- stopień poinformowania o sprawach lokalnych i krajowych,
- kontakt z urzędnikami lub przedstawicielami politycznymi,
- zaangażowanie w lokalne grupy działania,
- skłonność do głosowania.

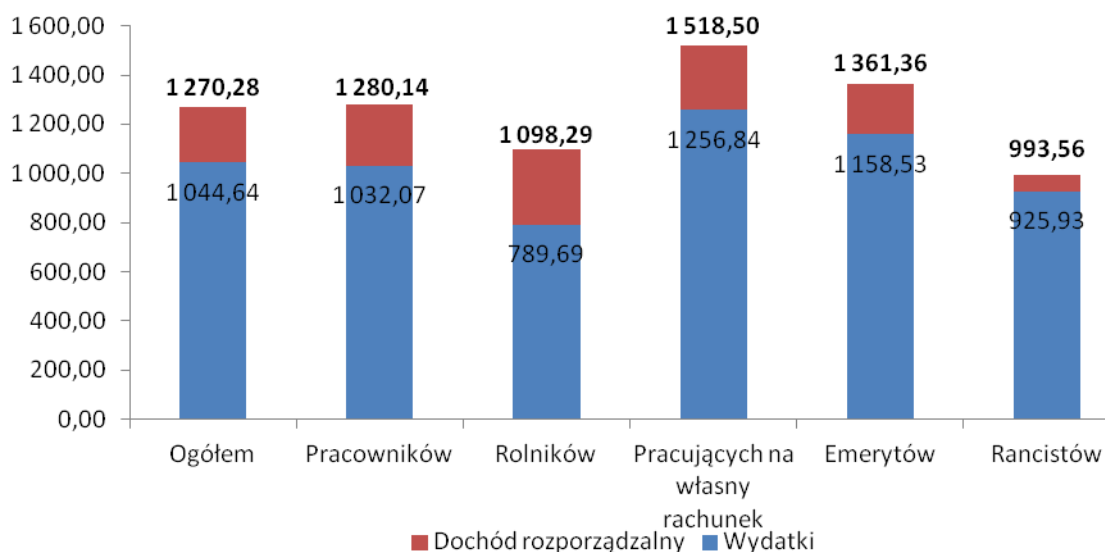
1.4. Sytuacja dochodowa gospodarstw domowych emerytów

W 2012 r. przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny gospodarstw domowych emerytów wyniósł 1361 zł na osobę, wobec średniej 1270 zł w Polsce. Wyższy dochód od emerytów osiągają jedynie gospodarstwa pracujących na własny rachunek – 1518 zł.

Gospodarstwa domowe emerytów są również tymi, w których przeciętne miesięczne wydatki ogółem, z wyjątkiem gospodarstw pracujących na własny rachunek (1256 zł), są najwyższe – 1158 zł, podczas gdy średnio w Polsce kształtują się na poziomie 1044 zł. Relacja wydatków do dochodów w gospodarstwach emerytów wynosi 85,1%. Wyższa jest tylko w gospodarstwach domowych rencistów (93,2%). Dane przedstawiono w Tabeli 2.

³¹ http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_fact_pl_en.pdf

Wykres 5. Przeciętne miesięczne dochody i wydatki gospodarstw domowych na osobę wg grup społeczno-ekonomicznych w 2012 r.



Źródło: Sytuacja gospodarstw domowych w 2012 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, GUS, 2013.

Gospodarstwa domowe emerytów, podobnie jak innych grup społeczno-ekonomicznych, największą część domowego budżetu przeznaczają na żywność i napoje bezalkoholowe (27,4% wydatków ogółem) oraz użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii (24,5%). Kolejnymi największymi grupami wydatków gospodarstw domowych emerytów są te związane ze zdrowiem (8,1%), transportem (6,2%) oraz rekreacją i kulturą (6,1%). Warto zauważyć, że wydatki na zdrowie są najwyższe spośród wszystkich grup społeczno-ekonomicznych (por. Wykres 5).

Tabela 2. Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych według grup społeczno-ekonomicznych w 2012 r.

Wydatki	Ogółem	Gospodarstwa domowe					
		pracowni- ków	rolników	pracują- cych na własny rachunek	emerytów i rencistów		
					razem	emerytów	rencistów
w złotych na osobę							
WYDATKI OGÓŁEM	1044,64	1032,07	789,69	1256,84	1112,17	1158,53	925,93
w odsetkach wydatków ogółem							
Towary i usługi konsumpcyjne	95,7	96,3	95,6	96,3	94,1	93,9	95,0
w tym:							
żywność i napoje bezalkoholowe	25,1	23,8	31,8	21,5	28,1	27,7	30,0
napoje alkoholowe, wyroby tytoniowe i narkotyki	2,7	2,8	2,5	2,6	2,5	2,5	2,7
Towary nieżywnościowe i usługi	66,2	67,5	59,3	70,7	62,5	62,7	61,5
w tym:							
odzież i obuwie	5,0	5,6	5,1	6,3	2,9	2,9	2,8
użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii	20,3	18,8	17,8	18,4	24,5	24,1	26,2
w tym:							
nośniki energii	12,1	10,6	12,8	10,8	15,9	15,7	16,9
wyposażenie mieszkania i prowadzenie gospodarstwa domowego	4,8	5,0	4,9	5,1	4,3	4,3	3,9
zdrowie	5,0	4,0	3,9	3,9	8,1	8,2	7,5
w tym:							
artykuły farmaceutyczne	3,0	2,1	2,4	1,7	5,8	5,8	5,7
usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	1,6	1,6	1,2	1,8	1,6	1,7	1,3
transport	9,8	11,2	11,2	11,7	6,0	6,3	4,3
łącznie	4,0	4,0	4,1	4,4	3,9	3,9	4,2
rekreacja i kultura	8,2	8,9	5,5	9,9	6,3	6,4	6,0
w tym:							
artykuły przeznaczone do celów edukacyjnych	0,6	0,7	1,0	0,7	0,2	0,1	0,3
edukacja	1,2	1,6	0,7	1,7	0,2	0,2	0,3
restauracje i hotele	2,8	3,1	1,2	3,9	1,6	1,5	1,8
pozostałe towary i usługi	5,2	5,3	4,8	5,3	4,8	4,9	4,4
w tym:							
higiena osobista	2,9	3,1	2,0	3,1	2,3	2,3	2,2
Wydatki pozostałe	4,3	3,7	4,4	3,7	5,9	6,0	5,0
w tym dary przekazane innym gospodarstwom domowym	3,2	2,7	3,2	2,8	4,5	4,8	3,5

