



Minister do spraw
Polityki Senioralnej

Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.

Warszawa, 2024 r.

Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 10 grudnia 2024 r.

Spis treści

Wprowadzenie.....	4
1 Sytuacja społeczno-ekonomiczna osób starszych w Polsce	5
1.1 Sytuacja demograficzna	5
1.2 Sytuacja ekonomiczna i usługi społeczne	9
1.3 Sytuacja na rynku pracy	18
1.4 Stan zdrowia i opieka zdrowotna.....	22
1.5 Dostępne formy aktywności	40
1.6 Równe traktowanie, przeciwdziałanie dyskryminacji i przemocy	50
1.7 Sytuacja niepełnosprawnych osób starszych.....	52
Wnioski i rekomendacje	55
Załącznik nr 1 Polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu centralnym	58
Załącznik nr 2 Polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu regionalnym	58
Załącznik nr 3 Sprawozdanie z realizacji działań zaplanowanych w dokumencie Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo –Uczestnictwo – Solidarność	58
Wykaz tabel i wykresów	58

Wprowadzenie

Zadania z obszaru polityki senioralnej są aktualnie realizowane przez Ministra do spraw Polityki Senioralnej, którego urząd obsługuje Kancelaria Prezesa Rady Ministrów¹.

Minister ds. Polityki Senioralnej opracował kolejną edycję Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.², która stanowi opis i diagnozę różnych aspektów życia seniorów³. Dokument powstał we współpracy z innymi resortami, instytucjami centralnymi oraz służbami społecznymi na szczeblu województw.

Informacja prezentuje sytuację społeczno-ekonomiczną seniorów w Polsce, w szczególności dotyczącą sytuacji demograficznej, ekonomicznej, rodzinnej, zdrowotnej, sytuacji na rynku pracy, dostępności i poziomu usług społecznych oraz wszelkiego rodzaju aktywności podejmowanych przez osoby starsze.

W uzupełnieniu do *Informacji* zostało dołączone opracowanie na temat stanu realizacji polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce na szczeblu centralnym oraz na szczeblu regionalnym, a także opracowanie na temat realizacji założeń zawartych w *Polityce społecznej wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*⁴.

Do przygotowania opracowania zostały wykorzystane najnowsze, dostępne wyniki badań prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny. Jednocześnie należy zauważyć, że niektóre badania, ze względu na ich częstotliwość są publikowane w cyklu kilkuletnim.

Minister do spraw Polityki Senioralnej dziękuje wszystkim osobom i Instytucjom za pomoc i współudział w przygotowaniu *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.*

¹ W związku z postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 grudnia 2023 r. (M.P. 1383) powołującym do składu Rady Ministrów Ministra do spraw Polityki Senioralnej oraz rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra do spraw Polityki Senioralnej (Dz. U. poz. 2709).

² Na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705, oraz z 2024 r. poz. 834).

³ W *Informacji* za osoby starsze przyjęto osoby w wieku 60 lat i więcej, zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 11 września 2015 r.

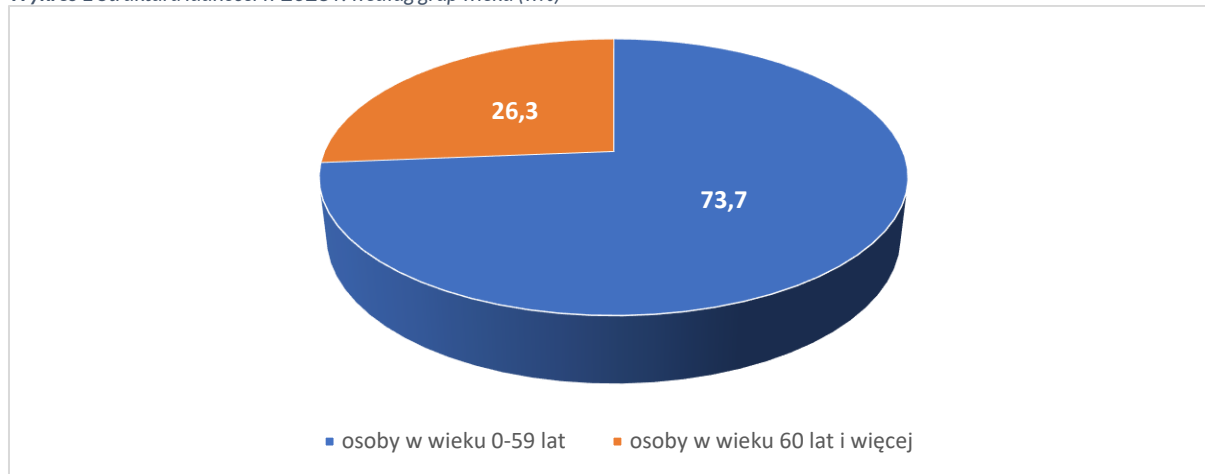
⁴ przyjętej uchwałą nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ* (M.P. poz. 1169).

1 Sytuacja społeczno-ekonomiczna osób starszych w Polsce

1.1 Sytuacja demograficzna

W 2023 r. liczba ludności Polski wyniosła 37,6 mln, w tym blisko 9,9 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (26,3%). W stosunku do 2022 r. liczba osób w wieku senioralnym wzrosła o 96 tys. osób tj. o 1,0%.

Wykres 1 Struktura ludności w 2023 r. według grup wieku (w%)



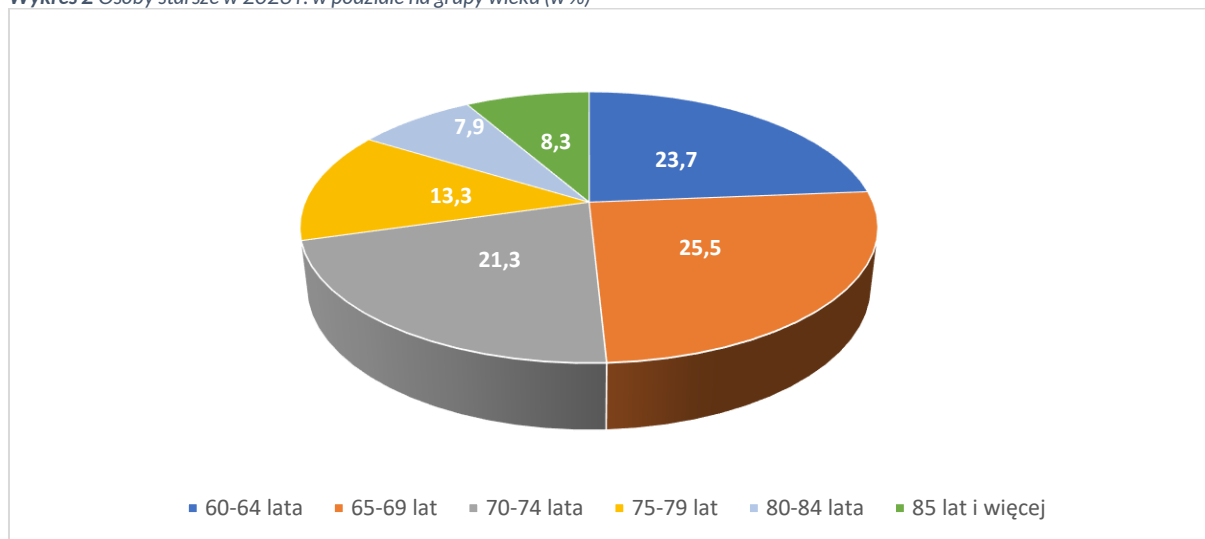
Stan w dniu 31 XII

Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS

W subpopulacji osób starszych najliczniejszą grupę (25,5%) stanowiły osoby w wieku 65–69 lat.

Drugą pod względem liczebności grupę stanowiły osoby w wieku 60–64 lata, których udział zmniejszył się w stosunku do roku poprzedniego o 1,2 p. proc, osiągając poziom 23,7%. Mniej liczna, ale rosnąca w ostatnich latach jest grupa osób w wieku 70–74 lata. W 2023 r. w stosunku do roku poprzedniego liczba osób w tym wieku wzrosła o 2,7%, a ich udział w populacji osób starszych osiągnął poziom 21,3%. W 2023 r. w stosunku do roku poprzedniego najbardziej wzrosła liczba osób w wieku 75–79 lat (o 11,3%) i osiągnęła udział w populacji osób starszych na poziomie 13,3%. Należy zwrócić uwagę, że około 16,2% (wobec 16,3% w 2022 r.) osób starszych stanowiły osoby w wieku co najmniej 80 lat.

Wykres 2 Osoby starsze w 2023 r. w podziale na grupy wieku (w %)

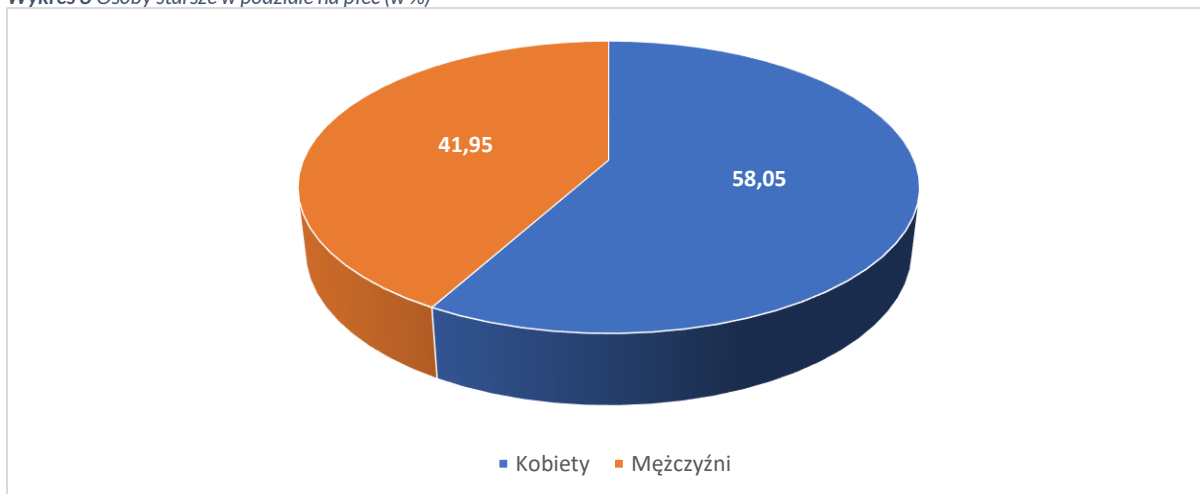


Stan w dniu 31 XII

Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS

W populacji osób starszych większość stanowią kobiety (kobiety 5 743,5 tys., mężczyźni 4 150,2 tys.). W 2023 r., podobnie jak rok wcześniej, stanowiły one 58,1%. Na 100 mężczyzn przypadało ich 138 (dla ludności Polski wskaźnik feminizacji wyniósł 107).

Wykres 3 Osoby starsze w podziale na płeć (w %)

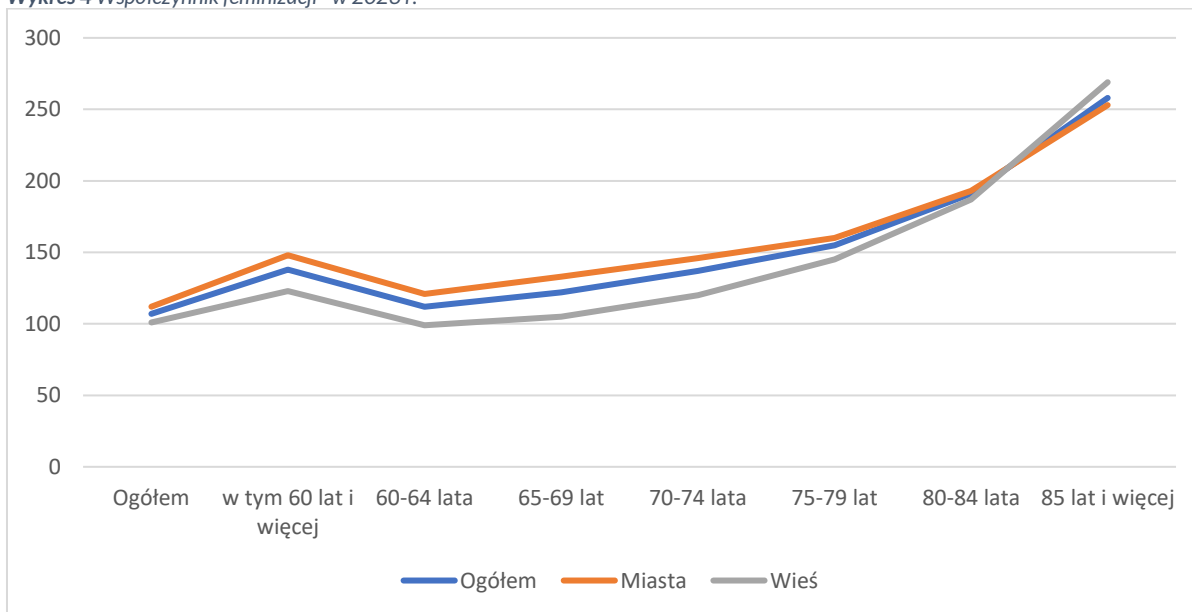


Stan w dniu 31 XII

Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS

Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku, np. w grupie 60–64 lata kobiety w 2023 r. stanowiły 52,7% ogółu osób starszych, a współczynnik feminizacji wyniósł 112. Wśród osób co najmniej 85-letnich 72,1% to kobiety, a na 100 mężczyzn przypadało ich 258.

Wykres 4 Współczynnik feminizacji^a w 2023 r.



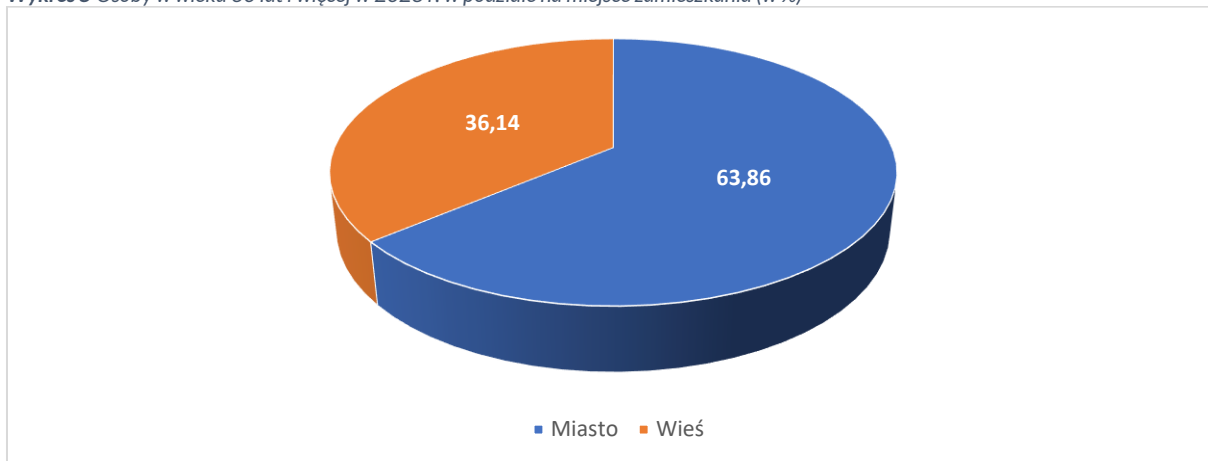
a Liczba kobiet na 100 mężczyzn (w dniu 31 XII)

Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS

Poziom zróżnicowania międzypłciowego jest różny ze względu na miejsce zamieszkania. W 2023 r. w miastach współczynnik feminizacji w grupie osób w wieku senioralnym wyniósł 148, natomiast na wsi 123. Jedynie w najstarszej grupie wieku, tj. osób w wieku 85 lat i więcej współczynnik feminizacji na wsi jest wyższy niż w mieście i wyniósł odpowiednio 269 i 253. Rosnący wraz z wiekiem udział kobiet w populacji jest konsekwencją dłuższego przeciętnego życia kobiet oraz nadumieralności mężczyzn.

W 2023 r. udział ludności w starszym wieku w miastach wyniósł 28,2% (wobec 27,9% w roku poprzednim). Na terenach wiejskich udział ten kształtował się na poziomie 23,4% (tj. o 0,4 p. proc. więcej niż w 2022 r.)

Wykres 5 Osoby w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na miejsce zamieszkania (w %)



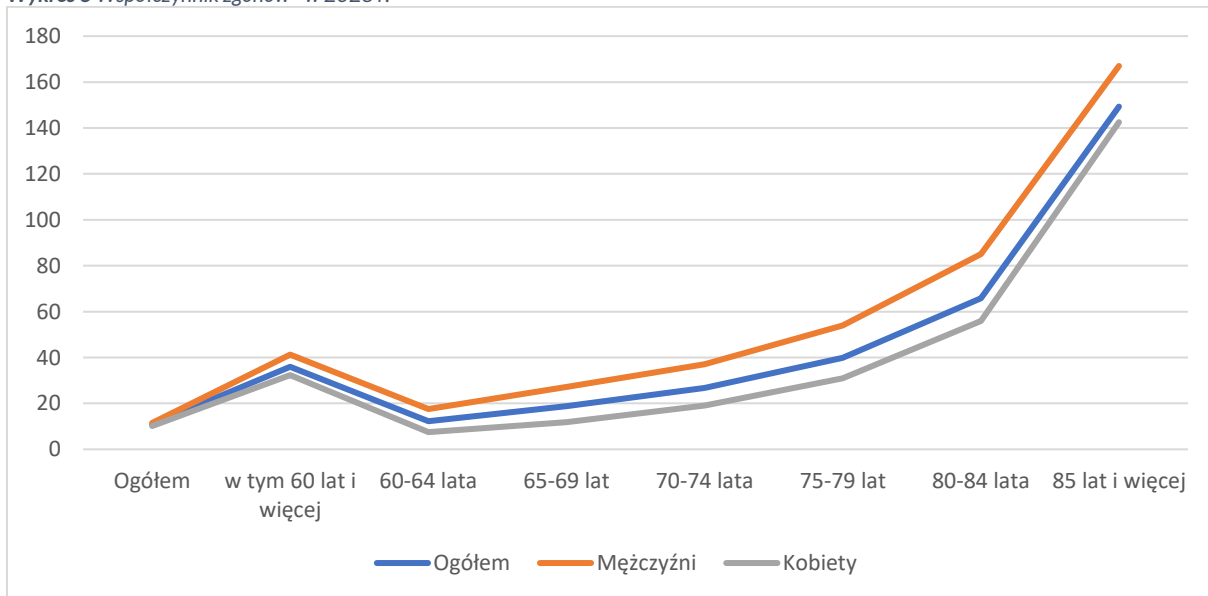
Stan w dniu 31 XII

Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS

Kobiety osiągające wiek 60 lat w 2023 r. miały przed sobą blisko 5 lat więcej dalszego trwania życia niż mężczyźni. W 2023 r. mężczyzna w wieku 60 lat miał przed sobą jeszcze średnio 19,6 roku życia (w 2022 r. było to 18,7 roku), natomiast kobieta 24,4 roku życia (w roku poprzednim 23,6 roku).

W 2023 r. liczba zgonów osób w wieku 60 lat i więcej przypadająca na 1000 osób w tym wieku wyniosła 36, co oznacza spadek w stosunku do roku poprzedniego o 3,8. **Umieralność wśród mężczyzn jest zdecydowanie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasila się wraz z wiekiem.** Współczynnik zgonów wśród mężczyzn w wieku senioralnym w 2023 r. wyniósł 41,2, a wśród kobiet ukształtował się na poziomie 32,3. Obserwuje się również wyższą umieralność wśród seniorów zamieszkałych na wsi niż w mieście. Współczynnik zgonów osób starszych na wsi wyniósł 36,9, podczas gdy w mieście ukształtował się na poziomie 35,5.

Wykres 6 Współczynnik zgonów^a w 2023 r.

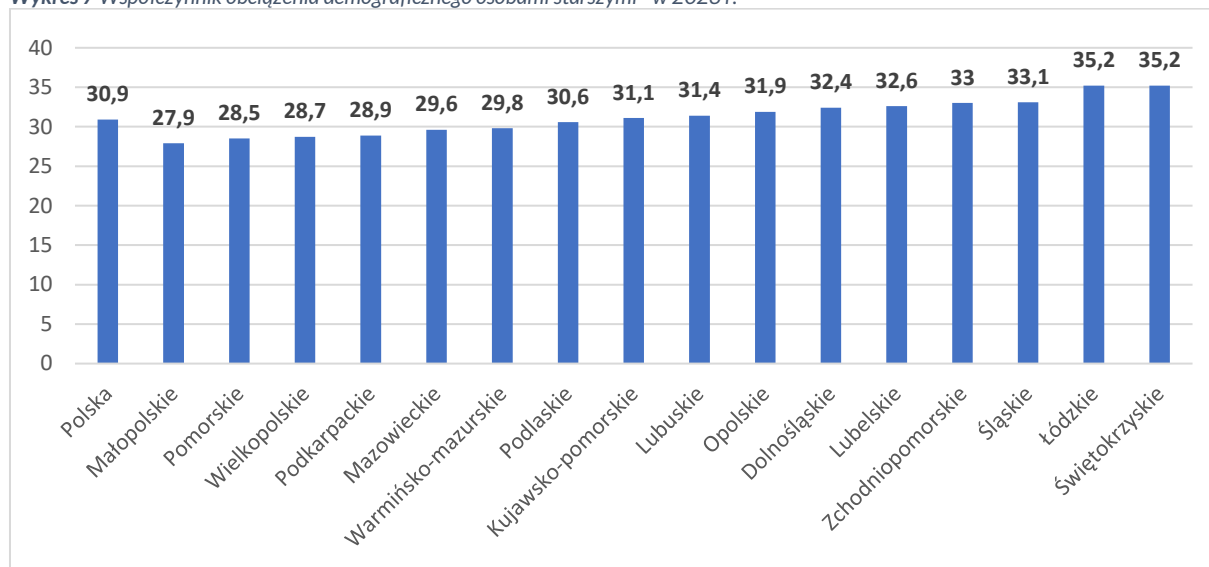


^a Liczba zgonów osób w danym wieku na 1000 ludności w danym wieku

Źródło: Wyniki bieżących badań GUS

Najczęstszą przyczyną zgonów osób starszych w 2023 r. były choroby układu krążenia, które odpowiadały za 38,9% z nich. Kolejną przyczyną były nowotwory, które odpowiadały za 23,8 % zgonów osób starszych. W 2023 r. z powodu COVID-19 odnotowano 7,2% zgonów osób starszych.

Wykres 7 Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi^a w 2023 r.

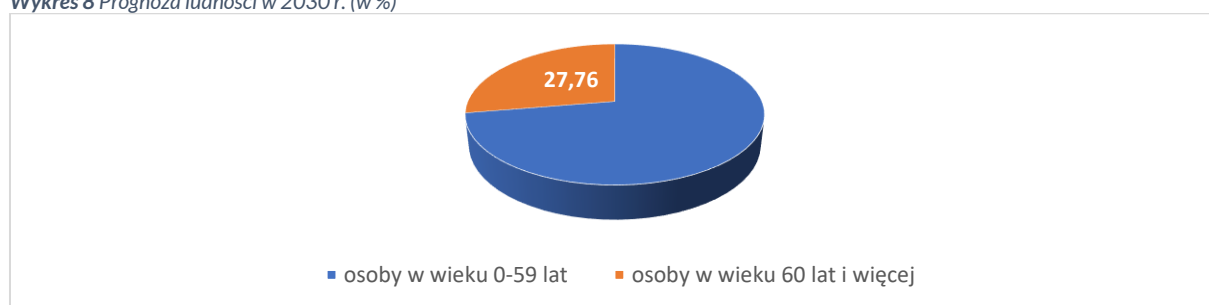


a Liczba osób w wieku 60 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 15–64 lata
Źródło: Wyniki bieżących bilansów ludności, GUS

Spadek liczby ludności ogółem i wzrost liczby ludności w wieku senioralnym skutkuje wzrostem wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi (liczby osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku od 15 do 64 lat). **Dynamiczny wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego zauważalny jest od 2011 r. Wskaźnik ten ukształtował się w 2023 r. na poziomie 30,9.** Starzenie się społeczeństwa obserwowane jest z różnym natężeniem w poszczególnych województwach. W 2023 r. najwyższym odsetkiem osób w wieku 60 lat i więcej charakteryzowało się woj. łódzkie i woj. świętokrzyskie (oba po 35,2%), natomiast najniższym – małopolskie (z udziałem wynoszącym 27,9%).

