

Kaja Zapędowska-Kling

Polityka społeczna

wobec starzenia się ludności
w USA i w Szwecji

Wnioski dla Polski



 WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

STUDIA MIĘDZYNARODOWE
I POLITOLOGIA

Polityka społeczna

wobec starzenia się ludności
w USA i w Szwecji



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Kaja Zapędowska-Kling

Polityka społeczna

wobec starzenia się ludności
w USA i w Szwecji

Wnioski dla Polski



W WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO
Łódź 2016

**STUDIA MIĘDZYNARODOWE
I POLITOLOGIA**

Kaja Zapędowska-Kling – Uniwersytet Łódzki
Wydział Studiów Międzynarodowych i Politologicznych, Katedra Amerykanistyki i Mass Mediów
90-131 Łódź, ul. Lindleya 5a

RECENZENT

Mirosław Grewiński

REDAKTOR INICJUJĄCY

Agnieszka Kałowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

AGENT PR

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Leonora Wojciechowska

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: Robert Zapędowski, Dark Frame

© Copyright by Kaja Zapędowska-Kling, Łódź 2016
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.06959.15.0.M

Ark. wyd. 15,2; ark. druk. 19,875

ISBN 978-83-8088-108-2

e-ISBN 978-83-8088-121-1

<https://doi.org/10.18778/8088-108-2>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

Moim bliskim

Spis treści

Wstęp	11
-------	----

Rozdział 1

Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w Stanach Zjednoczonych	33
1.1. Struktura demograficzna społeczeństwa amerykańskiego	38
1.2. Charakterystyka amerykańskiego modelu państwa dobrobytu	47
1.3. Kształtowanie się amerykańskiego modelu polityki społecznej wobec starzenia się ludności w ujęciu historycznym	55
1.4. Specyfika amerykańskiego systemu emerytalnego	69
1.5. Przegląd rządowych programów i usług skierowanych do osób starszych	83
1.6. System opieki długoterminowej w Stanach Zjednoczonych	93
1.7. Dobre praktyki	100
1.7.1. Program zintegrowanej opieki długoterminowej dla osób starszych (<i>Program of All-Inclusive Care for the Elderly</i>)	101
1.7.2. „Model wioski” jako metoda realizacji koncepcji „starzenia się w społeczności” (<i>aging in community</i>)	106
1.7.3. Funkcjonowanie „miast emerytów” na przykładzie Sun City w Arizonie	108

Spis treści

1.7.4. Programy i usługi skierowane do osób starszych na szczeblu lokalnym – <i>case study</i> miasta Berkeley w stanie Kalifornia	114
1.7.5. Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów (AARP) jako przykład organizacji reprezentującej interesy seniorów na scenie politycznej	119
1.8. Podsumowanie i wnioski	123

Rozdział 2

Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w Szwecji	131
2.1. Struktura demograficzna Szwecji	138
2.2. Charakterystyka nordyckiego modelu państwa opiekuńczego	142
2.3. Rozwój szwedzkiego modelu polityki społecznej wobec starzenia się ludności w ujęciu historycznym	148
2.4. Charakterystyka szwedzkiego systemu emerytalnego	154
2.5. Sektor usług opiekuńczych dla osób starszych w Szwecji	162
2.5.1. Koncepcja nowego zarządzania publicznego (<i>New Public Management</i>) w szwedzkim sektorze usług dla seniorów	166
2.5.2. Przesłanki polityczne częściowej prywatyzacji szwedzkiego sektora opieki	169
2.6. Dobre praktyki	173
2.6.1. Perspektywa długofalowa i rozbudowana polityka rodzinna jako metody przeciwdziałania negatywnym skutkom zmian demograficznych	174
2.6.2. Skuteczna polityka aktywizacji zawodowej osób starszych	177
2.6.3. Zastosowanie nowych technologii w służbie seniorom	183
2.6.3.1. Nowe technologie w sektorze opieki długoterminowej	184
2.6.3.2. Nowe technologie w systemie ochrony zdrowia	187
2.6.3.3. Nowe technologie jako narzędzie społecznej aktywizacji	189
2.6.4. Wsparcie ze strony państwa dla nieformalnych opiekunów	191
2.6.5. „Pasja dla życia” (<i>Passion för Livet</i>) – program aktywizacji osób starszych w regionie Jönköping w centralnej Szwecji	195
2.7. Podsumowanie i wnioski	199

Rozdział 3

Doświadczenia amerykańskie i szwedzkie – rekomendacje dla polityki społecznej wobec starzenia się ludności w Polsce	211
3.1. Model amerykański i szwedzki: podobieństwa i różnice	214
3.2. Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w Polsce	230
3.2.1. Struktura demograficzna kraju	232
3.2.2. Rozwój polskiej polityki społecznej w ujęciu historycznym	236
3.2.3. Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w Polsce – stan obecny	239
3.2.4. Diagnoza	254
3.3. Rekomendacje dla Polski	262
3.3.1. Rekomendacje w zakresie wzmocnienia struktury rządowych i pozarządowych organów reprezentujących interesy seniorów	263
3.3.2. Rekomendacje w zakresie przeciwdziałania negatywnym skutkom zmian demograficznych	266
3.3.3. Rekomendacje w zakresie podnoszenia jakości i rozszerzenia oferty polskiego sektora opieki	271
3.3.4. Rekomendacje w zakresie podnoszenia świadomości społecznej (<i>awareness raising</i>), działania o charakterze informacyjnym i edukacyjnym	277
3.3.5. Rekomendacje w zakresie przebudowy przestrzeni publicznej pod kątem potrzeb osób starszych	280
3.3.6. Rekomendacje w zakresie dalszych prac naukowo-badawczych	282
Podsumowanie	284
Bibliografia	295
Spis tabel	313
Spis wykresów	315
Od Redakcji	317

WSTEP

Starzenie się ludności jest procesem o charakterze transnarodowym, który skalą dorównuje takim zjawiskom, jak zmiany klimatyczne lub proces globalizacji. Zainteresowanie badawcze zmianami demograficznymi wynika przede wszystkim z niebywalej mnogości konsekwencji, jakie za sobą pociągają. Wyzwania natury ekonomicznej, społecznej i politycznej to tylko niektóre obszary wymagające reform i przemyślanego zarządzania w obliczu nadchodzących zmian strukturalnych. Mimo iż zagadnienia związane ze starzeniem się populacji są umieszczane na listach priorytetowych obszarów badawczych, w praktyce problem ten nie jest skutecznie zarządzany. Na kompleksową politykę senioralną powinny składać się takie obszary, jak polityka rynku pracy, koordynacja systemu zabezpieczenia społecznego, pomoc socjalna, opieka długoterminowa, opieka zdrowotna, polityka edukacyjna, mieszkaniowa, transportowa, poradnictwo prawne i inne.

Starzenie się populacji jako przedmiot badań naukowych stanowi wyjątkowe wyzwanie. Zjawisko to warto rozpatrywać z perspektywy wielu dyscyplin naukowych, włączając w to badania interdyscyplinarne, przede wszystkim z uwagi na poczucie społecznej odpowiedzialności za jakość życia kolejnych pokoleń. Zmiany demograficzne są procesem długofalowym i przewidywalnym, stąd też analiza ich skutków i przedsięwzięcie odpowiednich działań już dziś ma szansę przynieść oczekiwane rezultaty w ciągu najbliższych kilku dekad. Celem badań naukowych jest między innymi zwrócenie uwagi elit politycznych na skalę problemu i sformułowanie rekomendacji dla organów ustawodawczych. Zestawienia statystyczne, badania ilościowe i jakościowe umożliwiają formułowanie prognoz. Prognozowanie z kolei, zarówno na gruncie demograficznym, jak i ekonomicznym, pozwala na opracowanie programu reform z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym. Badania nad procesem starzenia się stały się priorytetowym obszarem badawczym również ze względu na etyczny i moralny wymiar zagadnienia. Ochrona praw człowieka, poszanowanie ludzkiej godności, zapewnienie godnych warunków do życia w zdrowiu i w chorobie to kwestie nadrzędne w państwie demokratycznym. Mimo uniwersalnego charakteru zagadnienia badania nad procesem starzenia się często nabierają wymiaru osobistego

i są inspirowane obserwacją życia osób najbliższych – partnerów, rodziców, dziadków.

Z medyczo-biologicznego punktu widzenia starzenie się to „powolne, nieodwracalne zmiany koloidalnej struktury materii”¹. Ich efektem są „procesy degeneracyjne powodujące osłabienie zdolności funkcjonalnych wszystkich części ciała na wszystkich poziomach organizacji biologicznej organizmu, począwszy od cząsteczek aż do narządów ciała”². Determinantów procesu starzenia doszukuje się w genetyce, ponieważ tempo i nasilenie objawów starzenia się u poszczególnych osób są często efektem odziedziczonego zestawu genów. Publikacja amerykańskiego National Institute on Aging definiuje starzenie się jako złożony, naturalny proces dotyczący każdej molekuly, komórki i organu ciała. W ogólnym rozumieniu oznacza ono zmiany zachodzące w ludzkim organizmie na przestrzeni całego cyklu życia. Niektóre ze zmian, takie jak siwienie włosów lub wiotczenie skóry, nie są problematyczne, to znaczy nie wpływają bezpośrednio na zdolność utrzymania organizmu przy życiu³.

W świetle uwarunkowań społeczno-ekonomicznych starzenie się jest procesem związanym ze zmianą ról społecznych – „na cykl osiągania dojrzałości biologicznej nakłada się cykl zdolności produkcyjnej, który jest związany z miejscem w społecznym podziale pracy. (...) Na podział życia ludzkiego na poszczególne etapy silny wpływ mają zmiany dokonujące się współcześnie w sferze pracy. (...) Na starość – po pewnych modyfikacjach – kontynuujemy część ról społecznych z wcześniejszych faz cyklu życiowego; część ról zanika, ale pojawiają się też nowe”⁴. Wśród dominujących społecznych teorii starzenia się wymienić można między innymi teorię wyłączenia⁵, teorię gerotranscendencji⁶, teorię

1 M. Kaczmarek, A. Szwed, *Natura i osobliwości starzenia się*, „Forum Akademickie” 1999, nr 12, s. 48–50.

2 *Ibidem*.

3 U.S. Department of Health and Human Services, *Aging Under the Microscope: A Biological Quest*, National Institute on Aging, Bethesda 2006.

4 B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 37, 55.

5 E. Cumming, W. Henry, *Growing Old: The Process of Disengagement*, Basic Books, New York 1961.

6 L. Tornstam, *Gerotranscendence. A Developmental Theory of Positive Aging*, Springer Publishing Company, New York 2005.

kontynuacji⁷, teorię symbolicznego interakcjonizmu⁸ lub teorię społecznej wymiany⁹. Nowym ujęciem jest postrzeganie starości z tak zwanej perspektywy cyklu życia (*life-course perspective*), w myśl której doświadczanie procesu starzenia się jest współkształtowane przez takie czynniki, jak upływ czasu, okres, w jakim żyje jednostka, przynależność do pokolenia, historia, kultura, miejsce w strukturze społecznej oraz inne¹⁰.

Sam termin „starość” jest niejednoznaczny. Według badań CBOS w ostatnich latach w percepcji respondentów stopniowo przesuwa się granica wiekowa poszczególnych etapów życia. W 2007 roku ankietowani uznali 35 lat i 3 miesiące za początek tak zwanego wieku dojrzałego, a 61 lat i 8 miesięcy za początek starości¹¹. Ludzie młodzi mają tendencję do zaniżania obu granic (do, odpowiednio, 30 lat i 8 miesięcy dla wieku dojrzałego oraz 57 lat i 3 miesięcy dla starości), ludzie starsi natomiast obie granice zawyżają (37 lat i 8 miesięcy – wiek dojrzały, 65 lat i 2 miesiące – starość)¹². Jeżeli chodzi o autoidentyfikację związaną z wiekiem, aż 42% ankietowanych określa się jako osoba młoda, 36% jako osoba w średnim wieku, zaledwie co piąty ankietowany zalicza się do grona ludzi w wieku starszym¹³. Optymistycznie wypada ankieta określająca samopoczucie fizyczne i duchowe – 70% respondentów czuje się młodo pod względem duchowym, a 61% pod względem fizycznym¹⁴. Dennis B. Bromley w *Psychologii starzenia się* opisuje różne postawy, jakie ludzie przyjmują wobec własnej starości. Najbardziej pożądaną z punktu widzenia zdrowia psychicznego jest postawa konstruktywna. Przejawia się zrozumieniem i akceptacją zmian

7 B.L. Neugarten, R.J. Havighurst, S.S. Tobin, *Disengagement and Patterns of Aging*, [w:] *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*, ed. B.L. Neugarten, University of Chicago Press, Chicago 1968.

8 J.F. Gubrium, *The Myth of the Golden Years: A Socio-Environmental Theory of Aging*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield 1973.

9 J. Dowd, *Stratification Among the Aged: An Analysis of Power and Democracy*, Brooks & Cole Publishing Company, Belmont 1980.

10 N.R. Hooyman, H. Asuman Kiyak, *Social Gerontology. A Multidisciplinary Perspective*, Allyn & Bacon Publishing, Boston 2007.

11 CBOS, *Między młodością i starością*, Komunikat Centrum Badania Opinii Publicznej, Warszawa 2007, dostępne przez http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_022_07.pdf (25.06.2009).

12 *Ibidem*, s. 2.

13 *Ibidem*, s. 3.

14 *Ibidem*, s. 5.

zachodzących w organizmie, wysoką oceną własnej wartości oraz zorientowaniem na przyszłość¹⁵.

Wokół procesu starzenia narosło wiele uwarunkowanych społecznie i kulturowo stereotypów. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zauważa, że pogorszenie kondycji psychofizycznej nie musi być nieodłącznym elementem starości – samopoczucie w dużej mierze zależy od psychicznego nastawienia i trybu życia. Zachowanie społeczno-ekonomicznej aktywności, dbałość o kondycję fizyczną, zdrowa dieta oraz optymistyczne usposobienie powodują, że wiek kalendarzowy nie idzie w parze z wiekiem psychologicznym i społecznym¹⁶. Innym mitem jest przekonanie, że wszyscy ludzie starzy mają takie same potrzeby¹⁷. Sformułowania „ludzie starsi” lub „emeryci i renciści”, często stosowane w dyskursie publicznym, odnoszą się do seniorów jako do bliżej nieokreślonej, homogenicznej grupy społecznej o uniwersalnych przekonaniach, problemach i potrzebach. Instytucje oraz usługodawcy wciąż nie uwzględniają różnic kulturowych, rasowych, etnicznych, wynikających z płci, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, stopnia zamożności, dostępu do informacji, czy wreszcie znacznej rozpiętości wiekowej ludzi określanych mianem „starszych”. Powoduje to niedopasowanie proponowanych rozwiązań instytucjonalnych do rzeczywistych potrzeb seniorów oraz osłabienie poczucia indywidualnej odrębności jednostek. Ludzie starsi powinni mieć możliwość zabrania głosu oraz zasugerowania możliwych rozwiązań w sprawach, które ich bezpośrednio dotyczą.

Przekonanie, że kreatywność i poświęcenie są domeną ludzi młodych, to stereotyp funkcjonujący na rynku pracy. Do powstania tego mitu przyczyniają się odgórnie narzucone, obowiązkowe granice wieku, po przekroczeniu których należy przejść na emeryturę. Według Światowej Organizacji Zdrowia ujednolicone przepisy emerytalne nie sprawdzają się we wszystkich państwach europejskich. Dla przykładu społeczeństwo greckie jest żywo zainteresowane możliwością wczesnego, dobrowolnego przechodzenia na emeryturę, w Szwecji natomiast większość aktywnych zawodowo seniorów wolałaby samodzielnie decydować o momencie rezygnacji z pracy. Potencjał ludzi starszych wyraża

15 D.B. Bromley, *Psychologia starzenia się*, tłum. Z. Zakrzewska, PWN, Warszawa 1969.

16 *Demystifying the Myths of Ageing*, ed. A. Ritsatakis, World Health Organisation, Copenhagen 2008.

17 *Ibidem*.

się nie tylko poprzez wkład w wysokość PKB danego kraju. Ich aktywność obejmuje także inne – mające wartość ekonomiczną lub symboliczną – obszary działania, takie jak opieka nad partnerami lub wnukami, wsparcie psychologiczne i finansowe rodziny, wolontariat, aktywność artystyczna, kulturalna, naukowa bądź religijna, przekazywanie tradycji i życiowej mądrości młodszym pokoleniom¹⁸.

Badaniem procesów starzenia się zajmuje się gerontologia – interdyscyplinarna nauka, której nazwa wywodzi się od greckich słów *gérōn* („starzec”) oraz *lógos* („nauka”). Ze względu na wieloaspektowość procesu starzenia się w ramach gerontologii wyodrębniły się takie subdyscypliny, jak geriatryka (nauka o leczeniu chorób wieku podeszłego), socjogerontologia (nauka o społecznych przyczynach i skutkach starzenia się), psychogerontologia (nauka o psychicznej adaptacji do procesu starzenia się), a także stosunkowo młoda nauka zwana geragogiką (gerontologią oświatową, czyli nauką o kształceniu osób starszych). Przełomowym wydarzeniem dla badań naukowych nad procesami starzenia się była konferencja Europejskiej Komisji Gospodarczej Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNECE) w León w Hiszpanii w listopadzie 2007 roku. Podczas konferencji zwołano obrady Forum Badawczego ds. Starzenia się (Research Forum on Ageing), których efektem było sformułowanie listy priorytetowych obszarów badawczych. Na liście znalazły się takie zagadnienia, jak zjawisko społecznego wykluczenia ludzi starszych, analiza procesu ubożenia starszego pokolenia, kondycja systemów ubezpieczeń społecznych w obliczu starzejących się społeczeństw i wzmożonej migracji, promocja zdrowego trybu życia i „aktywnej starości” (*active ageing*), udział innowacji technologicznych w dążeniu do modelu „społeczeństwa długowiecznego” (*long life society*) i inne¹⁹. W swoich rekomendacjach forum zawarło postulat wzmocnienia współpracy pomiędzy naukowcami, politykami, organizacjami pozarządowymi i przedstawicielami sektora prywatnego, a także wymiany wiedzy i doświadczeń między krajami Europejskiej Komisji Gospodarczej, w szczególności między zachodnim i wschodnim obszarem regionu. Na konferencji narodziła się

18 *Ibidem*.