Źródło: Sytuacja gospodarstw domowych w 2012 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, GUS.

1.5. Formy edukacji dla osób starszych

Edukacja osób starszych przybiera formy edukacji formalnej, pozaformalnej i nieformalnej. Z danych Eurostatu wynika, że w Polsce w 2011 r. kształcenie i szkolenie dotyczyło 0,9% populacji osób w wieku 50-74 lata, podczas gdy przeciętnie w krajach UE 27 – 4,2%. Obserwując dane od 2005 r., można stwierdzić, że odsetek ten jest prawie niezmienny, zarówno dla krajów UE (od 4,5 do 4,2), jak i dla Polski (od 1,2 do 0,9) (por. Tabela 3). W populacji kobiet w wieku 50-74 lata, podobnie jak w całej Unii Europejskiej, odsetek kształcących się był wyższy niż w populacji mężczyzn w tej samej grupie wieku.

Tabela 3. Kształcenie i szkolenie populacji w wieku 50-74 lata w %.

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	ogółem						
UE 27	4,2	4,3	4,4	4,5	4,5	4,4	4,2
Polska	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	0,9
	mężczyźni						
UE 27	3,7	3,7	3,7	3,8	3,7	3,6	3,6
Polska	1,0	1,1	1,0	0,9	1,0	1,0	0,8
	kobiety						
UE 27	4,6	4,8	5,0	5,2	5,2	5,1	4,8
Polska	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,0

Źródło: Eurostat.

Z danych Eurostat wynika również, że uczestnictwo osób dorosłych w Polsce w kształceniu i szkoleniu jest silnie uzależnione od ich wieku, poziomu wykształcenia i formy edukacji (edukacji formalnej lub pozaformalnej). Pomędzy najmłodszymi osobami dorosłymi (grupa wieku 18-24 lata) i najstarszymi (50+ i 60+) oraz najniżej i najwyżej wykształconymi istnieje w Polsce widoczna na tle UE różnica. Nakłada się na to różny poziom w uczestnictwie w edukacji formalnej i pozaformalnej.

Na przykład według danych z 2011 r. uczestnictwo najmłodszych osób dorosłych (do 24. roku życia) w Polsce w edukacji formalnej jest na poziomie wyraźnie wyższym od średniej w UE (w UE 50,3%, w Polsce 61,1%, co daje miejsce w czołówce krajów UE). Niewiele od średniej w UE odbiega uczestnictwo w edukacji formalnej kolejnych kategorii wieku (25-34 i 34-44 lata). Natomiast uczestnictwo osób dorosłych z najstarszej kategorii wieku poddawanej badaniom w UE (55-74 lata), zarówno w edukacji formalnej, jak i pozaformalnej, wyraźnie odstaje od średniej w UE (w Polsce 0,6%, w UE 3,5%), co daje jedno z ostatnich miejsc wśród krajów UE. Podobne, wyraźne różnice dzielą osoby lepiej i gorzej wykształcone, na korzyść tej pierwszej grupy.

Zatem wyzwaniem w Polsce znacznie bardziej widocznym niż w większości krajów UE jest edukacja (kształcenie i szkolenie) osób starszych, nisko wykształconych i, co pozostaje z tym w ścisłym związku, nieaktywnych ekonomicznie i społecznie. Dotyczy to różnych grup osób dorosłych pozostających w niekorzystnej sytuacji, w tym zagrożonych ubóstwem, chorych, samotnych, niepełnosprawnych, o ograniczonej sprawności itp. Działania w ww. obszarze powinny być potraktowane jako kwestia specyficzna, o której decyduje szczególna sytuacja życiowa powyższej grupy, ale również jako zagadnienie ujęte w szerszym kontekście lifelong learning, czyli edukacji osób, które mają już za sobą etap edukacji formalnej.

Przykłady dobrej praktyki w zakresie edukacji dorosłych w obszarze UE wskazują, że skuteczna oferta edukacyjna, kierowana zwłaszcza do osób pozostających w niekorzystnej sytuacji, nie może być powieleniem tradycyjnej edukacji typu szkolnego.