Wyniki Prognozy ludności na lata 2023–2060⁵⁾ wskazują na pogłębianie się procesu starzenia społeczeństwa. Mimo przewidywanego ubytku ludności o ponad 7 mln do 2060 r. spodziewany jest postępujący proces starzenia się ludności Polski, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 60 lat i więcej. **Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 11,9 miliona i będzie stanowiła prawie 40% ogółu ludności.**

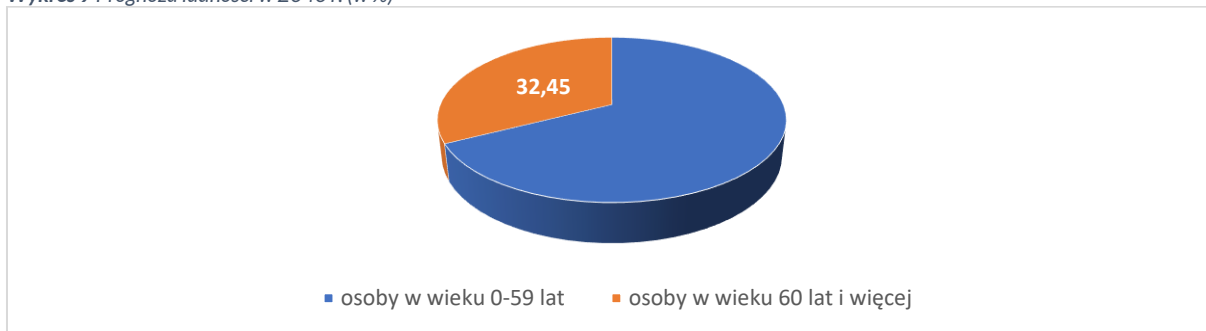
Wykres 8 Prognoza ludności w 2030 r. (w %)



Stan w dniu 31 XII
Źródło: Prognozy GUS

⁵⁾ GUS, Prognoza ludności na lata 2023–2060

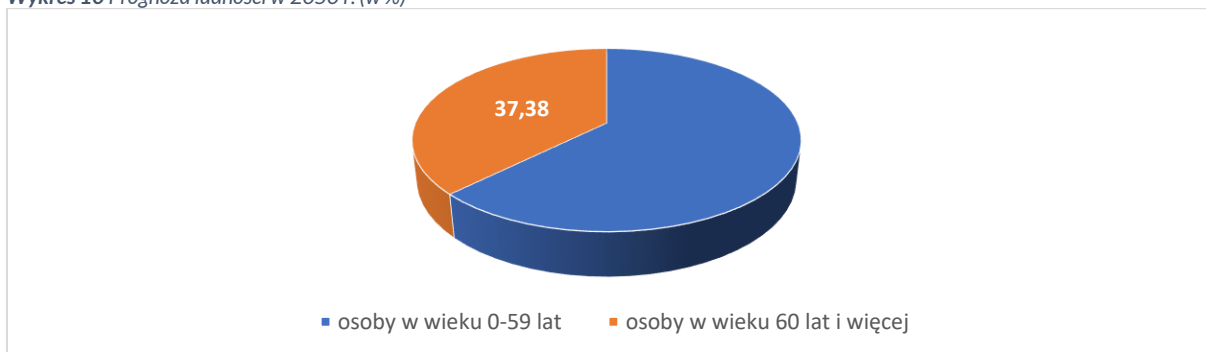
Wykres 9 Prognoza ludności w 2040 r. (w %)



Stan w dniu 31 XII

Źródło: Prognozy GUS

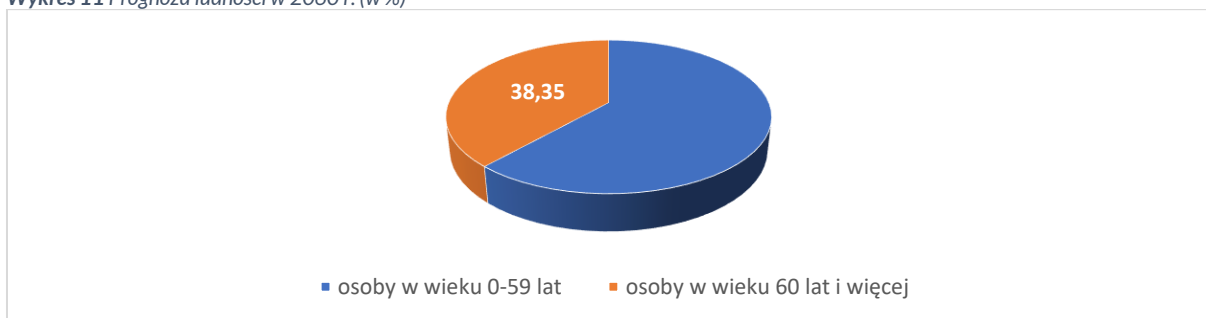
Wykres 10 Prognoza ludności w 2050 r. (w %)



Stan w dniu 31 XII

Źródło: Prognozy GUS

Wykres 11 Prognoza ludności w 2060 r. (w %)



Stan w dniu 31 XII

Źródło: Prognozy GUS

1.2 Sytuacja ekonomiczna i usługi społeczne

Zgodnie z wynikami reprezentacyjnego Badania budżetów gospodarstw domowych w 2023 r. przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych wyłącznie z osobami starszymi wyniósł 3 009,69 zł. **Gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej utrzymują się przede wszystkim z emerytur lub rent, które w 2023 r. stanowiły 81,5% ich dochodów.** Dochody z pracy najemnej w przypadku tych gospodarstw stanowiły 9,7% ogółu dochodów, a dochody z pracy na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym – 2,7%.

Tabela 1 Przeciętne miesięczne dochody na 1 osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2023 r.⁶

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe				
	bez osób w wieku 60 lat i więcej	z przynajmniej 1 osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
			razem	w tym	
				1-osobowe	2-osobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
OGÓŁEM					
w złotych					
Dochód rozporządzalny ⁷	2 793,98	2 554,56	3 009,69	2 981,52	3 013,65
MIASTO					
Dochód rozporządzalny	3 031,04	2 799,21	3 120,54	3 089,65	3 115,31
WIEŚ					
Dochód rozporządzalny	2 375,77	2 258,62	2 681,19	2 597,74	2 747,37

Źródło: Badanie budżetów gospodarstw domowych, GUS

Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych wyłącznie z osobami starszymi w 2023 r. wyniosły 2 076,78 zł. W 2023 r. udział przeciętnych miesięcznych wydatków na 1 osobę w dochodzie rozporządzalnym w gospodarstwach domowych składających się wyłącznie z osób w wieku 60 lat i więcej ukształtował się na poziomie 69,0%.

Tabela 2 Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2023 r.⁸

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe				
	bez osób w wieku 60 lat i więcej	z przynajmniej 1 osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
			razem	w tym	
				1-osobowe	2-osobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
OGÓŁEM					
w złotych					
Wydatki gospodarstwa domowego	1 720,51	1 546,19	2 076,78	2 306,46	1 986,50
MIASTO					
Wydatki gospodarstwa domowego	1 855,60	1 736,83	2 146,72	2 381,90	2 036,70
WIEŚ					
Wydatki gospodarstwa domowego	1 482,20	1 315,58	1 869,54	2 038,72	1 854,99

Źródło: Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2023 r., GUS

⁶ Dane za 2023 r. zostały uogólnione w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, uwzględniając dodatkowo strukturę ludności według wieku i płci, w związku z czym nie są one wprost porównywalne z analogicznymi danymi za lata wcześniejsze.

⁷ Dochód rozporządzalny to suma bieżących dochodów gospodarstwa domowego ze wszystkich źródeł pomniejszona o zaliczki na podatek dochodowy, podatki oraz o składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

⁸ Dane za 2023 r. zostały uogólnione w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, uwzględniając dodatkowo strukturę ludności według wieku i płci, w związku z czym nie są one wprost porównywalne z analogicznymi danymi za lata wcześniejsze.

W gospodarstwach domowych, w skład których wchodziły tylko osoby w wieku 60 lat i więcej, udział wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe na 1 osobę wyniósł w 2023 r. 28,5% (o 3,5 p. proc. więcej niż w gospodarstwach osób młodszych). Użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii stanowiły 23,8% ogółu wydatków gospodarstw wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej, a wydatki na zdrowie – 8,4%, odpowiednio o 4,8 i 4,4 p. proc. więcej w porównaniu z gospodarstwami osób młodszych.

Poziom, dynamika i struktura dochodów oraz wydatków są istotnie zróżnicowane ze względu na miejsce zamieszkania. Sytuacja dochodowa gospodarstw domowych w miastach jest lepsza niż gospodarstw domowych na wsi. W miastach gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej miały dochody o 16,4% wyższe niż gospodarstwa na wsi. Również wydatki gospodarstw domowych wyłącznie osób starszych zamieszkujących w miastach były wyższe (o 14,8%), niż gospodarstw na wsi.

Gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami starszymi rzadziej oceniały swoją sytuację materialną jako dobrą lub raczej dobrą w porównaniu z gospodarstwami bez osób starszych (42,1% wobec 61,2%), a częściej jako przeciętną (50,8% wobec 34,8%) oraz raczej złą lub złą (7,1% wobec 4,0%). Najgorzej swoją sytuację materialną oceniały osoby w wieku 60 lat i więcej mieszkające samotnie, w szczególności na wsi – 13,4% z nich oceniło swoją sytuację jako raczej złą lub złą.

Tabela 3 Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2023 r.⁹

domowym w 2025).

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe				
	bez osób w wieku 60 lat i więcej	z przynajmniej 1 osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
			razem	w tym	
				1-osobowe	2-osobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
w % danej grupy gospodarstw					
OGÓŁEM					
Ocena sytuacji materialnej przez gospodarstwo domowe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dobra i raczej dobra	61,2	47,1	42,1	31,6	54,5
Przeciętna	34,8	47,2	50,8	57,8	42,5
Raczej zła i zła	4,0	5,7	7,1	10,6	3,0
MIASTA					
Ocena sytuacji materialnej przez gospodarstwo domowe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dobra i raczej dobra	63,1	47,4	44,3	33,7	57,7
Przeciętna	33,3	46,9	49,2	56,5	40,1
Raczej zła i zła	3,6	5,7	6,5	9,8	2,2
WIEŚ					
Ocena sytuacji materialnej przez gospodarstwo domowe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dobra i raczej dobra	57,2	46,5	35,3	24,1	46,3
Przeciętna	38,0	47,8	55,6	62,5	48,6
Raczej zła i zła	4,8	5,7	9,1	13,4	5,1

Źródło: Badanie budżetów gospodarstw domowych, GUS

Według danych GUS gospodarstwa domowe składające się wyłącznie z osób starszych mieszkają przeważnie w budynkach wielorodzinnych (60,8% w 2023 r.). W domach jednorodzinnych w analizowanym roku mieszkało 39,0% tego typu gospodarstw. Przeciętna powierzchnia użytkowa

⁹ Dane za 2023 r. zostały uogólnione w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, uwzględniając dodatkowo strukturę ludności według wieku i płci, w związku z czym nie są one wprost porównywalne z analogicznymi danymi za lata wcześniejsze.

mieszkania na 1 gospodarstwo domowe osób starszych wynosiła 72,4 m², przy czym w miastach o 27,9 m² mniej niż na wsi (65,6 m² wobec 93,5 m²).

Użytkowanie mieszkań posiadających odpowiednie warunki techniczno-sanitarne zadeklarowało w 2023 r. 95,7% gospodarstw osób w wieku 60 lat lub więcej (96,8% w miastach i 92,2% na wsi). Osoby starsze w większości zadeklarowały, że ich mieszkania wyposażone były w balkon, taras lub ogródek (79,3%), że jest wystarczająco ciepłe w zimie i wystarczająco chłodne w lecie (odpowiednio 96,0% i 95,9%). Na zamieszkiwanie w hałaśliwym lub zanieczyszczonym otoczeniu uskarżało się 8,7% gospodarstw osób starszych, 2,7% oceniło, że zamieszkuje w rejonie o złej infrastrukturze, a 1,6% wskazało na szczególne zagrożenie przestępczością (np. przemocą, wandalizmem, itp.).

Tabela 4 Sytuacja mieszkaniowa gospodarstw domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2023 r.¹⁰

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe				
	bez osób w wieku 60 lat i więcej	z przynajmniej 1 osobą w wieku 60 lat i więcej	wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej		
			razem	w tym	
				1-osobowe	2-osobowe (obydwie osoby w wieku 60 lat i więcej)
w % danej grupy gospodarstw					
OGÓŁEM					
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Rodzaj budynku:					
budynek wielorodzinny	55,0	45,6	60,8	68,6	52,4
dom 1-rodzinny	44,8	54,2	39,0	31,1	47,5
innv	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1

Źródło: Badanie budżetów gospodarstw domowych, GUS

Szczególną uwagę należy zwrócić na fakt, że 26,6% mieszkań osób będących w wieku 60 lat lub więcej znajdowała się w budynkach posiadających bariery architektoniczne utrudniające dostęp do mieszkania i problem ten sygnalizowały częściej gospodarstwa domowe zamieszkujące w miastach – 30,0 % niż na wsi – 15,9%.

Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (AROPE)¹¹

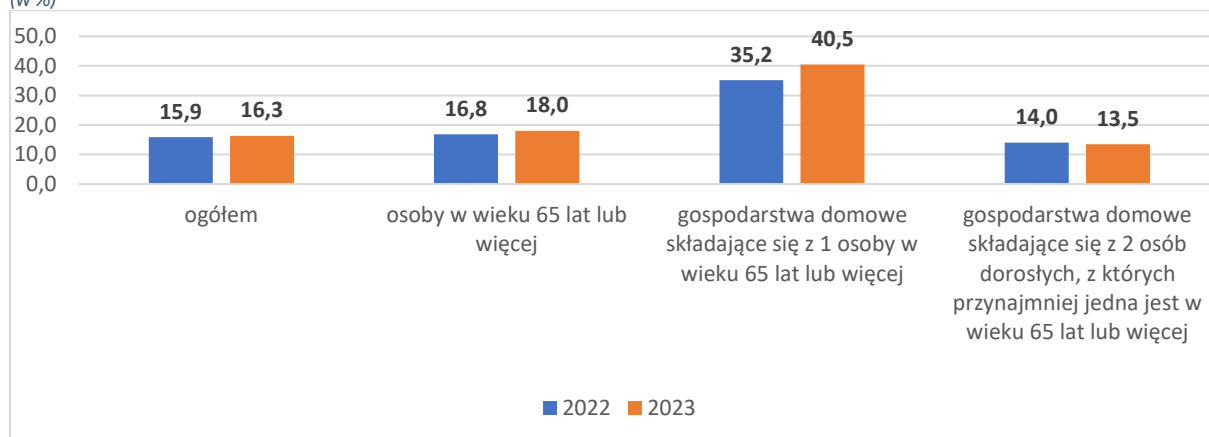
W 2023 r. zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (AROPE) w Polsce było ogółem 16,3% społeczeństwa, w tym 18,0% osób w wieku 65 lat i więcej, czyli o 1,2 p. proc. więcej niż w roku poprzednim. **Szczególnie niekorzystnie pod tym względem sytuacja przedstawia się dla gospodarstw domowych składających się z jednej osoby dorosłej w wieku 65 lat lub więcej – w 2023 r. aż 40,5% tego typu gospodarstw domowych było zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, o 5,3 p. proc. więcej niż w roku poprzednim.**

Z kolei w przypadku gospodarstw domowych składających się z dwóch osób dorosłych, z których przynajmniej jedna jest w wieku co najmniej 65 lat sytuacja jest już znacznie lepsza – 13,5% w 2023 r., o 0,5 p. proc. mniej niż rok wcześniej. Dla porównania ogółem zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Polsce w 2023 r. było 16,3%, o 0,4 p. proc. więcej niż w 2022 r.

¹⁰ Dane za 2023 r. zostały uogólnione w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, uwzględniając dodatkowo strukturę ludności według wieku i płci, w związku z czym nie są one wprost porównywalne z analogicznymi danymi za lata wcześniejsze.

¹¹ dane w Eurostacie oznaczone jako dotyczące 2023 r. odnoszą się do dochodów za poprzedni rok

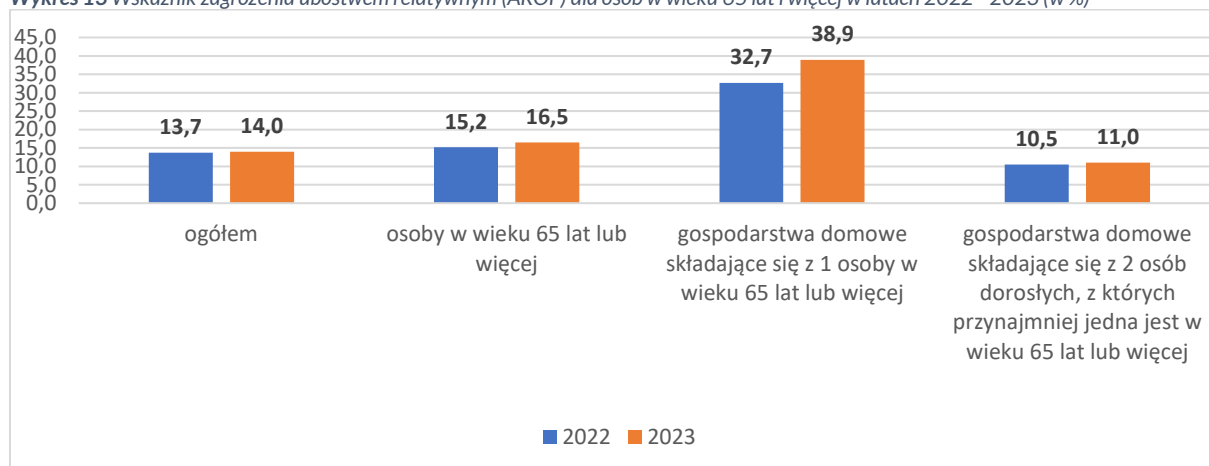
Wykres 12 Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (AROPE) dla osób w wieku 65 lat i więcej w latach 2022–2023 (w %)



Źródło: badanie EU-SILC, GUS

Wskaźnik zagrożenia ubóstwem relatywnym kalkulowanym na dochodach (AROP) w Polsce w 2023 r. dla osób w wieku 65 lat i więcej wyniósł 16,5%, o 1,3 p. proc. więcej niż rok wcześniej. Dla gospodarstw domowych składających się z jednej osoby dorosłej w wieku 65 lat lub więcej w 2023 r. wskaźnik ten osiągnął wartość 38,9% i było to o 6,2 p. proc. więcej niż w roku poprzednim. W przypadku gospodarstw domowych składających się z dwóch osób dorosłych, z których przynajmniej jedna jest w wieku 65 lat i więcej, było to 11,0% w 2023 r. Rok wcześniej było to 0,5 p. proc. mniej. Dla porównania, dla ogółu społeczeństwa wskaźnik ten osiągnął wartość 14,0% i było to o 0,3 p. proc. więcej niż w 2022 r.

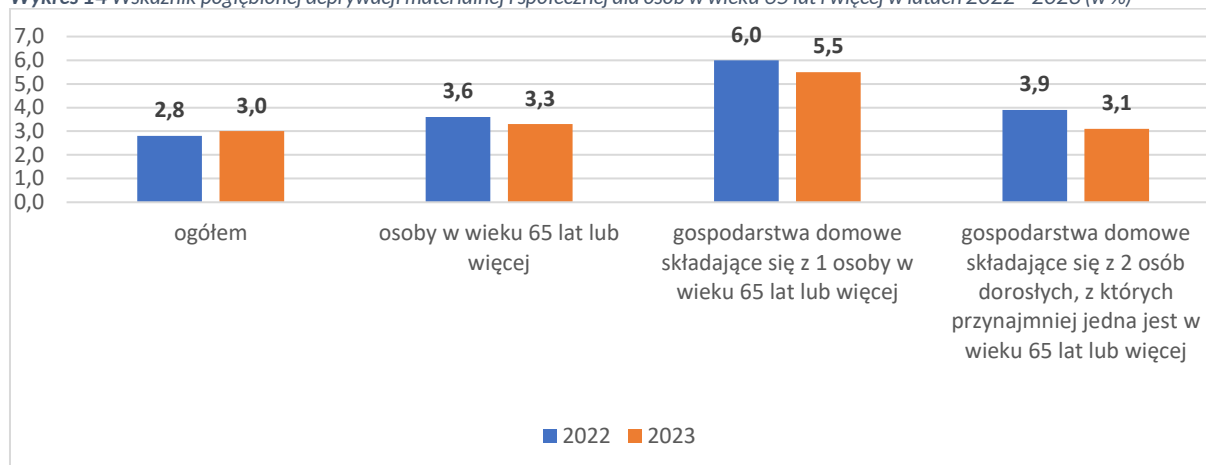
Wykres 13 Wskaźnik zagrożenia ubóstwem relatywnym (AROP) dla osób w wieku 65 lat i więcej w latach 2022–2023 (w %)



Źródło: badanie EU-SILC, GUS

W przypadku **wskaźnika pogłębionej deprivacji materialnej i społecznej w Polsce** ogółem wyniósł 3,0%, w tym dla osób w wieku 65 lat i więcej obserwuje się spadek wartości wskaźnika w stosunku do roku poprzedniego – w 2023 r. wskaźnik ten wyniósł 3,3%, o 0,3 p. proc. mniej niż w 2022 r. Dla gospodarstw domowych składających się z jednej osoby dorosłej w wieku 65 lat lub więcej wartość wskaźnika pogłębionej deprivacji materialnej i społecznej spadła o 0,5 p. proc. w stosunku do roku poprzedniego (5,5% w 2023 r.), a dla gospodarstw domowych dwóch osób dorosłych, z których przynajmniej jedna jest w wieku co najmniej 65 lat wskaźnik ten zmalał o 0,8 p. proc. (3,1% w 2023 r.). Z kolei dla ogółu społeczeństwa wartość wskaźnika wzrosła o 0,2 p. proc. w porównaniu do roku poprzedniego (3,0% w 2023 r.).

Wykres 14 Wskaźnik pogłębionej deprivacji materialnej i społecznej dla osób w wieku 65 lat i więcej w latach 2022–2023 (w %)



Źródło: badanie EU-SILC, GUS

System pomocy społecznej

System pomocy społecznej oferuje szereg różnorodnych form wsparcia, skierowanych do osób, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymagają opieki w codziennym życiu. Wsparcie dla osób starszych dotyczy szczególnie osób samotnych, w gorszej sytuacji finansowej, ale również tych, którzy z różnych przyczyn nie mogą liczyć na najbliższych. Pomoc ta może być udzielana w miejscu zamieszkania, podczas dziennego pobytu w ośrodkach wsparcia albo pobytu w placówce całodobowej.

Ze sprawozdania MRiPS-03 za 2023 r. wynika, że w 2023 r. pomocą społeczną było objętych 867 967 rodzin (składających się z 1 736 550 osób), w tym **196 475 rodzin emerytów i rencistów** (składających się z 282 856 osób). Analizując te dane należy zwrócić uwagę, że ponad 70% rodzin składających się z emerytów i rencistów prowadziła gospodarstwa 1-osobowe, z czego ponad 1/3 (65 713) zamieszkiwała na wsi. Najwięcej jednoosobowych gospodarstw domowych emerytów i rencistów objętych pomocą społeczną odnotowano w województwach: mazowieckim, wielkopolskim i śląskim.

1. WSPARCIE ŚRODOWISKOWE

Wsparcie środowiskowe seniorów obejmuje różnego rodzaju działania i usługi mające na celu poprawę jakości życia osób starszych oraz umożliwienie im pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Ta forma pomocy nie tylko poprawia ich codzienne funkcjonowanie, ale także przyczynia się do utrzymania ich zdrowia fizycznego i psychicznego, oraz integracji społecznej.

Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania przysługują osobie, która jest samotna i z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępní, zstępní nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w szczególności gdy doszło do nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub gdy objęcie osób usługami opiekuńczymi wynika z konieczności zapewnienia takim osobom odpowiedniej opieki, usługi te mogą być przyznane w trybie pilnym. Rada gminy określa szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania. **Jak wynika ze sprawozdania MRiPS-03 w 2023 r. 109 079 osób skorzystało z usług opiekuńczych.**

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w formie usług sąsiedzkich obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgniarską, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji oraz, w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. **Od listopada do grudnia 2023 r. (tj. możliwości**

świadczenia usług opiekuńczych w tej formie), 124 osoby skorzystały z usług opiekuńczych świadczonych w formie usług sąsiedzkich.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania przysługują osobie, która jest samotna i z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w szczególności gdy doszło do nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub gdy objęcie osób specjalistycznymi usługami opiekuńczymi wynika z konieczności zapewnienia takim osobom odpowiedniej opieki, usługi te mogą być przyznane w trybie pilnym. Rada gminy określa szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za specjalistyczne usługi opiekuńcze (z wyłączeniem usług świadczonych osobom z zaburzeniami psychicznymi) oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.

Według sprawozdania MRiPS - 03 w 2023 r. 5 139 osób skorzystało ze specjalistycznych usług opiekuńczych.

Specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi – świadczenie tej formy usług osobom z zaburzeniami psychicznymi należy do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, realizowane jest ze środków budżetu państwa. **W 2023 r. 14 586 osób otrzymało świadczenie w formie SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi.**

Usługi świadczone w ośrodkach wsparcia osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia. Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi są: środowiskowy dom samopomocy, klub samopomocy. Placówki te mogą być przeznaczone dla różnych kategorii osób, w zależności od potrzeb występujących na danym terenie. W ramach działalności ośrodków wsparcia poprzez prowadzenie treningów indywidualnych i grupowych, świadczone są różnego rodzaju usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy. **Według sprawozdania MRiPS-06 za 2023 r. – liczba ośrodków wsparcia wynosiła 2 654, liczba miejsc w tych jednostkach 89 598, a liczba osób korzystających 111 464, w tym 869 środowiskowych domów samopomocy z liczbą miejsc 33 730, z których skorzystało 37 256 osób.**

Mieszkania treningowe i wspomagane zgodnie z art. 53 ust 2 ustawy¹² są formą przygotowującą, przy wsparciu specjalistów, osoby w nich przebywające do prowadzenia niezależnego życia lub wspierającą te osoby w codziennym funkcjonowaniu. Pobyt w mieszkaniu treningowym lub wspomaganim przysługuje osobom pełnoletnim, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują pomocy w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki. Zakres usług wsparcia w mieszkaniu wspomaganim obejmuje pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym, jednak nie zapewnia tak szerokiego wsparcia jak jednostki świadczące całodobową opiekę (profesjonalnych usług specjalistycznych). W mieszkaniu wspomaganim świadczone są usługi, które mogą stanowić alternatywę dla pobytu w placówce o charakterze instytucjonalnym. Usługa ma charakter pobytu stałego lub okresowego. Służy osobom niesamodzielnym, w szczególności osobom starszym i osobom z niepełnosprawnościami. **Według sprawozdania MRiPS-06 za 2023 r. liczba**

¹² z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.)

mieszkań treningowych wynosiła 833, z liczbą miejsc 2 706 i liczbą osób korzystających 2 533, a liczba mieszkań wspomaganych 1 012, z liczbą miejsc 2 477 i liczbą osób korzystających 2 278.

Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w domach pomocy społecznej mogą być przyznane osobie, która ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymaga doraźnej pomocy w formie pobytu całodobowego lub w formie dziennej, ze względu na czasowe ograniczenie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące opiekę nad tą osobą. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej od lat podejmuje inicjatywy wspierające samorządy w rozwoju usług środowiskowych – więcej informacji na temat realizowanych programów w załączniku nr 1, w podrozdziale dotyczącym MRPiPS.

2. INSTYTUCJONALNA POMOC CAŁODOBOWA

Instytucjonalna pomoc całodobowa obejmuje całodobową opiekę i wsparcie dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej. Dzięki tej formie pomocy możliwe jest zapewnienie godnych warunków życia, w tym bezpiecznych i komfortowych warunków pobytu oraz stałego monitorowania jej stanu zdrowia psychofizycznego.