19 United Nations Economic Commission for Europe, *Main conclusions and recommendations of the Research Forum of Ageing at the UNECE Ministerial Conference in León (Spain), 5–8 November 2007*, dostępne przez http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2007/AGE_2007_MiCA07_DeclrResear-For.pdf (5.07.2009).

koncepcja utworzenia Europejskiego Instytutu ds. Starzenia się (European Institute on Ageing), którego celem miałyby być bliska współpraca z odpowiednikiem amerykańskim (National Institute on Aging) oraz tworzenie baz danych, prowadzenie badań naukowych, kształcenie i wymiana doświadczeń na skalę międzynarodową²⁰.

Pięć lat wcześniej, wiosną 2002 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych we współpracy z rządem Hiszpanii zorganizowała Drugie Światowe Zgromadzenie na temat Starzenia się (2nd World Assembly on Ageing)²¹. W trakcie spotkania przyjęto Międzynarodową Strategię Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw (znaną jako Madrycki Plan Działania), która wzywała „do zmiany nastawienia w sferze narodowych i międzynarodowych rozwiązań polityczno-prawnych oraz praktycznych działań lokalnych społeczności, firm i innych organizacji”²². Głównym postulatem strategii była budowa społeczeństwa przyjaznego wszystkim grupom wiekowym, w którym jednostki do końca swoich dni pozostają pełnoprawnymi obywatelami i mają możliwość starzenia się z godnością oraz w poczuciu bezpieczeństwa. Strategia zwraca uwagę na zasadność uwzględniania we współczesnych badaniach naukowych perspektywy genderowej, ponieważ kryteria płci i wieku przenikają się wzajemnie i oddziałują na jakość życia starzejących się kobiet i mężczyzn. Ponadto w części poświęconej priorytetom i rekomendacjom strategia podkreśliła znaczenie swobodnego dostępu do edukacji i szkoleń. W obliczu dynamicznie rozwijającej się technologii skuteczne wdrażanie programu kształcenia ustawicznego może zapobiec poczuciu społecznej i zawodowej alienacji osób starszych. Uwzględniono też zagadnienie solidarności międzypokoleniowej jako głównej siły umożliwiającej budowę społeczeństwa przyjaznego wszystkim grupom wiekowym. Solidarność między pokoleniami jest podstawowym warunkiem sprawnego funkcjonowania państwa opiekuńczego, a zarazem fundamentem nieformalnego systemu opieki nad ludźmi starszymi²³.

20 *Ibidem*.

21 Pierwsze Światowe Zgromadzenie na temat Starzenia się odbyło się w 1982 roku w Wiedniu i zaowocowało przyjęciem Wiedeńskiego Międzynarodowego Planu Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw.

22 Organizacja Narodów Zjednoczonych, *Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw*, 2002, dostępne przez <http://www.unic.un.org.pl/ageing/wstep.php> (5.07.2009).

23 *Ibidem*.

Światowe Zgromadzenie w Madrycie otrzymało wsparcie ze strony Komisji Europejskiej, która opublikowała komunikat *Reakcja Europy na zjawisko starzenia się społeczeństw. Promocja ekonomicznego i społecznego postępu w starzejącym się świecie – Kontrybucja Komisji Europejskiej do Drugiego Światowego Zgromadzenia na temat Starzenia się*²⁴. Komunikat Komisji zwraca uwagę na fakt, że Międzynarodowy Plan Działania przyjęty w Wiedniu w 1982 roku dotyczył niemal wyłącznie najbardziej rozwiniętych krajów świata, natomiast u progu XXI wieku proces starzenia się populacji osiągnął wymiar globalny, a zmiany następują w dużo szybszym tempie. Komunikat popiera postulaty Organizacji Narodów Zjednoczonych, takie jak konieczność zwiększania powszechnej świadomości (*awareness raising*) oraz wzmacniania współpracy międzynarodowej. Prezentuje również stanowisko Unii Europejskiej w obliczu postępujących zmian demograficznych – z uwagi na mnogość konsekwencji, jakie ów proces za sobą pociąga, odpowiedź UE jest integralną częścią ogólnej strategii wypracowanej na spotkaniu Rady Europejskiej w Lizbonie oraz zatwierdzonej na kolejnych spotkaniach w Nicei, Sztokholmie, Göteborgu i Laeken²⁵. Strategia unijna promuje działania we wszystkich wzajemnie oddziałujących na siebie obszarach. W związku ze zmianami w strukturze społecznej planuje realizować założenia własnej polityki gospodarczej, fiskalnej, koordynować zatrudnienie i dążyć do wykorzystania potencjału wszystkich ludzi bez względu na wiek.

W Polsce problematyka starzejącej się populacji i jakości życia osób starszych jest stosunkowo młodym obszarem badawczym, stymulowanym w ostatnich latach debatą nad zmianami demograficznymi toczącą się na poziomie Unii Europejskiej. Do najbardziej spektakularnych przedsięwzięć badawczych należy zaliczyć multidyscyplinarny projekt *PolSenior* („Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”), który dzięki „wielowymiarowej i wieloczynnikowej analizie” oraz „połączeniu wiedzy i doświadczenia wielu grup badawczych” pozwolił na stworzenie

24 Commission of the European Communities, *Europe's Response to World Ageing. Promoting economic and social progress in an ageing world – A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing*, COM (2002) 143, Communication from the Commission to the Council and the European Parliament, Brussels 2002.

25 *Ibidem*, s. 5.

„kompleksowego opisu starzenia się polskiego społeczeństwa”²⁶. Projekt jest innowacyjny na gruncie polskim ze względu na współpracę ekspertów reprezentujących różne dziedziny nauki: medycynę (w tym geriatrię, kardiologię, psychiatrię, reumatologię itd.), biologię molekularną, socjologię, psychologię, ekonomię, demografię i inne²⁷. Program *PolSenior* jest projektem zamawianym, finansowanym przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego²⁸.

Badania naukowe nad procesami starzenia się w Polsce często przyjmują perspektywę makroekonomiczną i koncentrują się na zagadnieniach związanych z kondycją systemu ubezpieczeń społecznych, reformą emerytalną, finansami publicznymi i tematami pokrewnymi. Do wiodących publikacji w tej dziedzinie zaliczyć można analizy Marka Góry, Agnieszki Chłoń-Domińczak, Tadeusza Szumlicza, Macieja Żukowskiego, a także Fundacji FOR (Forum Obywatelskiego Rozwoju). Kwestie związane z udziałem osób w wieku okołoemerytalnym na rynku pracy i aktywizacją seniorów badane są przez Bogusławę Urbaniak, Jolantę Perek-Białas, a także ekspertów Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Badania dotyczące procesu starzenia się społeczeństw w perspektywie nauk o polityce prowadzone były przez Lucynę Frąckiewicz, a obecnie są realizowane przez Elżbietę Trafiałek, Mirosława Księżopolskiego, Jerzego Krzyszkowskiego, Piotra Szukalskiego, Jerzego Kowaleskiego, a także ekspertów współpracujących z Instytutem Spraw Publicznych. Autorką licznych publikacji z zakresu polskiej polityki społecznej w świetle integracji z Unią Europejską jest Stanisława Golinowska. Obszarem nauki o długiej tradycji i bogatym dorobku naukowym jest gerontologia społeczna, która zawdzięcza swój rozwój takim naukowcom, jak Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Błędowski, Zofia Szarota, Adam Zych, Jerzy Halicki, Elżbieta Kowalska-Dubas, Małgorzata Dzięgielewska i inni.

Niniejsza książka zawiera przegląd współczesnych rozwiązań polityki społecznej wobec procesu starzenia się ludności z perspektywy międzynarodowej. Problematyka starzejącej się populacji i związana z nią legislacja zostają poddane analizie w oparciu o doświadczenia Stanów Zjednoczonych, Szwecji

26 P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Szybalska, *Program badawczy PolSenior – cele i metoda*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, t. 9 (1), s. 156–158.

27 *Ibidem*.

28 Informacja pochodzi z oficjalnej strony internetowej programu *PolSenior*: www.polsenior.iimcb.gov.pl (10.11.2012).

i Polski. Zestawienie trzech różnych perspektyw pozwala na porównanie polityki społecznej realizowanej w krajach o ugruntowanej tradycji demokratycznej, a jednocześnie różniących się strukturą społeczną i demograficzną, kompozycją sceny politycznej, historią i tradycją. Efektem finalnym poczynionego przeglądu jest wyodrębnienie dobrych praktyk i sformułowanie rekomendacji, których uwzględnienie może pomóc w projektowaniu nowoczesnej, długofalowej i kompleksowej polityki senioralnej w Polsce. Publikacja ta jest wyrazem troski o jakość życia przyszłych pokoleń, a zarazem odpowiedzią na nagłaśnianą przez media debatę polityczną nad społecznymi i ekonomicznymi konsekwencjami starzenia się społeczeństwa polskiego.

Książka stanowi zaktualizowaną, uzupełnioną wersję rozprawy doktorskiej obronionej w 2014 roku na Wydziale Studiów Międzynarodowych i Politologicznych Uniwersytetu Łódzkiego. Prace nad dysertacją trwały od 2009 do 2013 roku. W ciągu tych czterech lat dało się zaobserwować wyraźny postęp w rozwoju polityki starzenia się w Polsce. Początkowo, w trakcie formułowania celów badawczych, nie istniały realne perspektywy na wyrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, stworzenie projektu ustawy o osobach niesamodzielnych, powołanie do życia Departamentu Polityki Senioralnej, a przede wszystkim – na rozpoczęcie prac nad założeniami długofalowej, kompleksowej krajowej polityki społecznej wobec starzenia się ludności. Jednym z moich głównych celów była zatem chęć zainicjowania dyskusji nad koniecznością realizacji polityki starzenia się w Polsce. Służyły temu dwa zagraniczne wyjazdy naukowe: do Stanów Zjednoczonych (School of Social Welfare, Uniwersytet Kalifornijski w Berkeley) w ramach sześciomiesięcznego stypendium Fulbrighta oraz do Szwecji (Instytut Gerontologii, Uniwersytet w Jönköping) w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki. Gdy rozpoczynałam prace nad dysertacją, było już oczywiste, że brak przedsięwzięcia odpowiednich działań ze strony władz może skutkować pogłębiającym się wykluczeniem społecznym seniorów, niewystarczającą podażą usług opiekuńczych, zbyt dużym obciążeniem rodzin (finansowym, psychologicznym), wzrostem bezrobocia, brakiem finansowej stabilności systemu ubezpieczeń społecznych, narastającym konfliktem międzypokoleniowym i szeregiem innych, trudnych do przewidzenia konsekwencji. Kilka lat później, publikując tę książkę, stwierdzam, że wciąż wiele obszarów życia społecznego wymaga reform i strategicznego zarządzania.

W początkowym okresie moich badań w polskim dyskursie publicznym nie funkcjonował termin „polityka senioralna”. Na potrzeby rozprawy doktorskiej oraz wystąpień konferencyjnych posługiwałam się terminem „polityka starzenia się”, dokonując bezpośredniego tłumaczenia z języka angielskiego (*the policy of aging*)²⁹. W kolejnych latach szczególnie wkład w konceptualizację tego pojęcia wnieśli profesor Barbara Szatur-Jaworska oraz profesor Piotr Błędowski. W świetle ich propozycji perspektywa problemowa zastosowana w tej książce najbliższa jest definicji „polityki społecznej wobec starzenia się ludności” Szatur-Jaworskiej oraz „polityki wobec starzenia się” Błędowskiego. Barbara Szatur-Jaworska definiuje politykę społeczną wobec starzenia się ludności jako „celową działalność podejmowaną przez różnorodne podmioty – wśród których kluczowa rola przypada państwu – mającą prowadzić do realizacji celów społecznych wynikających ze zmian w strukturze wieku ludności”³⁰. Jednocześnie wyodrębnia „prewencyjną” politykę społeczną wobec starzenia się ludności – proaktywną, długofalową, zorientowaną na zapobieganie negatywnym skutkom zmian demograficznych, oraz „adaptacyjną” politykę społeczną wobec starzenia się ludności – skupioną na jednostkowych potrzebach i interesach, dostosowującą warunki życia społecznego i gospodarczego do zmieniającej się struktury demograficznej kraju³¹. Piotr Błędowski dokonuje rozróżnienia pomiędzy zakresem przedmiotowym polityki społecznej wobec ludzi starszych (jako zbiorowości), polityki społecznej wobec starości (jako fazy życia) i polityki społecznej wobec starzenia się (jako wielowymiarowego procesu)³². Podkreśla, że w dzisiejszych czasach

konieczne jest myślenie o problemach i potrzebach starszej generacji w kontekście całego społeczeństwa. Zaspokajanie potrzeb zwiększającej się populacji seniorów nie może bowiem prowadzić do zaniedbania innych kategorii

29 K. Zapędowska-Kling, *Polityka starzenia się w Polsce i na świecie – wyzwania, bariery, rekomendacje*, [w:] *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, red. D. Kałuża, P. Szukalski, Biblioteka Press, Łódź 2010.

30 B. Szatur-Jaworska, *Polityka społeczna wobec starzenia się ludności – propozycja konceptualizacji pojęcia*, referat wygłoszony 3 października 2014 r. na I Międzynarodowej Konferencji ESPAnet Polska „Nowe horyzonty w polityce społecznej”, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu.

31 *Ibidem*.

32 P. Błędowski, *Polityka wobec osób starych – cele i zasady*, „Studia BAS” 2012, nr 2(30), s. 201–216.

ludności ani do skonfliktowania ludzi starych, traktowanych jako beneficjentów polityki społecznej, z innymi grupami, a zwłaszcza nie można dopuścić do powstania wrażenia, że istnieje konflikt między zaspokajaniem potrzeb seniorów i ludzi młodych. Potrzebujemy zatem polityki świadomego, celowego działania z myślą o osobach starszych, ale na tle potrzeb i związanych z tym priorytetów dotyczących całego społeczeństwa. Musi ona wykraczać swoim zakresem poza politykę społeczną. Politykę wobec starzenia się można zdefiniować jako system działań, mających rozwiązać lub ograniczyć problemy związane ze wzrostem w społeczeństwie odsetka ludzi starych. Do problemów tych należą przede wszystkim zagadnienia związane z funkcjonowaniem rynku pracy; systemem zabezpieczenia społecznego, a w tym zwłaszcza ochrony zdrowia i ubezpieczenia społecznego i pomocy społecznej; edukacją i przygotowaniem do starości w kontekście zwiększającego się odsetka osób starych w społeczeństwie³³.

Jednym z najbardziej inkluzywnych i swobodnie interpretowanych terminów jest pojęcie polityki senioralnej, które zagościło w polskim dyskursie publicznym w 2012 roku wraz z powołaniem do życia Departamentu Polityki Senioralnej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. W grudniu 2013 roku rząd przyjął opracowany przez Departament dokument zatytułowany *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*. Definiuje on politykę senioralną jako „ogół działań, w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej, oraz samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych”³⁴. Osobiście skłaniam się ku definiowaniu polityki wobec starzenia się z zastosowaniem perspektywy cyklu życia, która postrzega starzenie się jako proces długofalowy i wielowymiarowy, mający wpływ zarówno na własną, subiektywną ocenę jakości życia i dobrostanu (*well-being*), jak i na jakość życia innych. W swojej pracy doktorskiej zawarłam następującą dygresję:

Jednym z celów mojej rozprawy jest wprowadzenie do powszechnego użytku terminu „polityka starzenia się”, będącego odpowiednikiem

33 *Ibidem*, s. 205–206.

34 Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, „Monitor Polski” 2014, poz. 118.

funkcjonującego w Stanach Zjednoczonych oraz w Unii Europejskiej pojęcia *the policy of aging*. Polityka starzenia się powinna moim zdaniem stanowić odrębny, zdefiniowany obszar polityki społecznej i – obok takich obszarów, jak polityka rodzinna, zdrowotna lub mieszkaniowa – podlegać strategicznemu planowaniu oraz odrębnemu finansowaniu. Termin ten po raz pierwszy został użyty w latach 60. XX wieku we francuskim raporcie *Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse* (1962) autorstwa Pierre'a Laroque'a. Autor postulował utworzenie odrębnej gałęzi polityki społecznej, zwanej „polityką starzenia się” (*la politique de la vieillesse*), oraz przeniesienie jej realizacji na szczebel lokalny. Ponadto uznał państwo za głównego decydenta oraz twórcę koncepcji polityki starzenia się³⁵. W Polsce termin „polityka starzenia się” nie jest powszechnie stosowany.