1.6. Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW)³²

Uniwersytety Trzeciego Wieku są najbardziej popularną formą zajęć edukacyjnych wśród osób starszych. Ich głównym celem jest edukacja osób starszych. Jest to formuła działalności edukacyjnej, która przyczynia się do zaspokajania takich potrzeb seniorów, jak: samokształcenie, poznawanie środowiska, poszerzanie wiedzy i umiejętności, wykonywanie społecznie użytecznych działań, wypełnienie wolnego czasu, utrzymywanie więzi towarzyskich, stymulacja psychiczna i fizyczna, a czasem nawet możliwość realizacji młodzięcych marzeń. Jednym z czynników, który zdecydował o ich popularności jest fakt, że wpisują się one w idee edukacji otwartej. Korzystanie z usług większości Uniwersytetów Trzeciego Wieku nie jest uwarunkowane koniecznością spełnienia konkretnych kryteriów formalnych (np. konieczność posiadania konkretnego typu wykształcenia).

Innymi celami UTW są: rozwój intelektualny, społeczny, aktywność fizyczna osób starszych, wspieranie poszerzania wiedzy i umiejętności seniorów, ułatwianie kontaktów z instytucjami, takimi jak: służba zdrowia, ośrodki kultury, ośrodki rehabilitacyjne, angażowanie słuchaczy w aktywność sportową i turystyczną oraz w aktywność na rzecz otaczającego ich środowiska. Ponadto pełnią istotną rolę na rzecz podtrzymywania więzi społecznych i komunikacji międzyludzkiej wśród seniorów.

UTW, podobnie jak wolontariat, wspomagają budowanie kapitału społecznego. Kontakt z innymi osobami oraz budowanie relacji ma pozytywny wpływ na poczucie bycia potrzebnym, kondycję zdrowotną itp. Dlatego tak ważne jest włączenie osób starszych do społeczeństwa, m.in. poprzez zaangażowanie społeczności lokalnych.

UTW w Polsce funkcjonują w zróżnicowanej strukturze organizacyjnej. Wyróżnia się te, które działają w strukturach i pod patronatem uczelni, kierowane najczęściej przez pełnomocnika rektora danej uczelni, powołane przez stowarzyszenia prowadzące działalność popularnonaukową, fundacje oraz pozostałe, działające jako jednostki samorządu terytorialnego np. przy domach kultury, bibliotekach, domach dziennego pobytu, ośrodkach pomocy społecznej.

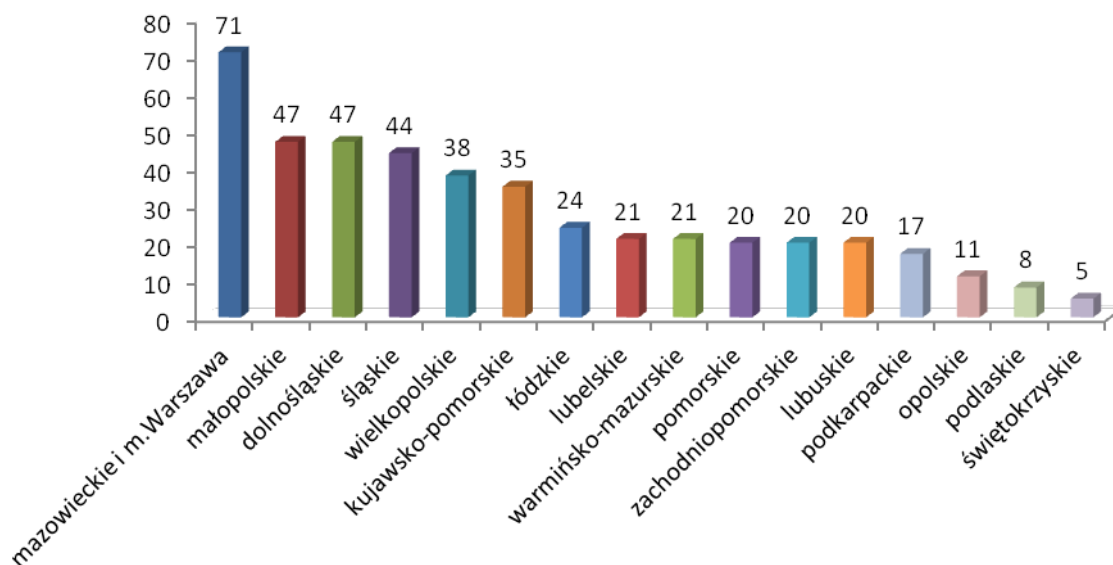
Z danych Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku wynika, że w Polsce działa ponad 450 Uniwersytetów Trzeciego Wieku (na podstawie informacji uzyskanych z Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń UTW), które prowadzą zajęcia i wykłady dla około

³² Na podstawie www.utw.pl.

100 tys. słuchaczy (na podstawie raportu „Zoom na UTW”)³³. Porównując rozkład UTW, w województwach z medianą wieku, można dojść do wniosku, że UTW nie powstają w tych województwach, w których mediana wieku jest najwyższa (czyli tam, gdzie wzrasta liczba potencjalnych słuchaczy).

Należy podkreślić, że UTW często są tworzone i prowadzone przez osoby starsze, będące liderami w lokalnym środowisku seniorów. Dlatego też istotne dla rozwoju tego typu działań są inicjatywy lokalne.

Wykres 6. Liczba UTW w podziale na województwa w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń UTW, 2013.

Oferta edukacyjna dla osób starszych obejmuje różne dziedziny (zdrowie, prawo, gospodarka) oraz zajęcia ruchowe. Jednak edukacja w sferze nowych technologii (obsługa komputera, korzystanie z sieci Internet) stanowi często początek procesu edukacji oferowanej osobom starszym. Rozwój umiejętności i kompetencji osób starszych w tym zakresie zwiększa znacząco zakres uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym.