Domy Pomocy Społecznej

Całodobowe wsparcie w ramach systemu pomocy społecznej osobom wymagającym pomocy ze względu na wiek oferują w głównej mierze domy pomocy społecznej. Domy pomocy społecznej, jako jednostki organizacyjne szczególnie istotne w kontekście usług opieki długoterminowej, są przeznaczone dla osób wymagających całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

DPS-y zapewniają usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne, nie świadczą natomiast usług medycznych (jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów).

Prowadzenie domów pomocy społecznej zgodnie z przepisami ustawy¹³ jest zadaniem własnym gminy, powiatu, bądź samorządu województwa. Jednostki samorządu terytorialnego samodzielnie podejmują decyzję na temat sposobu prowadzenia domów – mogą prowadzić domy samodzielnie lub zlecać ich prowadzenie podmiotom uprawnionym, o jakich mowa w art. 25 ustawy¹⁴.

Tabela 5 Domy Pomocy Społecznej w Polsce

DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ W PODZIALE NA TYPY I SPOSOBY ICH ŁĄCZENIA ¹⁵	OGÓŁEM LICZBA		
	JEDNOSTKI (o zasięgu gminnym, powiatowym, regionalnym)	MIEJSCA	LICZBA OSÓB MIESZKAJĄCYCH W DPS-ACH
OGÓŁEM	821	80 066	77 670
z tego dla:			
1) osób w podeszłym wieku	87	5 717	5 419
2) osób przewlekle somatycznie chorych	137	13 035	12 618
3) osób przewlekle psychicznie chorych	171	19 280	19 019
4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	115	10 057	9 875
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	36	2 503	2 457
6) osób niepełnosprawnych fizycznie	7	631	624
7) osób uzależnionych od alkoholu	1	55	52

¹³ o pomocy społecznej.

¹⁴ o pomocy społecznej.

¹⁵ zgodnie z art. 56 i 56a ustawy o pomocy społecznej.

8) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych	119	10 142	9 594
9) osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	12	1 463	1 412
10) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	20	1 719	1 535
11) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	64	5 511	5 452
12) inne, zgodnie z art. 56a, ust. 2 i 3 ustawy ¹⁶	52	9 953	9 613

Źródło: dane z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Rodzinne domy pomocy

W obecnym stanie prawnym istnieje możliwość wsparcia całodobowego osób starszych w małych i kameralnych podmiotach, jakimi są rodzinne domy pomocy. Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub podmiot uprawniony dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie. Rodzinne domy pomocy mogą stanowić alternatywę dla domów pomocy społecznej jako formę pomocy osobom w podeszłym wieku (przy czym są one placówkami mniej wyspecjalizowanymi niż domy pomocy społecznej). Jako kameralne placówki przeznaczone dla nie więcej niż ośmiu osób wpisują się one w realizowanie idei deinstytucjonalizacji usług pomocy społecznej, dlatego też w opinii MRPiPS rozwój tego typu placówek jest szczególnie pożądany. **Według sprawozdania MRiPS-06 za 2023 r — liczba rodzinnych domów pomocy wynosiła 59, z liczbą miejsc 435 i liczbą osób korzystających 396.**

Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku

Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, prowadzone są w ramach działalności gospodarczej¹⁷.

Warunkiem prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku jest uzyskanie zezwolenia na prowadzenie takiej działalności. Zezwolenie wydaje wojewoda właściwy ze względu na lokalizację placówki.

W celu uzyskania zezwolenia na prowadzenie tego rodzaju działalności, podmiot występujący zobowiązany jest do złożenia stosownego wniosku wraz z wymaganymi dokumentami. Przepisy ustawy określają warunki i standardy, jakie powinien spełniać podmiot występujący o wydanie zezwolenia.

Standardy wskazane w art. 68 ustawy¹⁸ określają zakres usług opiekuńczych (zapewniających udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych: pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby; opiekę higieniczną; niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych; kontakty z otoczeniem i bytowych świadczonych w placówce, wymogi dotyczące budynku, w którym jest ona usytuowana, oraz pomieszczeń znajdujących się w tym budynku) i bytowych (zapewniających miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości) świadczonych w placówce, wymogi dotyczące budynku, w którym jest ona usytuowana oraz pomieszczeń znajdujących się w tym budynku.

Zgodnie ze sprawozdaniem MRiPS-05 za 2023 r. według stanu na dzień 31 grudnia 2023 r. liczba placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku ogółem wyniosła 723, liczba miejsc wyniosła 29 008, a liczba mieszkańców 24 658.

¹⁶ Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

¹⁷ Art. 67 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub statutowej (art. 69 tej ustawy).

¹⁸ o pomocy społecznej.

1.3 Sytuacja na rynku pracy

Na mocy ustawy¹⁹ osoby bezrobotne powyżej 50 r.ż. mogą na zasadach ogólnych korzystać z usług i instrumentów rynku pracy, takich m.in. jak: pośrednictwo pracy, poradnictwo zawodowe, szkolenia, staże, skierowanie do pracy na refundowane stanowiska pracy, dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej.

Dodatkowo bezrobotnych powyżej 50 r.ż. uznaje się za osoby będące w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Wobec tego przysługuje im pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w programach specjalnych, które umożliwiają zastosowanie niestandardowych rozwiązań mających doprowadzić uczestników do zatrudnienia.

Ustawa o promocji (...) przewiduje także szereg instrumentów, kierowanych do pracodawców, mających stanowić zachętę do zatrudniania osób w starszym wieku i wydłużania tym samym okresu aktywności zawodowej tych osób, w ramach których:

- pracodawca, do którego w ramach prac interwencyjnych został skierowany bezrobotny, który ukończył 50 rok życia, otrzymuje refundację wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne za tę osobę;
- pracodawcy i inne jednostki organizacyjne, zatrudniające osoby które ukończyły 50 rok życia, są zwolnieni z obowiązku opłacania składek na Fundusz Pracy (FP) i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (FGŚP) przez okres 12 miesięcy;
- pracodawcy oraz inne jednostki organizacyjne zatrudniające osoby w wieku powyżej 55 lat (kobiety) i 60 lat (mężczyźni) są całkowicie zwolnieni z obowiązku odprowadzania za nich składek na FP i FGŚP;
- pracodawcy lub przedsiębiorcy mogą również otrzymać dofinansowanie do wynagrodzenia zatrudnionego skierowanego bezrobotnego, przez okres 12 (jeżeli bezrobotny ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat) lub 24 miesięcy (jeżeli bezrobotny ukończył 60 rok życia).

Zgodnie z danymi z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL w 2023 r.²⁰ **ludność aktywna zawodowo w wieku 60–89 lat liczyła 1443 tys. osób tj. o 1,7% mniej niż rok wcześniej.** Osoby aktywne zawodowo w wieku 60–89 lat stanowiły 8,1% ogółu aktywnych zawodowo osób w wieku 15–89 lat (wobec 8,3% w roku poprzednim). Wśród aktywnych zawodowo seniorów przeważają mężczyźni, których odsetek w 2023 r. w analizowanej grupie wieku wyniósł 66,7%.

W 2023 r. współczynnik aktywności zawodowej w grupie wieku 60–89 lat wyniósł 15,4%, co oznacza spadek w porównaniu do roku poprzedniego, kiedy to wynosił 15,8%. Wskaźnik zatrudnienia ukształtował się w 2023 r. na poziomie 15,2% (wobec 15,5% rok wcześniej).

Liczba osób biernych zawodowo w wieku 60–89 wyniosła 7934 tys. i wzrosła o 1,2% w stosunku do roku poprzedniego. Bierni zawodowo stanowili 84,6% osób w analizowanej grupie wieku. Główną przyczyną bierności zawodowej wśród osób w wieku 60–74 lat była emerytura, którą w 2023 r. wskazało 90,6% z nich. Drugą istotną przyczyną bierności była choroba lub niepełnosprawność, wskazana przez 5,8% biernych zawodowo w wieku 60–74.

¹⁹ z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475).

²⁰ Od 2023 r. do uogólniania wyników BAEL na populację generalną zastosowano dane o ludności rezydującej w mieszkaniach, pochodzące z bilansów opracowanych na podstawie wyników NSP 2021. W związku z wprowadzonymi zmianami wyniki BAEL nie są w pełni porównywalne z poprzednimi okresami. Dane za 2022 r. zaprezentowane w niniejszej publikacji zostały opracowane zgodnie z nową podstawą uogólniania wyników, w związku z tym są porównywalne.

Tabela 6 Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 15–89 lat według płci i miejsca zamieszkania w 2023 r.²¹

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
LUDNOŚĆ w tys.	30 359	14 560	15 799	18 342	12 017
w tym osoby w wieku 60–89 lat	9 377	3 969	5 407	6 004	3 373
Aktywni zawodowo – razem (w tysiącach). Dane średnioroczne					
Ogółem	17 809	9 630	8 179	10 817	6 992
w tym osoby w wieku 60–89 lat	1 443	963	480	956	487
Aktywni zawodowo – pracujący (w tysiącach). Dane średnioroczne					
Ogółem	17 307	9 362	7 945	10 520	6 787
w tym osoby w wieku 60–89 lat	1 423	947	476	939	484
Bierni zawodowo (w tysiącach). Dane średnioroczne					
Ogółem	12 550	4 930	7 620	7 525	5 025
w tym osoby w wieku 60–89 lat	7 934	3 006	4 928	5 048	2 885
Współczynnik aktywności zawodowej - w %. Dane średnioroczne					
Ogółem	58,7	66,1	51,8	59,0	58,2
w tym osoby w wieku 60–89 lat	15,4	24,3	8,9	15,9	14,4
Wskaźnik zatrudnienia - w %. Dane średnioroczne					
Ogółem	57,0	64,3	50,3	57,4	56,5
w tym osoby w wieku 60–89 lat	15,2	23,9	8,8	15,6	14,3
Bierni zawodowo w wieku 60-74 lat według wybranych przyczyn bierności (w tysiącach). Dane średnioroczne					
Ogółem	5 552	2 109	3 443	3 436	2 116
w tym:					
osoby nieposzukujące pracy - razem	5 550	2 107	3 443	3 434	2 116
osoby nieposzukujące pracy - emerytura	5 030	1 794	3 236	3 159	1 871
osoby nieposzukujące pracy - choroba, niepełnosprawność	321	235	86	169	152
Bezrobotni zarejestrowani w urzędach pracy (w tysiącach). Stan w końcu grudnia.					
Ogółem	788,2	373,3	414,9	424,0	364,3
w tym osoby w wieku 60–64 lat	51,6	51,2	0,4	29,4	22,1

Źródło: Badanie BAEŁ ; GUS dane dot. bezrobotnych zarejestrowanych – dane MRPiPS

W końcu grudnia 2023 r. wśród bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy 51,6 tys. (tj. 6,5%) były to osoby w wieku 60–64 lata. W stosunku do 2022 r. liczba bezrobotnych seniorów zmniejszyła się o 7,1%.

W końcu 2023 r. w urzędach pracy zarejestrowanych było 211,3 tys. bezrobotnych powyżej 50 roku życia (26,8% ogółu zarejestrowanych) i w skali roku ich liczba spadła o 7,6 tys. osób, tj. o 3,5%, przy zmniejszeniu się ogólnej liczby bezrobotnych o 3,0%. Wśród bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy w końcu 2023 r. 51,6 tys. (tj. 6,5%) stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (niemal wyłącznie mężczyźni). W stosunku do 2022 r. liczba bezrobotnych seniorów zmniejszyła się o 7,1%, a ich udział wśród ogółu bezrobotnych nieznacznie spadł (o 0,3 punktu procentowego).

W 2023 r. udział w aktywnych formach przeciwdziałania bezrobociu rozpoczął 33,7 tys. bezrobotnych powyżej 50 roku życia i stanowili oni 13,8% wszystkich zaktywizowanych bezrobotnych. W porównaniu do 2022 r. liczba bezrobotnych powyżej 50 roku życia objętych aktywnymi formami pomocy zmniejszyła się o 7,2 tys. osób, tj. o 17,5%, przy ogólnym spadku liczby zaktywizowanych bezrobotnych o 20,9%. Najwięcej bezrobotnych pow. 50 r. ż. Rozpoczęło prace subsydiowane (17,6 tys. osób), prace społecznie użyteczne (6,8 tys.) oraz staż (6,5 tys.).

Udział w programach specjalnych rozpoczęły 134 osoby bezrobotne powyżej 50 roku życia i stanowiły one 34,4% ogólnej liczby bezrobotnych, którzy rozpoczęli programy specjalne. Prawie 72% osób powyżej 50 roku życia, które ukończyły programy specjalne w 2023 r. podjęło pracę w trakcie lub do 3 miesięcy

²¹ Dane uogólniono w oparciu o bilanse ludności rezydującej opracowane na podstawie NSP. 2021.

Według ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, jako bezrobotne mogą być zarejestrowane osoby w wieku: kobiety 18–59 lat, mężczyźni 18–64 lata.

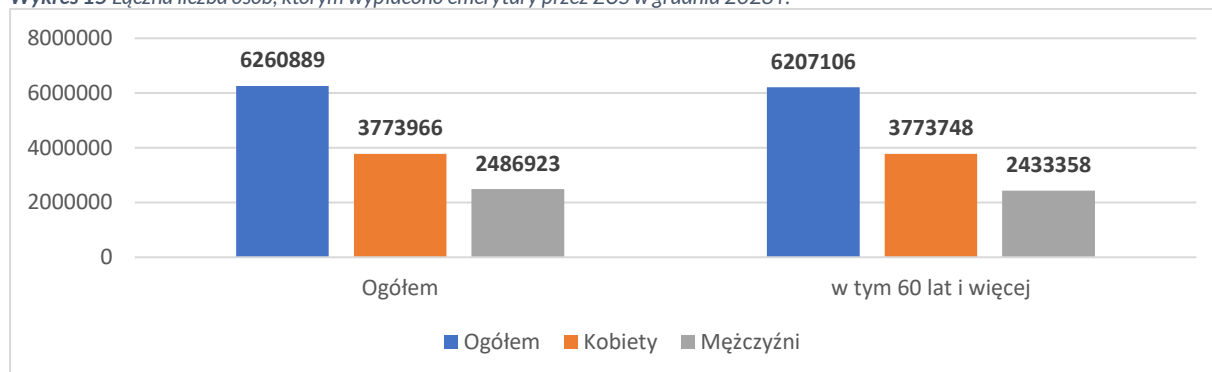
Dodatkowo, na mocy ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, mogą być zarejestrowani, jako osoby bezrobotne lub poszukujące pracy obywatele Ukrainy w wieku 18 lat i więcej, bez względu na płeć.

po zakończeniu udziału w programie i wykonywało ją co najmniej 30 dni. W programach regionalnych w 2023 r. rozpoczęło udział 294 bezrobotnych powyżej 50 r. ż., zakończyły 304 osoby, a pracę w trakcie lub do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w programie podjęło 240 osób (78,9% osób, które zakończyły udział). Ponadto w 2023 r. w ramach prowadzonego przez urzędy pracy poradnictwa zawodowego 29,1 tys. bezrobotnych pow. 50 r. ż. skorzystało z porad indywidualnych, 4,5 tys. z porad grupowych, 0,9 tys. osób z badań testowych, a 7,4 tys. osób uczestniczyło w grupowych spotkaniach informacyjnych.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Wśród osób w wieku 60 lat i więcej pobierających emerytury z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) ponad 60,8% stanowiły kobiety (3 773 748), a 39,2% mężczyźni (2 433 358).

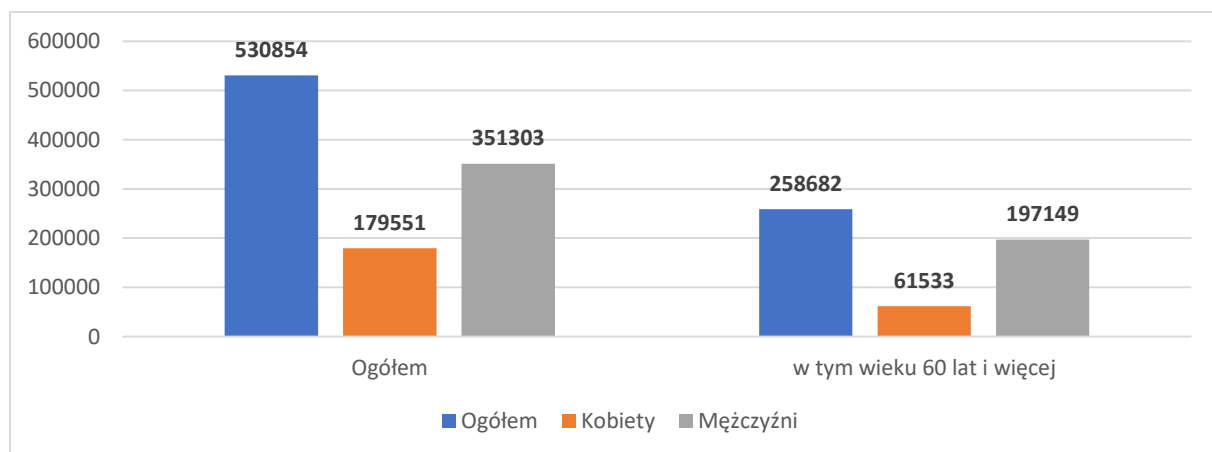
Wykres 15 Łączna liczba osób, którym wypłacono emerytury przez ZUS w grudniu 2023 r.



Źródło: dane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Wśród osób w wieku 60 lat i więcej pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy z ZUS kobiety stanowiły 23,79% (61 533), natomiast mężczyźni 76,21% (197 149).

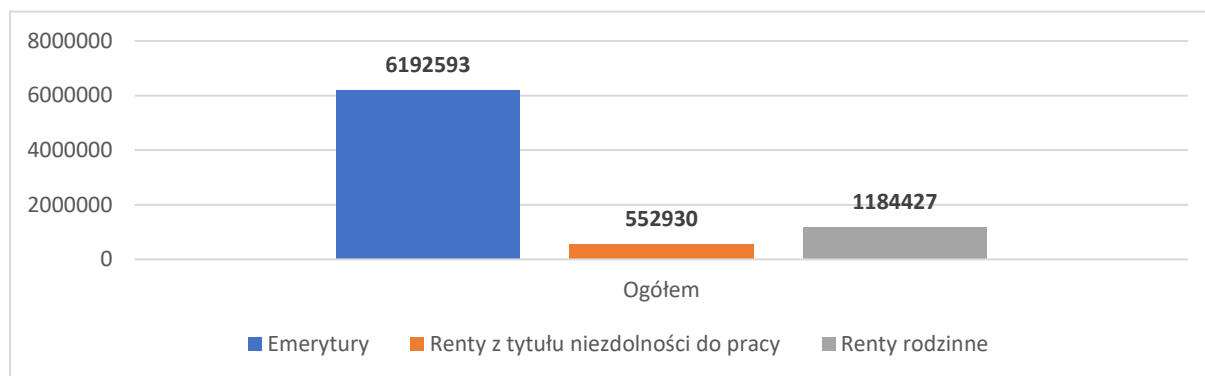
Wykres 16 Łączna liczba osób, którym wypłacono renty z tytułu niezdolności do pracy przez ZUS w grudniu 2023 r.



Źródło: dane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

W okresie styczeń–grudzień 2023 r. przeciętna liczba emerytów i rencistów wyniosła ogółem 7 929 950 osób, w tym 6 192 593 emerytów, 1 184 427 rencistów z tytułu renty rodzinnej, a najmniej - 552 930 rencistów z tytułu niezdolności do pracy osób.

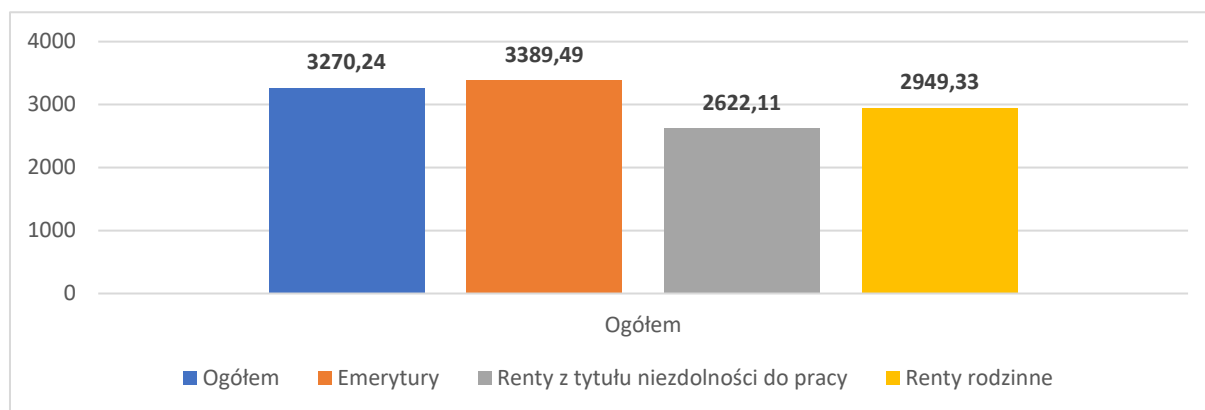
Wykres 17 Przeciętna miesięczna liczba emerytów i rencistów w okresie styczeń–grudzień 2023 r.



Źródło: dane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Zgodnie z danymi z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w 2023 r. przeciętna emerytura wynosiła 3 389,49 zł (54,3% przeciętnego wynagrodzenia²²), renta z tytułu niezdolności do pracy 2 622,11 zł (42% przeciętnego wynagrodzenia), natomiast renta rodzinna 2 949,33 zł (47,2% przeciętnego wynagrodzenia).

Wykres 18 Wysokość przeciętnej emerytury/renty w okresie styczeń–grudzień 2023 r. (w zł)



Źródło: dane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Kompleksową obsługę ubezpieczonych rolników i członków ich rodzin, dla których działalność rolnicza stanowi jedyne, bądź podstawowe źródło utrzymania, w zakresie ubezpieczenia społecznego prowadzi Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), na podstawie ustawy²³.

Liczba osób starszych objętych ubezpieczeniem społecznym rolników na koniec 2023 r. wyniosła 93 606 osób. W tej grupie dominowali mężczyźni – 85 565 osób, natomiast ubezpieczone kobiety stanowiły 8 041 osób. Dysproporcje te należy bezpośrednio wiązać m.in. z ustawowym wiekiem przechodzenia na emeryturę rolniczą, który w przypadku kobiet wynosi 60 lat, a mężczyzn – 65 lat.

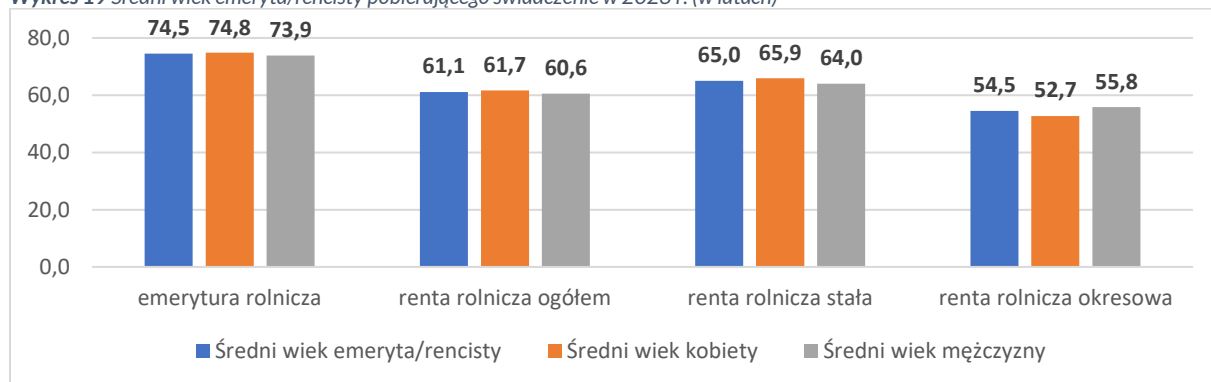
Na koniec 2023 r. wśród ubezpieczonych w KRUS dodatkowo pozarolniczą działalność gospodarczą prowadziło 5 673 osób starszych. **Według stanu na dzień 31 grudnia 2023 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej pobierających świadczenia emerytalne z KRUS wyniosła 763 855**, w tym 517 862 kobiety i 245 993 mężczyzn. Renty z tytułu niezdolności do pracy pobierało 167 733 osób starszych, w tym 81 020 kobiet i 86 713 mężczyzn. Natomiast renty rodzinne pobierało 52 138 osób starszych.

Średni wiek emeryta w 2023 r. wyniósł 74 lata, natomiast rencisty 61 lat.

²² Relacja do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pomniejszonego o obowiązkową składkę na ubezpieczenia społeczne płaconą przez ubezpieczonego.

²³ z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2024 r. poz. 90).

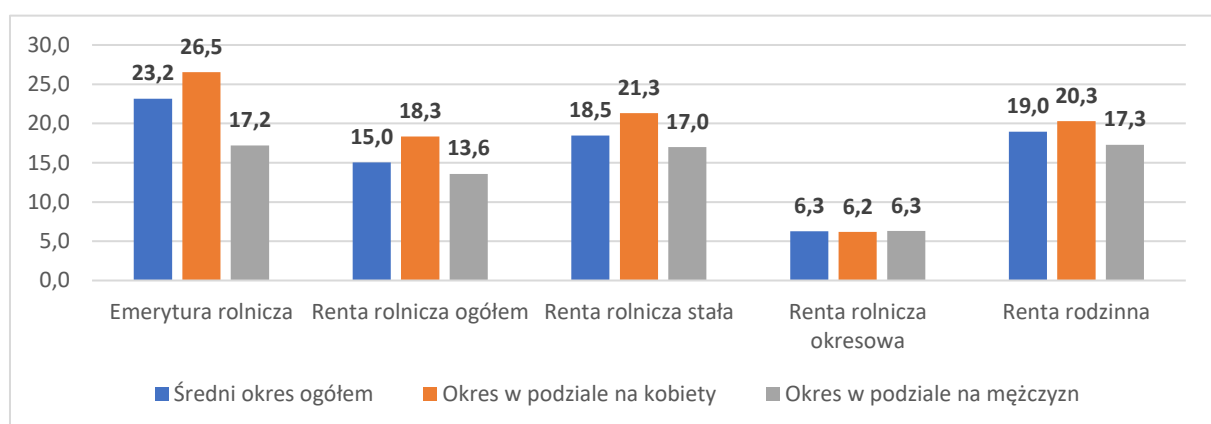
Wykres 19 Średni wiek emeryta/rencisty pobierającego świadczenie w 2023 r. (w latach)



Źródło: dane z Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi

Średni okres pobierania świadczeń emerytalno-rentowych w 2023 r. wyniósł 23 lata w przypadku emerytury rolniczej, 15 lat w przypadku renty rolniczej (ogółem).