Dziś, publikując tę książkę, dysponuję szerszym aparatem terminologicznym. Pojęciami „polityka starzenia się”, „polityka społeczna wobec starzenia się ludności” oraz „polityka senioralna” posługuję się wymiennie. Zakres tematyczny opracowania koncentruje się na porównaniu i ocenie: (a) struktury i organizacji systemów emerytalnych w wybranych krajach, (b) dostępnych form zinstytucjonalizowanej opieki społecznej dla osób starszych, (c) działalności rządowych i pozarządowych organizacji oferujących rozmaite programy i usługi osobom starszym, (d) dostępnych możliwości zrzeszania się osób starszych i reprezentowania ich interesów na scenie politycznej. Analiza obejmuje także inne, charakterystyczne dla perspektywy amerykańskiej, nordyckiej i polskiej, wyznaczniki wskazujące na dominujące konteksty i kierunki debaty publicznej nad starzeniem się społeczeństw. Podstawowym celem badań jest rekonstrukcja modeli polityki społecznej wobec starzenia się realizowanych w Stanach Zjednoczonych i Szwecji, wyodrębnienie przykładów dobrych praktyk, to jest rozwiązań legislacyjnych lub inicjatyw pozarządowych, które z sukcesem realizowane są za granicą i przyczyniają się do poprawy jakości życia osób starszych, a następnie odwołanie się do realiów polskich – próba oceny, na jakim etapie znajduje się rozwój polityki społecznej wobec starzenia się ludności w Polsce oraz sformułowanie rekomendacji dla przedstawicieli władz lokalnych i centralnych.

35 A. Zych, *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007, s. 124.

Dobór krajów, których elementy polityk społecznych poddaje analizie, nie jest przypadkowy. Punkt wyjścia w doborze perspektywy amerykańskiej i szwedzkiej stanowi odwołanie do klasycznej typologii państw dobrobytu Gøsty Esping-Andersena³⁶. Zdaniem duńskiego badacza najbardziej wyraźne różnice zaobserwować można pomiędzy modelem liberalnym (typowym dla Stanów Zjednoczonych, zorientowanym na samodzielność jednostek, popularyzującą model aktywności i niską zależność od państwa) i socjaldemokratycznym (charakterystycznym dla krajów nordyckich, gwarantującym szeroki wachlarz świadczeń socjalnych i przywiązaniem do idei równości szans). Ponieważ nie ma powszechnej zgody co do tego, który z wyżej wymienionych modeli jest najkorzystniejszy z punktu widzenia jakości życia osób starszych, celem moich badań jest porównanie polityki starzenia się realizowanej w Stanach Zjednoczonych i w Szwecji, wyodrębnienie listy dobrych praktyk oraz sformułowanie rekomendacji dotyczących kierunków rozwoju i najbardziej naglących potrzeb w polskiej polityce społecznej wobec starzenia się ludności.

Mimo krytyki klasycznej typologii Esping-Andersena, która zdominowała literaturę przedmiotu w latach dziewięćdziesiątych, w kolejnych propozycjach klasyfikacji *welfare regimes*³⁷ Stany Zjednoczone oraz Szwecja zawsze figurują na przeciwległych biegunach i stanowią przykłady państw należących do liberalnego/anglosaksońskiego/protestancko-liberalnego (USA) oraz socjaldemokratycznego/skandynawskiego/protestancko-skandynawskiego (Szwecja) modelu polityki społecznej. Sam Esping-Andersen, rewidując swoją propozycję statycznego trójpodziału na socjaldemokratyczne, konserwatywne i liberalne reżimy socjalne w wydanej w 1999 roku książce *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, stwierdza: „ufam, że udało się (...) dowieść istnienia istotnych różnic między reżimami opiekuńczymi: skandynawskie od kilku dekad kroczą

36 G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge 1990.

37 Zob. S. Leibfried, *Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into a European Community*, [w:] *Social Policy in a Changing Europe*, eds. Z. Ferge, J.E. Kolberg, Campus Verlag, Frankfurt–New York 1992, s. 245–280; F. Castels, D. Mitchell, *Worlds of Welfare and Families of Nations*, [w:] *Families of Nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies*, ed. F.G. Castles, Dartmouth Pub Co, Aldershot 1993, s. 93–128; A. Siaroff, *Work, Welfare and Gender Equality: A New Typology*, [w:] *Gendering Welfare States*, ed. D. Sainsbury, SAGE, London 1994, s. 82–100.

odrębną ścieżką defamilizacji; liberalne anglosaskie, przeciwnie, wzmocniły rynki kosztem państwa”³⁸. Opierając się na typologii badań komparatystycznych Przeworskiego i Teune’a, możemy przyjąć, że analiza polityk społecznych USA i Szwecji stanowi projekt badawczy typu „najbardziej różne systemy”³⁹. Badania nad polityką społeczną wobec starzenia się ludności realizowaną w krajach należących do różnych modeli państw dobrobytu służą ocenie, który model istotnie, wbrew powszechnym opiniom, sprzyja jakości życia seniorów. Odwołanie się do realiów polskich wynika z mojego usytuowania w polskim kontekście społeczno-politycznym oraz z wiary w potencjał nauk stosowanych w rozwiązywaniu problemów społecznych.

Książka odzwierciedla jakościowy charakter badań z zastosowaniem perspektywy makrosocjalnej. W swojej pracy korzystam ze źródeł pierwotnych (legislacja dotycząca problematyki osób starszych: ustawy, projekty ustaw, dyrektywy, projekty reform), oraz ze źródeł wtórnych – raportów i opracowań o charakterze ilościowym i jakościowym. W procesie badawczym stosuję strategię problemową, której konsekwencją jest swoista interdyscyplinarność badań. Szukając odpowiedzi na pytanie, jakie kierunki powinna obierać polityka społeczna w obliczu dynamicznych zmian demograficznych, sięgam do dorobku takich dyscyplin naukowych, jak nauki o polityce, socjologia i ekonomia. Prowadzone w toku pracy nad dysertacją badania pełnią funkcję praktyczno-prognostyczną.

Dominującą perspektywą teoretyczną jest nowy instytucjonalizm, a w głównej mierze – odwołując się do typologii G. Petersa – instytucjonalizm socjologiczny i normatywny. Nowi instytucjonalisci definiują instytucję w sposób nieformalny, jako zespół reguł i konwencji. Z tego punktu widzenia zarówno „model polityki społecznej”, jak i „system emerytalny” jest instytucją, a w praktyce jest jednocześnie zespołem „formalnych reguł” oraz „nieformalnych konwencji”⁴⁰. Zgadzam się ze stwierdzeniem Heikki Ervasti, że instytucje kształtują zachowania i postawy. Wyznaczają ścieżki i tworzą pewne utarte

38 G. Esping-Andersen, *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, tłum. R. Włoch, *Współczesna polityka społeczna*, t. 1, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2010, s. 180.

39 A. Przeworski, H. Teune, *The Logic of Comparative Social Inquiry*, Wiley Interscience, New York 1970.

40 *Teorie i metody w naukach politycznych*, red. D. Marsh, G. Stoker, tłum. J. Tegnerowicz, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 97.

struktury, w ramach których funkcjonuje społeczeństwo. Na przykład nie można przejść na wcześniejszą emeryturę, jeśli takie rozwiązanie instytucjonalne nie istnieje w danym kraju. Instytucje mają również wpływ na percepcję zjawisk społecznych. Przykładowo w krajach o wysokim poziomie redystrybucji zasobów różnice klasowe wydają się mniejsze⁴¹. Ponadto instytucje wpływają na ocenę zjawisk pod kątem ich „sprawiedliwości” – różnice w wysokości wynagrodzenia kobiet i mężczyzn są zjawiskiem powszechnym w Europie Środkowo-Wschodniej, lecz nieakceptowanym w krajach skandynawskich. Publikacja ta jest wyrazem wiary we wzajemność, dwustronność relacji pomiędzy instytucjami a społecznymi zachowaniami. Jak stwierdzono wcześniej, instytucje strukturyzują, porządkują zachowania i postawy. Jednakże obecnie istniejące lub kształtujące się postawy społeczne mogą również pomóc stworzyć odpowiednie rozwiązania instytucjonalne lub „zespoły nieformalnych konwencji”, które będą lepiej spełniać społeczne oczekiwania⁴². W ten sposób powszechny brak akceptacji dla zjawiska ageizmu (dyskryminacji ze względu na wiek) może przyczynić się do wprowadzenia stosownej legislacji, a liczna i coraz bardziej świadoma swoich praw grupa społeczna osób w wieku 65+ może doczekać się proporcjonalnej reprezentacji w rządzie.

Struktura książki opiera się na trzech rozdziałach. Rozdział pierwszy w całości poświęcony jest polityce społecznej wobec starzenia się ludności w Stanach Zjednoczonych. Dokonuję charakterystyki amerykańskiego modelu państwa dobrobytu, kontrastując go ze standardami europejskimi, odwołuję się do paradygmatu „państwa usamodzielniającego” (*enabling state*) Neila Gilberta, omawiam strukturę i organizację amerykańskiego systemu emerytalnego, dokonuję przeglądu publicznych programów i usług skierowanych do osób starszych, podejmuję próbę oceny sektora opieki długoterminowej. Szczególny nacisk kładę na ocenę charakterystycznych dla Stanów Zjednoczonych zjawisk, takich jak: funkcjonowanie wspólnot emerytów („modelu wioski”, „słonecznych miast” i innych), silna reprezentacja interesów seniorów na scenie politycznej („siwe lobby”, Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów) oraz aktualne zmiany zachodzące w sektorze opieki zdrowotnej i długoterminowej zainicjowane

41 *The Political Sociology of the Welfare State. Institutions, Social Cleavages and Orientations*, ed. S. Svallfors, Oxford University Press, Oxford 2007.

42 *Nordic Social Attitudes in a European Perspective*, eds. H. Ervasti, K. Ringdal, T. Fridberg, M. Hjerm, Edward Elgar Publishing, Cheltenham 2008, s. 2.

programem reform *Obamacare*. Rozdział kończy opis pięciu dobrych praktyk, których realizacja przyczynia się do poprawy jakości życia osób starszych oraz stanowi rozwiązanie oryginalne, typowe dla amerykańskiego kontekstu społeczno-politycznego.

Rozdział drugi – na przykładzie Szwecji – włącza perspektywę europejską i dzięki temu pozwala porównać politykę społeczną wobec starzenia się ludności w skali międzynarodowej. Zasadność porównywania Stanów Zjednoczonych oraz europejskich modeli państw dobrobytu – w tym przypadku Szwecji – uzasadnia Marek Rymśza w książce *Aktywizacja w polityce społecznej. W stronę rekonstrukcji europejskich welfare states?* Po pierwsze, autor sam przeciwstawia modele europejskie modelowi amerykańskiemu, konsekwentnie odwołując się do specyfiki europejskiej polityki społecznej, europejskiego modelu społecznego, systemów socjalnych państw europejskich itd. Nawiązując do teorii konwergencji, transformacji ustrojowej, konwersji systemów zabezpieczenia społecznego, autor racjonalizuje zasadność posługiwania się przymiotnikiem „europejska” w odniesieniu do polityki społecznej zarówno Europy Zachodniej, jak i Środkowo-Wschodniej. Podkreśla także różnice pomiędzy europejskim a amerykańskim nurtem aktywizacji w polityce społecznej, rozróżniając amerykańską koncepcję *workfare* od brytyjskich rozwiązań wsparcia warunkowego określanych mianem *welfare-to-work*⁴³. Po drugie, uzasadnia posługiwanie się pojęciem modelu państwa dobrobytu. Analiza z wykorzystaniem modeli polityki społecznej jest zdaniem autora „podstawową kategorią analityczną w subdyscyplinie akademickiej określanej jako porównawcza polityka społeczna”⁴⁴. Podobnie Jens Alber i Neil Gilbert w książce *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America* podkreślają fakt, że nauki społeczne od XIX wieku formułują pytania na temat podobieństw i różnic obserwowanych między społeczeństwami europejskimi i amerykańskim, badają, który model społeczny staje się wzorcem do naśladowania (*role model*) oraz czy pomiędzy obydwoma modelami pojawiają się z biegiem czasu oznaki konwergencji⁴⁵.

43 M. Rymśza, *Aktywizacja w polityce społecznej. W stronę rekonstrukcji europejskich welfare states?*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2013.

44 *Ibidem*, s. 24.

45 J. Alber, N. Gilbert, *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America*, Oxford University Press, New York 2009.

Uwzględniając perspektywę europejską, zwracam uwagę na podstawowe różnice w podejściu do problematyki osób starszych – podczas gdy w Stanach Zjednoczonych kwestie senioralne przez wiele lat przyjmowały formę postulatów społeczno-politycznych, wiązały się z prawami człowieka i poszanowaniem wolności i godności ludzkiej, Unia Europejska przejawia tendencję do łączenia tego obszaru ze strategią dynamicznego rozwoju gospodarczego, wzrostu zatrudnienia i sprowadza problem przede wszystkim do wymiaru ekonomicznego (patrz: *Strategia Lizbońska, Odnowiona Agenda Społeczna, Europa 2020* i inne dokumenty i strategie UE). Ze względu na wiele dylematów związanych z definiowaniem Europejskiego Modelu Społecznego, a wynikających z różnorodności państw członkowskich i stosunkowo dużej suwerenności w realizacji wewnętrznych polityk społecznych, do analizy włączam perspektywę szwedzką i charakteryzuję nordycki model państwa dobrobytu, który w literaturze przedmiotu często stawiany jest za wzór funkcjonowania państwa opiekuńczego. W rozdziale drugim omawiam zatem proces kształtowania się polityk senioralnych w Szwecji w perspektywie historycznej i charakteryzuję szwedzki system emerytalny oraz sektor usług opiekuńczych dla osób starszych. Szczególną uwagę poświęcam obserwowanej w Szwecji od wczesnych lat dziewięćdziesiątych transformacji, która przejawia się częściową prywatyzacją sektora usług opiekuńczych, wprowadzeniem ograniczeń do typowo skandynawskiej zasady uniwersalności w dostępie do świadczeń socjalnych oraz nową, zreformowaną strukturą systemu emerytalnego. Analogicznie do rozdziału pierwszego rozdział drugi zamykam opisem pięciu dobrych praktyk. Obok ciekawych projektów o charakterze lokalnym („Pasja dla życia” – *Passion för Livet*) opisuję też pozytywne tendencje w realizacji polityki społecznej, takie jak stosowanie perspektywy długofalowej i profilaktyka negatywnych skutków zmian demograficznych, rozbudowana polityka rodzinna, skuteczna polityka aktywizacji seniorów na rynku pracy oraz inne.

Przez „dobrą praktykę” rozumiem takie rozwiązanie instytucjonalne, które przyczynia się do realizacji trzech podstawowych celów polityki społecznej wobec osób starszych: (a) zapewnienia seniorom bezpieczeństwa społecznego, (b) umożliwienia im samodzielnego egzystowania tak długo, jak tylko jest to możliwe oraz (c) zapobiegania ich wykluczeniu społecznemu (w tym politycznemu). Kryterium doboru przykładów dobrych praktyk jest dwojakie: po pierwsze, jako badaczka usytuowana w kontekście polskim dokonałam selekcji dobrych praktyk, stosując tak zwaną perspektywę braku (*perspective*

of lacks), która kładzie nacisk na rozwiązania instytucjonalne brakujące, nieobecne w danym kraju, a potencjalnie przydatne i potrzebne. Po drugie, dobór przykładów dobrych praktyk każdorazowo konsultowany był z ekspertami ze Stanów Zjednoczonych i Szwecji, w tym przede wszystkim z profesorem Andrew Scharlachem ze School of Social Welfare (UC Berkeley) oraz profesorem Magnusem Jegermalmem z Instytutu Gerontologii (Jönköping University), a konsultacje te służyły potwierdzeniu, czy dla osób naukowo i zawodowo związanych z opisywanymi przykładami są one również godne upowszechnienia i dalszego rozwoju.

W rozdziale trzecim dokonuję syntetycznego zestawienia podobieństw i różnic w sposobach realizacji polityk społecznych w Stanach Zjednoczonych i Szwecji. Perspektywa komparatystyczna pozwala skontrastować i porównać podejście do problematyki osób starszych typowe dla amerykańskiego i szwedzkiego kontekstu społecznego, politycznego i kulturowego, a jednocześnie odwołać się do realiów polskich. Zwracam uwagę na fakt, że mimo istotnych różnic występujących pomiędzy liberalnym a socjaldemokratycznym modelem polityki społecznej polityki wobec starzenia się z biegiem czasu upodabniają się do siebie w drodze międzynarodowej dyfuzji i konwergencji. Mimo ograniczonej podaży publicznych usług społecznych i dużego nacisku na samodzielność i zapobiegliwość jednostek i rodzin typowych dla modelu liberalnego w Stanach Zjednoczonych można dostrzec pewne symptomy częściowej „europeizacji” polityk społecznych, która przejawia się między innymi dążeniem do upowszechnienia systemu opieki zdrowotnej. Model nordycki, charakterystyczny dla Szwecji, od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku podlega dynamicznej rekonstrukcji wskutek wpływu ideologii neoliberalnej, popularyzacji koncepcji nowego zarządzania publicznego oraz fluktuacji ról trzech głównych dostawców usług społecznych – państwa, rodziny i sektora prywatnego. Częściowa prywatyzacja, marketyzacja (urynkowanie) i targetyzacja usług społecznych określana bywa mianem „amerykanizacji” skandynawskiego systemu socjalnego. Jednak Szwecja nadal uchodzi na arenie międzynarodowej za przykład państwa, w którym „dobrze jest się zestarzeć” oraz zaskakuje stabilnym rozwojem gospodarczym i konkurencyjnością, zarówno w aspekcie ekonomicznym, technologicznym, jak i socjalnym. Część komparatystyczną rozdziału trzeciego kończy zestawienie tabelaryczne porównujące Stany Zjednoczone i Szwecję pod kątem głównych założeń, tendencji, kierunków i sposobów realizacji polityki społecznej wobec starzenia się ludności.