Równoległe z dalszym rozwojem UTW, należy wspierać inne formy aktywności edukacyjnej osób starszych, które będą odpowiedzią na potrzeby wszystkich osób starszych. Ogromną rolę w tym obszarze będą odgrywać lokalne stowarzyszenia i organizacje pozarządowe, a także instytucje publiczne, np. gminne ośrodki kultury, biblioteki, domy pomocy społecznej itp.

1.7. Kompetencje cyfrowe osób starszych

Jednym z wyzwań dla szerszego włączenia osób starszych w sferę aktywności obywatelskiej jest wzmocnienie ich kompetencji cyfrowych i zmniejszanie poziomu e-wykluczenia. W tym celu konieczna jest zarówno reforma edukacji, transformacja systemu uczenia się przez całe życie, budowanie kompetencji cyfrowych osób starszych w ramach edukacji formalnej i nieformalnej, jak i zmiana przyzwyczajzeń i przezwyciężenie obaw osób starszych.

³³ Liczba słuchaczy może być większa, ponieważ nie wszystkie UTW udostępniły informacje nt. liczby swoich uczestników.

Jedną z barier korzystania z technologii cyfrowych dla osób starszych mogą stanowić koszty dostępu do tych usług (w stosunku do wysokości świadczeń emerytalnych i rentowych).

Charakterystyczne dla Polski jest istnienie dużego rozwarstwienia w poziomie rozwoju społeczeństwa cyfrowego. Jedynie nieco ponad połowa Polaków korzysta z Internetu. W społeczeństwie cyfrowym uczestniczą przede wszystkim osoby młodsze, natomiast wykluczone z niego są osoby starsze. Żyją one w dużej mierze nadal w rzeczywistości analogowej, czego dowodzi fakt, że z Internetu korzysta w tej grupie wieku jedynie około 20%³⁴ osób. Według danych GUS w przypadku osób powyżej 65. roku życia występuje zjawisko ograniczonego wykluczenia cyfrowego. W Polsce w 2011 r. odsetek osób korzystających z komputera, ale niekorzystających z Internetu wynosił ok. 5%. Tymczasem w przypadku osób powyżej 65 lat odsetek ten był wyższy – 36%, a w przypadku emerytów – 26,5%. W wielu przypadkach nie czują one nawet potrzeby korzystania z Internetu i w mniejszym stopniu korzystają także z innych technologii cyfrowych. Według danych GUS w 2010 roku, 87% osób powyżej 65. roku życia nie korzystało wcześniej z Internetu, a tylko 11% korzystało regularnie z komputera³⁵.

Powszechne wykorzystanie technologii cyfrowych jest niezbędnym warunkiem odpowiedniej jakości indywidualnego życia oraz stworzenia wystarczającego potencjału rozwojowego dla całego społeczeństwa. Poprawa kompetencji cyfrowych osób starszych jest także istotna ze względu na wyzwanie związane z polepszaniem jakości życia na wsi.

W oparciu o kompetencje kluczowe w uczeniu się przez całe życie opracowane przez KE, należy wyróżnić następujące obszary aktywności edukacyjnej, zapewniającej samodzielne i godne życie osób starszych:

1. Nauka nowych technologii, w tym zapobieganie wykluczeniu cyfrowemu.
2. Rozwój świadomości konsumenckiej i wiedzy z zakresu bezpieczeństwa osobistego.
3. Edukacja prozdrowotna.
4. Przygotowanie do procesu starzenia.
5. Uczenie się poprzez wolontariat.
6. Rozwój umiejętności społecznych.

Przejście na emeryturę to dla wielu osób moment, w którym mogą realizować w pełni swoje pasje i rozwijać zainteresowania. Oferta edukacyjna skierowana dla seniorów powinna również stwarzać warunki ku temu.

1.8. Budżet czasu wolnego osób starszych³⁶

Osoby w wieku 65+ najwięcej czasu dobowego (51,3%, tj. 12 godz. 18 min.) poświęcają na zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, do których należą m.in. sen, jedzenie, mycie i ubieranie się. Najwięcej czasu przeznaczają na sen – 39,9%, tj. 9 godz. 34 min. Potrzeby fizjologiczne zajmują tej grupie najwięcej czasu wśród wszystkich grup wieku.

Kolejnymi czynnościami, które zabierały najwięcej czasu, były zajęcia i prace domowe, które wypełniały przeciętnie 15,9% czasu dobowego, tj. 3 godz. 49 min. Mniej czasu na tego typu prace poświęcały jedynie osoby w wieku poniżej 24 lat.

³⁴ Za: Projekt dokumentu: *Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa strategia Rozwoju Kraju. Część II*, Warszawa 2012, s. 108.

³⁵ *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce*, GUS 2012.

³⁶ Rozdział na podstawie raportu GUS, *Budżet czasu ludności 1.VI.2003 r. – 31.V.2004*, Warszawa 2005, (rozdział 3.3 *Budżet czasu a wiek*, s.37 oraz tabl. 2 s. 132).

Osoby w wieku 65 lat i więcej, częściej niż osoby w innych grupach wieku, spędzały czas na korzystaniu ze środków masowego przekazu – 15,7% dobowego czasu, tj. 3 godz. 46 min., z czego 2 godz. 55 min. poświęcały na oglądanie telewizji i filmów.

Życie towarzyskie i rozrywki były najbardziej popularne wśród najmłodszych w wieku 15–24 lata (6,5% czasu dobowego, tj. 1 godz. 34 min.) oraz najstarszych – 65 lat i więcej (5,9%, tj. 1 godz. 25 min.).