Wykres 20 Średni okres pobierania świadczeń emerytalno-rentowych w 2023 r. (w latach)



Źródło: dane z Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi

Liczba osób skierowanych na rehabilitację leczniczą w ramach KRUS w 2023 r. w przedziale wiekowym 56–65 lat wyniosła 6 572 osoby, natomiast powyżej 65 roku życia 53 osoby. Dodatek z tytułu ukończenia 100 lat w 2023 r. wypłacono 1 183 osobom.

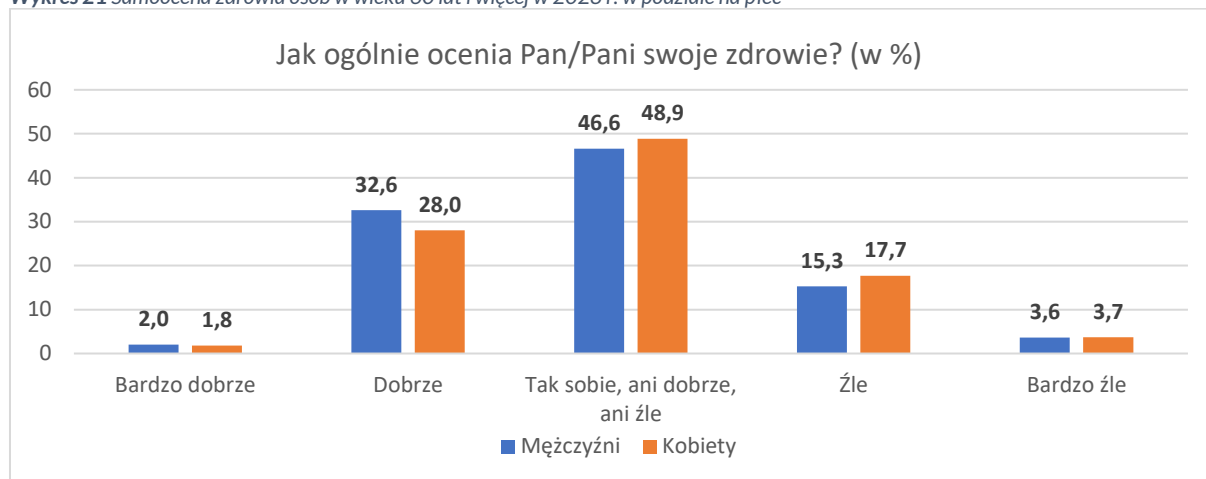
1.4 Stan zdrowia i opieka zdrowotna

Samoocena stanu zdrowia²⁴

Na podstawie wyników Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC) można stwierdzić, że w 2023 r. 31,8% osób w wieku 60 lat i więcej mieszkających w Polsce oceniło swoje zdrowie jako „dobre” lub „bardzo dobre”. Częściej jako „dobre” lub „bardzo dobre” określali swoje zdrowie mężczyźni (34,6%) niż kobiety (29,8%). Z kolei 20,3% osób starszych uznało, że ich zdrowie jest „złe” lub „bardzo złe”. Częściej stwierdzały tak kobiety niż mężczyźni (21,4% wobec 18,9%).

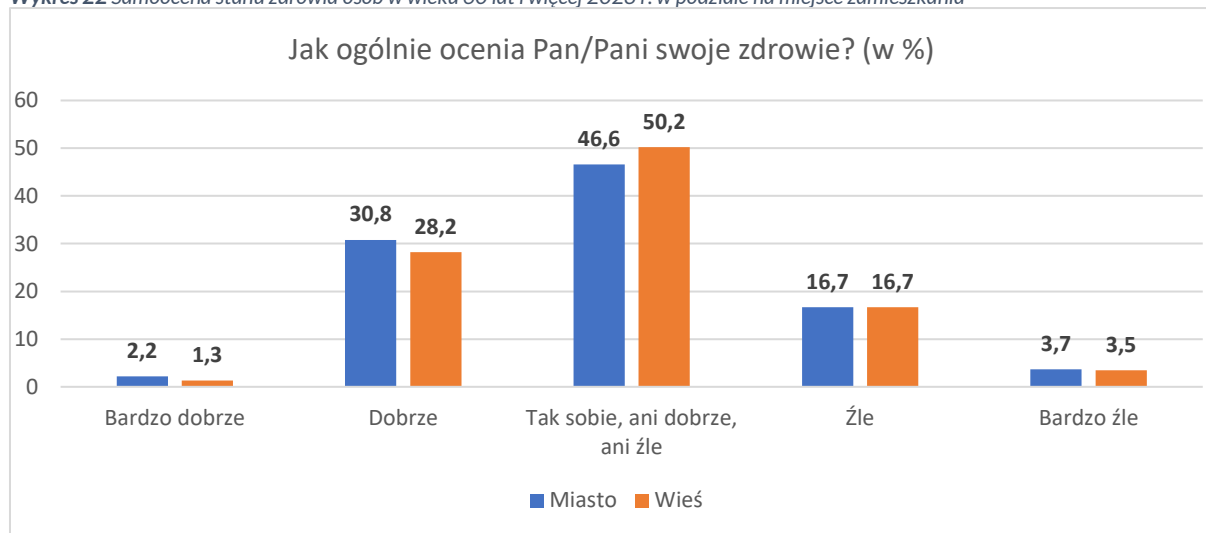
²⁴ dane w Eurostacie oznaczone jako dotyczące 2023 r. odnoszą się do sytuacji poprzedni rok

Wykres 21 Samoocena zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na płeć



Źródło: Badanie EU-SILC, GUS

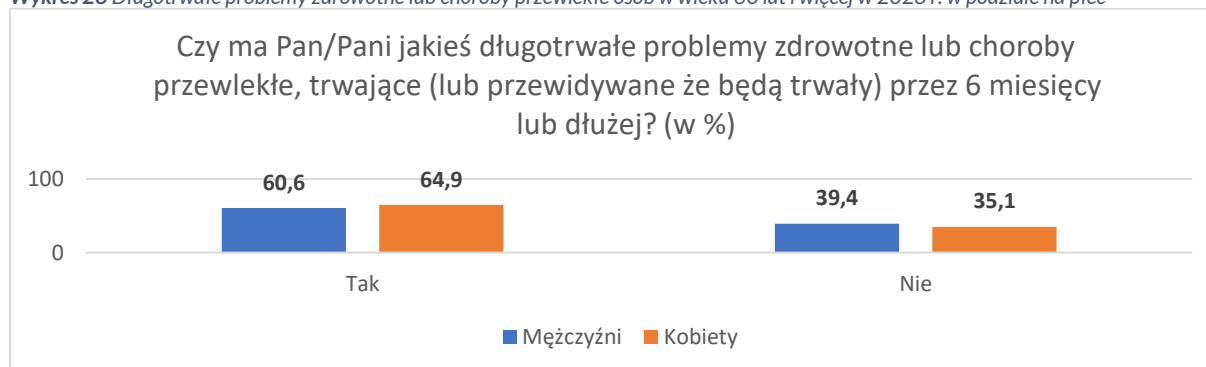
Wykres 22 Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej 2023 r. w podziale na miejsce zamieszkania



Źródło: Badanie EU-SILC, GUS

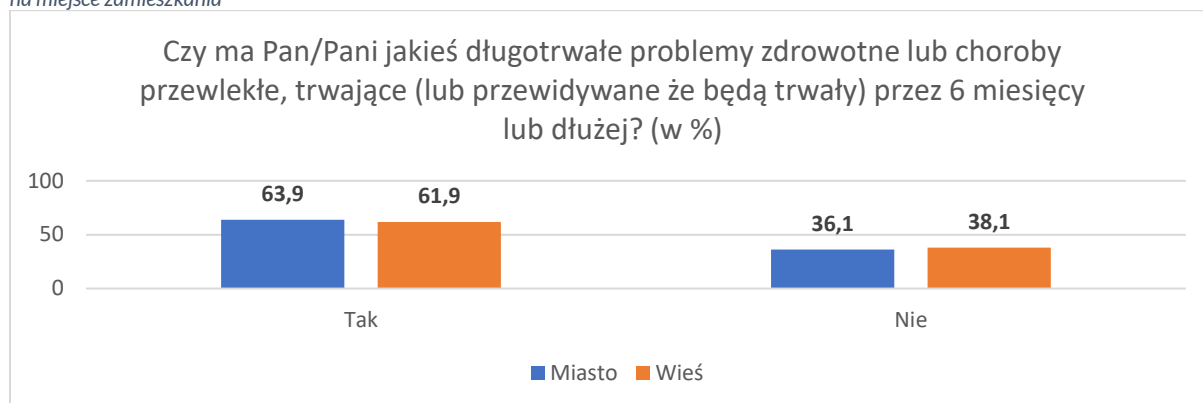
Zgodnie z samooceną „dobrym” lub „bardzo dobrym” zdrowiem częściej cieszyły się osoby starsze mieszkające w miastach (33,0%) niż na wsi (29,5%), a na „zły” lub „bardzo zły” stan zdrowia wskazał podobny odsetek mieszkańców wsi (20,2%) i miast (20,4%). Jednocześnie prawie połowa wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej nie określiła swojego zdrowia w sposób jednoznaczny, 47,9% z nich stwierdziło, że ogólnie ocenia swoje zdrowie jako „takie sobie, ani dobre ani złe”.

Wykres 23 Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na płeć



Źródło: Badanie EU-SILC, GUS

Wykres 24 Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na miejsce zamieszkania



Źródło: Badanie EU-SILC, GUS

W 2023 r. prawie dwie trzecie osób w wieku 60 lat i więcej (63,2%) wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwały (lub przewidywano że będą trwały) co najmniej 6 miesięcy. Częściej były to kobiety (64,9%) niż mężczyźni (60,6%). Wyższy udział osób o długotrwałych problemach zdrowotnych lub chorobach przewlekłych odnotowano w miastach (63,9%) niż na wsi (61,9%).

Tabela 7 Ograniczona zdolność wykonywania czynności w 2023 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej ostatnie 6 miesięcy?			
		Tak			Nie
		Razem	Poważnie ograniczoną	Ograniczoną, ale niezbyt poważnie	Nie miałem(-am) żadnych ograniczeń
		w % osób danej grupy			
	Osoby w wieku 60 lat i więcej				
Ogółem	100	45,1	13,6	31,5	54,9
Mężczyźni	100	42,5	12,5	30,0	57,5
Kobiety	100	46,9	14,4	32,5	53,1
Miasta	100	44,8	14,0	30,7	55,2
Wieś	100	45,6	12,9	32,8	54,4

Źródło: Badanie EU-SILC, GUS

Poważnie ograniczona lub ograniczona, ale niezbyt poważnie zdolność do wykonywania codziennych czynności (trwająca od co najmniej 6 miesięcy) dotyczyła w 2023 r. 45,1% osób starszych. Odsetek takich wskazań był o 4,4 p. proc. wyższy wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

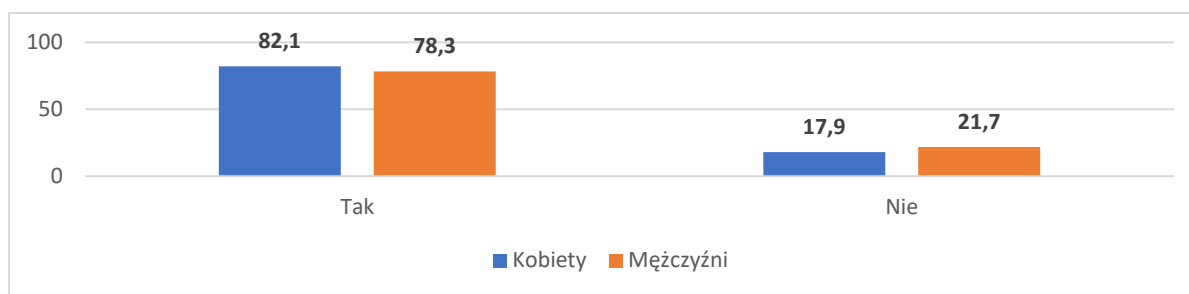
Wyższy udział deklarujących ograniczoną zdolność do wykonywania codziennych czynności (w stopniu poważnym lub niezbyt poważnym) odnotowano wśród mieszkańców wsi (45,6%) niż miast (44,8%). Warto jednak zauważyć, że ponad połowa osób w wieku 60 lat i więcej (54,9% w 2023 r.) deklaruje brak ograniczeń w wykonywaniu czynności, jakie ludzie zwykle wykonują.

Wykres 25 Potrzeby skorzystania z leczenia lub badania osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na płeć

Pytanie do wykresów 25 i 26:

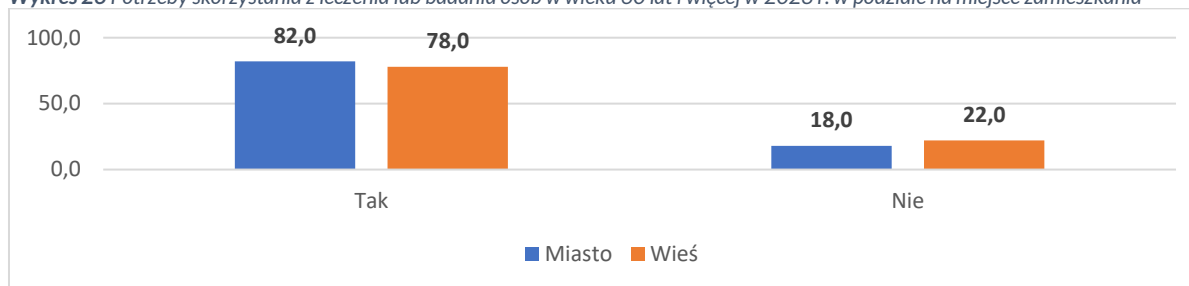
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że rzeczywiście potrzebował(a) Pan/Pani leczenia lub badania, tj.:

- konsultacji z lekarzem rodzinnym / pierwszego kontaktu lub specjalistą (wyłączając dentystę i ortodontę)
- leczenia szpitalnego, rehabilitacji
- badania w laboratorium lub pracowni diagnostycznej?



Źródło: Badanie EU-SILC, GUS

Wykres 26 Potrzeby skorzystania z leczenia lub badania osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na miejsce zamieszkania



Źródło: Badanie EU-SILC, GUS

Biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających badanie, rzeczywistą potrzebę leczenia lub badania zadeklarowało 80,5% osób starszych. Z tej grupy 8,4% osób przyznało, że nie zawsze skorzystało z leczenia lub badania, gdy była taka potrzeba. Wśród nich największa część (52,7%) jako powód podała zbyt długą kolejkę lub listę oczekujących.

Tabela 8 Zaspokojenie potrzeb w zakresie leczenia lub badania w 2023 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystał(a) Pan/Pani z leczenia lub badania za każdym razem, gdy była taka potrzeba?			
		Nie			Tak
		razem	Nie, kilka razy nie skorzystałem(-łam)	Nie, jeden raz nie skorzystałem(-łam)	Tak, za każdym razem
	w % osób danej grupy				
Osoby w wieku 60 lat i więcej					
Ogółem	100	8,4	4,7	3,7	91,6
Mężczyźni	100	8,3	5,0	3,3	91,7
Kobiety	100	8,4	4,5	3,9	91,6
Miasta	100	8,0	4,8	3,2	92,0
Wieś	100	9,0	4,6	4,5	91,0

Źródło: Badanie EU-SILC, GUS

Ocena stanu odżywiania osób starszych²⁵

W ramach tego badania przeprowadzono pomiary antropometryczne: wysokości i masy ciała oraz obwodów talii i bioder, na podstawie których dokonano oceny stanu odżywienia.

Wśród badanych osób w wieku ≥ 65 lat u 1,3% mężczyzn i 4,3% kobiet stwierdzono niedowagę. U osób z najstarszej grupy wiekowej (≥ 75 lat) niedowagę zaobserwowano u 1,3% mężczyzn i 5,3% kobiet. U osób w wieku ≥ 65 lat nadwaga występowała u 55,3% mężczyzn i 40,1% kobiet, a otyłość u 20,3% mężczyzn i 21,7% kobiet. W przypadku osób z nadmierną masą ciała u 50% mężczyzn i 70,1% kobiet występowała otyłość brzuszna. Obwód talii wskazujący na zwiększone ryzyko powikłań metabolicznych stwierdzono u 44,1% mężczyzn i 67,5% kobiet.

²⁵ Dane pochodzą z badania przeprowadzonego w latach 2019–2020 w ramach projektu EU Menu Lot 2 realizowanego we współpracy z EFSA dotyczącymi m.in. osób starszych (w wieku ≥ 65 lat). Dane przekazane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy.

Opublikowane w 2021 r. wyniki kompleksowego badania stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem o akronimie POLSENIOR2 przeprowadzonego przez Gdański Uniwersytet Medyczny wykazało, że według skali MNA-SF w populacji w wieku 60 lat i więcej niedożywienie występowało u 3,2% badanych osób a stan ryzyka niedożywieniem stwierdzono u 23,6% osób. Zaobserwowano przy tym, że sytuacja była bardziej niekorzystna wśród kobiet niż mężczyzn - omawiane odsetki wynosiły odpowiednio u kobiet i mężczyzn 3,6% vs 2,6% i 25,6% vs 20,6%.

Zły stan odżywienia, odwodnienie organizmu, dieta niedostosowana do chorób przewlekłych tj. cukrzyca czy choroba niedokrwienna serca jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka upadków. Ponad 75% ofiar śmiertelnych upadków w Polsce stanowią osoby powyżej 65 roku życia. Z powodu starzenia się społeczeństwa od 2006 r. można zaobserwować trwały istotny statystycznie trend wzrostowy jeśli chodzi o współczynniki umieralności z powodu upadków. Obecnie upadki stanowią najważniejszą przyczynę zgonów z powodu wszystkich wypadków w polskim społeczeństwie.

Stan opieki zdrowotnej dedykowanej osobom starszym w 2023 r.

Osoby starsze należą do grupy pacjentów, która ze względu na częste występowanie kilku chorób przewlekłych jednocześnie, wymaga w wielu przypadkach świadczeń opieki zdrowotnej z różnych zakresów. Niezwykle istotne jest zapewnienie tym osobom dostępu do kompleksowej i skoordynowanej opieki, która odpowiadałaby na ich potrzeby, kładąc nacisk na działania zapobiegawcze.

I. ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM STARSZYM

Podstawowa opieka zdrowotna

Realizacja świadczeń w ramach POZ dla osób 60+ odbywa się na zasadach ogólnych, zgodnie z wykazem świadczeń określonym w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz.U. z 2023 r. poz. 1427).

W podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzielili osobom starszym ponad 63,4 mln porad, co stanowiło 35,0% ogółu porad w tym zakresie.

Świadczenia udzielane osobom powyżej 60. r.ż. finansowane są w POZ na podstawie rocznej stawki kapitałowej, która obecnie wynosi odpowiednio, dla:

- lekarza POZ - 215,28 zł;
- pielęgniarki POZ - 52,68 zł;
- położnej POZ - 34,92 zł

oraz na podstawie jednostek rozliczeniowych (porady, wizyty, świadczenia, ryczałtu).

Wartości stawek kapitałowych oraz jednostek rozliczeniowych określone są w załączniku nr 1 do *zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna z późn. zm.*

Stawka kapitałowa korygowana jest z zastosowaniem współczynnika, który wynosi w przypadku:

- **lekarza POZ:**
 - 2,7 – wobec osób w wieku od 66. do 75. roku życia;
 - 3,1 – wobec osób w wieku powyżej 75. roku życia;
 - 3,1 – wobec podopiecznego domu pomocy społecznej, zwanego dalej "DPS", lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej,
- **pielęgniarki POZ:**
 - 2,0 – wobec osób w wieku powyżej 65. roku życia.

W związku z powyższym, roczna wysokość stawki kapitałowej wynosi odpowiednio, w przypadku:

1) **lekarza POZ:**

- 581,26 zł – wobec osób w wieku od 66. do 75. roku życia;
- 667,37 zł – wobec osób w wieku powyżej 75 roku życia;
- 667,37 zł - wobec podopiecznego domu pomocy społecznej lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej,

2) w przypadku **pielęgniarki POZ:**

- 105,36 - wobec osób w wieku powyżej 65. roku życia.

Tabela 9 Dane dotyczące liczby pacjentów w wieku 65+, którym udzielono świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2022-2023

Rok	Liczba pacjentów 65+ w podstawowej opiece zdrowotnej	
	Mężczyźni	Kobiety
2022	2 470 256	3 907 716
2023	2 562 121	4 005 536

Źródło: dane z NFZ

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Świadczenia z zakresu geriatry realizowane są również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Tabela 10 Liczba i wartość porad ambulatoryjnych w zakresie geriatry udzielonych w 2023 r. osobom po 60 r. ż.

Nazwa zakresu świadczeń	Liczba świadczeniodawców	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów po 60 r.ż.	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Świadczenia AOS w zakresie geriatry	109	76 508	29 217	8 857 482 zł

Źródło: Dane NFZ

W 2023 r. umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie poradni geriatrycznej podpisało **109 świadczeniodawców**. Udzielono ponad **76,5 tys.** porad geriatrycznych o łącznej wartości ponad **8,8 mln zł**.

Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony zdrowia²⁶ w 2023 r. osoby w wieku 65 lat i więcej skorzystały z 108,7 mln porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W opiece specjalistycznej lekarze udzielili osobom starszym 39,7 mln porad lekarskich, tj. 30,3% wszystkich porad specjalistycznych. Lekarze dentyści udzielili osobom starszym 5,6 mln porad stomatologicznych, co stanowiło 16,1% wszystkich udzielonych przez nich porad.

Przeciętna liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na 1 mieszkańca w Polsce w 2023 r. wyniosła 9,2 porady, podczas gdy w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej wskaźnik ten wyniósł 14,6 porady. W przypadku porad stomatologicznych wskaźnik ten w grupie starszych pacjentów był nieco niższy niż dla całej populacji (0,8 w porównaniu do 0,9 dla całej populacji).

Opieka geriatryczna

Geriatry to specjalistyczna dziedzina medycyny, która zajmuje się zdrowiem i chorobami oraz opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku²⁷.

Geriatry, poprzez działania profilaktyczne, jest w stanie zapobiegać przedwczesnej niesprawności osób starszych lub ją ograniczać, a poprzez całościową ocenę proponować najbardziej efektywne i ekonomicznie uzasadnione postępowanie w specyficznych chorobach oraz szczególnych problemach

²⁶ Dane przekazane przez GUS.

²⁷ Zgodnie z definicją ustaloną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), 2004

podeszłego wieku. Jednocześnie, nie każda osoba po 60 roku życia wymaga specjalistycznej opieki geriatrycznej.

Pacjent geriatryczny²⁸ to osoba z typową wielochorobowością w wieku podeszłym (najczęściej mająca ponad 70 lat) lub każda osoba w wieku 80 lat i więcej ze względu na związane z wiekiem zwiększone ryzyko wystąpienia złożonych patologii w wyniku m.in. znacznego ryzyka wystąpienia powikłań i poszczególnych zespołów chorobowych i tzw. „efektu domino”, wysokiego ryzyka chroniczacji chorób ostrych i znacznego ryzyka utraty autonomii w wyniku utraty sprawności funkcjonalnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia, w odniesieniu do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, finansuje świadczenia w oparciu o *rozporządzenie*²⁹.

Opieka geriatryczna sprawowana jest m.in. **na oddziałach geriatrycznych**, które realizują całonocową, całodobową opiekę medyczną nad chorymi w wieku starszym. W przedmiotowych oddziałach hospitalizowani są pacjenci w ostrych stanach chorobowych, z chorobami przewlekłymi bądź też w celach diagnostycznych.

Finansowanie świadczeń w leczeniu szpitalnym w ramach oddziałów, odbywa się na podstawie **Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)**, za całą hospitalizację, tj. od dnia przyjęcia do dnia wypisu lub zgonu chorego. System JGP polega na zakwalifikowaniu zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów.

Tabela 11 Dane dotyczące świadczeń z zakresu geriatryki – hospitalizacja za 2023 r.

Nazwa zakresu świadczeń	Liczba pacjentów 60+	Wartość rozliczonych świadczeń dla osób 60+	Liczba świadczeniodawców
Geriatryka - hospitalizacja	31 412	290 664 548,18 zł	71

Źródło: Dane NFZ

W 2023 r. na oddziałach geriatrycznych znajdowało się 1316 łóżek³⁰.

W ramach leczenia szpitalnego świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej (z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym) jest zobowiązany do opracowania i wdrożenia **procedury oceny geriatrycznej pacjenta**. W ramach tej oceny świadczeniodawca ma obowiązek:

- udokumentowania kwalifikacji do świadczenia na podstawie skali VES-13, stanowiącej załącznik nr 11a do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (obecnie obowiązujące zarządzenie nr 1/2022/DSOZ z dnia 3 stycznia 2022 r. z późn. zm.);
- udokumentowania przeprowadzenia oceny geriatrycznej przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny (dotyczy świadczeniodawców realizujących świadczenia, którzy nie dysponują oddziałem geriatrycznym ani poradnią geriatryczną);
- prowadzenia dokumentacji dodatkowej – *Karty całonocowej oceny geriatrycznej*, której wzór określony jest w załączniku nr 11b do ww. zarządzenia. Kartę oceny geriatrycznej dołącza się do historii choroby.

²⁸ zgodnie z definicją ustaloną przez Sekcję Geriatryczną Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego,

²⁹ *Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.).

³⁰ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą, dane przekazane przez Centrum e-Zdrowia

Tabela 12 Liczba pacjentów i wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w zakresie świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna

Nazwa produktu rozliczeniowego	Rok realizacji	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Całościowa ocena geriatryczna	2023	17 111	4 676 018 zł

Źródło: Dane NFZ

Świadczenie „Całościowa opieka geriatryczna” rozliczono w 2023 r. dla ponad 17 tys. pacjentów, a wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych wyniosła niemal 4,7 mln zł.