Rozdział trzeci stanowi również odniesienie do polskiego kontekstu społeczno-politycznego. Cofając się do genezy polskiej polityki społecznej, podejmuję próbę wyodrębnienia początków realizacji polityki wobec starzenia się w Polsce, powołując się między innymi na reformy współtowarzyszące transformacji ustrojowej po 1989 roku. Omawiam ówczesne oraz aktualne reformy systemu emerytalnego, nawiązując do uchwalonej w 1990 roku Ustawy o pomocy społecznej, oceniam kondycję polskiego systemu opieki długoterminowej. Dokonuję także przeglądu najważniejszych dokumentów strategicznych i programów rządowych, które w swojej wizji zawierają postulat intensyfikacji działań na rzecz osób starszych. Rozdział trzeci zamiast opisu dobrych praktyk, jak w przypadku części poświęconej Stanom Zjednoczonym oraz Szwecji, zamyka lista dwudziestu czterech rekomendacji dla Polski, które zostały pogrupowane i omówione w ramach sześciu obszarów tematycznych: (1) w zakresie wzmocnienia struktury rządowych i pozarządowych organów reprezentujących interesy seniorów, (2) w zakresie przeciwdziałania negatywnym skutkom zmian demograficznych, (3) w zakresie podnoszenia jakości i rozszerzenia oferty polskiego sektora opieki, (4) w zakresie podnoszenia świadomości społecznej (działania o charakterze informacyjnym i edukacyjnym), (5) w zakresie przebudowy przestrzeni publicznej pod kątem potrzeb osób starszych oraz (6) w zakresie dalszych prac naukowo-badawczych. Na końcu opracowania znalazły się podsumowanie i wnioski.

Wiele osób przyczyniło się do powstania tej publikacji w jej obecnej formie. Szczególne podziękowania chciałabym złożyć recenzentom: recenzentowi wydawniczemu, profesorowi Mirosławowi Grewińskiemu, prorektorowi Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie, oraz recenzentom rozprawy doktorskiej: profesorowi Jerzemu Krzyszkowskiemu z Katedry Pracy i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego i profesorowi Piotrowi Błędowskiemu, dyrektorowi Instytutu Gospodarstwa Społecznego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie oraz wieloletniemu przewodniczącemu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Ich wnikliwe i konstruktywne uwagi pozwoliły na dopracowanie aparatu pojęciowego i zakresu tematycznego tej książki. Dziękuję mojej promotorce i opiekunce naukowej profesor Elżbiecie H. Oleksy, kierownicze Katedry Amerykanistyki i Mass Mediów Uniwersytetu Łódzkiego, za wsparcie merytoryczne i zaufanie w eksplorowaniu nowego obszaru badawczego. Dziękuję profesorowi Andrew Scharlachowi

Wstęp

z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley oraz profesorowi Magnusowi Jergermalmowi z Instytutu Gerontologii w Jönköping University za zaproszenie mnie do swoich jednostek i wiele ciekawych dyskusji, które przyczyniły się do wyodrębnienia i opisu dobrych praktyk z doświadczeń zagranicznych. Dziękuję za dofinansowanie wydania książki ze środków statutowych Katedry Amerykanistyki i Mass Mediów Uniwersytetu Łódzkiego oraz z dotacji celowej dla młodych naukowców Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego przyznanej Wydziałowi Studiów Międzynarodowych i Politologicznych UŁ. Dużo zawdzięczam moim najbliższym – mężowi, córce, rodzicom, bratu i przyjaciołom. Ich bezwarunkowe wsparcie umożliwiło mi pomyślne zakończenie prac nad publikacją.

ROZDZIAŁ 1

**Polityka społeczna wobec starzenia się
ludności w Stanach Zjednoczonych**

Aging is not “lost youth”, but a new stage of opportunity and strength.

Betty Friedan¹

Wstęp

Specyfika społeczna, kulturowa, gospodarcza i polityczna Stanów Zjednoczonych powoduje, że państwo to stanowi oryginalny i nieodzowny element analizy różnych rozwiązań polityki społecznej wobec starzenia się ludności występujących na świecie. Z jednej strony Stany Zjednoczone należą do najbogatszych krajów wysokorozwiniętych, o wysokim wskaźniku PKB *per capita* i – z racji liczebności populacji – ogromnej liczbie obywateli w wieku emerytalnym. Z drugiej zaś w USA nigdy nie znaleziono skutecznego sposobu na uzdrowienie rozdrobnionego i kosztownego systemu opieki zdrowotnej. Ponadto pomimo wysokiego standardu życia średnia długość dożywanego wieku jest tam niższa niż w wielu krajach europejskich i azjatyckich. Wreszcie Stany Zjednoczone, ze względu na unikalną w skali międzynarodowej heterogeniczność społeczną i kulturową, wciąż mają trudności z dostosowaniem oferty programów opieki skierowanych do osób starszych do olbrzymiej różnorodności odbiorców.

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych zwraca uwagę na fakt, że zjawisko starzejącej się populacji jest w istocie triumfem społecznego, ekonomicznego i medycznego postępu nad cywilizacyjnymi chorobami, biedą, głodem i niedostatkiem. Dlatego też problem starzejących się społeczeństw dotyczy przede wszystkim krajów wysokorozwiniętych. W 2010 roku w Stanach Zjednoczonych żyło ponad 40 milionów osób powyżej 65. roku życia – to trzy razy więcej niż w latach pięćdziesiątych XX wieku². Z uwagi na powojenny wyż demograficzny (*baby boom* obserwowany w latach 1946–1964) prognozuje się dalszy wzrost liczby osób w wieku emerytalnym, do około 72 milionów w roku 2030³. W dużym tempie wzrasta również liczba tak zwanych najstarszych seniorów

1 B. Friedan, *How to Live Longer, Better, Wiser*, „Parade” 1994, 20.03.1994, s. 4.

2 U.S. Department of Health and Human Services, *A Profile of Older Americans: 2011*, Administration on Aging, Washington 2011.

3 *Ibidem*.

(*the oldest old*), czyli osób powyżej 85. roku życia – w latach 2005–2030 ich populacja na świecie zwiększy się o 151%⁴. W skali globalnej najwyższą średnią długość życia odnotowuje się w Japonii – według danych OECD w 2010 roku przewidywana dalsza długość trwania życia w chwili urodzenia wyniosła tam 86,4 lat dla kobiet i 79,6 dla mężczyzn⁵. Biorąc pod uwagę dynamiczny postęp w rozwoju medycyny, w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat przewiduje się dalszy wzrost średniej długości trwania życia. Departament Spraw Ekonomicznych i Społecznych Organizacji Narodów Zjednoczonych prognozuje, że w latach 2005–2030 liczba stulatków na świecie zwiększy się ponad pięciokrotnie⁶. Doprowadzi to między innymi do rozpowszechnienia modelu rodziny wielopokoleniowej oraz do tak zwanej ekspansji wertykalnej struktury rodziny.

W obecnej dekadzie po raz pierwszy w historii ludzkości liczba ludzi powyżej 65. roku życia przewyższyła liczbę dzieci poniżej 5. roku życia⁷. Zjawisko to niesie za sobą daleko idące konsekwencje. Niskie wskaźniki przyrostu naturalnego w krajach wysokorozwiniętych oraz rozwijających się prowadzą do zmniejszania się populacji niektórych państw. Według statystyk U.S. Census Bureau do roku 2030 największego spadku liczby ludności doświadczy Rosja – jej populacja zmniejszy się o 18 milionów ludzi⁸. Zmiana obyczajowości, postęp gospodarczy oraz zorientowanie na zysk społeczeństw kapitalistycznych sprawiają, że w ciągu ostatnich kilku dekad model rodziny ulega dynamicznym zmianom. Niska dzietność oraz odkładanie decyzji o założeniu rodziny na później skutkują zmianami struktur demograficznych społeczeństw. Zjawisko starzenia się populacji przekłada się na sytuację ekonomiczną państw – ludzie masowo opuszczają rynek pracy i zaczynają pobierać świadczenia emerytalne. Wydatki na ubezpieczenia społeczne rosną, a liczba osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym maleje, co stanowi zagrożenie dla sytuacji finansowej tych krajów, które odpowiednio wcześniej nie podejmą działań mających na celu wypełnienie luki na rynku pracy

4 U.S. Department of Health and Human Services, *Why Population Aging Matters: A Global Perspective*, National Institute on Aging, Baltimore 2007, s. 10.

5 OECD, *Life Expectancy at Birth*, wersja z kwietnia 2011 roku, dostępne przez <http://www.oecd.org/els/family> (17.06.2011).

6 ONZ, *World Population Prospects. The 2004 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, New York 2005.

7 U.S. Department of Health and Human Services, *Why Population Aging Matters...*, s. 3.

8 *Ibidem*, s. 14.

i aktywizację zawodową osób starszych. Widmo kurczących się i coraz mniej wydolnych rynków pracy skłania też do zrewidowania wewnątrz krajowych polityk imigracyjnych. Dodatkowo rosnąca liczba osób starszych wymaga opracowania i wdrożenia nowych programów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej oraz reformy tak zwanych polityk rodzinnych.

W Stanach Zjednoczonych termin „polityka starzenia się” (*the policy of aging*) jest powszechny i na stałe wpisał się w język administracji państwowej. Kwestiami związanymi ze starzeniem się populacji, tworzeniem przepisów prawnych, świadczeniem usług i prowadzeniem badań naukowych zajmuje się rozbudowana sieć rządowych i pozarządowych organów, agencji i organizacji. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć:

a) Amerykański Departament Zdrowia i Usług Społecznych (The U.S. Department of Health and Human Services), którego podstawowym zadaniem jest ochrona zdrowia i zapewnienie ochrony socjalnej wszystkim Amerykanom;

b) Amerykański Zarząd ds. Starzenia się (The Administration on Aging – AoA) – wyspecjalizowaną agencję Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych, powołaną do życia na mocy ustawy o osobach starszych z 1965 roku. AoA raz na pięć lat formułuje Strategiczny Plan Działań w Zakresie Starzenia się (*The Strategic Action Plan on Aging*). Strategia przyjęta na lata 2007–2012 koncentrowała się na pięciu obszarach tematycznych: opiece zdrowotnej, ubezpieczeniach społecznych, problemie niepełnosprawności w wieku podeszłym, ekonomicznych aspektach życia osób starszych oraz na kwestii podniesienia średniej długości trwania życia⁹;

c) Specjalny Komitet ds. Starzenia się (United States Senate Special Committee on Aging), który funkcjonuje od 1961 roku i jest jednostką zajmującą się problematyką osób starszych z ramienia Senatu Stanów Zjednoczonych;

d) Narodowy Instytut ds. Starzenia się (National Institute on Aging), należący do Narodowych Instytutów Zdrowia (National Institutes on Health), który od 1974 roku prowadzi badania naukowe oraz publikuje broszury informacyjne poświęcone problematyce osób starszych;

e) Amerykańskie Towarzystwo ds. Starzenia się (American Society on Aging) – pozarządową organizację z siedzibą w San Francisco, założoną w 1954 roku, która skupia ponad sześć tysięcy członków reprezentujących

9 Administration on Aging, dostępne przez <http://www.aoa.gov> (5.10.2009).

multidyscyplinarne podejście do zjawiska starzenia się i starości. ASA jest organizatorem cyklicznej, międzynarodowej konferencji *Aging in America*;

f) Narodową Radę ds. Starości (National Council on Aging) – organizację typu non profit, której główne zadania to podnoszenie jakości życia osób starszych, promocja modelu aktywnej, niezależnej starości oraz pomoc w znalezieniu zatrudnienia dla osób w wieku okołoemerytalnym;

g) Komitet ds. Starości Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (Committee on Aging of American Psychological Association), który popularyzuje wiedzę na temat psychologicznych skutków procesu starzenia się oraz umożliwia zapewnienie fachowej opieki psychologicznej osobom starszym.

Polityka starzenia się jako istotny element amerykańskiej polityki społecznej na przestrzeni lat uległa znacznemu rozwojowi. Kwestie związane z polityką społeczną są obszarem priorytetowym dla prezydentów USA pełniących urząd z ramienia Partii Demokratycznej, począwszy od programu „Nowego Ładu” Franklina D. Roosevelta, skończywszy na projekcie reformy ubezpieczeń zdrowotnych Baracka Obamy (*Obamacare*). Kolejne części tego rozdziału skupiają się na charakterystyce amerykańskiego modelu państwa dobrobytu, przedstawiają strukturę demograficzną kraju oraz omawiają ewolucję polityk senioralnych w USA w ujęciu historycznym.

1.1. Struktura demograficzna społeczeństwa amerykańskiego

Spółeczeństwo Stanów Zjednoczonych z upływem lat staje się „coraz większe, coraz starsze i coraz bardziej zdywersyfikowane”¹⁰. Według danych z 2012 roku populacja USA liczy ponad 314 milionów osób¹¹. Stany Zjednoczone zajmują trzecie miejsce w rankingu najbardziej zaludnionych krajów świata – od początku XX wieku wielkość populacji stopniowo rośnie. W latach 1950–2000 liczba ludności USA wzrosła o 85%, co jest ewenementem na skalę międzynarodową¹². Tak duży przyrost ludności wiąże

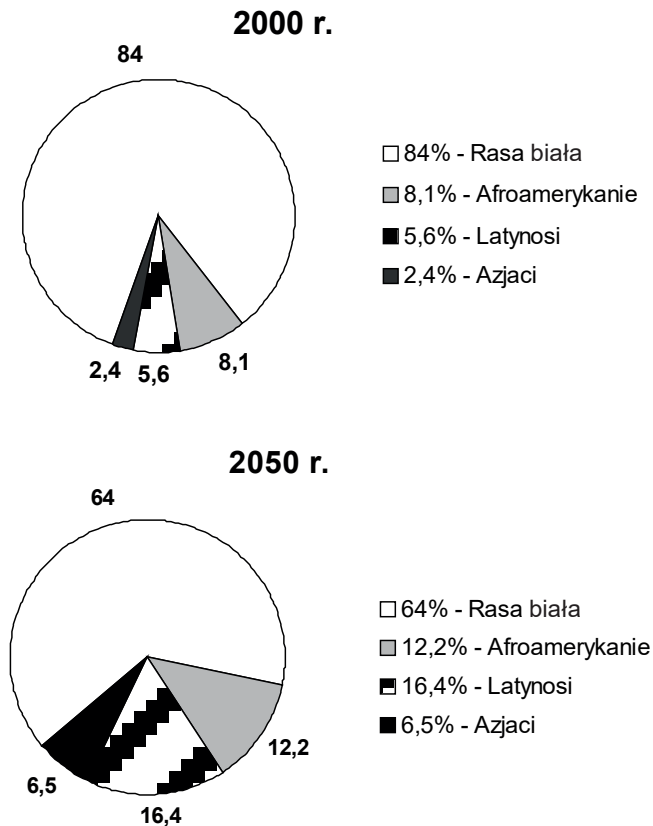
10 P. Scommegna, *U.S. Growing Bigger, Older, and More Diverse*, Population Reference Bureau, 2004, dostępne przez <http://www.prb.org> (14.07.2010).

11 U.S. Census Bureau, *U.S. and World Population Clocks*, dostępne przez <http://www.census.gov/main/www/popclock.html> (26.09.2012).

12 L.B. Shrestha, *The Changing Demographic Profile of the United States*, Congressional Research Service Report for Congress, The Library of Congress, 2006.

się nie tylko z rosnącą liczbą urodzeń i mniejszą umieralnością dzięki rozwojowi medycyny, lecz przede wszystkim ze stałym napływem imigrantów – zjawiskiem niespotykanym na tak dużą skalę w żadnym innym państwie na świecie.

Wykres 1.1. Dywersyfikacja rasowa i etniczna populacji w wieku 65+ w Stanach Zjednoczonych: według danych z 2000 roku oraz prognozowana na rok 2050



Źródło: U.S. Census Bureau, Population by Age, Sex, Race, and Hispanic or Latino Origin for the United States: 2000, dostępne przez <http://www.census.gov/population/www/cen2000/briefs/> (1.10.2012).

Na skutek masowej imigracji z różnych zakątków świata społeczeństwo amerykańskie staje się coraz bardziej zdywersyfikowane. Prognozy wskazują na tendencję do pogłębiania się dywersyfikacji rasowej i etnicznej

USA. Największa liczba imigrantów pochodzi z Meksyku, Indii, Filipin, Chin, Wietnamu i Republiki Dominikany. Najczęściej wybieranym przez imigrantów miejscem osiedlenia jest obszar sześciu stanów: Kalifornii, Nowego Jorku, Teksasu, Florydy, New Jersey i Illinois¹³. Według danych z 2000 roku populacja osób w wieku 65+ składa się z 84% osób deklarujących przynależność do rasy białej, 8,1% Afroamerykanów, 5,6% Latynosów i 2,4% Azjatów (patrz wykres 1.1). Prognozy wskazują na pogłębianie się dywersyfikacji rasowo-etnicznej. W 2050 roku populacja seniorów w USA będzie się składać z 64% osób rasy białej, 12,2% Afroamerykanów, 16,4% Latynosów i 6,5% Azjatów¹⁴.

Z tego powodu uwzględnienie takich kategorii, jak wiek, płeć i rasa/etniczność jest niezbędne w badaniach nad starzeniem się społeczeństw, zwłaszcza wielokulturowych. Okazuje się bowiem, że zestawienie tych trzech zmiennych może wskazywać na istotne kontrasty w ocenie jakości życia. Wystarczy przeanalizować stopień zagrożenia ubóstwem – podczas gdy w grupie: (a) mężczyzn, (b) rasy białej, (c) w przedziale wiekowym 65–74 lata poziom ubóstwa wynosi 4,5%, w grupie: (a) kobiet, (b) czarnoskórych, (c) powyżej 75. roku życia poziom ten okazuje się aż dziesięciokrotnie wyższy¹⁵. Dlatego też społeczno-kulturowa różnorodność populacji powinna być brana pod uwagę zarówno przez organy ustawodawcze, jak i wykonawcze, odpowiedzialne za realizację polityki społecznej.