Osoby w wieku 65+ wskazywały, podobnie jak osoby w wieku 55-64 lat, że na dobrowolną pracę w organizacjach i poza nimi przeznaczają 3,1% (45 min.) swojego dobowego czasu (ponad 2 razy więcej niż osoby w wieku 15-44 lata).

Najmniej czasu, również w porównaniu do innych grup wieku, osoby starsze poświęcały swoim zamiłowaniom, hobby – 0,5%, tj. 8 min.

Tabela 4. Struktura dobowego budżetu czasu według wieku w latach 2003-2004 (w % czasu dobowego ogółem)³⁷ – do uzupełnienia po publikacji najnowszych wyników GUS.

Wyszczególnienie	Wiek (w latach)					
	15–19	20–24	25–34	35–44	45–54	55–64
Czas trwania czynności w ciągu doby ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Potrzeby fizjologiczne ³⁸	47,1	46,3	43,8	43,4	44,7	47,5
Praca zawodowa	2,1	9,3	16,3	17,1	14,8	6,3
Nauka	14,4	6,2	0,9	0,3	0,1	–
Zajęcia i prace domowe	5,4	9,3	15,3	15,6	14,8	17,2
Dobrowolna praca w organizacjach i poza nimi	1,3	1,3	1,3	1,4	2,0	3,1
Życie towarzyskie i rozrywki	6,6	6,4	4,2	3,8	4,0	4,6
Uczestnictwo w sporcie i rekreacji	2,9	1,9	1,2	1,1	1,3	1,7
Zamiłowania osobiste, hobby i gry	3,1	2,2	1,0	0,6	0,6	0,8
Korzystanie ze środków masowego przekazu	10,3	10,3	9,7	10,8	12,0	13,9
Dojazdy, dojscia oraz inne niewymienione czynności	6,8	6,8	6,3	5,9	5,7	4,9
w tym dojazdy i dojscia	6,3	6,5	6,0	5,6	5,3	4,5

Źródło: Budżet czasu ludności 1.VI.2003 – 31.V.2004, GUS, 2005.

Często przytaczaną motywacją dla aktywności osób starszych jest chęć zagospodarowania wolnego czasu. Istotne jest zatem kierowanie właściwej oferty do osób starszych przy uwzględnieniu oczekiwań oraz motywacji tych osób do podejmowania działalności społecznej³⁹.

1.9. Zdrowie i usługi kierowane do osób starszych

³⁷ Obliczany na podstawie przeciętnego czasu trwania czynności przypadającego na 1 osobę bez względu na to, czy wykonywała dana czynność, czy nie.

³⁸ Zaliczają się tu takie potrzeby, jak: sen, jedzenie i picie, mycie i ubieranie się oraz pozostałe.

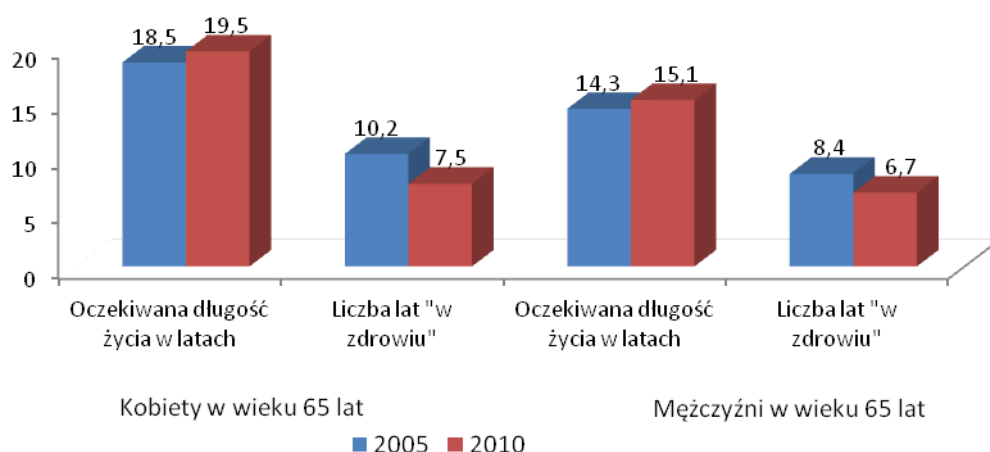
³⁹ Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce we współpracy z regionalnym Centrum Wolontariatu przeprowadziły w Elblągu sondaż postaw wobec wolontariatu 50+. Jego wyniki wskazują, że najważniejsze zachęty dla osób starszych do angażowania się w wolontariat to: niesienie pomocy potrzebującym (72%), poznanie nowych ludzi (61%) oraz własna satysfakcja (47%). Publikacja w ramach projektu „Same plusy. Wolontariat 50+”: *Same plusy. Wolontariat 50+. Prezentacja doświadczeń projektu*. Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu w Elblągu, 2007, s. 43-44.

W kontekście starzejącego się społeczeństwa kluczowa jest kwestia opieki zdrowotnej. Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce w 2009 r. wyniosły według danych Eurostat 6,9% PKB (ok. 92 mld zł⁴⁰). Na wydatki na opiekę nad osobami starszymi w 2008 r. przeznaczono 0,22% PKB.