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej

W dniu 17 sierpnia 2023 r. została podpisana ustawa³¹ - większość przepisów tej regulacji weszło w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

Głównym celem zmian systemowych wprowadzanych ww. ustawą jest zapewnienie opieki geriatrycznej osobom starszym i sprzyjanie zdrowemu starzeniu się, zapobieganie postępowi chorób przewlekłych i wystąpieniu lub pogłębianiu się niepełnosprawności, m.in. poprzez zapewnienie działań profilaktycznych i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb osób starszych, w tym mających na celu zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności tych osób. Jednakże, ze względu na liczne uwagi dotyczące jej zapisów oraz zgłaszane trudności związane z wdrażaniem przedmiotowego aktu, podjęto decyzję o rozpoczęciu działań zmierzających do weryfikacji ustawy w celu jej nowelizacji. Niezbędne jest m.in. przeprowadzenie dodatkowej analizy rozwiązań zaproponowanych w ustawie i harmonogramu przyjętych działań w konsultacji z ekspertami i głównymi interesariuszami całego procesu.

Przedmiotowe zadanie zdecydowano się powierzyć Zespołowi do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych, powołanemu zarządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia³².

Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa w ramach systemu ochrony zdrowia dedykowana jest osobom przewlekłe chorym, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece i samopielęgnacji, uniemożliwiając niezależne, samodzielne funkcjonowanie.³³

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej są udzielane w warunkach:

- stacjonarnych – w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO);
- domowych – pielęgniarstwa opieka długoterminowa i zespół długoterminowej opieki domowej.³⁴

W ramach opieki stacjonarnej w 2023 r. funkcjonowało:

- 466 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo leczniczych,
- 59 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo leczniczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Tabela 13 Dane dotyczące świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w 2023 r.

Nazwa rodzaju świadczeń	Liczba pacjentów 60+	Krotność rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń 60+	Liczba świadczeniodawców
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	107 211	24 800 899	3 086 536 585,16 zł	1 455

Źródło: Dane NFZ

³¹ o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1831, z 2024 r. poz. 834).

³² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 41).

³³ Wykaz i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki długoterminowej zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 253).

³⁴ Zgodnie z § 4 ust. 1 i § 6 ww. rozporządzenia.

W 2023 r., w ramach świadczeń z zakresu opieki długoterminowej udzielonych pacjentom w wieku 60 lat i więcej, sprawozdano:

- 9,41 mln wizyt pielęgniarki lub fizjoterapeuty (opieka domowa),
- 3,04 mln porad lekarskich (z czego 2,88 mln w opiece stacjonarnej i 0,16 mln w opiece domowej),
- 25,65 mln osobodni³⁵ (z czego 8,94 mln w opiece stacjonarnej i 16,71 mln w opiece domowej).

Reforma D1.2 Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń opieki długoterminowej podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym

W latach 2022–2023 Ministerstwo Zdrowia realizowało dwa kamienie milowe (D1L oraz D2L) w ramach reformy *D1.2: Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości usług opieki długoterminowej świadczeniodawców opieki zdrowotnej na poziomie powiatowym Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności*. Celem tej reformy jest wspieranie przekształcenia szpitali powiatowych w jednostki lub ośrodki opieki długoterminowej i geriatrycznej.

30 czerwca 2022 r. w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia opublikowano raport pn. „Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce” (D1L). W dokumencie zidentyfikowano te obszary funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, które pozwalają na przekształcenie istniejących zasobów w ośrodki opieki długoterminowej lub oddziały geriatryczne.

Dokument pn. „Zakres wsparcia zmian struktury organizacyjnej szpitali powiatowych w zakresie opieki długoterminowej lub geriatrycznej na poziomie lokalnym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” (D2L) został opublikowany w dniu 14 lipca 2023 r. Przedstawia on podstawowe informacje dotyczące sposobu wsparcia zmian struktury organizacyjnej szpitali powiatowych.

W oparciu o akty prawne/dokumenty wytworzone w ramach kamienia milowego D2L, opracowany zostanie wykaz szpitali powiatowych wybranych do uzyskania dodatkowego wsparcia na utworzenie łóżek opieki długoterminowej lub geriatrycznej (kamień milowy D3L).

Reforma A4.6. Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej

W 2023 r. trwały prace nad opracowaniem przeglądu systemu opieki długoterminowej w Polsce. Działanie to było realizowane przez Bank Światowy we współpracy z Ministrem Zdrowia, Ministrem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, przy koordynacyjnym wsparciu Ministra Funduszu i Polityki Regionalnej, a od 2024 r. również Ministra do spraw Polityki Senioralnej. Przegląd opracowany przez Bank Światowy jest wypełnieniem kamienia milowego A69G. Raport został opublikowany na stronie Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w dniu 28 czerwca 2024 r. Reforma realizowana jest w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności.

Sformułowane w raporcie rekomendacje mają stanowić punkt wyjścia do przeprowadzenia reformy systemu opieki długoterminowej w Polsce, obejmującej zmianę odpowiednich aktów prawnych wdrażających priorytety reformy opieki długoterminowej zidentyfikowane w ww. przeglądzie strategicznym (kamień milowy A70G).

Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, a także łagodzenie cierpień psychicznych,

³⁵ Liczba osobodni została wyrażona jako różnica pomiędzy datą wypisu i datą przyjęcia (z wyjątkiem sytuacji, w której wypis nastąpił w dniu przyjęcia – wtedy liczba osobodni przyjmuje wartość równą 1). Pobyt pacjenta na przepustce został uznany jako 50% osobodnia, a pobyt pacjenta w szpitalu jako 15% osobodnia.

duchowych i socjalnych. Świadczenia gwarantowane w opiece paliatywno-hospicyjnej przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe³⁶.

Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach:

- stacjonarnych – w oddziałach medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym;
- ambulatoryjnych – w **poradni medycyny paliatywnej**;
- domowych – w ramach **hospicjum domowego** przez zespół medycyny paliatywnej.

Zgodnie z danymi z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą³⁷, w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej funkcjonowało:

- 151 hospicjów stacjonarnych³⁸, z liczbą łóżek wynoszącą 3 574;
- 823 hospicjów domowych³⁹;
- 12 dziennych ośrodków opieki paliatywnej lub hospicyjnej⁴⁰, z liczbą miejsc dziennych równą 126.

Powyższe dane przedstawiają liczbę komórek organizacyjnych, a nie liczbę podmiotów, ponieważ jeden podmiot może mieć kilka komórek.

Tabela 14 Dane dotyczące świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej za 2023 r.

Nazwa rodzaju świadczeń	Liczba pacjentów 60+	Krotność rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń 60+	Liczba świadczeniodawców
Opieka paliatywna i hospicyjna	89 597	7 546 437,00	1 343 133 000,79 zł	539

Źródło: Dane NFZ

Rehabilitacja

Świadczenia rehabilitacyjne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego realizowane i finansowane są w oparciu o *rozporządzenie*⁴¹. W rodzaju rehabilitacja lecznicza nie wyodrębniono świadczeń dedykowanych wyłącznie osobom w wieku powyżej 60 lat. W związku z powyższym, świadczeniobiorcy, w zależności od aktualnego stanu zdrowia, korzystają na zasadach ogólnych z rehabilitacji udzielanej w warunkach:

- ambulatoryjnych,
- domowych,
- ośrodka/oddziału dziennego,
- stacjonarnych.

Świadczeniami z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być objęci pacjenci z bardzo szerokim zakresem zaburzeń i dysfunkcji (ortopedycznych, reumatologicznych, neurologicznych, onkologicznych itp.). W zależności od stanu zdrowia świadczeniobiorcy, lekarz kierujący, wystawiając skierowanie, decyduje w ramach jakiego zakresu prowadzona ma być rehabilitacja.

³⁶ Zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 262).

³⁷ Stan na dzień 31.12.2023 r.

³⁸ kod resortowy komórki 2184.

³⁹ kod resortowy komórki 2180.

⁴⁰ kod resortowy komórki 2182.

⁴¹ Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2021, poz. 265, z późn. zm.)

Tabela 15 Dane dotyczące świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielonych osobom po 60 r.ż.

Nazwa rodzaju świadczeń	Liczba świadczeniodawców	Liczba rozliczonych świadczeń 60+	Wartość rozliczonych świadczeń 60+
Rehabilitacja lecznicza	2 620	99 082 371	4 404 500 427,88 zł

Źródło: Dane NFZ

Tabela 16 Najczęściej występujące rozpoznania wśród pacjentów powyżej 60 r.ż., którym udzielane były świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Nazwa rozpoznania głównego	Liczba pacjentów 60+	krotność rozliczonych produktów 60+	Wartość rozliczonych świadczeń 60+
Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	285 947	11 256 609	238 897 418,25 zł
Zwyrodnienia wielostawowe	220 305	10 214 890	239 651 166,53 zł
Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych /gonartroza/	132 467	6 679 058	165 918 216,04 zł
Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych	109 318	4 314 585	88 656 169,07 zł
Inne spondylozy	90 168	2 662 099	114 012 408,27 zł
Inne choroby krążka międzykręgowego	87 314	3 160 608	66 623 745,27 zł
Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych /koksartroza/	66 130	4 752 675	178 061 254,66 zł
Bóle grzbietu	63 381	2 299 875	45 956 641,75 zł
Pierwotna obustronna gonartroza	49 522	1 514 899	184 802 641,20 zł
Uszkodzenia barku	47 278	1 823 026	3 497 811,68 zł

Źródło: Dane NFZ

W 2023 r., w ramach świadczeń z zakresu rehabilitacji, udzielonych pacjentom w wieku 60 lat i więcej, sprawozdano:

- 898 tys. porad lekarskich,
- 3,41 mln wizyt fizjoterapeutycznych,
- 183 mln zabiegów fizjoterapeutycznych,
- 8,34 mln osobodni.

Opieka psychiatryczna

Realizacja świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych, psychologicznych, psychoterapeutycznych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień odbywa się, co do zasady, na zasadach określonych przepisami *rozporządzenia*⁴².

Osoby dorosłe, tj. powyżej 18 r.ż., mogą również skorzystać z powyższych świadczeń (z wyłączeniem leczenia uzależnień) zorganizowanych w formie pilotażowego programu w centrach zdrowia psychicznego.

Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu psychiatrii wyróżnia następujące zakresy świadczeń dedykowane grupie osób powyżej 60 r.ż.:

- świadczenia stacjonarne – świadczenia psychogeriatryczne obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami procesów poznawczych, u osób powyżej 60 roku życia.
- świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia.

⁴² Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285)

Tabela 17 Dane dotyczące świadczeń psychogeriatrycznych udzielanych osobom w wieku powyżej 60 r.ż. w 2023 r.

Nazwa zakresu świadczeń	Liczba pacjentów w 2023 r.	Wartość rozliczonych świadczeń w 2023 r.
Świadczenia psychogeriatryczne 04.4712.021.02	5 683	105 244 520,46zł
Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne 04.2704.020.02	1 466	18 570 109,77 zł

Źródło: Dane NFZ

II. KADRA UDZIELAJĄCA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OSOBOM STARSZYM

Lekarze

Lekarze udzielający świadczeń osobom dorosłym w głównej mierze zapewniają wsparcie rosnącej liczbie osób starszych. Osoby w starszym wieku są bardzo niejednorodną grupą, zarówno pod względem fizycznym, psychicznym, jak i społecznym. Osoby starsze charakteryzują się odmiennymi potrzebami zdrowotnymi oraz wymagają zróżnicowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Specjalistami w sposób szczególny predysponowanymi do sprawowania opieki nad pacjentami w wieku starszym, których problemy medyczne są najbardziej skomplikowane i którzy cechują się znacznym ryzykiem powstania lub nasilenia niesprawności, są geriatrzy.

Według stanu na grudzień 2023 r. liczba lekarzy specjalistów geriatry wykonujących zawód⁴³ wynosiła 565 (dla porównania w grudniu 2015 r. było 338 lekarzy) oraz 19 238 lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych. Jednocześnie specjalizację z geriatry odbywało dodatkowych 101 lekarzy, natomiast z chorób wewnętrznych – dodatkowych 2 463 lekarzy.

Ministerstwo Zdrowia szczegółowo przeanalizowało wymienialność lekarzy specjalistów w poszczególnych latach. Jednym z głównych problemów dotyczących kadry medycznej w Polsce jest wiek znaczącej grupy pracowników medycznych (wielu z nich jest w wieku okołoemerytalnym). Z przedstawionych poniżej danych wynika, że w przypadku lekarzy specjalistów z zakresu geriatry, medycyny paliatywnej, czy neurologii, poziom kształcenia nie powinien spowodować znacznych problemów z zastępowalnością odchodzących lekarzy. Problem z wymienialnością pokoleniową może dotknąć natomiast dziedzinę chorób wewnętrznych.

Tabela 18 Wymienialność lekarzy wybranych specjalizacji do lat 2027–2028⁴⁴

Dziedzina	Liczba lekarzy, którzy prawdopodobnie zasilą rynek pracy po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego (C)	Maksymalny rok ukończenia szkolenia specjalizacyjnego (lekarzy, którzy są w trakcie specjalizacji wg bazy SMK (stan na kwiecień 2023 r.))	Liczba lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do maksymalnego roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego. (D)	Zmiana w liczbie lekarzy, którzy wejdą na rynek pracy i osiągną wiek emerytalny (co nie oznacza, że odejdą z rynku pracy) do maksymalnego roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego (C-D)
Choroby wewnętrzne	2 457	2028	4 928	-2 471
Geriatrya	98	2028	98	0
Medycyna paliatywna	116	2027	101	15
Neurologia	674	2028	639	35

Źródło: Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii na podstawie danych CRL, NFZ, ZUS, SMK, Ministerstwa Zdrowia

⁴³ Zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską.

⁴⁴ Opracowanie DAiS na podstawie danych CRL, NFZ, ZUS, SMK, Ministerstwa Zdrowia.

Pielęgniarki

Opiekę nad osobami starszymi i niesamodzielnymi sprawują również pielęgniarki i pielęgniarze z kwalifikacjami specjalistycznymi oraz przygotowani na poziomie ogólnym do sprawowania opieki nad pacjentem w różnym stanie zdrowia, którzy w toku kształcenia przeddyplomowego uzyskali kompetencje do sprawowania opieki specjalistycznej, w tym m.in. w zakresie:

- chorób wewnętrznych i pielęgniarstwa internistycznego,
- anestezjologii i pielęgniarstwa w zagrożeniu życia,
- pielęgniarstwa opieki długoterminowej,
- neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego, geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego,
- opieki paliatywnej,
- podstaw rehabilitacji,

zgodnie ze standardem kształcenia przygotowującym do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, który określa rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Sukcesywnie zwiększa się liczba zatrudnionych w systemie opieki zdrowotnej pielęgniarek i położnych. Zgodnie z danymi z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w 2023 r. było 269 168 pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo, w tym 239 257 pielęgniarek oraz 29 911 położne.

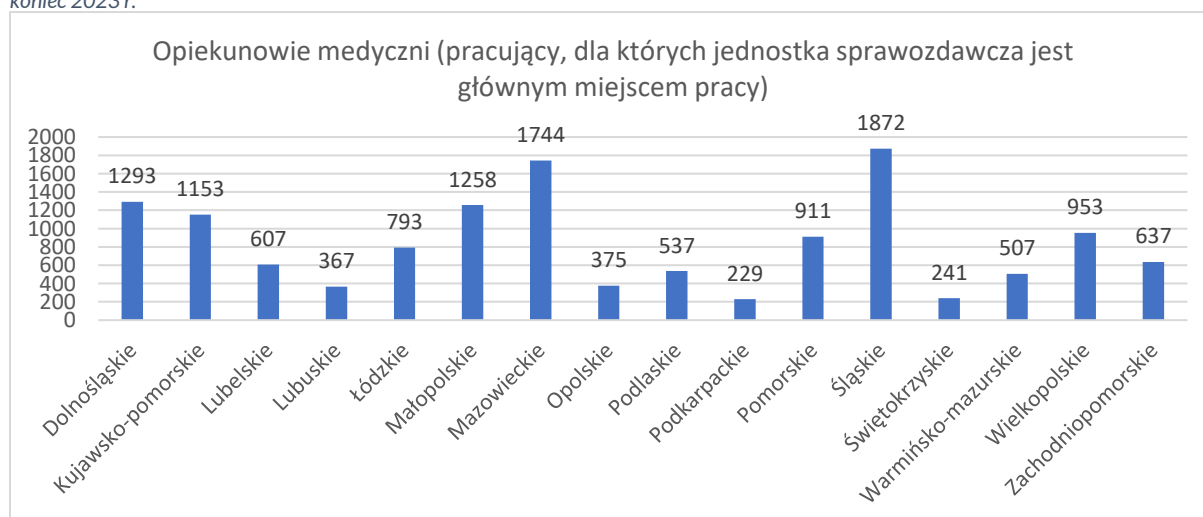
Liczba pielęgniarek mających specjalizację lub kursy specjalizacyjne, zatrudnionych według podstawowego miejsca pracy, według stanu na dzień 31.12.2023 r., wynosiła w następujących dziedzinach⁴⁵:

- geriatry – 2 583;
- opieki długoterminowej – 6 434;
- opieki paliatywnej – 3 054.

Opiekunowie medyczni

Według stanu na dzień 31 grudnia 2023 r., w placówkach ochrony zdrowia – według podstawowego miejsca zatrudnienia – pracowało 13 477 opiekunów medycznych⁴⁶.

Wykres 27 Liczba opiekunów medycznych, pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w podziale na województwa na koniec 2023 r.

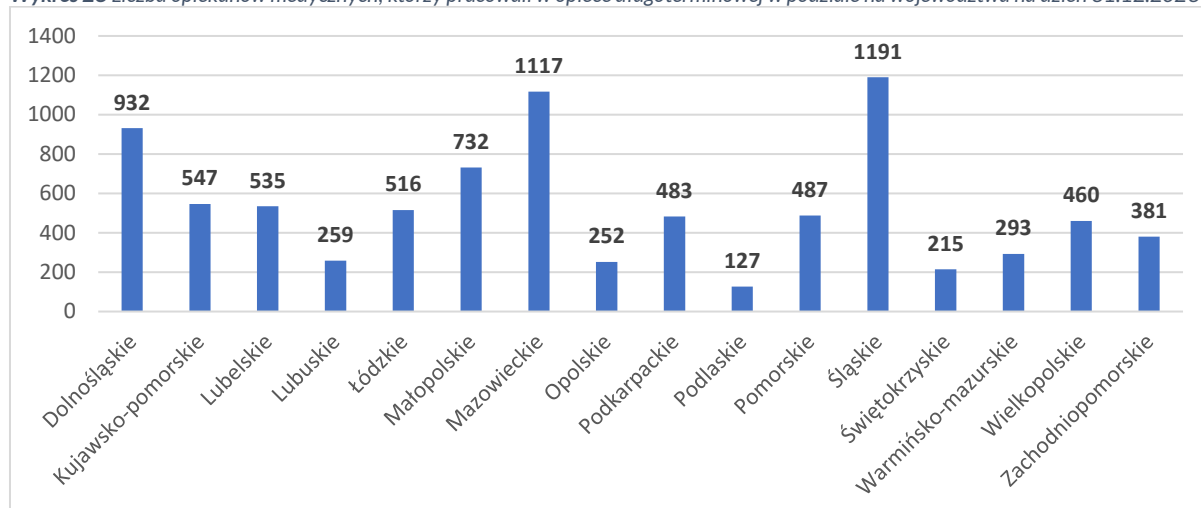


Źródło: Dane uzyskane z Centrum e-Zdrowia, MZ-88 Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wg stanu na dzień 31.12.2023 r. (bez podmiotów podległych MSWiA oraz MS)

⁴⁵ Źródło danych – sprawozdanie MZ-89 o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

⁴⁶ W oparciu o sprawozdanie (MZ-88) o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Wykres 28 Liczba opiekunów medycznych, którzy pracowali w opiece długoterminowej w podziale na województwa na dzień 31.12.2023 r.



Źródło: Dane uzyskane z Centrum e-Zdrowia, MZ-29A za 2022 r. Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej wg stanu na dzień 31.12.2023 r.

Mając na uwadze kwestie związane z zatrudnieniem opiekunów medycznych w opiece długoterminowej, należy wskazać, iż – zgodnie z danymi Centrum e-Zdrowia – 8 527 opiekunów medycznych realizowało świadczenia w opiece długoterminowej w 2023 r., w tym 2 457 w ramach umowy cywilnoprawnej. Dane te, w przypadku osób pracujących na stanowisku opiekuna w kilku podmiotach, mogą uwzględniać te osoby kilka razy.

Jednocześnie z danych uzyskanych z Systemu Informacji Oświatowej (SIO) wynika, iż w roku szkolnym 2022/2023 w semestrze jesiennym 5 231 osób ukończyło szkołę policealną oraz zdało egzamin zawodowy, uzyskując kwalifikacje zawodowe do wykonywania zawodu opiekuna medycznego. W semestrze wiosennym było to 3 146 osób.

III. ROZWÓJ KADR W OCHRONIE ZDROWIA

Kształcenie Lekarzy

Kształcenie na studiach przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza musi uwzględniać szczególne rozwiązania przewidziane w przepisach *rozporządzenia*⁴⁷, które zostało wydane przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia⁴⁸.

Standardy te są zbiorem reguł i wymagań w zakresie kształcenia, dotyczących sposobu organizacji kształcenia, osób prowadzących to kształcenie, ogólnych i szczegółowych efektów uczenia się, a także sposobu weryfikacji osiągniętych efektów uczenia się.

Przepracowany został standard kształcenia dla lekarza i lekarza dentysty, który ma obowiązywać od roku akademickiego 2024/2025 tj. *rozporządzenie*⁴⁹. W **nowym standardzie kształcenia dla lekarza** wskazano, że:

- w zakresie wiedzy **absolwent zna i rozumie**, m.in.:
 - procesy zachodzące podczas starzenia się organizmu i zmiany w funkcjonowaniu narządów związane ze starzeniem;

⁴⁷ Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 oraz z 2022 r. poz. 157 i 1742)

⁴⁸ na podstawie upoważnienia zawartego w art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742, z późn. zm.).

⁴⁹ Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. poz. 2152).

- wpływ stresu oksydacyjnego na komórki i jego znaczenie w patogenezie chorób oraz w procesach zachodzących podczas starzenia się organizmu;
- postawy społeczne wobec choroby, niepełnosprawności i starości oraz specyficzne oddziaływanie stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji;
- psychospołeczne konsekwencje choroby dla rodziny pacjenta (rodzina z chorym dzieckiem, w tym nastoletnim, dorosłym i osobą starszą);
- przebieg i objawy procesu starzenia się organizmu oraz zasady całościowej oceny geriatrycznej i opieki interdyscyplinarnej w odniesieniu do osób starszych;
- odrębności w objawach klinicznych, diagnostyce i terapii najczęstszych chorób występujących u osób starszych;
- zagrożenia związane z hospitalizacją osób starszych;
- podstawowe zasady organizacji opieki nad osobą starszą i obciążenia opiekuna osoby starszej;
- specyfikę zaburzeń psychicznych i ich leczenia u dzieci, w tym nastoletnich, oraz osób starszych;
- w zakresie umiejętności **absolwent potrafi**:
 - zebrać wywiad z dorosłym, w tym osobą starszą, wykorzystując umiejętności dotyczące treści, procesu i percepcji komunikowania się, z uwzględnieniem perspektywy biomedycznej i perspektywy pacjenta;
 - przeprowadzić pełne i ukierunkowane badanie fizykalne dorosłego dostosowane do określonej sytuacji klinicznej, w tym badanie geriatryczne.

W 2023 r. przyznano 155 miejsc dla dziedziny geriatry na postępowanie kwalifikacyjne. Jest to liczba zwiększona w porównaniu do poprzednich lat – dla porównania w 2022 r. przyznano 70 miejsc.

Jednocześnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy⁵⁰ oraz rozporządzenia⁵¹ co roku, w wyniku rewaloryzacji wzrasta od 1 lipca wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinach priorytetowych, do których zalicza się geriatrję i choroby wewnętrzne.

Od 1 lipca 2023 r. wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury z geriatry lub chorób wewnętrznych wynosiło 8 308 zł. Po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie dla rezydentów w dziedzinie geriatry i chorób wewnętrznych wzrasta ono do 9 063 zł. Wynagrodzenia dla lekarzy dziedzin niepriorytetowych wynoszą analogicznie 7552 zł, a po dwóch latach – 7 779 zł.

Nowelizacja ustawy⁵² wprowadziła rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać dodatkowo wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej). Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego. Ponadto wprowadzono możliwość prowadzenia postępowania kwalifikacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentystów na wolne miejsca specjalizacyjne w całym kraju, a nie jak było to możliwe wcześniej, tylko w obrębie jednego województwa. Przyznano możliwość wskazania w priorytetowej kolejności 15 wariantów wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku pozostawania niewykorzystanych miejsc specjalizacyjnym w danym postępowaniu kwalifikacyjnym jest możliwość przeprowadzenia dodatkowego naboru tylko dla dziedzin priorytetowych, w tym dla geriatry i chorób wewnętrznych.

⁵⁰ z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2022 poz. 1352).

⁵¹ Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2024 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. 2024 poz. 957).

⁵² z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287).

Obowiązujące przepisy umożliwiają także przystąpienie o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarzom, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego.

Należy jednak podkreślić, że kluczową rolę w kreowaniu kadry lekarzy specjalistów w dużej mierze odgrywają kierownicy podmiotów leczniczych, którzy posiadają niezależne narzędzia motywacyjne zachęcające lekarzy do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim.

Zgodnie z danymi z Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK):

- liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry (aktywny EKS) wynosi 93;
- liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry (papierowa karta specjalizacji) wynosi 10;

Powyższe dane dotyczą osób, które aktualnie odbywają specjalizację.

Dodatkowo, w 2023 r. (w dwóch sesjach) opublikowano dla dziedziny geriatry 154 miejsca rezydencji i 254 pozarezydenckie. W ramach tych miejsc specjalizację rozpoczęło 26 osób.