Napływ imigrantów znacząco oddziałuje na strukturę wiekową społeczeństwa amerykańskiego. Mimo iż większość osób decydujących się na emigrację do innego kraju jest stosunkowo młoda, to napływ członków ich rodzin, w tym przede wszystkim rodziców, pogłębia zjawisko starzenia się społeczeństwa. W odniesieniu do ludności Stanów Zjednoczonych używa się sformułowania „starzejąca się” populacja. W XX wieku znacznie wzrosła mediana wieku ludności – z 22,9 lat w 1990 roku do 35,3 w 2000 roku. Prognozy wskazują na dalsze przesuwanie się tzw. wieku

13 *Ibidem*.

14 U.S. Census Bureau, *Population by Age, Sex, Race, and Hispanic or Latino Origin for the United States: 2000*, dostępne przez <http://www.census.gov/population/www/cen2000/briefs/> (1.10.2012).

15 U.S. General Accounting Office, *Elderly Americans: Health, Housing, and Nutrition Gaps between the Poor and Nonpoor*, Government Printing Office, Washington 1992.

środkowego do około 39 lat w roku 2030¹⁶. Zauważalne wydłużenie średniej długości trwania życia nastąpiło w pierwszej połowie XX wieku dzięki wynalezieniu antybiotyków i rozpowszechnieniu wiedzy na temat zwalczania chorób w tamtym czasie śmiertelnych, takich jak zapalenie płuc lub gruźlica. Druga połowa XX wieku przyniosła z kolei postęp w profilaktyce i leczeniu chorób przewlekłych, takich jak niewydolność serca i układu krążenia. Dzięki popularyzacji edukacji zdrowotnej ludność zmieniła szkodliwe dla zdrowia nawyki. Ograniczono stosowanie używek (alkoholu, tytoniu i popularnych w USA w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych „miękkich” narkotyków), zaczęto leczyć otyłość i propagować uprawianie sportów. Jednocześnie standardem stały się profilaktyczne badania lekarskie. Znacznie podniósł się społeczno-ekonomiczny status gospodarstw domowych, wyrażony nie tylko przez nowe nawyki żywieniowe i zdrowy tryb życia, lecz także przez wysokość nakładów finansowych przeznaczanych w skali roku na ochronę zdrowia. W 1965 roku powstały federalne programy ochrony zdrowia, które umożliwiły dostęp do opieki zdrowotnej osobom starszym (*Medicare*) i ubogim (*Medicaid*)¹⁷. Ze względu na te i inne czynniki średnia długość trwania życia amerykańskiej populacji wzrosła o blisko 30 lat w ciągu jednego wieku (patrz tabela 1.1).

Tabela 1.1. Średnia długość trwania życia w Stanach Zjednoczonych w latach 1900–2010

Rok	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Średnia długość trwania życia	49,2	51,5	56,4	59,2	63,6	68,1	69,9	70,8	73,9	75,4	77,0	78,7

Źródło: zestawienie własne na podstawie *Older Americans 2008: Key Indicators of Well-Being*, Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, U.S. Government Printing Office, Washington 2008; *United States Life Tables 2010*, “National Vital Statistics Reports” 2014, nr 67(7), U.S. Department of Health and Human Services.

¹⁶ Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, *Older Americans 2008: Key Indicators of Well-Being*, U.S. Government Printing Office, Washington 2008.

¹⁷ L.B. Shrestha, *Life Expectancy in the United States*, Congressional Research Service Report for Congress, The Library of Congress, 2006.

Według danych z 2008 roku średnia długość trwania życia w Stanach Zjednoczonych wynosi 78 lat. Z uwagi na zauważalne różnice w długości dożywanego wieku przez kobiety i mężczyzn należy tę uśrednioną wartość rozbić na 80,5 lat dla kobiet i 75,5 lat dla mężczyzn¹⁸. Podobnie na przestrzeni całego XX wieku średnia długość wieku dożywanego przez kobiety zawsze zauważalnie przewyższała wartości osiągnięte przez mężczyzn.

Niepokojący jest fakt, że mimo zauważalnego wzrostu średniej długości trwania życia na przestrzeni XX wieku w zestawieniu międzynarodowym Stany Zjednoczone wypadają gorzej niż inne społeczeństwa. Najwyższą do tej pory średnią długość trwania życia odnotowano w Andorze w 2006 roku – wyniosła 83,5 lat (86,6 dla kobiet i 80,6 dla mężczyzn)¹⁹. Tradycyjnie wysokie wartości osiągają Japonia (82,2 lata), Australia (81,7 lat) i Kanada (81,3 lat). Według danych z 2010 roku pod względem średniej długości trwania życia Stany Zjednoczone zajmują dopiero 49. miejsce na świecie. Wyższe wartości odnotowuje się w wielu krajach europejskich: w Szwecji, Francji, Szwajcarii, Izraelu, Islandii, we Włoszech, w Hiszpanii, Norwegii, Grecji, Austrii, Holandii, Niemczech, Belgii, Wielkiej Brytanii i Finlandii²⁰. Zestawienie to jest zastanawiające głównie ze względu na porównywalną sytuację społeczno-ekonomiczną wymienionych wyżej krajów. Na pytanie, co powoduje, że Amerykanie żyją krócej od innych narodów świata, próbowano udzielić odpowiedzi, szukając przyczyn w stylu życia i diecie. Kwestia niższego wskaźnika średniej długości trwania życia w USA powinna stać się przedmiotem pogłębionych badań naukowców. Może bowiem świadczyć o niskiej jakości amerykańskiej służby zdrowia lub wskazywać na braki w ofercie usług opiekuńczych dla ludzi starszych.

W świetle zagadnień związanych z polityką społeczną i kwestią stabilności amerykańskiego systemu ubezpieczeń społecznych istotnym wskaźnikiem demograficznym jest procentowy udział osób 65+ w ogóle społeczeństwa. Na przestrzeni XX wieku populacja osób starszych w USA zwiększyła

18 U.S. Census Bureau, *Births, Deaths, Marriages and Divorces: Life Expectancy*, 2012, dostępne przez http://www.census.gov/compendia/statab/cats/births_deaths_marriages_divorces/life_expectancy.html (4.04.2013).

19 Central Intelligence Agency, *The World Factbook. Country Comparison: Life Expectancy at Birth*, dostępne przez <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html> (16.07.2010).

20 *Ibidem*.

się dziesięciokrotnie, osiągając zawrotną liczbę 35 milionów ludzi. Starzenie się narodu amerykańskiego prowadzi do zachwiania proporcji pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi. Według prognoz w 2050 roku osoby powyżej 65. roku życia stanowiąc będą ponad 20% ogółu społeczeństwa²¹. Oznacza to, że statystycznie co piąta osoba będzie emerytem. Proces stopniowego wzrostu liczby osób starszych w USA przedstawia tabela 1.2.

Tabela 1.2. Liczba osób w wieku 65+ w Stanach Zjednoczonych w latach 1900–2010 (w milionach) oraz procentowy udział osób starszych w ogóle populacji

Rok	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010
Liczba osób 65+ (mln)	3,1	3,9	4,9	6,6	9,0	12,3	16,2	20,1	25,5	31,2	35,0	36,8	40,0
Procentowy udział w ogóle populacji	4,1	4,3	4,7	5,4	6,8	8,1	9,0	9,9	11,3	12,6	12,4	12,4	13,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie *Older Americans 2008: Key Indicators of Well-Being* oraz *Older Americans 2012: Key Indicators of Well-Being*, Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, U.S. Government Printing Office, Washington 2008 i 2012.

Sytuacja przedstawia się podobnie jeżeli chodzi o tak zwanych najstarszych seniorów (*the oldest old*), czyli osoby powyżej 85. roku życia. Ze względu na stopniowe wydłużanie się średniej długości trwania życia w USA ich procentowy udział w społeczeństwie rośnie. Zjawisko to jest poważnym wyzwaniem przede wszystkim dla amerykańskiej służby zdrowia oraz dla instytucji świadczących opiekę długoterminową. To właśnie najstarsza grupa wiekowa będzie potrzebować największego wsparcia od państwa i członków rodzin, w związku z tym liczba placówek opiekuńczych, a także zakres ich usług będą musiały stopniowo ulegać zwiększeniu. Osobną kwestią, która zostanie szczegółowo omówiona w dalszej części tego rozdziału, jest kondycja finansowa systemu ubezpieczeń społecznych, którą znacznie nadwyrężają rosnąca długość dożywanego wieku oraz coraz większa liczba osób starszych uprawnionych do pobierania emerytur.

Rozłożenie populacji osób starszych na terytorium Stanów Zjednoczonych jest nierównomierne (patrz tabela 1.3). Tradycyjnie mówi się o stanach

21 Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, *Older Americans 2008...*

„młodych” lub „starych”, w zależności od procentowego udziału osób 65+ w ogólnej liczbie ich mieszkańców. W 2013 roku najstarszym stanem, z 18,7-procentową populacją seniorów, była Floryda. Drugie miejsce zajmuje Maine (17,7%), a trzecie Zachodnia Wirginia (17,3%). Do najmłodszych stanów zaliczyć można Alaskę (9,0%), co nie jest zaskoczeniem, biorąc pod uwagę uwarunkowania klimatyczne panujące w tym regionie i niską gęstość zaludnienia, a także Utah (9,8%) i Teksas (11,2%)²².

Duże, nawet dziewięcioprocentowe rozbieżności w liczbie osób starszych zamieszkujących poszczególne stany mają bezpośredni wpływ na politykę społeczną realizowaną w tych regionach. Można domniemywać, że stany tradycyjnie „młode”, niedotknięte jeszcze zjawiskiem masowego starzenia się pokolenia powojennego wyżu demograficznego, dysponują niewystarczającą infrastrukturą zapewniającą usługi i opiekę osobom w wieku podeszłym. Mniejsza liczba seniorów w stanach „młodych” skutkować może niewystarczającym reprezentowaniem interesów politycznych tej grupy społecznej na szczeblu lokalnym, a także zbyt małą podażą usług skierowanych bezpośrednio do nich. Z kolei stany z kilkunastoprocentową populacją osób w wieku 65+ powinny liczyć na wyższe dofinansowania z budżetu federalnego na realizację projektów skierowanych do osób starszych. To także stany, które konsekwentnie i skutecznie powinny realizować politykę aktywizacji, w tym w szczególności aktywizacji ekonomicznej, ze względu na niekorzystny stosunek liczby ludności w wieku emerytalnym do liczby osób w wieku produkcyjnym (rosnący współczynnik obciążenia demograficznego).

Tabela 1.3. Procentowy udział populacji 65+ w poszczególnych stanach w 2013 roku

Stan	Ludność 65+ (w procentach)	Stan	Ludność 65+ (w procentach)
1	2	3	4
Floryda	18,7	Kentucky	14,4
Maine	17,7	New Jersey	14,4
Wirginia Zachodnia	17,3	Nowy Jork	14,4
Pensylwania	16,4	Oklahoma	14,3

22 Administration of Aging, *A Profile of Older Americans: 2014*, U.S. Department of Health and Human Services.

Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w Stanach Zjednoczonych

1	2	3	4
Vermont	16,4	Karolina Północna	14,3
Montana	16,2	Dakota Północna	14,2
Delaware	15,9	Nebraska	14,1
Hawaje	15,6	Kansas	14,0
Iowa	15,6	Indiana	13,9
Oregon	15,5	Minnesota	13,9
Rhode Island	15,5	Mississippi	13,9
Arizona	15,4	Idaho	13,8
Arkansas	15,4	Nevada	13,7
New Hampshire	15,4	Waszyngton	13,6
Kolorado	15,3	Illinois	13,5
Connecticut	15,2	Wyoming	13,5
Karolina Południowa	15,2	Maryland	13,4
Ohio	15,1	Wirginia	13,4
Michigan	15,0	Luizjana	13,3
Missouri	15,0	Kalifornia	12,5
Alabama	14,9	Kolorado	12,3
Dakota Południowa	14,9	Georgia	12,0
Massachusetts	14,8	Teksas	11,2
Wisconsin	14,8	Utah	9,8
Nowy Meksyk	14,7	Alaska	9,0
Tennessee	14,7		

Źródło: Administration of Aging, *A Profile of Older Americans: 2014*, U.S. Department of Health and Human Services.

Oprócz zagadnień związanych z bieżącą strukturą demograficzną USA i jej historycznymi uwarunkowaniami istotne z punktu widzenia planowania politycznego i wdrażania długofalowych strategii są prognozy demograficzne. Zaniepokojenie amerykańskich badaczy i polityków kondycją systemu ubezpieczeń społecznych oraz kolejne propozycje reform mają swoje źródło w symulacjach demograficznych, które jednoznacznie wskazują na wzrost liczby osób starszych w skali całego kraju. Zjawiskiem szczególnie alarmującym jest stale rosnący

udział osób starszych w ogóle społeczeństwa. Niesie to za sobą poważną konsekwencję w postaci zależności świadczeń osób w wieku emerytalnym od liczby osób w wieku produkcyjnym. O ile taka zależność występuje w większości państw świata i jest nieodłącznym elementem repartycyjnych systemów emerytalnych, o tyle dramatyczny wzrost liczby osób zależnych może oznaczać zbyt duże obciążenie finansowe dla osób pracujących oraz dla budżetu państwa. Według prognoz z 2006 roku procentowy udział osób starszych na stu pracujących w wieku produkcyjnym będzie rósł w szybkim tempie (patrz tabela 1.4).

Tabela 1.4. Współczynnik obciążenia demograficznego w Stanach Zjednoczonych – prognoza do roku 2080

Rok	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080
Liczba osób w wieku 65+ przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym	20,9	27,0	34,9	37,2	38,0	39,6	41,1	42,1

Źródło: zestawienie własne na podstawie L.B. Shrestha, *Age Dependency Ratios and Social Security Solvency*, Congressional Research Service Report for Congress, The Library of Congress, 2006.

Konstruując prognozy demograficzne, statystycy często posługują się tak zwaną piramidą płci i wieku danej społeczności, która w graficzny sposób przedstawia zmieniającą się strukturę demograficzną danego obszaru. Typowe dla starzejących się społeczeństw zmiany w sposób schematyczny opisać można jako rozszerzanie się piramidy ku górze. Wykres z biegiem czasu przestaje przypominać stożkową piramidę i stopniowo zamienia się w coraz szerszy walec. W przypadku społeczeństwa amerykańskiego zmiany te są wyjątkowo widoczne. Poszerzenie piramidy między wartością 45 i 65 lat wskazuje na zbliżanie się do osiągnięcia wieku emerytalnego liczne pokolenie *baby boomers*, czyli osób urodzonych w latach 1946–1954. Prognozowane jest znaczne zwiększenie liczby osób po 65. roku życia, a także pojawienie się dość licznej populacji najstarszych seniorów (85+) około 2050 roku. Demografowie przewidują dalszy wzrost liczby populacji Stanów Zjednoczonych w praktycznie każdej grupie wiekowej. Zakłada się, że do 2050 roku liczba mieszkańców USA przekroczy 439 milionów²³.

23 U.S. Census Bureau, *Projections of the Population and Components of Change by Net International Migration Series for the United States: 2010 to 2050*, dostępne

1.2. Charakterystyka amerykańskiego modelu państwa dobrobytu

Polityka społeczna Stanów Zjednoczonych jest ciekawym materiałem badawczym ze względu na kulturowe korzenie narodu amerykańskiego i historyczne uwarunkowania jego powstawania. Współcześni amerykanisci mówią o pewnych cechach i zachowaniach charakterystycznych dla społeczeństwa amerykańskiego. O „amerykańskiej wyjątkowości” (*American exceptionalism*) pisał już Alexis de Tocqueville w XIX wieku. Pojęcie to zostało spopularyzowane przez amerykańskiego socjologa Seymoura Martina Lipseta w książce *Wyjątkowość amerykańska – broń obosieczna*. Tocqueville zauważył, że Amerykanie mają wrodzoną tendencję to angażowania się i uczestniczenia²⁴. W kontekście polityki społecznej cecha ta przejawia się przede wszystkim silnym zaangażowaniem emocjonalnym, odzwierciedlającym interesy poszczególnych grup społecznych. Począwszy od załączków amerykańskiego modelu społecznego, a skończywszy na latach współczesnych, zagadnienia związane z polityką społeczną, czy to na polu świadczeń zdrowotnych, emerytalnych, polityki rynku pracy, edukacji czy szkolnictwa, od zawsze wzbudzały silne emocje, stając się kartami przetargowymi w kolejnych kampaniach wyborczych. Problematyka społeczna jest określana przez amerykańskich polityków mianem *the third rail of American politics*²⁵, co oznacza obszar trudny i niereformowalny, którego naruszenie oznacza swoistą śmierć polityczną. Celowe pomijanie lub poruszanie kwestii związanych z systemem ubezpieczeń społecznych było i nadal jest powszechnie stosowaną praktyką, której celem jest manipulowanie nastrojami społecznymi w przeddzień kampanii prezydenckich lub wyborów do amerykańskiego Kongresu.

Specyfika społeczeństwa amerykańskiego znajduje swoje odzwierciedlenie w przywiązaniu do idei wolności – wolności jednostki, wolności

przez <http://www.census.gov/population/www/projections/2009cnmsSumTabs.html> (16.07.2010).