Z danych Eurostatu⁴¹ wynika, że kobiety urodzone w 2010 r. będą żyły w zdrowiu przeciętnie 62,2 lata, co stanowi 77,1% całej oczekiwanej długości życia (80,7 lat). Mężczyźni przeciętnie w zdrowiu będą żyli krócej niż kobiety – 58,5 lat, tj. 81,2% oczekiwanej długości życia (72,1 lat). Przewidywana długość życia w zdrowiu kobiet, które w 2010 r. miały 65 lat, to 7,5 lat (38,7% dalszego przewidywanego trwania życia, które wynosi 19,5 lat). W przypadku mężczyzn, którzy w 2010 r. mieli 65 lat, przewidywana długość życia w zdrowiu wynosi 6,7 lat (44,7% dalszego przewidywanego życia, które wynosi 15,1 lat).

Analizując dane z 2010 r. (por. wykres 7), obserwuje się znaczną dysproporcję życia oraz życia „w zdrowiu” kobiet i mężczyzn. Kobiety nie tylko żyją dłużej niż mężczyźni, ale także żyją dłużej „w zdrowiu”.

Wykres 7. Oczekiwana średnia długość życia kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat w 2010 roku w Polsce.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

Jednak biorąc pod uwagę proporcję długości życia w zdrowiu do długości prognozowanego życia, wskaźnik życia w zdrowiu wynosi dla kobiet 39%, a dla mężczyzn 45%.

Osoby w starszym wieku są w bardzo dużym stopniu konsumentami świadczeń zdrowotnych, co wynika z występujących u nich chorób przewlekłych, takich jak: choroby serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, a także utrata słuchu lub wzroku, przebytego udaru oraz zmian w stanie funkcjonalnym. Istotnym zagadnieniem staje się zatem jakość życia w okresie starości oraz wydolność czynnościowa, której wymiernym wskaźnikiem jest samodzielność w codziennym funkcjonowaniu, bez pomocy osób innych. Wyniki badania Polsenior wskazują, iż odsetek osób niezależnych pod względem funkcjonalnym w grupie 65-69

⁴⁰ Przeliczone wg stałego kursu ustalonego dla strefy euro.

⁴¹ Źródłem danych zaprezentowanych jest Eurostat, korzystający ze statystyk krajowych oraz badań EU-SILC. Przy wyliczaniu wskaźników dotyczących długości życia, dane mogą nieznacznie różnić się od statystyk prezentowanych przez GUS ze względu na stosowanie innej metodologii.

kształtował się na poziomie 99,9%, ale malał z wiekiem i w grupie 85+ wynosił 79,1%. Korzystanie z komunikacji publicznej, samodzielne zakupy, wykonywanie prac domowych i pranie były czynnościami najczęściej wskazywanymi przez osoby starsze jako niemożliwe do wykonania przez nie lub wymagające pomocy osób drugih. Większą utratę samodzielności odnotowano w grupie kobiet, a także wśród mieszkańców wsi⁴².

Przedstawiona w zarysie sytuacja stanu zdrowia oraz budżetu czasu wolnego osób starszych dowodzi, iż wymagane są działania, które obejmują obszar usług zdrowotnych w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Konieczne są zatem działania na rzecz rozwoju usług społecznych, bezpośrednio i pośrednio związanych ze zdrowiem, takich jak: sport, turystyka, rekreacja. Wzmocnienia wymagają również działania na rzecz profilaktyki zdrowia oraz profilaktyki społecznej. Takie działania realizowane są w różnych formach edukacji osób starszych.

SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) - Badanie na Temat Zdrowia, Starzenia się i Emerytur w Europie)

Ocena stanu zdrowia Polaków po 50. roku życia została przeprowadzona w ramach międzynarodowego badania SHARE. Analizowano zarówno subiektywne, jak i obiektywne wskaźniki stanu zdrowia. Badanie wykazało także wyraźny wpływ stylu życia i czynników socjoekonomicznych (takich jak wykształcenie) na stan zdrowia osób starszych.

Polacy wyróżniają się na tle krajów Unii Europejskiej pod względem negatywnej samooceny własnego stanu zdrowia. Aż 61,7% mężczyzn i 62,5% kobiet ocenia go jako „poniżej dobrego”. Dla porównania, w krajach północnej i południowej UE odsetek ten wynosi od 28,5% do 39,5%, a w Czechach - około 42%. Negatywna ocena zdrowia Polaków ma też odzwierciedlenie w obiektywnych wskaźnikach, takich jak trudności z przejściem 100 m (ponad 15% mężczyzn i 18% kobiet w porównaniu z 8-13% w innych krajach).

Tabela 5. Wybrane wskaźniki badania SHARE w podziale na regiony UE.

Miara zdrowia		UE Północna		UE Południowa		Czechy		Polska	
		M	K	M	K	M	K	M	K
Samooceńca stanu zdrowia	Poniżej dobrego = zadawalający lub zły	28,5%	31,1%	33,6%	39,5%	42,1%	42,7%	61,7%	62,5%
Samooceńca stanu zdrowia	B.dobry lub doskonały	34,4%	32,6%	26,6%	21,6%	19,9%	18,5%	8,1%	7,3%
Długotrwałe problemy zdrowotne	Tak	45,5%	49,6%	41,1%	45,2%	51,5%	51,9%	61,9%	68,3%
Ograniczenia aktywności (GALI)	Poważnie ograniczona	14,2%	16,3%	10,3%	11,2%	19,4%	18,3%	29,1%	27,4%