Kształcenie pielęgniarzek i położnych

W 2023 r. kontynuowane były prace nad zmianą standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnictwa. Zespół ekspertów powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia⁵³ przygotował zmiany obszarów kompetencyjnych dla absolwentów studiów I i II stopnia kierunków pielęgniarstwo położnictwo, mające na celu uprządkowanie kształcenia tak, aby było dostosowane do aktualnych potrzeb rynku pracy. Projekt standardów został przekazany, zgodnie z właściwością, do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, celem procedowania legislacyjnego.

Poniższe tabele prezentują dane dotyczące liczby pielęgniarzek ze specjalizacją w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi.

Liczba pielęgniarzek, które rozpoczęły w 2023 r. specjalizację w dziedzinie:

- pielęgniarstwo geriatryczne – 109 osób;
- pielęgniarstwo opieki długoterminowej – 166 osób;
- pielęgniarstwo opieki paliatywnej – 183 osoby.

Tabela 19 Liczba pielęgniarzek ze specjalizacją w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi (stan na dzień 31.12.2023 r.)

Dziedzina specjalizacji	Liczba pielęgniarzek, które uzyskały tytuł specjalisty w 2023 r.	Liczba pielęgniarzek ze specjalizacją – (stan na dzień 31.12.2023 r.)
Pielęgniarstwo zachowawcze/internistyczne	2 894	17 791
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej/przewlekłe chorych i niepełnosprawnych	210	3 873
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	287	3 074
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarzek	880	4 786
Pielęgniarstwo geriatryczne	143	3 251
Pielęgniarstwo chirurgiczne	2 622	16 396
Pielęgniarstwo diabetologiczne	-	432
Pielęgniarstwo kardiologiczne	-	2 423

⁵³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania zmian w standardach kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 47).

Pielęgniarstwo neurologiczne	-	514
Ogółem	7 036	52 540

Źródło: dane Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Liczba pielęgniarek, które zostały zakwalifikowane w 2023 r. na kurs kwalifikacyjny w dziedzinie:

- pielęgniarstwo geriatryczne - 55 osób
- pielęgniarstwo opieki długoterminowej - 184 osoby
- pielęgniarstwo opieki paliatywnej - 42 osoby
- podstawy opieki paliatywnej - 317 osób.

Tabela 20 Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w wybranych dziedzinach pielęgniarstwa, mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi (stan na dzień 31.12.2023 r.)

Dziedzina kursu kwalifikacyjnego	Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w wybranych dziedzinach pielęgniarstwa w 2023 r.	Liczba kadr pielęgniarskich (stan na dzień 31.12.2023 r.)
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	353	40 507
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej/ przewlekłe chorych i niepełnosprawnych	141	19 270
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	40	5 317
Pielęgniarstwo zachowawcze/internistyczne	53	4 017
Pielęgniarstwo geriatryczne	84	1 811
Pielęgniarstwo diabetologiczne	32	236
Pielęgniarstwo chirurgiczne	101	4 476
Pielęgniarstwo kardiologiczne	234	2 744
Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki	686	25 411
Pielęgniarstwo neurologiczne	274	584
Pielęgniarstwo psychiatryczne	211	5 009
Ogółem	2 209	109 382

Źródło: dane Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Tabela 21 Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy specjalistyczne w wybranych zakresach pielęgniarstwa, mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi (stan na dzień 31.12.2023 r.)

Zakres kursu specjalistycznego	Liczba pielęgniarek (stan na dzień 31.12.2023 r.)
Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego	12 876
Podstawy opieki paliatywnej /podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej	7 998
Opieka geriatryczna	4 065
Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	4 543
Terapia bólu przewlekłego u dorosłych	4 862
Terapia bólu ostrego u dorosłych	4 538
Leczenie ran dla pielęgniarek	36 559
Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI	185
Edukator w chorobach układu krążenia	1 797
Opieka nad pacjentem w trakcie choroby Covid-19 oraz po jej przebyciu	266
Opieka nad pacjentem z chorobami układu oddechowego	799
Ogółem	78 488

Źródło: dane Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych z budżetu państwa

W trosce o wysoką jakość świadczeń udzielanych w ramach opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, pielęgniarki mogą podnosić swoje kwalifikacje zawodowe uczestnicząc w różnych formach kształcenia podyplomowego, których celem jest uzyskanie specjalistycznej wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych lub doskonalenia posiadanych umiejętności zawodowych w określonej dziedzinie pielęgniarstwa. Jednym z tych szkoleń, które jest dofinansowane przez Ministra Zdrowia jest szkolenie specjalizacyjne.

Mając na uwadze wsparcie rozwoju zawodowego absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, Minister Zdrowia corocznie dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne dla tych grup zawodowych, w ramach posiadanych środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa.

Zgodnie z *Obwieszczeniem*⁵⁴, minimalna liczba miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2023 r. wynosiła 2 525, maksymalna kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego wynosiła 3 950 zł, natomiast maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne w 2023 r. wynosiła 10 000 000 zł.

Kształcenie fizjoterapeutów

Fizjoterapia stanowi niezwykle istotną część systemu usług opieki zdrowotnej oraz procesu rehabilitacyjnego. Pełni ona szczególną rolę w utrzymaniu sprawności ruchowej osób starszych. Rehabilitacja włączona na odpowiednim etapie może wpłynąć na poprawę funkcjonowania oraz wydłużenie okresu sprawności seniorów. Zabiegi z zakresu fizjoterapii w tej grupie wiekowej są również istotnie z punktu widzenia ograniczenia występowania dolegliwości bólowych, upadków oraz urazów. Fizjoterapeuci są członkami szerokiego interdyscyplinarnego zespołu leczniczego.

Zarządzeniem Ministra Zdrowia⁵⁵ został powołany Zespół do spraw ewaluacji standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Zespół ekspertów przygotował zmianę standardów kształcenia do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, które w sierpniu 2023 r. zostały przekazane do Ministerstwa Edukacji i Nauki celem dalszego procedowania.

Kształcenie opiekunów medycznych

Zgodnie z ustawą⁵⁶ w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego, przewiduje się prowadzenie kursów kwalifikacyjnych, mających na celu uzyskanie przez osobę wykonującą dany zawód medyczny dodatkowej wiedzy i umiejętności zawodowych niezbędnych do wykonywania określonych czynności zawodowych.

Do kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego będzie mogła przystąpić osoba uprawniona do wykonywania zawodu medycznego, która posiada co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie medycznym, dla którego jest prowadzony kurs kwalifikacyjny. Kursy te będą realizowane przez uczelnie, które prowadzą kształcenie na studiach umożliwiających uzyskanie wykształcenia niezbędnego do wykonywania danego zawodu medycznego oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) w oparciu o program opracowany przez zespół ekspertów powołanych przez dyrektora CMKP i zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Ponadto, w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno – demograficzne kraju”, dofinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS), planowana jest

⁵⁴ z dnia 13 grudnia 2022 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2022 r. poz. 129),

⁵⁵ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw ewaluacji standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu fizjoterapeuty (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 80).

⁵⁶ z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972).

realizacja kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych, uzupełniającego w zakresie kwalifikacji MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej. Umożliwi to uzupełnienie wiedzy i umiejętności osobom, które uzyskały kwalifikacje opiekuna medycznego przed wdrożeniem zmienionej podstawy programowej kształcenia w tym zawodzie – do poziomu umożliwiającego wykonywanie wybranych czynności, takich jak m.in. czynności z zakresu pobierania krwi żyłnej i włóśniczkowej oraz innych materiałów do badań laboratoryjnych czy podawanie leków różnymi drogami.

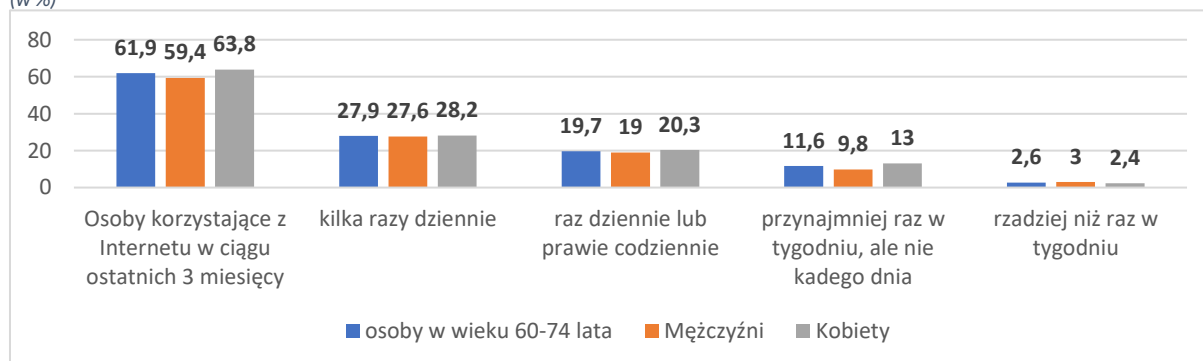
1.5 Dostępne formy aktywności

Korzystanie z Internetu

W Polsce w 2023 r. z Internetu (w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających badanie) korzystało około 62% osób w wieku 60–74 lata, wobec 61,1% w roku poprzednim⁵⁷. Kilka razy dziennie z Internetu korzystało 27,9% osób z tej grupy wieku, raz dziennie lub prawie codziennie – 19,7%, a przynajmniej raz w tygodniu, ale nie każdego dnia – 11,6%. Rzadziej niż raz w tygodniu z Internetem łączyło się 2,6% osób w wieku 60–74 lata.

Jednocześnie, korzystanie z Internetu lub dostęp do Internetu nie jest równoznaczny z brakiem wykluczenia cyfrowego seniorów. Tylko posiadanie umiejętności cyfrowych przynajmniej na podstawowym poziomie jest gwarancją braku takiego wykluczenia i możliwość pełnego korzystania z zasobów i możliwości jakie oferuje Internet. Zgodnie z danymi GUS z 2023 r. natomiast jedynie 15,4% seniorów w wieku 60–74 lata posiadało minimum podstawowe kompetencje cyfrowe.

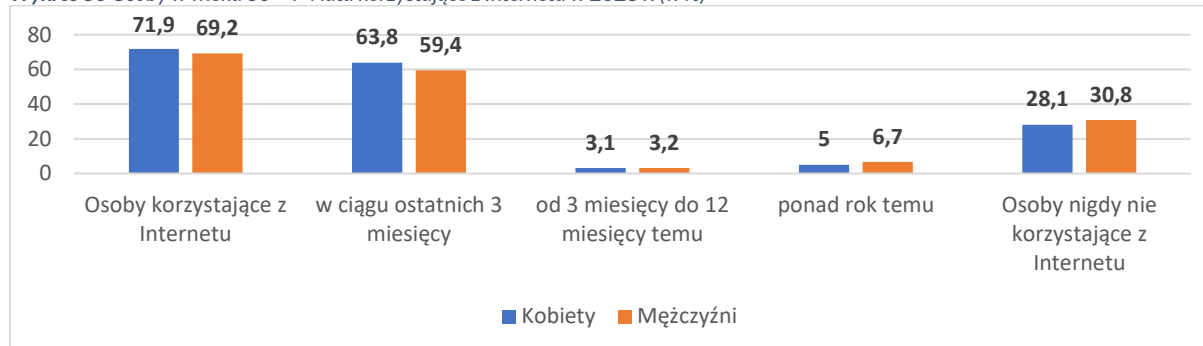
Wykres 29 Częstotliwość korzystania z Internetu przez osoby w wieku 60 – 74 lata w ciągu ostatnich 3 miesięcy w 2023 r. (w %)



Źródło: Badanie "Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w gospodarstwach domowych", GUS

Kobiety częściej niż mężczyźni są użytkownikami sieci Internet. W 2023 r. 63,8% kobiet i 59,4% mężczyzn w analizowanej grupie wieku korzystało z Internetu w ciągu ostatnich 3 miesięcy.

Wykres 30 Osoby w wieku 60 – 74 lata korzystające z Internetu w 2023 r. (w %)



Źródło: Badanie "Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w gospodarstwach domowych", GUS

⁵⁷ Korzystających w ogóle z Internetu było 70,7% w tej grupie wiekowej.

Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej

Na podstawie wyników badania „Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej”⁵⁸ można stwierdzić, że w okresie objętym badaniem (od 1.10.2020 r. do 30.09.2021 r.) 28,8% członków gospodarstw domowych w wieku 60 lat i więcej oceniło swoją sprawność fizyczną jako bardzo dobrą lub dobrą, w tym jako bardzo dobrą jedynie—1,4%. Odsetek osób starszych określających swoją kondycję jako złą wyniósł 18,0%, a bardzo złą—3,0%. Co drugi senior ocenił ją jako średnią.

Ocena kondycji fizycznej w dużym stopniu zależy od płci. Generalnie to kobiety znacznie gorzej niż mężczyźni oceniają swoją sprawność fizyczną. W 2021 r. odsetek kobiet w wieku 60 lat i więcej, które oceniły swoją sprawność jako bardzo dobrą lub dobrą był blisko o 6 p. proc. mniej niż w przypadku mężczyzn. Kobiet określających swoją kondycję fizyczną jako złą lub bardzo złą było 21,7%, a mężczyzn z taką oceną—o 1,5 p. proc. mniej.

W okresie od 1.10.2020 r. do 30.09.2021 r. w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej uczestniczyło 18,3% osób w wieku 60 lat i więcej. Wśród mężczyzn w tym wieku odsetek uczestników zajęć sportowych i rekreacji ruchowej wyniósł 19,3%, podczas gdy w grupie kobiet był nieco niższy i ukształtował się na poziomie 17,6%.

Wykres 31 Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej w 2021 r. (w %)



Źródło: Badanie "Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej" 2021, GUS

Wykres 32 Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej w 2021 r. (w %)



Źródło: Badanie "Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej" 2021, GUS

Najpopularniejszą aktywnością sportową wśród osób w wieku 60 lat i więcej była jazda na rowerze. W 2021 r. wskazała ją połowa uczestników zajęć sportowych lub rekreacji ruchowej w tym wieku. Popularne wśród seniorów były również ogólnorozwojowe zajęcia ruchowe poprawiające kondycję fizyczną (m.in. spacerowanie rekreacyjne, skakanie na skakance, ćwiczenia na rowerze stacjonarnym,

⁵⁸ Do przygotowania opracowania zostały wykorzystane najnowsze, dostępne wyniki badań prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny. Odwołanie do ubiegłych lat wynika z faktu, że niektóre badania, ze względu na ich częstotliwość są publikowane w cyklu kilkuletnim.

trenażerze), które w 2021 r. wykonywało około 40% osób starszych. Dużą popularnością w gronie osób starszych cieszył się również jogging i nordic walking, a także pływanie.

Uczestnictwo osób starszych w podróżach

W 2023 r. wśród mieszkańców Polski w wieku 15 lat i więcej, odsetek osób w wieku 60 lat lub więcej, które uczestniczyły w podróżach (krajowych i/lub zagranicznych), z co najmniej 1 noclegiem w celu prywatnym (wypoczynek, rekreacja i wakacje, odwiedziny u krewnych lub znajomych, zdrowotny, religijny, pielgrzymka, edukacyjny, zakupy) – wyniósł 12,1% tj. o 0,8 p. proc więcej w stosunku do roku poprzedniego. Mieszkańcy miast w wieku 60 lat lub więcej uczestniczący w podróżach (krajowych i/lub zagranicznych), z co najmniej jednym noclegiem w celu prywatnym stanowili w 2023 r. 9,5% ogółu ludności w wieku 15 lat lub więcej, a mieszkańcy wsi w wieku senioralnym – 2,5%.

Aktywność edukacyjna

Oferty edukacyjne dla osób starszych w ramach edukacji formalnej i innej niż formalna (pozaformalnej)

Osoby starsze mogą uczestniczyć w edukacji formalnej lub innej niż formalna (pozaformalnej). **Edukacja formalna** obejmuje kształcenie w instytucjach systemu oświaty i systemu szkolnictwa wyższego w ramach programów prowadzących do uzyskania kwalifikacji pełnych, kwalifikacji nadawanych po ukończeniu studiów podyplomowych lub kwalifikacji w zawodzie. **Edukacja pozaformalna** jest organizowana instytucjonalnie, ale poza programami kształcenia w oświacie i szkolnictwie wyższym i zwykle nie prowadzi do uzyskania ww. kwalifikacji. Znaczna część ofert edukacji pozaformalnej jest organizowana poza szkołami i uczelniami. W odniesieniu do seniorów aktywnych zawodowo mogą one być organizowane w przedsiębiorstwach, instytucjach rynku pracy i rozwoju przedsiębiorczości. W odniesieniu do pozostałych seniorów organizatorami mogą być instytucje publiczne i organizacje społeczne wspierające ochronę zdrowia, kulturę, aktywność obywatelską, sport, turystykę, rozwój technologii i infrastruktury, ochronę środowiska, bezpieczeństwo publiczne, rodzinę itp. Oferty tego rodzaju mogą być również organizowane w szkołach i uczelniach, jednak poza ich oficjalnymi programami kształcenia.

Ministerstwo Edukacji Narodowej odpowiada za edukację formalną. Ponadto, wspiera wybrane inicjatywy w obszarze edukacji pozaformalnej, a w ramach koordynacji polityki na rzecz uczenia się przez całe życie gromadzi informacje o tej edukacji. Informacje te pochodzą z różnych resortów, GUS i instytucji badawczych.

Osoby starsze korzystające z ofert edukacji formalnej w systemie oświaty, tj. z kształcenia ustawicznego

Kształcenie ustawiczne jest zdefiniowane i uregulowane w ustawie⁵⁹. Edukacja osób starszych nie ma statusu odrębnego zadania. Osoby dorosłe, w tym także osoby starsze, mogą uczestniczyć w kształceniu ustawicznym zdefiniowanym w tej ustawie. Kształcenie ustawiczne według tej ustawy obejmuje szkoły ogólnokształcące dla dorosłych, szkoły kształcące w zawodach (szkoły policealne i branżowe szkoły II stopnia) oraz formy pozaszkolne. Formy pozaszkolne są bardziej elastycznie organizowane niż kształcenie w szkołach, dlatego mogą być bardziej atrakcyjne dla osób starszych. Katalog form pozaszkolnych dla dorosłych obejmuje cztery rodzaje: (1) kwalifikacyjny kurs zawodowy (KKZ); (2) kurs umiejętności zawodowych; (3) kurs kompetencji ogólnych oparty na wybranym fragmencie podstawy programowej kształcenia ogólnego; (4) inne kursy umożliwiające uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych, w których program nauczania nie odnosi się do podstawy programowej kształcenia ogólnego lub kształcenia w zawodach.

Mimo że w kształceniu ustawicznym mogą uczestniczyć dorośli w każdym wieku, w tym osoby starsze, to ukierunkowanie tego kształcenia głównie na wzrost poziomu wykształcenia i nabywanie kwalifikacji

⁵⁹ z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (z późn.zm.).

w zawodach powoduje, że tego typu edukacja cieszy się większym zainteresowaniem młodszych osób dorosłych, co dotyczy zwłaszcza szkół dla dorosłych.

Kształcenie ustawiczne prowadzone w instytucjach systemu oświaty podlega monitorowaniu przez System Informacji Oświatowej (SIO). Gromadzone są w nim zanonimizowane, indywidualne dane o korzystających z kształcenia w systemie oświaty. W odniesieniu do uczestników ww. form pozaszkolnych dane te dostępne są odnośnie uczestników: kwalifikacyjnych kursów zawodowych (KKZ), kursów umiejętności zawodowych (KUZ) oraz turnusów dokształcania teoretycznego młodocianych pracowników (TDMP). W dwóch ostatnich formach nie ma uczestników w wieku 60 lat i więcej. **Według danych SIO na dzień 30 września 2023 r. uczestnikami KKZ było 735 osób w wieku od 60 roku życia, z czego 360 osoby w wieku 60–64 lat oraz 375 osoby w wieku 65 lat i więcej.**

W 2022 r.⁶⁰ w Polsce 31,7% osób w wieku 60–69 lat deklaroowało, że zdobywało wiedzę w różnych formach, podczas gdy dla ogółu osób w wieku 18–69 lat odsetek ten ukształtował się na poziomie 54,0%. Wśród osób starszych, podobnie jak wśród ogółu osób w wieku 18–69 lat wskaźnik uczestnictwa w aktywności edukacyjnej był nieco wyższy dla kobiet niż dla mężczyzn. W 2022 r. w jakiegokolwiek formie uczenia się brało udział 32,9% kobiet i 30,2% mężczyzn w wieku 60–69 lat. Osoby starsze najczęściej deklaroowały uczestnictwo w uczeniu się nieformalnym.

Tabela 22 Osoby w wieku 18–69 lat uczestniczące w edukacji formalnej i pozaformalnej oraz uczeniu się nieformalnym w 2022 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	W tym osoby uczestniczące					W tym osoby nieuczestniczące w żadnej formie kształcenia
		w jakiegokolwiek formie uczenia się	w edukacji formalnej	w edukacji pozaformalnej	w edukacji formalnej lub pozaformalnej	w uczeniu się nieformalnym	
		w tys.					
OGÓŁEM	24833	13399	2288	4917	6646	11988	11435
w tym 60–64	2361	800	•	178	179	740	1561
65–69 lat	2529	749	•	126	127	732	1780
Mężczyźni	12224	6425	963	2289	3034	5704	5800
w tym 60–64	1107	387	•	109	110	337	721
65–69 lat	1056	266	•	25 ^v	26 ^v	256	790
Kobiety	12609	6974	1325	2628	3612	6283	5635
w tym 60–64	1254	413	•	68	69	404	841
65–69 lat	1473	483	•	101 ^v	101 ^v	476	990

Źródło: Badanie „Uczenie się osób dorosłych 2022”, GUS

(•) Brak informacji, konieczność zachowania tajemnicy statystycznej lub że wypełnienie pozycji jest niemożliwe albo niecelowe

Wśród osób w wieku 60–69 lat ponad połowa zadeklarowała (55,7%), że potrafi posługiwać się co najmniej jednym językiem obcym. Wśród kobiet znajomość przynajmniej jednego języka obcego zadeklaroowało 57,2% osób w tym wieku, a wśród mężczyzn – 53,7%.

Tabela 23 Osoby w wieku 18–69 lat według liczby znanych języków obcych w 2022 r.⁶¹

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby potrafiące posługiwać się co najmniej jednym językiem obcym	W tym osoby potrafiące posługiwać się językiem obcym			Osoby, które nie potrafią posługiwać się żadnym językiem obcym
			jednym	dwoma	trzema lub więcej	
			w tys.			
OGÓŁEM	24833	17913	11271	5346	1297	6679
w tym 60–64	2361	1340	940	309	91	1008

⁶⁰ Dane pochodzą z badania GUS „Uczenie się osób dorosłych 2022”.

⁶¹ (-) Zjawisko nie wystąpiło

(•) Brak informacji, konieczność zachowania tajemnicy statystycznej lub że wypełnienie pozycji jest niemożliwe albo niecelowe

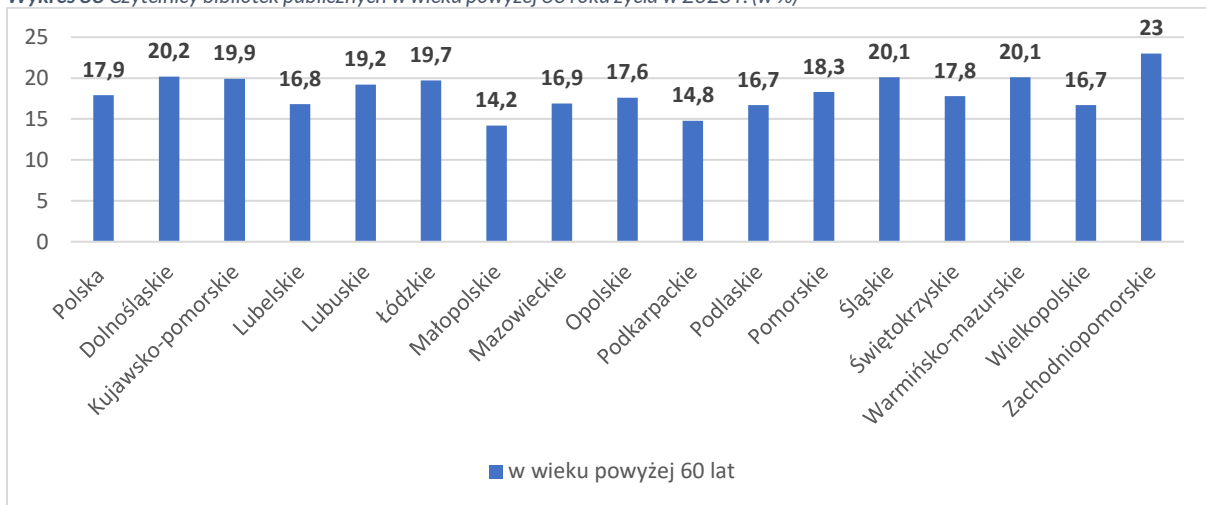
(v) Zalecana jest ostrożność w posługiwaniu się danymi, ze względu na niską precyzję wyników.

65–69 lat	2529	1382	895	377	110	1124
Mężczyźni	12224	8686	5516	2601	569	3413
w tym 60–64	1107	623	436	151	36 ^v	479
65–69 lat	1056	538	375	139	25 ^v	501
Kobiety	12609	9227	5754	2745	727	3266
w tym 60–64	1254	717	504	157	55 ^v	529
65–69 lat	1473	844	521	239	85 ^v	623

Źródło: Badanie „Uczenie się osób dorosłych 2022”, GUS

W 2023 r. biblioteki publiczne odnotowały ponad 5 mln czytelników, z czego 17,9 % stanowiły osoby starsze (w porównaniu do 2022 r. jest to o 0,4 p. proc. więcej). Największy udział procentowy w ogólnej liczbie czytelników wykazali seniorzy z woj. zachodniopomorskiego (23,0%), woj. dolnośląskiego (20,2%), woj. śląskiego (20,1%) oraz woj. warmińsko-mazurskiego (20,1%), a najmniejszy z woj. małopolskiego (14,2%) i woj. podkarpackiego (14,8%).