24 A. de Tocqueville, *Democracy in America*, Vintage, New York 1945.

25 *The third rail* w języku angielskim oznacza dosłownie „trzecią szynę prądową” w trakcji elektrycznej. Dotknięcie szyny prądowej przez człowieka oznacza natychmiastową śmierć wskutek porażenia prądem. Sformułowanie to w znaczeniu idiomatycznym określa taki obszar polityki państwa, którego reformy wzbudzają kontrowersje, niezadowolenie społeczne i spadek popularności partii politycznej, która za nimi stoi.

politycznej wyrażonej poprzez demokratyczne sprawowanie władzy, wolności gospodarczej i koncepcji wolnego rynku, oraz wolności kulturowej, przejawiającej się poszanowaniem odmienności. Jak podkreśla Tadeusz Kowalak, „imperatyw wolności stanowi podstawę filozoficzną tej społeczności, jej sposobu rządzenia się i gospodarowania”²⁶. W odniesieniu do polityki społecznej przywiązanie do idei wolności społeczeństwa amerykańskiego skutkuje głęboko zakorzenioną, niemal podświadomą niechęcią do rozwiązań federalnych, centralnie narzucanych wszystkim stanom, bez względu na ich zróżnicowanie demograficzne i ekonomiczne. Silny opór społeczny wobec propozycji polityk realizowanych na poziomie federalnym można dostrzec przy każdorazowej próbie zreformowania systemu ubezpieczeń społecznych, czego doskonałym przykładem były nastroje Amerykanów towarzyszące propozycji reformy systemu służby zdrowia zaprezentowanej przez Baracka Obamę pod koniec 2008 roku.

Z drugiej jednak strony największe obecnie programy federalne, pochłaniające niemal jedną trzecią budżetu państwa, czyli *Social Security* (system ubezpieczeń społecznych), *Medicare* i *Medicaid* (systemy ochrony zdrowia) cieszą się niesłabnącym poparciem społecznym i stanowią główny filar świadczeń na rzecz osób starszych. Jednym z możliwych wyjaśnień tego typu rozbieżności opinii jest tradycyjne wśród Amerykanów przywiązanie do niezależności oraz tradycja polegania na sobie (*independence* i *self-reliance*)²⁷. Programy takie jak *Social Security* pozwalają zachować osobistą godność i uniknąć groźby życia w niedostatku na starość. Pomimo stosunkowo niskich kwot emerytur wypłacanych przez państwo mają one opinię świadczeń gwarantowanych i pewnych, w przeciwieństwie do prywatnych programów emerytalnych oferowanych przez pracodawców, które – jak pokazały liczne przypadki – objęte są ryzykiem i pozostają zależne od koniunktury gospodarczej w danym okresie oraz w danej branży gospodarki.

W rozważaniach na temat amerykańskiego modelu państwa dobrobytu nie sposób nie odwołać się do ideologicznych rozbieżności, a co za tym idzie – różnic w realizowanych programach politycznych, Partii Republikańskiej

26 T. Kowalak, *Problemy społeczne Stanów Zjednoczonych*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Warszawa 1996, s. 27.

27 J.H. Schulz, R.H. Binstock, *Aging Nation: The Economics and Politics of Growing Older in America*, John Hopkins University Press, Baltimore 2008.

i Partii Demokratycznej. Tadeusz Kowalak wyróżnia dwie koncepcje rozwoju społeczno-gospodarczego Stanów Zjednoczonych: wolnorynkową i interwencyjną²⁸. W świetle tej klasyfikacji republikanie tradycyjnie opowiadają się za filozofią wolnorynkową, a jedną z jej konsekwencji jest przerzucenie odpowiedzialności za zgromadzenie środków na starość na obywateli, a nawet „obwinianie” osób starszych znajdujących się na granicy ubóstwa za brak wystarczającej przedsiębiorczości i zapobiegliwości w ciągu całego cyklu życia. Koncentrując się na najnowszej historii polityki społecznej USA, można zauważyć, jak wyraźne są dążenia Partii Republikańskiej do sprywatyzowania systemu emerytalnego²⁹. Demokraci natomiast wyznają zasadę pomocniczości i interwencji państwa. Z kolejnych etapów rozwoju polityki społecznej wobec osób starszych w Stanach Zjednoczonych wynika pewna prawidłowość: postęp w tej dziedzinie obserwuje się przeważnie za prezydentury demokratów i to wtedy uchwalono przełomowe akty legislacyjne (*Social Security Act* – Franklin D. Roosevelt, przeciwdziałanie ubóstwu – John F. Kennedy, *Medicare* i *Medicaid* – Lyndon Johnson, aktywna polityka społeczna – Bill Clinton, reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych – Barack Obama).

W latach dziewięćdziesiątych XX wieku literaturę porównującą różne modele polityki społecznej zdominowała klasyfikacja duńskiego socjologa Gøsta Esping-Andersena, który dokonał podziału na reżimy liberalne (takie jak USA), konserwatywne (takie jak Niemcy) i socjaldemokratyczne (takie jak Szwecja). Biorąc pod uwagę schematyczność zastosowanych modeli oraz ograniczone kryteria klasyfikacji (poziom uniezależnienia jednostki od rynku oraz wpływ polityki socjalnej państwa na stopień stratyfikacji społecznej), posługiwanie się wyłącznie typologią Esping-Andersena jest symplifikacją, która ignoruje szereg unikalnych, typowych dla Stanów Zjednoczonych cech polityki społecznej. Zdaniem badacza USA reprezentują liberalny reżim społeczny³⁰, w którym etos pracy ceni się

28 T. Kowalak, *op. cit.*, s. 143.

29 Projekt prywatyzacji *Social Security* z 2005 roku omawiam w podrozdziale 1.3 poświęconym kształtowaniu się amerykańskiego modelu polityki społecznej wobec osób starszych w perspektywie historycznej.

30 Obok reżimu liberalnego, typowego dla krajów takich jak Stany Zjednoczone, Kanada i Australia, Esping-Andersen wyróżnia reżim konserwatywno-korporacyjny (Francja, Niemcy, Włochy) oraz socjaldemokratyczny (Szwecja,

wyżej niż pomoc społeczną świadczoną przez państwo. W modelu liberalnym państwo – oprócz zapewniania minimum socjalnego niezbędnego do przeżycia – zachęca obywateli do samodzielnego zatroszczenia się o swój byt. Zjawiskiem typowym dla Stanów Zjednoczonych są tak zwane selektywne (wybiórcze) świadczenia socjalne przyznawane indywidualnie na podstawie kryterium dochodowego (*means-tested entitlements*). W opinii publicznej pojawiają się zarzuty, że państwo nie chroni interesów klasy średniej, uzależnionej od prywatnych ubezpieczycieli. W USA nie istnieją programy pomocowe o charakterze uniwersalnym. Pomoc socjalna skierowana jest do osób najbardziej potrzebujących, do których – w zależności od okresu historycznego – zaliczyć można weteranów wojennych, samotne matki, osoby niepełnosprawne, żyjące na granicy ubóstwa oraz ludzi starych³¹.

Kolejną cechą charakterystyczną amerykańskiego modelu państwa dobrobytu jest przewaga świadczeń niepieniężnych nad pieniężnymi (na przykład kupony żywnościowe, opieka świadczona przez pracownika socjalnego, konsultacja lekarska w ramach *Medicare* itd.). W porównaniu z reżimami socjaldemokratycznymi, typowymi dla krajów nordyckich, przesunięcie środka ciężkości z odpowiedzialności państwowej na odpowiedzialność rynku i rodzin skutkuje stosunkowo dużą samodzielnością osób starszych. Co więcej, Stany Zjednoczone są uznawane za pioniera w realizacji tak zwanej aktywnej polityki społecznej, której wyrazem było uchwalenie w 1996 roku ustawy o łączeniu osobistej odpowiedzialności z szansami na pracę (*Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* z dnia 22 sierpnia 1996 roku). W opinii Karlheinz Deschnera typowe dla społeczeństwa amerykańskiego przywiązanie do etyki protestanckiej i kapitalizmu sprzyja kształtowaniu postaw egoistycznych, zorientowanych

Norwegia, Holandia). Typologia Esping-Andersena zastępuje wcześniej stosowany termin „model społeczny”, spopularyzowany przez Richarda Titmussa, nowym terminem „reżim społeczny”; zob.G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity, Cambridge 1990; R. Titmuss, *Social Policy. An Introduction*, Allen and Unwin, London 1974.

31 J. Alber, *What the European and American Welfare States Have in Common and Where They Differ: Facts and Fiction in Comparisons of the European Social Model and the United States*, „Journal of European Social Policy” 2010, vol. 20(2), s. 102–125.

na zaspokojenie własnych potrzeb, graniczących z chciwością i zwierzęcym „zaszczuciem”³².

Z klasyfikacją Esping-Andersena oraz jej wcześniejszymi wariantami (typologią Richarda Titmussa, Thomasa Marshalla i innymi) polemizują współcześni badacze amerykańskiej polityki społecznej³³. W literaturze przedmiotu powtarza się sformułowanie opisujące Stany Zjednoczone jako *welfare laggard*, czyli, w dosłownym tłumaczeniu, „opieszalca” i „guzdra-łę” w kwestiach związanych z pomocą społeczną. Tymczasem profesor Neil Gilbert oraz grono naukowców skupionych wokół Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) twierdzą, że Stany Zjednoczone nie odbiegają standardami od europejskich państw opiekuńczych, tylko że świadczenie pomocy społecznej odbywa się tam w inny, bardziej pośredni sposób³⁴. OECD od kilku lat promuje koncepcję „odmienności” amerykańskiego modelu państwa opiekuńczego, która polemizuje ze współczesną tendencją do definiowania Stanów Zjednoczonych jako modelu „niedojrzałego” lub „niekompletnego”³⁵. Gilbert wprowadza nowy, alternatywny paradygmat tak zwanego państwa usamodzielniającego³⁶ (*enabling state*), które uczy obywateli odpowiedzialności za swój los i odzwierciedla charakterystyczne dla Stanów Zjednoczonych, „urynkowione” podejście do opieki społecznej (*market-oriented approach to social welfare*)³⁷. Naukowcy argumentują, że tym co odróżnia USA od Europy jest struktura, kompozycja wydatków

32 K. Deschner, *Moloch. Krytyczna historia Stanów Zjednoczonych*, tłum. A. Baniukiewicz, Uraeus, Gdynia 1996, s. 15–16, [cyt. za:] T. Paleczny, *Współczesne społeczeństwo amerykańskie w perspektywie socjologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 21.

33 Zob. N. Gilbert, *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, Oxford–New York 2002; J. Alber, *The European Social Model and the United States*, „European Union Politics” 2006, vol. 7(3), s. 393–419.

34 *Ibidem*.

35 J. Alber, *op. cit.*, s. 103–104.

36 Tłumaczenie terminu za: M. Grewiński, *Integracja czy dezintegracja usług społecznych w Europie? Konsekwencje dla wielosektorowej polityki społecznej*, [w:] *Integracja socjalna z perspektywy członkostwa Polski w Unii Europejskiej*, red. K. Głąbicka, Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2008.

37 N. Gilbert, *op. cit.*, s. 44.

na pomoc społeczną, a nie ich wysokość³⁸. W celu porównania wydatków państw na cele socjalne OECD proponuje rozdzielić wydatki brutto (określane jako procent PKB) od wydatków netto (*gross vs. net social expenditure*), a także uwzględnić wydatki sektora prywatnego. Okazuje się bowiem, że o ile wydatki rządu federalnego na pomoc społeczną brutto, mierzone jako odsetek PKB, są w USA zauważalnie niższe niż w większości krajów europejskich (patrz tabela 1.5), o tyle wydatki na cele socjalne netto (publiczne i prywatne) są porównywalne do krajów skandynawskich (patrz tabela 1.6).

Tabela 1.5. Wydatki państw na cele społeczne brutto (jako procent PKB) – zestawienie sześciu państw o najwyższych i najniższych wskaźnikach według danych z 2005 roku

Kraj	Wydatki państwa na cele społeczne brutto (procent PKB)
Szwecja	34,6
Francja	33,8
Dania	31,9
Austria	30,6
Niemcy, Belgia	29,9
Finlandia	29,8
Australia	19,2
Irlandia	19,0
Kanada, Słowacja	18,6
Stany Zjednoczone	17,1
Meksyk	8,3
Korea	7,8

Źródło: zestawienie własne na podstawie W. Adema, M. Ladaïque, *How Expensive is the Welfare State? Gross and Net Indicators in the OECD Social Expenditure Database (SOCX)*, „OECD Social, Employment, and Migration Working Papers” 2009, nr 92 OECD, s. 48.

38 Zob. *ibidem*; W. Adema, M. Ladaïque, *How Expensive is the Welfare State? Gross and Net Indicators in the OECD Social Expenditure Database (SOCX)*, „OECD Social, Employment, and Migration Working Papers” 2009, nr 92, OECD; J. Alber, *op. cit.*

Tabela 1.6. Wydatki publiczne i prywatne na cele społeczne netto (jako procent PKB) – zestawienie sześciu państw o najwyższych i najniższych wskaźnikach według danych z 2005 roku

Kraj	Wydatki (publiczne + prywatne) na cele społeczne netto (jako procent PKB)
Francja	33,6
Belgia	30,3
Niemcy	30,2
Wielka Brytania	29,5
Szwecja	29,3
Stany Zjednoczone	27,2
Polska	19,7
Nowa Zelandia	18,8
Irlandia	18,3
Słowacja	17,6
Korea	10,7
Meksyk	9,4

Źródło: zestawienie własne na podstawie W. Adema, M. Ladaïque, *How Expensive is the Welfare State? Gross and Net Indicators in the OECD Social Expenditure Database (SOCX)*, „OECD Social, Employment, and Migration Working Papers” 2009, nr 92, OECD, s. 48.

Za oddzielną analizą wydatków brutto i netto przemawiają następujące argumenty:

a) państwa często „odbierają sobie” część wydatków na cele społeczne dzięki wpływom z podatków;

b) istnieją pośrednie formy świadczenia pomocy przez państwo, na przykład ulgi podatkowe oferowane wybranym grupom społecznym;

c) państwa mogą przerzucić część odpowiedzialności za świadczenie usług społecznych na pracodawców;

d) w niektórych krajach (w tym w USA) organizacje charytatywne i prywatni darczyńcy stanowią istotny element krajobrazu usług społecznych³⁹.

Z powyższego zestawienia wynika, że biorąc pod uwagę wydatki państwa na pomoc społeczną brutto, Stany Zjednoczone plasują się na trzecim miejscu od końca (według danych z 2005 roku). Znamienny jest jednak „awans” USA

39 J. Alber, *op. cit.*, s. 104.

do grupy krajów o najwyższym wskaźniku wydatków na cele socjalne, gdy pod uwagę brane są wydatki publiczne i prywatne netto. Stany Zjednoczone charakteryzuje wysoki udział wydatków prywatnych na cele związane zarówno z opieką zdrowotną, jak i z systemem emerytalnym. Zjawisko to wytłumaczyć można powszechnym uczestnictwem Amerykanów w programach ubezpieczeniowych oferowanych przez pracodawcę (zarówno w grupowych planach opieki zdrowotnej, jak i pracowniczych programach emerytalnych), co dodatkowo podkreśla specyfikę amerykańskiego modelu państwa opiekuńczego uzależnionego od faktu posiadania zatrudnienia. W praktyce utrata pracy w USA obciąża jednostkę podwójnie: nie tylko utratą zarobków, lecz również utratą podstawowych praw socjalnych⁴⁰. Wysoki nakład wydatków prywatnych na cele socjalne jest także rezultatem stosunkowo dużego udziału oddolnych inicjatyw (organizacji charytatywnych, prywatnych darczyńców) w ogólnym krajobrazie amerykańskiego rynku usług społecznych, co świadczy o zaawansowanym stopniu rozwoju społeczeństwa obywatelskiego w USA.

Podsumowując, Stany Zjednoczone odróżnia od Europy przede wszystkim:

a) silna zależność od prywatnych źródeł finansowania w obszarze świadczeń emerytalnych i opieki zdrowotnej;

b) przewaga świadczeń socjalnych uzależnionych od faktu posiadania zatrudnienia;

c) przewaga świadczeń socjalnych o charakterze selektywnym (wybiórczym)⁴¹.

Stany Zjednoczone zaczynają podzielać wartości „Europy socjalnej” w takich kwestiach, jak zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną i objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym jak największej liczby obywateli. Z drugiej jednak strony pewne zmiany świadczą o „amerykanizacji” europejskich systemów socjalnych, czego przykładem może być zwrot w kierunku aktywnej polityki społecznej, dążenie Unii Europejskiej do zwiększenia wskaźnika zatrudnienia, nacisk na rozwój ekonomiczny i gospodarkę opartą na wiedzy, a także wzrost znaczenia prywatnych, kapitałowych komponentów świadczeń emerytalnych (odpowiedników II i III filara systemu emerytalnego w Polsce).

40 *Ibidem*, s. 114.

41 *Ibidem*.

1.3. Kształtowanie się amerykańskiego modelu polityki społecznej wobec starzenia się ludności w ujęciu historycznym

To, kim teraz jesteśmy, w dużej mierze zawdzięczamy Przyszłości. Wszyscy opieramy się na barkach pokoleń, które żyły przed nami. To poprzednie pokolenia zbudowały szkoły i wcieliły w życie ideę wykształconego społeczeństwa. To one napisały książki, rozwinęły naukowy sposób myślenia, wprowadziły zasady etyczne, odkryły nasz kraj, rozwinęły go, walczyły o jego wolność, spoiły go, wykorzystały jego zasoby, zbudowały koleje i fabryki, rozwinęły nowe technologie [tłum. aut.].