Źródło: Prezentacja SHARE www.share50plus.pl/

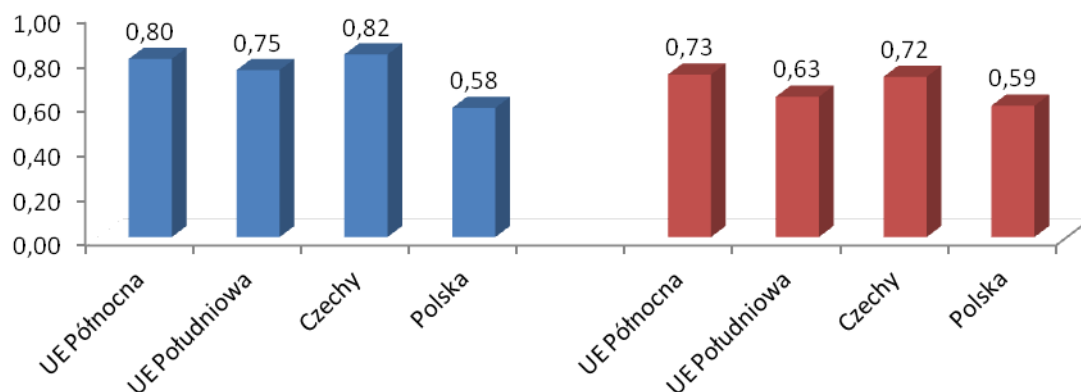
⁴² B. Wizner, A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, „Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku” w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.

Tabela 6. Wybrane wskaźniki badania SHARE w podziale na regiony.

Miara zdrowia		UE Północna		UE Południowa		Czechy		Polska	
		M	K	M	K	M	K	M	K
Siła uścisku dłoni	Średnia	40,6	25,9	37,6	23,4	41,7	26,1	38,6	23,7
Szybkość chodzenia (75+)	Średnia	0,8	0,73	0,75	0,63	0,82	0,72	0,58	0,59
Szybkość chodzenia	% osób =<0,4m/s	10,9	14,8	23,7	31,8	16,2	21,1	24,8	29,8
Puff test	Średnia	425	304	369	275	385	262	342	240
Trudność z przejściem 100m	Tak	6,8	9,0	8,0	13,2	6,9	9,6	15,7	18,6

Źródło: Prezentacja SHARE www.share50plus.pl/

Wykres 8. Szybkość chodzenia (m/s) – SHARE.



Źródło: Prezentacja SHARE www.share50plus.pl/

Zdrowy styl życia nie jest cechą wyróżniającą osoby 50+ w Polsce. Do palenia w okresie przeprowadzonego badania przynależy jedna trzecia mężczyzn i jedna piąta kobiet. W Czechach jest to 26% i 17%, a w krajach Europy Południowej – prawie 6% kobiet i 18% mężczyzn.

Tabela 7. Wybrane miary badania SHARE dotyczące stylu życia.

		EU10-Pn		EU10-Pn		Czechy		Polska	
		M	K	M	K	M	K	M	K
Palenie	kiedykolwiek aktualnie jeśli	61,2	46,5	60,0	28,6	54,6	29,4	75,6	37,4
	kiedykolwiek aktualnie %	23,6	20,9	29,7	19,2	48,0	60,2	44,0	53,1
	całej próby	14,4	9,7	17,8	5,5	26,2	17,7	33,3	19,9
Aktywność fizyczna	brak intensywnej aktywności	35,7	43,3	41,5	45,3	39,1	53,3	52,5	60,0
	brak umiarkowanej aktywności	7,2	10,3	12,8	16,3	13,2	17,6	21,0	24,9
Nadwaga	BMI 25/29.9	48,4	35,5	52,8	38,2	52,2	42,1	43,3	38,6
	BMI >=30	13,8	14,9	17,8	17,5	23,3	24,8	21,2	29,2
	BMI >=25	62,2	50,4	70,6	55,7	75,5	66,9	64,5	67,8

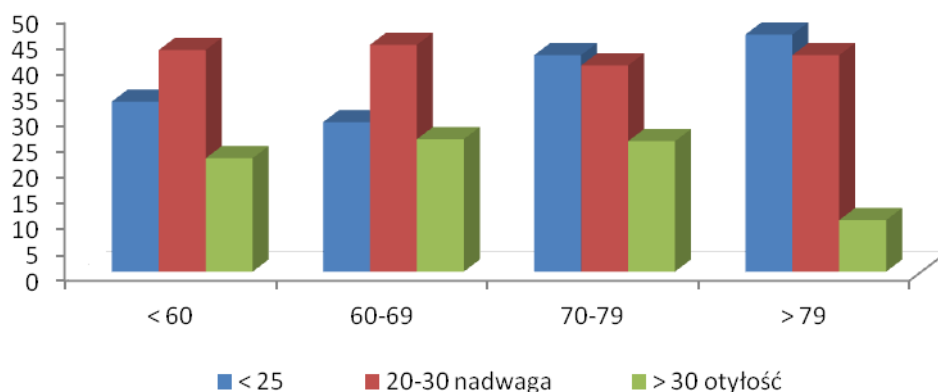
Źródło: Zdrowie, praca i styl życia populacji 50+ w Polsce na tle innych krajów Europy, CenEA Research Note Series RN02pl/09, <http://www.share50plus.pl/>.

Polacy nie prowadzą aktywnego stylu życia. Około 60% kobiet i 53% mężczyzn zadeklarowało brak intensywnej aktywności fizycznej, a brak umiarkowanej aktywności odpowiednio 25% i 21%. W każdym z porównywanych regionów Europy aktywność seniorów była większa. Niska aktywność ruchowa przekłada się na problemy z nadwagą wśród osób starszych.

Rozpowszechnienie otyłości wśród Polaków jest prawie dwa razy większe niż w krajach Europy Zachodniej. U jednej piątej Polaków i jednej trzeciej Polek wskaźnik BMI jest większy lub równy 30. Odsetek osób o takim wskaźniku nie przekracza 15% w Europie Północnej i 18% w Europie Południowej.