Wykres 33 Czytelnicy bibliotek publicznych w wieku powyżej 60 roku życia w 2023 r. (w %)

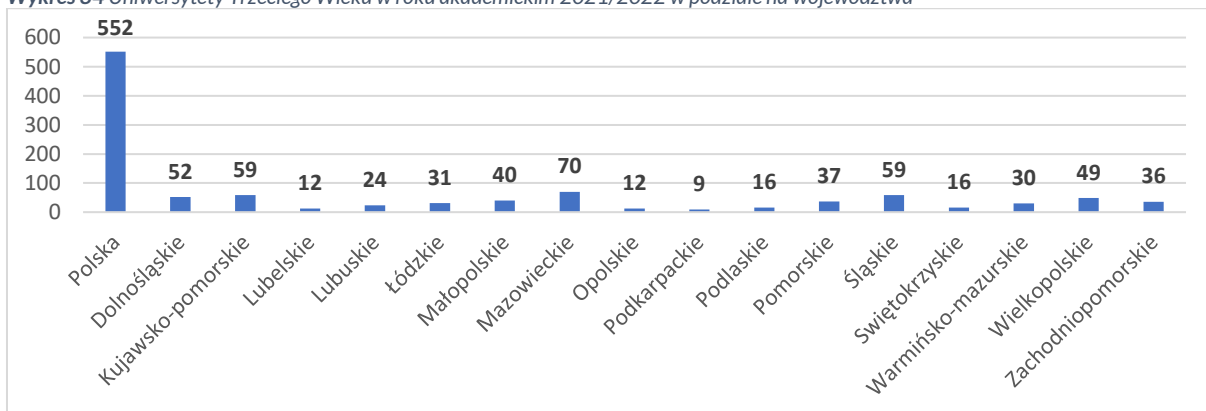


Źródło: Badanie GUS (sprawozdanie K-03)

Uniwersytety Trzeciego Wieku

W badaniu GUS w roku akademickim 2021/2022⁶² udział wzięły 552 uniwersytety trzeciego wieku, wśród których najwięcej odnotowano w województwie mazowieckim (70 jednostek), kujawsko-pomorskim i śląskim (po 59 jednostek). Łączna liczba słuchaczy UTW w roku akademickim 2021/2022 wyniosła 86,6 tys., z czego 72,6 tys. tj. 83,8% to kobiety.

Wykres 34 Uniwersytety Trzeciego Wieku w roku akademickim 2021/2022 w podziale na województwa



Źródło: Sprawozdanie z działalności Uniwersytetów Trzeciego Wieku za rok akademicki 2021/22, GUS

⁶² Do przygotowania opracowania zostały wykorzystane najnowsze, dostępne wyniki badań prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny. Odwołanie do ubiegłych lat wynika z faktu, że niektóre badania, ze względu na ich częstotliwość są publikowane w cyklu kilkuletnim.

Osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły blisko 93% słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku. Najlicniejszą grupę uczestników UTW tworzyli seniorzy w wieku 70–79 lat (41,9%), nieco niższy udział miały osoby w grupie wieku 60–69 lat (41,0%). Prawie co dziesiąty słuchacz to osoba w wieku 80 lat i więcej.

Aktywność kulturalna

Osoby starsze korzystają z różnorodnych form aktywności kulturalnej i artystycznej organizowanej przez instytucje kultury, organizacje pozarządowe, w tym UTW oraz szkoły artystyczne, a także innego typu organizacje i zrzeszenia, w tym chóry, orkiestry, zespoły muzyczne.

Instytucje kultury, w ramach przygotowywania swojej oferty kulturalnej, realizują projekty przygotowane z myślą o seniorach lub ogólnodostępne, w których uczestniczy liczne grono osób starszych. Przy realizacji działań senioralnych placówki kultury współpracują zarówno ze stowarzyszeniami zrzeszającymi seniorów, ośrodkami opiekuńczymi, lokalnymi samorządami i administracją państwową.

Tabela 24 Osoby uczestniczące w formach aktywności kulturalnej organizowanych przez domy, ośrodki i centra kultury, kluby i świetlice w 2023 r.

2023/1.

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś	Z ogółem osoby powyżej 60 lat			
				razem	miasta	wieś	
Członkowie grup artystycznych w domach, ośrodkach i centrach kultury, klubach i świetlicach							
Ogółem	250 264	152 216	98 048	51 626	29 874	21 752	
w tym:							
teatralnych	23 864	15 979	7 885	4 158	2 609	1 549	
Muzycznych—instrumentalnych	36 895	19 899	16 996	4 143	2 435	1 708	
wokalnych i chórów	48 190	31 466	16 724	19 511	12 880	6 631	
folklorystycznych	51 715	23 101	28 614	17 528	7 045	10 483	
tanecznych	76 044	52 744	23 300	3 754	3 111	643	
Członkowie kół/klubów/sekcji w domach, ośrodkach i centrach kultury, klubach i świetlicach							
Ogółem	504 774	372 057	132 717	162 888	123 837	39 051	
w tym:							
plastycznych/ technicznych	116 122	82 097	34 025	12 013	8 945	3 068	
tanecznych	77 830	59 397	18 433	5 733	4 908	825	
muzycznych	45 912	32 481	13 431	3 930	2 882	1 048	
informatycznych	4 570	3 328	1 242	1 100	1 008	92	
fotograficznych i filmowych	5 394	4 618	776	1 016	919	97	
teatralnych	12 091	9 018	3 073	1 518	1 076	442	
turystycznych i sportowo—rekreacyjnych	64 259	46 566	17 693	18 312	15 051	3 261	
literackich	3 884	2 882	1 002	1 706	1 260	446	
seniora/ Uniwersytetów Trzeciego Wiek	106 802	78 642	28 160	100 915	74 107	26 808	
dyskusyjnych klubów filmowych	7 614	7 045	569	2 025	1 756	269	
Absolwenci kursów organizowanych przez domy, ośrodki i centra kultury, kluby i świetlice							
Ogółem	73 287	55 399	17 888	9 916	7 660	2 256	
w tym:							
języków obcych	14 502	9 833	4 669	1 990	1 795	195	
plastycznych	11 229	8 151	3 078	1 585	1 115	470	
nauki gry na instrumentach	9 945	6 771	3 174	160	95	65	
wiedzy praktycznej	3 578	2 206	1 372	923	425	498	
tańca	12 306	9 276	3 030	1 178	1 058	120	
komputerowych	3 781	2 908	873	1 895	1 410	485	

Źródło: Badanie GUS (sprawozdanie K-07)

Osoby starsze biorą aktywny udział w formach działalności kulturalnej organizowanych przez centra kultury, domy i ośrodki kultury oraz kluby i świetlice. Należy zauważyć, że wybierane formy aktywności

związane są często z miejscem zamieszkania i dostępną lokalnie ofertą kulturalną. Różnice te obserwowane są szczególnie między ofertą w miastach i na wsi.

Mieszkańcy wsi powyżej 60. roku życia włączają się w inne rodzaje działań kulturalnych i społecznych, niż mieszkańcy miast. Mieszkańcy miast, zwłaszcza większych, częściej angażują się w działalność Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz w wolontariat, natomiast mieszkańcy wsi decydują się m.in. na członkostwo w kołach gospodyń wiejskich oraz w zespołach ludowych.

Z danych GUS wynika, że aktywny udział osób w wieku 60 lat lub więcej odnotowano w ramach działalności różnorodnych kół zainteresowań, klubów i sekcji w instytucjach kultury. Osoby starsze liczyły 1/3 uczestników tych stałych form działalności.

Tabela 25 Osoby w wieku powyżej 60 roku życia jako Członkowie kół/ klubów/ sekcji w domach, ośrodkach i centrach kultury, klubach i świetlicach w 2023 r.

Województwa	Ogółem	W tym									
		plastycznych/ technicznych	tanecznych	muzycznych	informatycznych	fotograficznych i filmowych	teatralnych	turystycznych i sportowo- rekreacyjnych	literackich	seniora/ Uniwersytetu Trzeciego Wiek	dyskusyjnych klubów filmowych
RAZEM											
POLSKA	162 888	12 013	5 733	3 930	1 100	1 016	1 518	18 312	1 706	100 915	2 025
Dolnośląskie	12 269	2 574	643	285	122	114	178	1 488	257	5 814	225
Kujawsko-pomorskie	10 374	308	174	319	37	5	115	754	52	7 319	105
Lubelskie	6 818	329	108	193	25	98	53	610	75	4 952	27
Lubuskie	4 744	365	164	190	67	60	15	571	191	2 934	32
Łódzkie	17 351	1 407	421	222	266	64	93	1 601	57	7 898	114
Małopolskie	12 124	751	439	220	86	31	130	1 550	138	8 136	300
Mazowieckie	30 938	2 271	1 490	794	170	191	260	3 131	235	19 930	99
Opolskie	3 301	204	148	103	10	16	99	448	17	2 071	25
Podkarpackie	6 031	441	122	115	24	81	28	886	65	3 918	30
Podlaskie	3 473	196	75	15	0	6	55	383	26	2 462	108
Pomorskie	6 684	404	367	172	46	12	61	404	14	4 763	65
Śląskie	19 236	1 015	396	258	57	53	103	3 844	65	11 754	80
Świętokrzyskie	3 634	244	103	231	60	51	17	264	93	2 430	0
Warmińsko-mazurskie	5 006	425	200	184	51	16	80	414	56	2 788	498
Wielkopolskie	14 944	740	450	342	74	183	147	1 549	277	9 962	130
Zachodniopomorskie	5 961	339	433	287	5	35	84	415	88	3 784	187

Stan w dniu 31 XII

Źródło: Badanie GUS (sprawozdanie K-07)

Aktywność społeczna i obywatelska

Wolontariat

W pierwszym kwartale 2022⁶³ r. 30,7% mieszkańców Polski w wieku 60–64 lata przynajmniej raz świadczyło wolontariat w ciągu czterech tygodni poprzedzających badanie. W grupie wieku 65–89 lat odsetek wolontariuszy wyniósł 20,3%. Osoby w wieku 60–89 lat stanowiły łącznie nieco ponad jedną czwartą wszystkich wolontariuszy działających w Polsce.

Tabela 26 Osoby w wieku 15–89 lat świadczące wolontariat w 2022 r. (w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie)⁶⁴

WYSZCZEGÓLNIENIE	Ogółem	Osoby świadczące wolontariat indywidualny				Osoby świadczące wolontariat w ramach organizacji, instytucji				
		razem	na rzecz			razem	w tym			sektor publiczny
	znajomych, przyjaciół, sąsiadów		osób nieznajomych	społeczeństwa, środowiska naturalnego, miejscowości	sektor non-profit					
					razem		w tym			
							stowarzyszenia i podobne organizacje społeczne ¹	kościoty, wspólnoty lub organizacje religijne ²		
	w % wszystkich osób w danej kategorii									
OGÓŁEM										
OGÓŁEM	28,4	26,5	22,0	5,8	1,9	5,0	3,4	1,9	1,5	1,3
w tym 60–64 lata	30,7	28,7	24,7	4,9	2,5	4,5	3,6	1,6	1,7	0,6
65–89 lat	20,3	18,6	15,5	3,0	1,8	4,0	3,2	1,2	2,1	0,6
MĘŻCZYŹNI										
Razem	26,8	25,4	21,0	6,0	1,9	4,1	2,9	1,7	1,2	0,8
w tym 60–64 lata	27,9	26,4	22,8	4,9	3,0	3,8	2,9	1,5	0,9	0,4
65–89 lat	19,5	18,3	14,9	3,5	1,9	3,3	2,4	1,1	1,4	0,5
KOBIECY										
Razem	29,9	27,5	23,0	5,7	1,8	5,8	3,9	2,2	1,7	1,9
w tym 60–64 lata	33,2	30,8	26,3	4,9	2,1	5,0	4,2	1,6	2,4	0,8
65–89 lat	20,9	18,9	15,8	2,6	1,7	4,5	3,7	1,2	2,6	0,7

Źródło: Badanie „Praca niezarobkowa poza gospodarstwem domowym”, GUS

Zaangażowanie w wolontariat było wyższe wśród kobiet niż wśród mężczyzn. W grupie wieku 60–64 lata przewaga kobiet nad mężczyznami zaangażowanymi w wolontariat wyniosła 5,3 p. proc. (33,2% kobiet i 27,9% mężczyzn świadczyło wolontariat). Wśród osób w wieku 65–89 lat różnica była mniejsza i wyniosła 1,4 p. proc. (20,9% kobiet wobec 19,5% mężczyzn).

Rady seniorów

Gminne rady seniorów są podmiotami o charakterze konsultacyjnym, doradczym i inicjatywnym. Głównym celem ich działania jest integracja, wspieranie i reprezentowanie środowisk seniorów poprzez współpracę z władzami gminy, przedstawianie propozycji zadań i działań na rzecz seniorów, wydawanie opinii i formułowanie wniosków służących rozwojowi działalności samorządu terytorialnego na rzecz seniorów, zgłaszanie uwag do aktów prawa miejscowego, wspieranie wszelkich form aktywności seniorów, działania na rzecz umacniania międzypokoleniowych więzi społecznych oraz upowszechnianie wiedzy o potrzebach, prawach i możliwościach osób starszych.

Członkowie gminnych rad seniorów pełnią swoje funkcje społecznie. Rada seniorów powoływana jest przez radę gminy, która nadaje jej statut określając w nim m.in. tryb wyboru jej członków i zasady działania oraz dążąc do wykorzystania potencjału działających organizacji osób starszych oraz

⁶³ Do przygotowania opracowania zostały wykorzystane najnowsze, dostępne wyniki badań prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny. Odwołanie do ubiegłych lat wynika z faktu, że niektóre badania, ze względu na ich częstotliwość są publikowane w cyklu kilkuletnim.

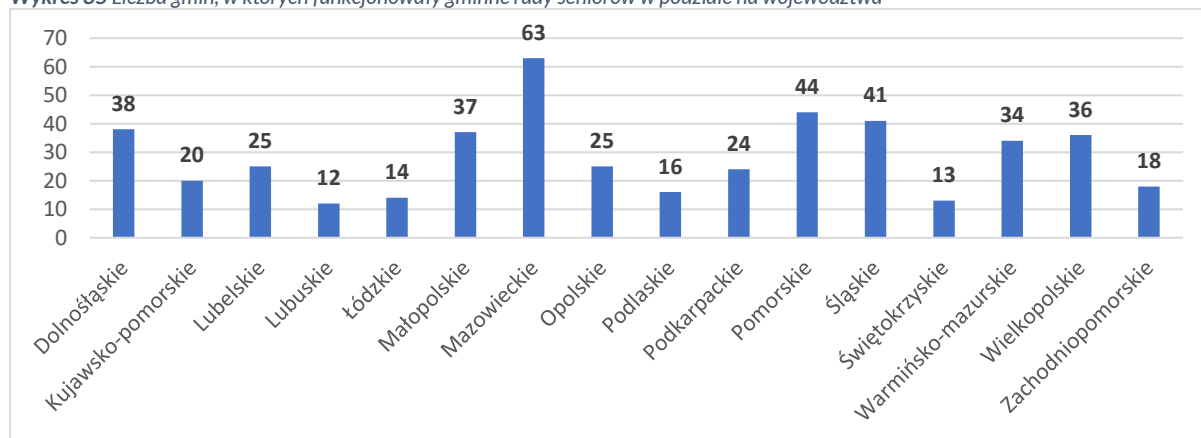
⁶⁴ 1. Stowarzyszenia (w tym: kluby sportowe, ochotnicze straże pożarne, rady rodziców, stowarzyszenia zwykłe), podobne organizacje społeczne (np. koła łowieckie, Polski Czerwony Krzyż), fundacje oraz grupy nieformalne.

2. Kościoły, wspólnoty lub organizacje religijne albo placówki przez nie prowadzone.

podmiotów działających na rzecz osób starszych, a także zapewnienia sprawnego sposobu wyboru członków gminnej rady seniorów.

Zgodnie z danymi z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wynika, że pod koniec 2023 r. w kraju funkcjonowało 460 gminnych rad seniorów⁶⁵. Biorąc pod uwagę ogólną liczbę gmin w Polsce (2 477 gmin) wynika, że gminne rady seniorów występowały w ponad 18% gmin.

Wykres 35 Liczba gmin, w których funkcjonowały gminne rady seniorów w podziale na województwa



Źródło: dane z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

Jednocześnie należy podkreślić, że w 2023 r. w wyniku nowelizacji przepisów ustawy⁶⁶ oraz ustawy⁶⁷ wprowadzono regulacje dające podstawy prawne funkcjonowania powiatowych oraz wojewódzkich rad seniorów⁶⁸. Tym samym na dzień 31 grudnia 2023 r. funkcjonowały 23 powiatowe rady seniorów oraz 11 wojewódzkich rad seniorów.

Koła gospodyń wiejskich

Od wielu lat zwiększa się liczba funkcjonujących Kół Gospodyń Wiejskich. To organizacje, które skupiają mieszkanki wsi i prowadzą wiele różnorodnych działań na rzecz lokalnej społeczności. Koła gospodyń wiejskich odpowiadają między innymi za: prowadzenie działalności społeczno-wychowawczej i oświatowo-kulturalnej w środowiskach wiejskich, prowadzenie działalności na rzecz wszechstronnego rozwoju obszarów wiejskich, wsparcie rozwoju przedsiębiorczości kobiet, inicjowanie i prowadzenie działań na rzecz poprawy warunków życia i pracy kobiet na wsi, upowszechnienie i rozwijanie form współdziałania, gospodarowania i racjonalnych metod prowadzenia gospodarstw domowych, reprezentowanie interesów środowiska kobiet wiejskich wobec organów administracji publicznej, rozwijanie kultury ludowej, w tym w szczególności kulturę lokalną i regionalną.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi w 2023 r. funkcjonowało 14 116 kół gospodyń wiejskich – najwięcej w województwie mazowieckim i wielkopolskim. Łącznie w 2023 r. wydanych zostało ponad 13 tys. decyzji dot. pomocy dla KGW⁶⁹ na łączną kwotę 114 300 000,00 zł.

⁶⁵ Powołanych zgodnie z art. 5c ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 1990 nr 16 poz. 95).

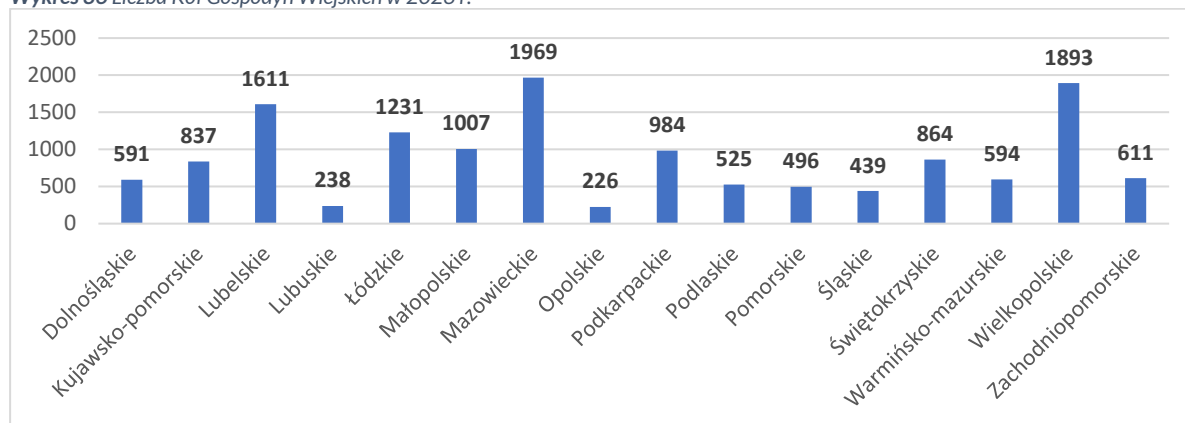
⁶⁶ z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107).

⁶⁷ z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2024 r. poz. 566.).

⁶⁸ Art. 3f ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz art. 10c ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.

⁶⁹ Na podstawie ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o kołach gospodyń wiejskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1179).

Wykres 36 Liczba Kół Gospodyń Wiejskich w 2023 r.



Źródło: dane z Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi

1.6 Równe traktowanie, przeciwdziałanie dyskryminacji i przemocy

W Polsce podstawowym dokumentem, który określa politykę rządu w zakresie równego traktowania oraz przeciwdziałania dyskryminacji jest Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 r.⁷⁰. Zasada równości obywatela wobec prawa, który głosi, że wszyscy są wobec prawa równi oraz mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne, a także świadczy o tym, że nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny.

Dokumentem szczegółowo określającym przesłanki dyskryminacji oraz możliwość wszczęcia procedury w przypadku, gdy dochodzi do dyskryminacji jest ustawa⁷¹ w zakresie równego traktowania. Określa ona również organy właściwe w sprawach przeciwdziałania naruszeniom zasady równego traktowania.

Przytoczona ustawa zakazuje dyskryminacji ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną.

W 2023 r. funkcjonował Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania 2022-2030, który skupia się wokół VIII Priorytetów: Polityka antydyskryminacyjna, Praca i zabezpieczanie społeczne, Edukacja, Zdrowie, Dostęp do dóbr i usług, Budowanie świadomości, Gromadzenie danych i badania, Koordynacja.

Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania 2022–2030 przewiduje zadania, które będą realizowane w perspektywie wieloletniej w tym działania skierowane do osób starszych, które mają na celu przeciwdziałanie wykluczeniu ze względu na wiek czy budowanie świadomości w zakresie przeciwdziałania stereotypowemu wizerunkowi osób starszych lub/i krzywdzącemu albo odbiegającemu od rzeczywistości.

Konkretne zadania zawarte w Krajowym Programie, które należy wyszczególnić, to między innymi:

- przeciwdziałanie negatywnemu wizerunkowi osób starszych, poprzez szkolenia dla pracowników oświaty, nauczycieli, pedagogów, a także szkolenia dla pracowników instytucji publicznych w zakresie uwrażliwiania na zjawisko dyskryminacji wiekowej na rynku pracy,
- debata z udziałem przedstawicieli organizacji pozarządowych i innych instytucji zrzeszających i zajmujących się osobami starszymi oraz reprezentantów pracodawców zainteresowanych możliwościami współpracy z osobami w starszym wieku,
- wdrażanie polityki zarządzania wiekiem w urzędach—wzrost liczby pracowników w wieku dojrzałym, a także zmniejszenie liczby osób w wieku produkcyjnym,

⁷⁰ (Dz. U. z 1997 poz. 483, z późn. zm.), art. 32.

⁷¹ z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (Dz. U. z 2024 r. poz. 1175)

- współpraca z osobami, które są lub mogą być liderami w społecznościach lokalnych, w celu budowania solidarności międzypokoleniowej przez ukazywanie roli seniorów jako przekazicieli wartości, tradycji, doświadczenia życiowego poprzez wykluczenie ze względu na wiek,
- organizacja giełdy pracy dla seniorów w siedzibach urzędów wojewódzkich spowodowana zbyt małą aktywnością zawodową seniorów.

Dodatkowo warto też wspomnieć, że w ramach Krajowego Programu Działań na rzecz Równego Traktowania 2022-2030 przewidywana jest także, realizacja kampanii edukacyjnych na stronach internetowych i w mediach społecznościowych na temat starzenia się.

Działania na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej uregulowane są w ustawie⁷² oraz w Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022⁷³.

Regulacje zawarte w wymienionych aktach prawnych są tak skonstruowane, aby można się do nich odwołać w przypadku wszystkich kategorii osób doznających przemocy domowej, w tym kobiet, mężczyzn, dzieci, osób starszych czy osób niepełnosprawnych.

Na podstawie przepisów ustawy⁷⁴, pomoc w każdym indywidualnym przypadku udzielana jest w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty”. Procedura ta obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty, ochrony zdrowia – w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie, tj. w przypadku powzięcia, w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych, podejrzenia stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie. Wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” następuje poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta-A” przez przedstawiciela jednego z określonych podmiotów⁷⁵.

Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie obowiązuje od 2006 r., pierwotnie do jego opracowania obowiązywał przepis⁷⁶, zaś od 2022 r. artykuł⁷⁷. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie jest operacjonalizacją zadań określonych w przepisach tejże ustawy.

Program zakłada podejmowanie działań w czterech głównych obszarach:

- zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej;
- zwiększenie dostępności i skuteczności ochrony oraz wsparcia osób dotkniętych przemocą domową;
- zwiększenie skuteczności oddziaływań wobec osób stosujących przemoc domową;
- zwiększenie poziomu kompetencji przedstawicieli instytucji i podmiotów realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej w celu podniesienia jakości i dostępności świadczonych usług.

W specjalistycznych ośrodkach wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie w 2022 r.⁷⁸ udzielono różnorodnych form pomocy 5 047 osobom doznającym przemocy w rodzinie, w tym: 3 285 kobietom, 477 mężczyznom oraz 1 285 dzieciom. Ponadto udzielono pomocy 337 osobom starszym – ofiarom przemocy w rodzinie, w tym: 297 kobietom i 40 mężczyznom. Z pomocy całodobowej skorzystało 1 462 osób w tym: 633 kobiety (w tym 66 niepełnosprawnych i 35 starszych), 34 mężczyzn (w tym 11 niepełnosprawnych i 4 starszych) oraz 795 dzieci (w tym 50 niepełnosprawnych).

⁷² z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 424, z późn. zm.).

⁷³ Przyjętą uchwałą nr 183 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022 (M.P. 2021 poz. 1204).

⁷⁴ o przeciwdziałaniu przemocy domowej.

⁷⁵ Wymienionych w art. 9a ust. 11–11d ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej.

⁷⁶ art. 10 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w domowej.

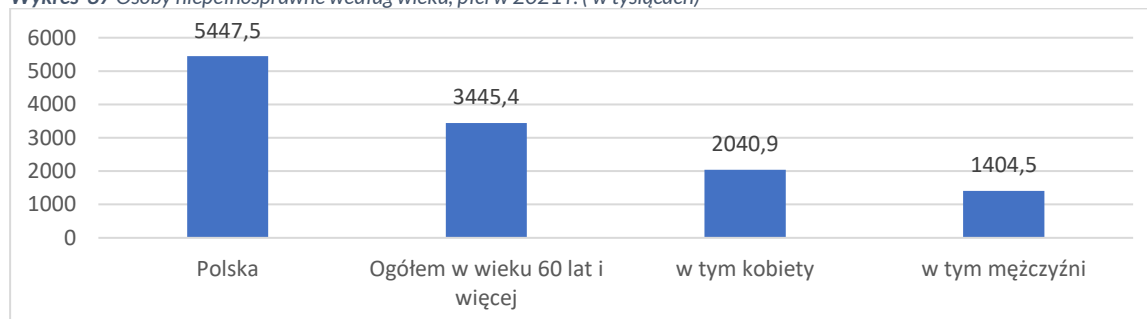
⁷⁷ art. 10 ust. 1 w ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r. poz. 535).