Robert Ball, Social Security Commissioner, 1985

Kształtowanie się współczesnej amerykańskiej polityki społecznej spłotło się w czasie z tak istotnymi wydarzeniami historycznymi i politycznymi, jak wojna secesyjna, I wojna światowa, Wielka Depresja gospodarcza, II wojna światowa oraz rozkwit ruchów pacyfistycznych i kontrkulturowych w latach sześćdziesiątych XX wieku. W krótkiej, niewiele ponad dwusetletniej historii Stanów Zjednoczonych dostrzec można swoistą ewolucję społecznego postrzegania kwestii polityki społecznej i opieki nad osobami starszymi. Obecnie trudno mówić o spójnym, możliwym do zdefiniowania „modelu” amerykańskiej polityki społecznej, gdyż jest to rozległy obszar polityki podlegający nieustannym zmianom. Każda kolejna prezydentura w mniejszym lub większym stopniu modyfikuje funkcjonowanie systemu programów, usług i świadczeń społecznych, czego przykładem mogą być reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych wdrażane przez administrację prezydenta Baracka Obamy. Niemniej jednak w historii Stanów Zjednoczonych ludzie starsi zazwyczaj stanowili uprzywilejowaną grupę społeczną, a dbanie o ich prawa i zapewnienie im podstawowych środków do życia uchodzi w powszechnym przekonaniu za obowiązek państwa i narodu.

Pierwsza forma ustawodawstwa dotycząca kwestii opieki nad osobami starszymi została narzucona ludności zamieszkującej obszar Ameryki Północnej pod postacią Aktu Elżbietańskiego⁴² z 1601 roku, który nakładał na rodzinę

42 Akt Elżbietański (*Elizabethan Poor Law*) z 1601 roku, potocznie zwany „ustawą o ubogich”, to prawo wydane na fali ruchów protestanckich w Anglii. Na mocy

obowiązek opieki nad starszymi krewnymi. Na przestrzeni kolejnego stulecia ludzie starsi wspierani byli przez filantropów oraz stowarzyszenia charytatywne. W XVIII wieku z funduszy publicznych zaczęto budować przytułki (*almshouses*) dla osób starszych, sierot, drobnych przestępców i ludzi chorych. W XIX wieku osiemnaście stanów wprowadziło system kar dla rodzin, które nie opiekowały się swoimi krewnymi. W tym samym czasie rozpoczęto wdrażanie przepisów o obowiązkowym ustępowaniu stanowisk przez urzędników, których wiek uchodził za sędziwy. Przełom XIX i XX wieku przyniósł wzrost nakładów finansowych na domy dziecka, więzienia oraz ośrodki opieki dla niewidomych i głuchoniemych, w związku z czym dawne przytułki stały się w głównej mierze domami opieki dla osób starszych. Mimo negatywnego postrzegania przytułków jako miejsc osamotnienia i zesłania „problematycznych” dla społeczeństwa osób starszych na początku XX wieku zamieszkiwało je około 2% ogółu seniorów⁴³. Warto w tym miejscu wyjaśnić, że średnia długość trwania życia notowana na przełomie XVIII i XIX wieku znacznie odbiegała od dzisiejszych standardów. W 1787 roku wynosiła 35 lat, a w 1800 roku 42 lata⁴⁴. W ówczesnym kontekście historycznym opieka nad ludźmi starszymi polegała na zapewnieniu warunków do życia niepracującym osobom w wieku około 40 lat.

Wiek XIX w historii Stanów Zjednoczonych to okres dynamicznego rozwoju pierwszych zinstytucjonalizowanych form pomocy społecznej, jakimi były emerytury dla weteranów wojennych. W 1818 roku rząd federalny ustanowił emerytury dla byłych żołnierzy, którzy służyli w wojsku przez co najmniej dziewięć miesięcy i znajdowali się w złej sytuacji materialnej. Prezydent James Monroe jako pierwszy zwrócił uwagę na trudne warunki życia weteranów wojennych. Jednak kwestia zapewnienia świadczeń

Aktu powstały tzw. domy poprawy, będące odpowiednikiem dzisiejszych instytucji resocjalizacji, oraz domy pracy przymusowej, w których umieszczano ubogich i zapewniano im zajęcie. Wydanie Aktu Elżbietańskiego jest symbolicznie uznawane za cezurę kończącą okres odpowiedzialności Kościoła za los ubogich i przenoszącą ją na rodziny i państwo.

43 A.W. Achenbaum, *Aging Policy (United States)*, [w:] *Encyclopedia of Social Welfare History in North America*, eds. J.M. Herrick, P.H. Stuart, Sage Publications, Thousand Oaks 2005, s. 25–27.

44 U.S. Census Bureau, *65+ in the United States*, U.S. Government Printing Office, Washington 1996, [cyt. za:] *The Handbook of Social Policy*, eds. J. Midgley, M.B. Tracy, M. Livermore, Sage Publications, Thousand Oaks 2000, s. 210.

finansowych kombatantom stała się ważnym postulatem politycznym dopiero po wojnie secesyjnej. W latach 1886–1911 liczba beneficjentów emerytur wzrosła siedmiokrotnie⁴⁵. W 1912 roku granica wieku, której przekroczenie uprawniało do pobierania emerytury, wynosiła 62 lata. Podeszły wiek sam w sobie był społecznie postrzegany jako forma niepełnosprawności⁴⁶. Według Thedy Skocpol powojenne świadczenia socjalne były wyjątkowo wysokie w porównaniu ze standardami międzynarodowymi. Co więcej, obejmowały nie tylko weteranów, lecz również członków ich rodzin oraz wdowy po żołnierzach⁴⁷. Z drugiej jednak strony Tadeusz Kowalak słusznie zauważa, że „w porównaniu z krajami Europy publiczna aktywność w dziedzinie rozwiązywania problemów społecznych pojawiła się w Stanach Zjednoczonych stosunkowo późno”⁴⁸. To Niemcy pod rządami Bismarcka były pionierem w rozwoju nowoczesnych form opieki nad osobami starszymi. Bismarck wstąpił się nie tylko jako premier Prus i Żelazny Kanclerz Rzeszy, lecz przede wszystkim jako ojciec koncepcji zabezpieczenia społecznego i twórca pierwszego systemu emerytalnego w historii świata zachodniego⁴⁹. Po wprowadzeniu systemu ubezpieczeń społecznych w Niemczech w 1889 roku w ciągu następnych dwudziestu lat kolejne kraje europejskie (m.in. Dania, Belgia, Francja, Wielka Brytania i Szwecja) zaadaptowały rozwiązania zaproponowane przez Bismarcka⁵⁰. Stosunkowo późne wprowadzenie systemu ubezpieczeń społecznych w Stanach Zjednoczonych tłumaczone jest wieloma czynnikami – relatywnie dobrą koniunkturą gospodarczą, dużym stopniem decentralizacji władz państwowych, a przede wszystkim kultem indywidualizmu obecnym w amerykańskiej ideologii politycznej⁵¹.

45 A.W. Achenbaum, *op. cit.*, s. 26.

46 *Ibidem*.

47 T. Skocpol, *The Politics of American Social Policy, Past and Future*, [w:] *Individual and Social Responsibility: Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America*, ed. V.R. Fuchs, , University of Chicago Press, Chicago 1996, s. 309–340.

48 T. Kowalak, *op. cit.*, s. 140.

49 L. Gall, *Bismarck: The White Revolution*, cz. 1, Unwin Hyman, London 1986, [cyt. za:] J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*, s. 47.

50 J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*, s. 50.

51 *Ibidem*, s. 71.

Badacze polityki społecznej Stanów Zjednoczonych zwracają uwagę na to, że pogorszenie jakości życia osób starszych zbiegło się w czasie z rewolucją przemysłową i odejściem od rolniczego charakteru wczesnej Ameryki⁵². System rynkowy wprowadził koncepcję „użyteczności” jednostki, która zależała od jej możliwości produkcyjnych. Osoby starsze, często przewlekle chore lub niedołążne, przegrywały rywalizację w realiach uprzemysłowienia i zostawały na starość bez środków do życia. Franklin D. Roosevelt, będąc jeszcze gubernatorem Nowego Jorku, powiedział: „zjawisko zubożenia osób starszych nie powinno być postrzegane ani jako dyshonor, ani jako efekt braku zapobiegliwości. Na ogół jest po prostu efektem ubocznym nowoczesnego, zindustrializowanego życia” [tłum. aut.]⁵³. Wówczas nikt jeszcze nie przypuszczał, że kilka lat później już jako prezydent Stanów Zjednoczonych Roosevelt wcieli swe poglądy w życie i wprowadzi powszechny system ubezpieczeń społecznych w USA.

Od początku XX wieku na fali reform ery postępu (*Progressive Era*) w Stanach Zjednoczonych zaczęto dyskutować nad wprowadzeniem uniwersalnej formy pomocy finansowej dla osób starszych. Pionierem w kwestii ustawodawstwa w tej dziedzinie była Arizona. W 1915 roku stan ten jako pierwszy wprowadził ustawę o pomocy socjalnej na starość (*Old-age assistance law*), która zakładała likwidację przytułków, ustanawiając w zamian emeryturę dla osób starszych. Jednak ze względu na nieprecyzyjność sformułowań i związaną z nią dowolność interpretacji ustawa została uznana za sprzeczną z konstytucją. W latach 1923–1934 roku większość stanów wprowadziła przepisy chroniące osoby starsze, w tym skromne świadczenia emerytalne, które znacznie różniły się wysokością⁵⁴.

W październiku 1929 roku w wyniku krachu na giełdzie w Stanach Zjednoczonych rozpoczął się czteroletni okres zwany „wielkim kryzysem” lub „wielką depresją” gospodarczą. Poprawa sytuacji ekonomicznej nastąpiła dzięki

52 Zob. F. Torres-Gil, *The New Aging. Politics and Change in America*, Auburn House, New York 1992; B. Gratton, *Old Age and the Search for Security: An American Social History*, Indiana University Press, Bloomington 1994; R.H. Binstock, J.H. Schulz, *Aging Nation: The Economics and Politics of Growing Older in America*, John Hopkins University Press, Baltimore 2008.

53 G. Rimlinger, *Welfare Policy and Industrialization in Europe, America, and Russia*, Wiley, New York 1971, s. 212.

54 B.N. Armstrong, *Old Age Security Staff Report*, 1935, dostępne przez <http://www.ssa.gov/history/reports/ces/ces2armstaff.html> (17.02.2010).

wdrożeniu systemu reform opracowanych przez nowo wybranego prezydenta Franklina D. Roosevelta wiosną 1933 roku. Program ten, zwany Nowym Ładem Gospodarczym (*New Deal*), okazał się punktem zwrotnym w historii amerykańskiej polityki społecznej. Doprowadził do uchwalenia w 1935 roku ustawy o ubezpieczeniach społecznych (*Social Security Act* – SSA) – pierwszego dokumentu wprowadzającego powszechne świadczenia emerytalne w Stanach Zjednoczonych. Przesłanką do uchwalenia SSA były narastające protesty społeczne spowodowane kryzysem ekonomicznym, w tym w szczególności prężnie działający ruch starszych aktywistów skupiony wokół Francisca Townsenda. Niezwiązany wcześniej z polityką Townsend, z zawodu lekarz, stracił pracę podczas wielkiego kryzysu gospodarczego, a osiągnąwszy wiek emerytalny, stał się reprezentantem interesów ludzi starszych. W 1933 roku sformułował plan, w którym postulował wprowadzenie powszechnych emerytur dla kobiet i mężczyzn po 60. roku życia w wysokości 200 dolarów miesięcznie. Warunkiem otrzymania świadczenia emerytalnego miała być gwarancja dalszego nieangażowania się w jakąkolwiek działalność zarobkową, przeszłość nieskalana czynami karalnymi oraz obietnica wydatkowania całej kwoty na terytorium Stanów Zjednoczonych w terminie maksymalnie 30 dni od otrzymania świadczenia⁵⁵. Plan Townsenda w znacznej mierze przyczynił się do uchwalenia ustawy o ubezpieczeniach społecznych. Co więcej, wywarł wpływ na społeczne postrzeganie kwestii osób starszych – wypromował ideę niesienia pomocy finansowej wiekowym Amerykanom. Skupieni w licznych klubach Townsenda starsi aktywiści poczuli się ogólnonarodową siłą polityczną o uzasadnionych potrzebach i żądaniach. W szczytowym momencie liczbę członków klubów Townsenda szacuje się na około 2 miliony osób⁵⁶.

W dniu 14 sierpnia 1935 roku prezydent F.D. Roosevelt podpisał ustawę o ubezpieczeniach społecznych (SSA) oraz powołał do życia Radę ds. Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Board – SSB) – organ będący załącznikiem współczesnego Urzędu ds. Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration). Ustawa wprowadziła emerytury dla osób, które ukończyły 65. rok życia i podczas swojej aktywności zawodowej zarobiły co najmniej dwa tysiące

55 Social Security Administration, *The Townsend Plan Movement*, dostępne przez <http://www.ssa.gov/history/towns5.html> (26.02.2010).

56 E. Amenta, *When Movements Matter: The Townsend Plan and the Rise of Social Security*, Princeton University Press, Princeton 2006.

dolarów. Wysokość emerytury uzależniona była od średniej wysokości zarobków danej osoby, lecz nie mogła przekroczyć maksymalnej wartości 85 dolarów miesięcznie. Finansowanie ubezpieczenia społecznego miało pochodzić z podatku od wynagrodzeń (*payroll tax*), a partycypacja w kosztach została rozłożona na pracowników i pracodawców. Założeniem Roosevelta było niepokrywanie kosztów nowego ustawodawstwa ze Skarbu Państwa. Protesty swoich doradców, niechętnych podatkom, Roosevelt gasił, argumentując, że „te podatki [nałożone przez *Social Security Act* – przyp. aut.] nie są kwestią ekonomiczną, lecz kwestią *stricte* polityczną” oraz że „kontrybucje te dają podatnikom prawne, moralne i polityczne prawo do pobierania emerytur i zasiłków dla bezrobotnych” [tłum. aut.]⁵⁷.

Problem stanowiły te osoby, które od momentu wprowadzenia ustawy kwalifikowały się do korzystania ze świadczeń emerytalnych pod względem wieku, jednak nie zdążyły przepracować wymaganej liczby lat i odprowadzić podatków od wynagrodzenia, czyli tak zwani wcześnie uczestnicy (*early participants*). Kongres zdecydował, żeby mimo wszystko wypłacić im świadczenia. Powodem tej decyzji była realnie trudna sytuacja materialna osób starszych po Wielkiej Depresji gospodarczej, które często żyły w warunkach skrajnego ubóstwa. Oprócz względów humanitarnych czynnikiem motywującym były również niespotykane wysokie wskaźniki bezrobocia, które Kongres postanowił obniżyć, zachęcając osoby starsze do opuszczenia rynku pracy⁵⁸.

Należy podkreślić, że nie wszystkie grupy społeczne zostały objęte przywilejem pobierania emerytur na starość. Zgodnie z rozdziałem 210. ustawy SSA prawo do świadczeń emerytalnych nie przysługiwało osobom pracującym na roli, prowadzącym gospodarstwo domowe, zatrudnionym przez rząd amerykański, piastującym stanowiska państwowe lub zatrudnionym przez fundacje prowadzące działalność o charakterze charytatywnym, naukowym, edukacyjnym i religijnym⁵⁹. W praktyce przepisy te uderzały w interesy kobiet, które w większości stanowiły siłę roboczą sektorów wykluczonych z prawa do świadczeń.

57 Wypowiedzi Franklina D. Roosevelta pochodzą z: A.M. Schlesinger, *The Coming of the New Deal*, Houghton Mifflin, Boston 1959, [cyt. za:] J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*, s. 53.

58 J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*

59 United States Congress, *Social Security Act*, ustawa z dnia 14 sierpnia 1935 roku.

Mimo tych braków ustawa o ubezpieczeniach społecznych z 1935 roku, a w szczególności wchodzący w jej skład program ubezpieczeń dla osób starszych (*Old Age Insurance* – OAI), był pierwszym ogólnonarodowym przykładem legislacji, która spajała przeciwstawne do tej pory interesy poszczególnych stanów i rządu federalnego⁶⁰. Z tego też względu z historycznego punktu widzenia ocena SSA jest w przeważającym stopniu pozytywna, a sam rok 1935 określany jest jako przełomowy dla amerykańskiej polityki społecznej. Jak wykaże dalszy przegląd rozwiązań legislacyjnych, kolejne akty prawne będą dążyły do objęcia prawem do emerytur i innych świadczeń socjalnych coraz szerszych grup społecznych.

W ciągu kolejnych czterech dekad ustawa o ubezpieczeniach społecznych została uzupełniona szeregiem poprawek. W 1939 roku rozszerzono zakres świadczeń emerytalnych na wdowy i sieroty po zmarłych beneficjentach. Do tychczasowa nazwa została zmieniona na program ubezpieczeń dla osób starszych i członków ich rodzin (*Old Age and Survivors Insurance* – OAI → OASI). W 1956 roku pakietem ochronnym objęto niepełnosprawnych pracowników i osoby od nich zależne, niepełnosprawne wdowy i wdowców po osobach ubezpieczonych, a także niepełnosprawne dorosłe dzieci ubezpieczonych pracowników, które doznały uszczerbku na zdrowiu przed 22. rokiem życia. Tym samym ustawa zmieniła nazwę na program ubezpieczeń dla osób starszych, członków ich rodzin i osób niepełnosprawnych (*Old Age, Survivors, and Disability Insurance* – OASI → OASDI) i pod tą nazwą figuruje do dziś. Od 1965 roku dodatkowym elementem kompleksowego programu OASDI jest ubezpieczenie zdrowotne pod postacią federalnego programu opieki zdrowotnej (*Medicare*) skierowanego do osób powyżej 65. roku życia oraz niepełnosprawnych. Program *Medicare* finansowany jest z podatków od przychodu w wysokości 1,45%, niezależnie od wysokości zarobków. Odrębnym programem opieki zdrowotnej jest *Medicaid* – program ochrony dla osób najuboższych, finansowany z budżetu federalnego i budżetów stanowych⁶¹.