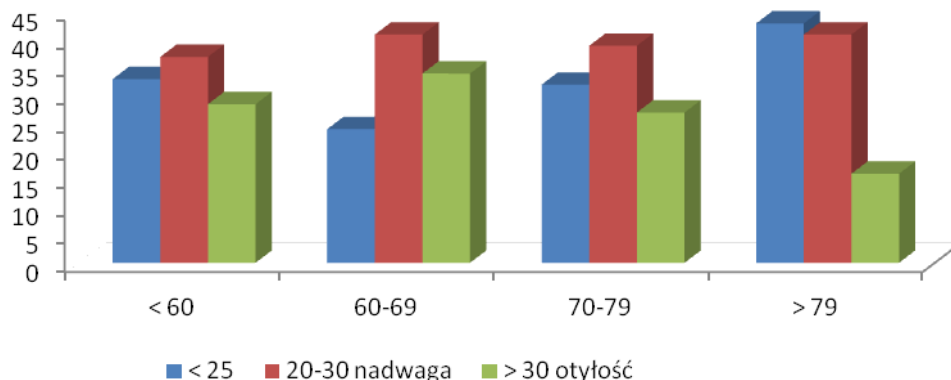
Odsetek osób z nadwagą (BMI 20-30) nie różni się znacznie pomiędzy różnymi grupami wieku w Polsce i wynosi około 40-45% dla mężczyzn oraz około 36-41% dla kobiet. Zmiany zachodzą natomiast w odsetku osób o BMI poniżej 25 oraz otyłych. Od 60. roku życia odsetek osób otyłych spada wśród seniorów, a odsetek osób o BMI poniżej 25 wzrasta.

Wykres 9. Kategorie BMI w grupach wieku – mężczyźni, Polska



Źródło: Prezentacja SHARE www.share50plus.pl/

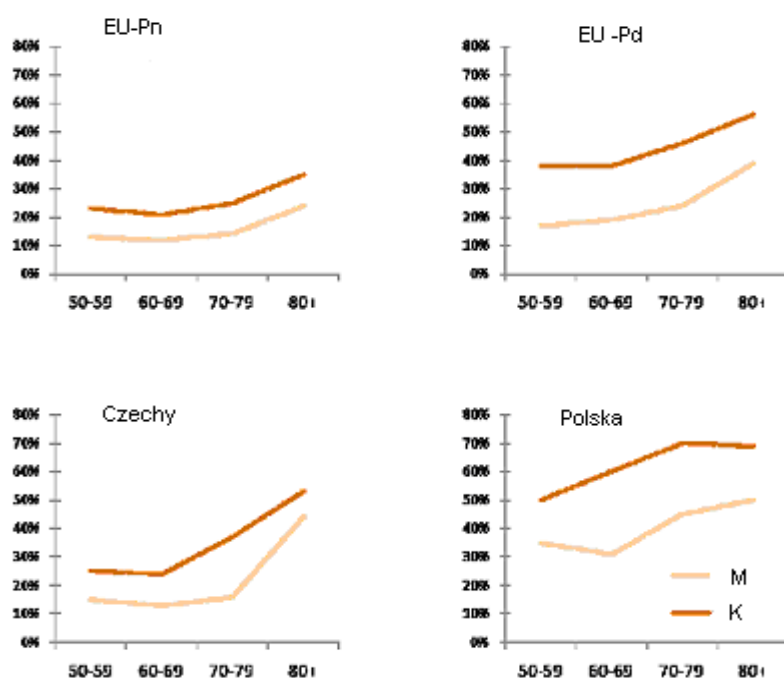
Wykres 10. Kategorie BMI w grupach wieku – kobiety, Polska



Źródło: Prezentacja SHARE www.share50plus.pl/

Pod względem zdrowia psychicznego, Polacy najczęściej różnią się od pozostałych regionów Europy w swoich wypowiedziach odnoszących się do braku nadziei na przyszłość, smutku, utraty przyjemności, kłopotów ze snem, zmęczenia i drażliwości. Prawie 60% kobiet po 50 roku życia w Polsce deklaruje odczuwanie przynajmniej czterech objawów depresji (z listy 12). Dla porównania podobne odpowiedzi uzyskano od 30% Czeszek i 25% mieszkanki Europy Północnej. Subiektywne odczucia depresyjne występują częściej wśród Polaków i Polek niż wśród mieszkańców innych krajów. Najczęściej deklarują je osoby niepełnosprawne oraz osoby na emeryturze.

Wykres 11. Odsetek osób 50+ deklarujących przynajmniej 4 objawy depresji w podziale na wiek, płeć i region.



Źródło: Prezentacja SHARE, www.share50plus.pl

Podsumowując, stan zdrowia osób po 50. roku życia w Polsce jest relatywnie gorszy niż mieszkańców innych krajów europejskich. Dotyczy to zarówno subiektywnych, podatnych na wpływy kulturowe wskaźników, jak i obiektywnych miar stanu fizycznego. Polacy są też w gorszej formie psychicznej od mieszkańców innych krajów, a mimo to z różnych względów nie podejmują leczenia. Tak niekorzystnym czynnikiem dotyczącym zdrowia towarzyszy niewielka aktywność fizyczna osób. Można założyć, że promocja zdrowia i zmiana nawyków osób dojrzałych i starszych wpłynie pozytywnie na wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego osób po 50. roku życia w Polsce.