⁷⁸ Dane dostępne na dzień 24.10.2024 r.

1.7 Sytuacja niepełnosprawnych osób starszych

Zgodnie z danymi z Narodowego Spisu Powszechnego 2021 w Polsce było prawie 5,5 mln osób niepełnosprawnych, w tym prawie 3,5 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. W grupie starszych osób niepełnosprawnych dominowały kobiety (stanowiły 59%).

Wykres 37 Osoby niepełnosprawne według wieku, płci w 2021 r. (w tysiącach)



Źródło: NSP 2021, GUS

Ustawa⁷⁹ przewiduje szereg instrumentów służących wsparciu osób niepełnosprawnych, które mogą być dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Powyższe przepisy dotyczą wszystkich osób, których niepełnosprawność została potwierdzona stosownym orzeczeniem.

Zgodnie z ww. ustawą oraz rozporządzeniem⁸⁰, osoba niepełnosprawna może raz w roku ubiegać się o dofinansowanie – ze środków PFRON - kosztów uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Ponadto na podstawie wyżej wspomnianej ustawy i rozporządzenia⁸¹ osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON:

- zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,
- likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych,
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów,
- usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.

Ponadto, zgodnie z art. 10 ustawy⁸², do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zalicza się uczestnictwo tych osób w warsztatach terapii zajęciowej (wtz).

Należy zauważyć, że warsztat terapii zajęciowej jest „wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką stwarzającą osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia”⁸³.

Głównym celem wtz, poza rehabilitacją społeczną, jest aktywizacja zawodowa w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia przez osoby niepełnosprawne. Należy podkreślić, że dostępne dane nie pozwalają na wyodrębnienie grupy osób niepełnosprawnych starszych korzystających ze wsparcia w zakresie rehabilitacji społecznej.

⁷⁹ z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.)

⁸⁰ Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. poz. 1694, z późn. zm.)

⁸¹ Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926, z późn. zm.),

⁸² o rehabilitacji (...)

⁸³ Art. 10a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych).

Od 1 października 2019 r. - *ustawą*⁸⁴ - wprowadzono świadczenie dla osób, które ze względu na naruszenie sprawności organizmu są całkowicie zależne od wsparcia ze strony najbliższych oraz otoczenia, posiadające niski status materialny. Głównym celem tej ustawy jest zapewnienie dodatkowych środków służących zaspokajaniu potrzeb życiowych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, w tym osób starszych, ze względu na zwiększone koszty związane z pielęgnacją, rehabilitacją i opieką medyczną.

Osobami uprawnionymi do tego świadczenia są osoby, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona jednym z orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji, wydanym przez właściwe organy (ZUS, KRUS, MON, MSWiA czy Służba Więzienna), oraz spełniające kryterium dochodowe, które od 1 marca 2023 r. wynosiło 2157,80 zł brutto miesięcznie.

Świadczenie uzupełniające jest wypłacane w zróżnicowanej wysokości, nie wyższej niż 500 zł miesięcznie; zróżnicowanie wysokości tego świadczenia zależy od łącznej kwoty świadczeń pobieranych przez osobę uprawnioną ze środków publicznych (tzw. formuła złotówka za złotówkę). **W 2023 r. wypłacono ponad 569 tys. świadczeń**⁸⁵.

Zgodnie z informacjami pozyskanymi z Elektronicznego Krajowego Systemu Monitorowania i Orzekania o Niepełnosprawności za IV kwartał 2023 r. osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności w wieku 60 lat i więcej było 1 959 723 i stanowili 58,8% populacji osób zarejestrowanych w systemie jako niepełnosprawne w wieku powyżej 16 lat. Należy zaznaczyć, że osoby starsze, z uwagi na niską lub brak aktywności zawodowej oraz możliwość pobierania świadczeń społecznych stanowią niedoszacowaną grupę w przypadku określenia niepełnosprawności prawnej. Nawet w przypadku występowania ograniczeń, które klasyfikowałyby daną osobę do wystąpienia o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, często rezygnują nie widząc potencjalnych korzyści z prawnego potwierdzenia niepełnosprawności biologicznej.

Tabela 27 Osoby zaliczone do stopnia niepełnosprawności prawomocnym orzeczeniem (o stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień) lub wyrokiem sądu z uwzględnieniem przyczyny niepełnosprawności w IV kwartale 2023 r.

Symbol niepełnosprawności/liczba symboli niepełnosprawności	Ogółem	60 lat i więcej	% od ogółu
Upośledzenia umysłowe	97 945	5 101	5,23%
Choroby psychiczne	396 120	163 618	41,31%
Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	293 554	202 178	68,87%
Choroby narządu wzroku	174 250	88 520	50,80%
Upośledzenia narządu ruchu	1 575 998	998 619	63,36%
epilepsja	62 954	11 853	18,83%
Choroby układu oddechowego i krążenia	1 018 071	797 337	78,32%
Choroby układu pokarmowego	135 806	81 266	59,84%
Choroby układu moczowo-płciowego	199 533	129 918	65,11%
Choroby neurologiczne	750 463	464 441	61,89%
Całościowe zaburzenia rozwojowe	24 572	133	0,54%
Inne*	404 877	237 946	58,77%
Jedna przyczyna	1 884 509	996 274	52,87%
Dwie przyczyny	1 090 664	705 691	64,70%
Trzy przyczyny	355 952	257 758	72,41%
Razem	3 331 125	1 959 723	58,83%

Źródło: EKSMOoN, opracowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

⁸⁴ z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2024 r. poz. 256, z późn. zm.).

⁸⁵ przeciętna miesięczna liczba osób pobierających świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji w 2023 r. wynosiła 384,8 tys. (ZUS) oraz 184,5 tys. (KRUS).

Najczęściej występującymi niepełnosprawnościami były choroby układu oddechowego i krążenia oraz zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu. Z kolei najrzadziej orzekanymi były całościowe zaburzenia rozwojowe oraz upośledzenia umysłowe. Sytuacja ta dotyczyła niecałych 6% osób.

Wnioski i rekomendacje

Prognozy na przyszłość jasno pokazują, że proces starzenia się społeczeństw jest zjawiskiem globalnym i nieodwracalnym. Zmiany te nie tylko bardzo widocznie wpływają na kwestie społeczne, demograficzne, czy gospodarcze, ale także wymuszają potrzebę refleksji nad tematem starości oraz funkcjonowaniem seniorów w dzisiejszym świecie.

Mając na uwadze, że polityka senioralna w Polsce powinna stwarzać warunki dla godnego i niezależnego starzenia się, działania skierowane do osób starszych powinny mieć charakter horyzontalny i obejmować różne aspekty ich życia.

Po analizie zebranych danych można zauważyć, że niezbędne jest wzmocnienie działań mających na celu m.in. **zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej – w tym opieki długoterminowej.**

Rosnąca liczba osób w wieku starszym skutkuje wzrostem liczby osób doświadczających różnego rodzaju ograniczeń w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Badanie EU-SILC wskazuje, że w 2023 r. ponad 60% osób w wieku 60 lat i więcej wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwały co najmniej 6 miesięcy. Ponadto ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności dotyczyła ponad 45% osób starszych. Dlatego też, konieczne jest stworzenie kompleksowego systemu wsparcia i rozwijanie usług społecznych, dostosowanych do aktualnych potrzeb osób starszych. W podejmowanych działaniach należy zwrócić szczególną uwagę na usługi i wsparcie skierowane do seniorów, mieszkających na obszarach wiejskich lub o mniejszym dostępie do usług publicznych w zakresie opieki.

W 2023 r. zaledwie około 32% osób w wieku 60 lat i więcej mieszkających w Polsce oceniło swoje zdrowie jako „dobre” lub „bardzo dobre”. Z kolei ponad 20% osób starszych uznało, że ich zdrowie jest „złe” lub „bardzo złe”. W związku z tym, w obszarze poprawy stanu zdrowia osób starszych rekomendowane jest realizowanie programów i badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania chorób, a także rozwijanie oferty edukacyjnej dla osób starszych na temat prowadzenia zdrowego stylu życia, w tym regularnej aktywności fizycznej.

Osoby starsze są grupą społeczną, która bardzo często korzysta z opieki zdrowotnej. Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony zdrowia w 2023 r. osoby w wieku 65 lat i więcej skorzystały z 108,7 mln porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym 63,4 mln porad w podstawowej opiece zdrowotnej, co stanowiło 35% ogółu porad. Podobnie sytuacja wyglądała w opiece specjalistycznej. Dodatkowo, w 2023 r., w ramach świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, udzielonych pacjentom w wieku 60 lat i więcej, sprawozdano 9,41 mln wizyt pielęgniarstwa lub fizjoterapeuty oraz ponad 3 mln porad lekarskich.

Analizując dane można również zauważyć, że pomimo systematycznego wzrostu liczby praktykujących lekarzy specjalistów geriatrów liczba ta nadal nie zabezpiecza potrzeb starzejącego się społeczeństwa. W 2023 r. było 565 lekarzy specjalistów geriatrów oraz 19 238 lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych. Jednocześnie specjalizację z geriatrów odbywało dodatkowych 101 lekarzy, natomiast z chorób wewnętrznych – dodatkowych 2 463 lekarzy. W związku z powyższym, w obszarze opieki zdrowotnej kluczowa jest poprawa dostępności do świadczeń i usług zdrowotnych dostosowanych do potrzeb funkcjonalnych, środowiskowych i socjalnych osób starszych.

Biorąc pod uwagę zgromadzone dane konieczne jest także **dalsze przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i cyfrowemu seniorów z uwzględnieniem sytuacji ekonomicznej i społecznej.**

Na wzrost ryzyka wykluczenia społecznego osób starszych mają wpływ relatywnie niskie dochody z emerytur oraz trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb wynikające z rozluźnienia więzi społecznych, ze stanu zdrowia, sytuacji mieszkaniowej (przewaga jednoosobowych gospodarstw

domowych)—w szczególności na obszarach o ograniczonej lub utrudnionej dostępności do usług społecznych, zdrowotnych czy usługowych.

Osoby starsze doświadczają ubóstwa skrajnego relatywnie rzadziej niż osoby w młodszych grupach wieku. Jednocześnie, zasięg ubóstwa skrajnego wśród osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. wyniósł 5,9 i był o 1,8 wyższy niż w roku poprzednim. Ponadto, osoby starsze, ze względu na stan zdrowia i ograniczenia związane z wiekiem narażone są na wyższe wydatki związane z leczeniem czy też dostępem do różnego rodzaju usług. Warto zauważyć, że gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej utrzymywały się przede wszystkim z emerytur lub rent, które w 2023 r. stanowiły ponad 80% ich dochodów.

Ponadto, w 2023 r. gospodarstwa domowe składające się wyłącznie z osób starszych mieszkały w przeważającej części w budynkach wielorodzinnych (60,8%). Ponad połowa gospodarstw domowych w Polsce, w których żyją tylko osoby w wieku 60 lat lub więcej to gospodarstwa jednoosobowe. Ponadto, ponad 70% rodzin objętych pomocą społeczną w 2023 r., składających się z emerytów i rencistów, prowadziła gospodarstwa 1-osobowe, z czego ponad 1/3 (65 713) zamieszkiwała na wsi.

Mając na uwadze powyższe dane konieczne jest podjęcie działań mających na celu poprawę sytuacji życiowej osób starszych, z uwzględnieniem szczególnej sytuacji seniorów zamieszkujących na terenach wiejskich.

Kluczem dobrej polityki senioralnej jest także **solidarność międzypokoleniowa**, która pomaga podtrzymać więzi społeczne i poczucie przynależności, a także umożliwia współpracę i wymianę doświadczeń między różnymi pokoleniami. Integracja ludzi z różnych grup wiekowych przyczynia się do ograniczenia ryzyka samotności i wykluczenia społecznego, poprawy wizerunku osób starszych w społeczeństwie oraz transferu wiedzy i doświadczeń np. poprzez wspólną pracę na rzecz środowiska lokalnego, wspólnych zainteresowań, czy wolontariat. Solidarność ta powinna opierać się na wzajemnym szacunku, zrozumieniu, wsparciu, a także odpowiedzialności.

Wyzwaniem w najbliższych latach będzie **stworzenie warunków do włączenia większej liczby osób starszych w aktywności społeczne, ze szczególnym uwzględnieniem lokalnego potencjału i obszarów z ograniczoną dostępnością do różnorodnej oferty zajęć, dostosowanej do potrzeb lokalnej społeczności.**

Jednym z czynników zapewniających godną starość jest zapewnienie jakościowego spędzania czasu na emeryturze. Osoby starsze biorą aktywny udział w różnych formach działalności kulturalnej organizowanych przez centra kultury, domy i ośrodki kultury oraz kluby i świetlice. Należy zauważyć, że wybierane formy aktywności związane są często z miejscem zamieszkania i dostępną lokalnie ofertą kulturalną.

Z analizy zebranych danych wynika, że z oferty bibliotek publicznych skorzystało prawie 950 tys. osób powyżej 60 roku życia. Osoby starsze coraz chętniej angażują się także w wolontariat – w 2022 r. stanowiły one łącznie nieco ponad 1/4 wszystkich wolontariuszy. Dużą rolę odgrywa również aktywność edukacyjna i społeczna. W badaniu GUS w roku akademickim 2021/2022 liczba słuchaczy UTW wyniosła ponad 86 tys. Pod koniec 2023 r. w kraju funkcjonowało także 460 gminnych rad seniorów oraz 14 116 kół gospodyń wiejskich.

Stały rozwój nowych technologii oraz ucyfrowienie coraz większej liczby usług w życiu codziennym powodują, że priorytetowym obszarem w ramach polityki senioralnej będzie sukcesywne **ograniczenie skali wykluczenia cyfrowego wśród osób starszych**. Badania prowadzone przez GUS wskazują, że z roku na rok systematycznie wzrasta liczba seniorów korzystających z Internetu. W Polsce w 2023 r. z Internetu korzystało około 62% ogółu osób w wieku 60–74 lata⁸⁶. W związku z powyższym, potrzebne

⁸⁶ Wspomniana wielkość dotyczy osób, które zadeklarowały korzystanie z Internetu w ciągu ostatnich 3 miesięcy (korzystających w ogóle z Internetu było 70,7% w tej grupie wiekowej).

są kolejne programy edukacyjne i wspierające w zakresie nabywania oraz utrzymania umiejętności cyfrowych.

Biorąc pod uwagę uwarunkowania rynku pracy, osoby w wieku poprodukcyjnym, w tym osoby, które osiągnęły wiek emerytalny, to wciąż niewykorzystywana rezerwa zasobów pracy, która może zasilać rynek pracy oraz zwiększyć dobrobyt społeczny i ekonomiczny. Dlatego kluczową kwestią jest **podejmowanie działań, zmierzających w kierunku tworzenia zachęt dla pracodawców do zatrudniania starszych pracowników i zatrzymywania ich na rynku pracy tak, aby jak najdłużej mogli uczestniczyć w życiu społecznym i zawodowym.** Jest to szczególnie istotne, ponieważ aktywność zawodowa osób starszych w wieku 50–64 lata pozostaje wyraźnie niższa niż wśród osób młodszych w wieku 15–64 lata. Według Eurostat w IV kwartale 2023 r. zarówno współczynnik aktywności zawodowej, jak i wskaźnik zatrudnienia, w grupie osób starszych 50–64 lata był zdecydowanie niższy, niż w grupie populacji młodszej.

Oceniając sytuację osób starszych należy podkreślić, że są one grupą szczególnie narażoną na dyskryminację ze względu na wiek oraz przemoc, która może przybierać formy niewłaściwego traktowania, zabierania pieniędzy, ograniczenia swobody decyzji, zastraszania, czy pozostawienia bez opieki. Osoby starsze doświadczają przemocy od najbliższych, ale także poza rodziną, która najczęściej nakierowana jest na nieuprawnione pozyskanie ich dochodów lub oszczędności. W związku z tym, **konieczne jest upowszechnianie wiedzy na temat przejawów przemocy i jej przeciwdziałania zarówno wśród opiekunów osób starszych jak i wśród samych osób starszych np. poprzez kampanie społeczne. Ponadto, niezbędne jest dalsze monitorowanie oraz podejmowanie działań mających na celu przeciwdziałanie wszelkim przejawom dyskryminacji tej grupy wiekowej w społeczeństwie.** Rekomendowane jest także podejmowanie działań, zarówno na szczeblu centralnym jak i samorządowym, mających na celu prowadzenie akcji, kampanii społecznych i programów promujących pozytywny wizerunek starości oraz współpracę międzypokoleniową.

Postępujące starzenie się społeczeństwa wymusza **wdrażanie rozwiązań, które przeorganizują infrastrukturę i przestrzeń publiczną w środowisku lokalnym w taki sposób, aby była ona bardziej przyjazna seniorom**, w tym m.in. lepiej chroniła ich przed upadkami, ułatwiała im samodzielne poruszanie się i załatwianie najpotrzebniejszych spraw, a przez to także zapobiegała ich społecznemu wykluczeniu. Proces ten powinien być realizowany między innymi poprzez **likwidację istniejących barier natury informacyjnej, technicznej, architektonicznej i urbanistycznej** oraz usprawnienie form i metod przekazywanych treści pisanych i mówionych, aby były zrozumiałe i czytelne dla seniorów. Zebrane dane wskazują, że w 2023 r. aż 26,6% mieszkań osób będących w wieku 60 lat lub więcej znajdowała się w budynkach posiadających bariery architektoniczne utrudniające dostęp do mieszkania i problem ten sygnalizowały częściej gospodarstwa domowe zamieszkujące w miastach niż na wsi.

Warunkiem tworzenia skutecznej i wychodzącej naprzeciw wyzwaniom demograficznym polityki senioralnej jest kompleksowe spojrzenie na potrzeby osób starszych oraz współpraca międzyresortowa i samorządowa. Realizacja programów rządowych oraz przedsięwzięć podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego sprawia, że osoby starsze aktywnie uczestniczą w życiu społecznym współtworząc szereg projektów zwiększających potencjał realizowanych działań na rzecz seniorów i własnego środowiska lokalnego.

Rozwój polityki senioralnej w Polsce powinien stwarzać przede wszystkim warunki dla godnego i niezależnego starzenia się. Uwzględniać możliwość poprawy jakości życia na każdym jego etapie, a także wzmocnić ideę międzypokoleniowej społeczności. Dlatego projektując nowe rozwiązania na rzecz osób starszych należy dążyć, aby miały one charakter systemowy, długookresowy i stały.

Realizacja nowych działań, podejmowanych na poziomie centralnym oraz regionalnym, będzie wymagać każdorazowo akceptacji Rady Ministrów i powinna odbywać się w ramach środków ujmowanych w ustawie budżetowej na dany rok. Realizacja ich nie powinna być także podstawą do wystąpień o dodatkowe środki.

Załącznik nr 1 Polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu centralnym

Załącznik nr 2 Polityka społeczna wobec osób starszych na szczeblu regionalnym

Załącznik nr 3 Sprawozdanie z realizacji działań zaplanowanych w dokumencie Polityka społeczna wobec osób starszych 2030.

Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność

Wykaz tabel i wykresów

Tabela 1 Przeciętne miesięczne dochody na 1 osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2023 r.	10
Tabela 2 Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2023 r.	10
Tabela 3 Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2023 r.	11
Tabela 4 Sytuacja mieszkaniowa gospodarstw domowych według liczby osób w wieku 60 lat i więcej w gospodarstwie domowym w 2023 r.	12
Tabela 5 Domy Pomocy Społecznej w Polsce	16
Tabela 6 Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 15–89 lat według płci i miejsca zamieszkania w 2023 r.	19
Tabela 7 Ograniczona zdolność wykonywania czynności w 2023 r.	24
Tabela 8 Zaspokojenie potrzeb w zakresie leczenia lub badania w 2023 r.	25
Tabela 9 Dane dotyczące liczby pacjentów w wieku 65+, którym udzielono świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2022-2023.....	27
Tabela 12 Liczba i wartość porad ambulatoryjnych w zakresie geriatry udzielonych w 2023 r. osobom po 60 r. ż.....	27
Tabela 10 Dane dotyczące świadczeń z zakresu geriatry – hospitalizacja za 2023 r.	28
Tabela 11 Liczba pacjentów i wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w zakresie świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna	29
Tabela 13 Dane dotyczące świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w 2023 r.	29
Tabela 14 Dane dotyczące świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej za 2023 r.	31
Tabela 15 Dane dotyczące świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielonych osobom po 60 r.ż.	32
Tabela 16 Najczęściej występujące rozpoznania wśród pacjentów powyżej 60 r.ż., którym udzielane były świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.	32
Tabela 17 Dane dotyczące świadczeń psychogeriatrycznych udzielanych osobom w wieku powyżej 60 r.ż. w 2023 r.	33
Tabela 18 Wymienialność lekarzy wybranych specjalizacji do lat 2027–2028	33
Tabela 19 Liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi (stan na dzień 31.12.2023 r.)	37
Tabela 20 Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w wybranych dziedzinach pielęgniarstwa, mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi (stan na dzień 31.12.2023 r.)	38
Tabela 21 Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy specjalistyczne w wybranych zakresach pielęgniarstwa, mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi (stan na dzień 31.12.2023 r.)	38
Tabela 22 Osoby w wieku 18–69 lat uczestniczące w edukacji formalnej i pozaformalnej oraz uczeniu się nieformalnym w 2022 r.	43
Tabela 23 Osoby w wieku 18–69 lat według liczby znanych języków obcych w 2022 r.	43

Tabela 24 Osoby uczestniczące w formach aktywności kulturalnej organizowanych przez domy, ośrodki i centra kultury, kluby i świetlice w 2023 r.	45
Tabela 25 Osoby w wieku powyżej 60 roku życia jako Członkowie kół/ klubów/ sekcji w domach, ośrodkach i centrach kultury, klubach i świetlicach w 2023 r.	47
Tabela 26 Osoby w wieku 15–89 lat świadczące wolontariat w 2022 r. (w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie)	48
Tabela 27 Osoby zaliczone do stopnia niepełnosprawności prawomocnym orzeczeniem (o stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień) lub wyrokiem sądu z uwzględnieniem przyczyny niepełnosprawności w IV kwartale 2023 r.	53
Wykres 1 Struktura ludności w 2023 r. według grup wieku (w%)	5
Wykres 2 Osoby starsze w 2023 r. w podziale na grupy wieku (w %)	5
Wykres 3 Osoby starsze w podziale na płeć (w %)	6
Wykres 4 Współczynnik feminizacji ^a w 2023 r.	6
Wykres 5 Osoby w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na miejsce zamieszkania (w %)	7
Wykres 6 Współczynnik zgonów ^a w 2023 r.	7
Wykres 7 Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi ^a w 2023 r.	8
Wykres 8 Prognoza ludności w 2030 r. (w %)	8
Wykres 9 Prognoza ludności w 2040 r. (w %)	9
Wykres 10 Prognoza ludności w 2050 r. (w %)	9
Wykres 11 Prognoza ludności w 2060 r. (w %)	9
Wykres 12 Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (AROPE) dla osób w wieku 65 lat i więcej w latach 2022–2023 (w %)	13
Wykres 13 Wskaźnik zagrożenia ubóstwem relatywnym (AROP) dla osób w wieku 65 lat i więcej w latach 2022–2023 (w %)	13
Wykres 14 Wskaźnik pogłębianej deprivacji materialnej i społecznej dla osób w wieku 65 lat i więcej w latach 2022–2023 (w %)	14
Wykres 15 Łączna liczba osób, którym wypłacono emerytury przez ZUS w grudniu 2023 r.	20
Wykres 16 Łączna liczba osób, którym wypłacono renty z tytułu niezdolności do pracy przez ZUS w grudniu 2023 r.	20
Wykres 17 Przeciętna miesięczna liczba emerytów i rencistów w okresie styczeń–grudzień 2023 r.	21
Wykres 18 Wysokość przeciętnej emerytury/renty w okresie styczeń–grudzień 2023 r. (w zł)	21
Wykres 19 Średni wiek emeryta/rencisty pobierającego świadczenie w 2023 r. (w latach)	22
Wykres 20 Średni okres pobierania świadczeń emerytalno-rentowych w 2023 r. (w latach)	22
Wykres 21 Samoocena zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na płeć	23
Wykres 22 Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej 2023 r. w podziale na miejsce zamieszkania	23
Wykres 23 Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na płeć	23
Wykres 24 Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na miejsce zamieszkania	24
Wykres 25 Potrzeby skorzystania z leczenia lub badania osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na płeć	24
Wykres 26 Potrzeby skorzystania z leczenia lub badania osób w wieku 60 lat i więcej w 2023 r. w podziale na miejsce zamieszkania	25
Wykres 27 Liczba opiekunów medycznych, pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w podziale na województwa na koniec 2023 r.	34
Wykres 28 Liczba opiekunów medycznych, którzy pracowali w opiece długoterminowej w podziale na województwa na dzień 31.12.2023 r.	35
Wykres 29 Częstotliwość korzystania z Internetu przez osoby w wieku 60 –74 lata w ciągu ostatnich 3 miesięcy w 2023 r. (w %)	40
Wykres 30 Osoby w wieku 60 –74 lata korzystające z Internetu w 2023 r. (w %)	40

Wykres 31 Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej w 2021 r. (w %)	41
Wykres 32 Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej w 2021 r. (w %)	41
Wykres 33 Czytelnicy bibliotek publicznych w wieku powyżej 60 roku życia w 2023 r. (w %)	44
Wykres 34 Uniwersytety Trzeciego Wieku w roku akademickim 2021/2022 w podziale na województwa	44
Wykres 35 Liczba gmin, w których funkcjonowały gminne rady seniorów w podziale na województwa	49
Wykres 36 Liczba Kół Gospodyń Wiejskich w 2023 r.	50
Wykres 37 Osoby niepełnosprawne według wieku, płci w 2021 r. (w tysiącach)	52