Należy zwrócić uwagę na istotne różnice pomiędzy tak zwanymi programami ubezpieczeń społecznych (OASDI, *Medicare* i inne) a programami publicznej

60 T. Skocpol, *op. cit.*

61 F. Torres-Gil, V. Villa, *Social Policy and the Elderly*, [w:] *The Handbook of Social Policy*, eds. J. Midgley, M.B. Tracy, M. Livermore, Sage Publications, Thousand Oaks 2000.

pomocy społecznej (*Medicaid, Supplemental Security Income, Food Stamps* i inne)⁶². Programy ubezpieczeń są współfinansowane przez osoby ubezpieczone, programy pomocowe natomiast finansują rząd federalny oraz poszczególne stany, a warunkiem otrzymania pomocy jest spełnienie określonych kryteriów, na przykład udokumentowanie uzyskiwania dochodów na poziomie poniżej progu ubóstwa. Tego typu programem jest ustanowiony w 1972 roku *Supplemental Security Income* (SSI), tzw. uzupełniający dochód zabezpieczeniowy. Program zapewnia wsparcie finansowe osobom starszym, niewidomym lub niepełnosprawnym, których dochody nie przekraczają określonego progu.

SSI został zainicjowany przez rząd federalny za czasów prezydentury Richarda Nixona, republikanina. Może to świadczyć o tym, że kwestie związane z zapewnieniem opieki osobom starszym cieszyły się wtedy w Ameryce dużym poparciem społecznym, a nastroje w sposób pośredni wpływały na decyzje władz. Mimo że idea opiekuńczości i dążenie do rozbudowy legislacji dotyczącej polityki społecznej tradycyjnie przypisywane są demokratom (począwszy od Roosevelta, na Obamie kończąc), prezydenci republikanie, tacy jak Eisenhower, Nixon czy Ford, nie przejawiali skłonności do ograniczania wydatków na programy będące filarami amerykańskiego systemu ubezpieczeń społecznych. Dopiero Ronald Reagan w 1980 roku wystąpił z propozycją redukcji zasiłków socjalnych. Jego pomysł został jednak ostro skrytykowany przez Kongres i szybko zniknął z agendy projektów reform. Wówczas to amerykańscy dziennikarze w odniesieniu do zabezpieczenia społecznego zaczęli posługiwać się sformułowaniem *the third rail of American politics*, które omawiam na początku tego rozdziału⁶³.

Niezwykle istotną inicjatywą podjętą na poziomie federalnym było uchwalenie w 1965 roku ustawy o osobach starszych (*Older Americans Act – OAA*). Przyjęta jako część programu Wielkiego Społeczeństwa (*Great Society*) Lyndona Johnsona, zapewniła osobom starszym dostęp do szerokiego wachlarza usług na poziomie lokalnym. Program administrowany jest przez sieć stanowych i lokalnych Agencji ds. Starzenia się (*Area Agencies on Aging*). Ich celem jest zapewnienie osobom starszym dostępu między innymi do usług opiekuńczych i żywnościowych, porad prawnych, konsultacji u rzeczownika praw obywatelskich, usług transportowych, szkoleń zawodowych i innych. Istotnym komponentem OAA

62 T. Kowalak, *op. cit.*

63 J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*

jest program *Meals-on-wheels*, który organizuje dostawę posiłków bezpośrednio do domostw potrzebujących osób starszych. Dzięki wsparciu OAA znaczna liczba ludzi starszych może pozostać we własnych domach, bez konieczności korzystania z różnych form całodobowej zinstytucjonalizowanej opieki. Na mocy OAA powstała także sieć klubów seniora, w których ich członkowie mają możliwość nawiązywania kontaktów towarzyskich. Lokalny charakter tego typu placówek stwarza osobom starszym infrastrukturę niezbędną do społecznej aktywności oraz poczucia reprezentacji interesów tej grupy społecznej⁶⁴.

Wraz z upływem czasu zaczęto dostrzegać niedoskonałości programów administrowanych przez agencje stanowe w ramach OAA. Decentralizacja i przenieście odpowiedzialności za zapewnienie dostępu do usług osobom starszym z rządu federalnego na władze stanowe doprowadziły do ogromnej liczebności i różnorodności programów pomocowych. To z kolei sprawiło, że zaczęły zanikać odrębność i rozpoznawalność programów skierowanych do osób starszych, prowadząc w konsekwencji do powstania systemu zbyt rozdrobnionego i ociężałego. Poza tym osoby niewykształcone, ubogie lub niewładające językiem angielskim miały trudności z dotarciem do oddziałów OAA – zawiódł system rozpowszechniania informacji o dostępnych formach wsparcia⁶⁵.

W 1967 roku prezydent Johnson podpisał ustawę zakazującą dyskryminacji ze względu na wiek na rynku pracy (*Age Discrimination in Employment Act* – ADEA), która objęła ochroną pracowników pomiędzy 40. a 65. rokiem życia. Ustawa zakazuje stosowania praktyk dyskryminacyjnych w zakresie dostępu do zatrudnienia, możliwości awansu, wysokości wynagrodzeń oraz świadczeń socjalnych z tytułu wykonywanej pracy. W 1978 roku górna granica wieku osób chronionych przez prawo została podniesiona do 70 lat dla pracowników sektora prywatnego i całkowicie zlikwidowana dla pracowników sektora publicznego. Na mocy poprawki z 1986 roku ustawa całkowicie zlikwidowała górną granicę wieku (70 lat) i zniosła obowiązek przejścia na emeryturę z chwilą osiągnięcia wieku emerytalnego⁶⁶.

64 F. Torres-Gil, V. Villa, *op. cit.*

Szczegółowe omówienie struktury i znaczenia ustawy o osobach starszych (*Older Americans Act*) zamieszczono w części poświęconej programom i usługom skierowanym do seniorów (podrozdział 1.5).

65 F. Torres-Gil, V. Villa, *op. cit.*

66 L.E. Dubé, *Removing the Cap – Eliminating Mandatory Retirement Under the ADEA*, „*Employment Relations Today*” 1988 vol. 15(3), s. 199–204.

Pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku zaobserwować można spadek społecznego poparcia dla idei wspierania seniorów, a także zmianę kreowanego przez media wizerunku osób starszych – już nie „zasługujących” i „potrzebujących”, lecz „chciwych” i „świadomych własnej siły politycznej” (tzw. *greedy geezers*)⁶⁷. Zmieniło się także postrzeganie kwestii aktywności ekonomicznej osób starszych. Od czasów rewolucji przemysłowej panowało powszechne przekonanie, że ludzie starsi „nie mogą pracować”. Na skutek stopniowego zwiększania się średniej długości trwania życia zmieniły się oczekiwania społeczne względem osób starszych, od których zaczęto oczekiwać aktywności zawodowej przynajmniej do czasu osiągnięcia pełnego wieku emerytalnego⁶⁸.

Do przyczyn tych zmian zaliczyć można opublikowanie w 1973 roku raportu dotyczącego stanu finansowego programu ubezpieczeń społecznych, w którym po raz pierwszy w historii istnienia tego programu prognozowano pogłębiający się deficyt. W rezultacie prezydent Reagan powołał w 1981 roku tak zwaną Komisję Greenspana⁶⁹, w której skład weszli członkowie obu partii, a której zadaniem było opracowanie rozwiązań zapobiegających dalszemu pogarszaniu się stabilności finansowej programu. Efektem prac komisji było wprowadzenie kolejnych poprawek do ustawy o ubezpieczeniach społecznych (SSA) z 1935 roku. Wśród najistotniejszych rekomendacji Komisji Greenspana można wymienić podniesienie podatku od wynagrodzeń, objęcie ubezpieczeniem kolejnych grup zawodowych (m.in. pracowników sektora non profit) oraz stopniowe podnoszenie wieku emerytalnego upoważniającego do pobierania pełnych świadczeń⁷⁰. Dodatkową, bardziej ogólną przyczyną spadku społecznego poparcia dla rozbudowy federalnych programów socjalnych pod koniec lat siedemdziesiątych

67 J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*, s. 8.

68 R.B. Hudson, *The Future of Age-Based Public Policy*, The John Hopkins University Press, Baltimore–London 1997.

69 Oficjalna nazwa komisji to Narodowa Komisja ds. Reformy Systemu Ubezpieczeń Społecznych (The National Commission on Social Security Reform). Jej nazwa potoczna (Greenspan commission) pochodzi od nazwiska przewodniczącego, dr. Alana Greenspana, ekonomisty, specjalisty w dziedzinie amerykańskiej polityki monetarnej, wieloletniego przewodniczącego Systemu Rezerwy Federalnej USA.

70 National Commission on Social Security Reform, *Report of the National Commission on Social Security Reform* oraz *Summary of Social Security Amendments of 1983 – Signed on April 20, 1983*, dostępne przez <http://www.ssa.gov/history/reports> (10.07.2010).

była wyjątkowo niekorzystna sytuacja ekonomiczna Stanów Zjednoczonych, z dwucyfrowym wskaźnikiem inflacji i rosnącym deficytem budżetowym.

Początek lat dziewięćdziesiątych, kampania wyborcza 1992 oraz wybór Billa Clintona na prezydenta USA przyniosły ożywienie zainteresowania kwestiami społecznymi po okresie względnej stagnacji za prezydentury Reagana i Busha w latach 1981–1993. Dwanaście lat rządów republikanów Tadeusz Kowalak komentuje w następujący sposób:

Całe ustawodawstwo socjalne okresu prezydentury Reagana i Busha było zorientowane na przekazanie jak największej odpowiedzialności za funkcjonowanie istniejącego systemu pomocy ze szczebla federalnego na szczebel stanów. Spowodowało to olbrzymią presję na budżety stanowe, które nie były na ogół w stanie sprostać potrzebom. Dwanaście lat rządów republikańskich nie przyniosło, mimo wyborczych obietnic, powszechnego dobrobytu. Bogacze wzbogacili się, biedacy, których liczba znacznie wzrosła, zbiednieli. Stany Zjednoczone dopomogły walnie upadkowi komunizmu, ale stały się równocześnie najbardziej zadłużonym krajem świata, nie złagodziły ostrości, nie mówiąc o rozwiązaniu istniejących problemów społecznych i stanęły w obliczu nowych⁷¹.

W tak opisywanych realiach społeczno-politycznych w kolejnej prezydenckiej kampanii wyborczej nie mogło zabraknąć postulatów bezpośrednio odnoszących się do jakości życia obywateli. Bill Clinton postawił na reformę systemu opieki zdrowotnej. Jednym z jego postulatów było wprowadzenie uniwersalnego ubezpieczenia zdrowotnego i objęcie nim blisko 40 milionów nieubezpieczonych obywateli. Projekt reformy Clintona nie został jednak nigdy zrealizowany. Wśród przyczyn wymienia się słabe poparcie społeczne, brak zdecydowanego poparcia wśród samych demokratów, którzy sceptycznie odnieśli się do konkretnych rozwiązań zaproponowanych przez administrację Clintona, inercję Kongresu i – w efekcie – niepodjęcie jakichkolwiek działań zmierzających do przyjęcia projektu⁷². Prezydentura Clintona zaowocowała jednak uchwaleniem w 1996 roku

71 T. Kowalak, *op. cit.*, s. 148.

72 D. Béland, A. Waddan, *The Politics of Social Policy Reform in the United States: The Clinton and the W. Bush Presidencies Reconsidered*, "Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP)" Research Paper no. 232, Hamilton 2008, dostępne przez <http://socserv.mcmaster.ca/sedap> (30.06.2010).

istotnego z punktu widzenia polityki społecznej aktu prawnego – ustawy o łączeniu osobistej odpowiedzialności z szansami na pracę (PRWORA)⁷³, która uchodzi za symbol amerykańskiej tradycji stymulowania przedsiębiorczości i samodzielności obywateli, bez względu na ich wiek. W praktyce ustawa zmniejszyła wymiar pomocniczości państwa poprzez redukcję do dwóch lat okresu, w którym osobom bezrobotnym przysługuje prawo do pobierania zasiłku. Legislacja tego typu może wydawać się niezgodna z ideologiczną linią Partii Demokratycznej, która tradycyjnie popiera rozbudowaną opiekę socjalną. Z drugiej jednak strony ocena ustawy z 1996 roku wypada pozytywnie, jeśli zastosuje się potoczne porównanie zaproponowanych rozwiązań do „wędkę” lub „ryby” oferowanej potrzebującemu. PRWORA motywuje do poszukiwania alternatywnych względem państwowych zasiłków źródeł utrzymania.

Okres prezydentury Georga W. Busha, a w szczególności jego drugiej kadencji (2005–2009), to w głównej mierze zakrojona na szeroką skalę „kampania PR-owa” osławiająca społeczeństwo amerykańskie z ideą prywatyzacji systemu ubezpieczeń społecznych. Hasłem przewodnim kampanii Busha było utworzenie osobistych kont emerytalnych (*personal accounts*), które stanowić miały trzon szerszej koncepcji „społeczeństwa opartego na własności” (*the ownership society*)⁷⁴. Bush Jr. w swoich przemówieniach często podkreślał chwiejność systemu ubezpieczeń społecznych i zapowiadał jego rychłe bankructwo, mimo iż prognozy zwiastowały nadejście kryzysu dopiero po 2040 roku, kiedy całe pokolenie powojennego wyżu demograficznego znajdzie się w gronie świadczeniobiorców⁷⁵. Linię ideologiczną prezydentury Busha wytłumaczyć można tym, że jako zdeklarowany republikanin zawsze krytykował ideę pomocniczości państwa, postulował ograniczenie roli rządu federalnego i opowiadał się za zwiększeniem poziomu osobistej odpowiedzialności. Ponadto, o czym warto pamiętać, na skutek inwazji Stanów Zjednoczonych na Afganistan i Irak zauważalnie ucierpiał budżet państwa. Stąd też republikanie przyjęli linię ideologiczną przekonującą do prywatyzacji i ograniczenia wydatków na państwowe programy pomocowe dla osób starszych.

73 United States Congress, *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* (PRWORA), ustawa z 22 sierpnia 1996 roku podpisana przez prezydenta Billa Clintona.

74 J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*, s. 218.

75 *Ibidem*.

Do sprywatyzowania systemu ubezpieczeń społecznych za prezydentury Busha nie doszło, głównie na skutek gwałtownego sprzeciwu Amerykańskiego Stowarzyszenia Emerytów (American Association of Retired People – AARP) – największej organizacji seniorów istniejącej w USA. AARP, jako wpływowa grupa lobbująca na rzecz interesów osób starszych, zareagowała na kampanię prywatyzacyjną Busha medialną kontrkampanią, wykupując całostronicowe, kolorowe powierzchnie w amerykańskiej prasie, a także czas antenowy w telewizji⁷⁶. Przeciwnie prywatyzacji były także związki zawodowe. Jednak okres prezydentury Busha zaowocował inną doniosłą reformą bezpośrednio dotyczącą polityki społecznej i interesów osób starszych – tak zwanym *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* z 2003 roku. Na mocy ustawy osoby starsze, w ramach dotychczas funkcjonującego ubezpieczenia zdrowotnego *Medicare*, od stycznia 2006 roku otrzymują zwrot kosztów poniesionych na zakup leków. Przed wprowadzeniem ustawy chorzy otrzymywali refundację kosztów tylko tych leków, które zostały zastosowane w trakcie hospitalizacji⁷⁷.

W grudniu 2005 roku odbyła się piąta w historii Konferencja Białego Domu na temat Starzenia się (White House Conference on Aging – WHCoA). Zapoczątkowana w 1961 roku tradycja organizowania raz w ciągu dekady konferencji na temat przyczyn i konsekwencji starzenia się populacji Stanów Zjednoczonych jest do tej pory kontynuowana. Celem każdej z konferencji jest sformułowanie i aktualizacja rekomendacji dla prezydenta i Kongresu. W konferencji z 2005 roku udział wzięło ponad tysiąc delegatów wybranych przez gubernatorów stanów i kongresmenów. Owocem ich prac było przyjęcie 50 rezolucji dotyczących takich obszarów tematycznych, jak reforma służby zdrowia, system opieki długoterminowej, transport i mobilność osób starszych, świadczenie opieki na obszarach wiejskich, polityka mieszkaniowa i innowacyjne projektowanie wnętrz, edukacja w dziedzinie gerontologii i geriatry, kondycja systemu ubezpieczeń społecznych, ochrona praw i interesów seniorów, promocja społeczeństwa obywatelskiego i wolontariatu, rozwój badań naukowych nad procesem starzenia się i innych⁷⁸. Każda z 50 rezolucji została rozpisana na poszczególne

76 *Ibidem*.

77 L. Niemiec, *O opłatach za lekarstwa*, „Monitor – Polski Tygodnik Informacyjno-Ogłoszeniowy” 4.10.2006, nr 122.

78 White House Conference on Aging, *The Booming Dynamics of Aging. From Awareness to Action*, Report to the President and Congress, Washington 2005.

działania (*actions*) oraz uzupełniona o propozycje strategii ich implementacji. W ten sposób opracowany w 2005 roku raport stanowi swoistą mapę drogową priorytetowych problemów oraz kierunków rozwoju polityki społecznej wobec osób starszych w USA. Hasłem przewodnim konferencji z 2005 roku była dynamika zjawiska starzenia się populacji i kwestia odpowiedniego przygotowania się do procesu stopniowego wchodzenia w wiek emerytalny pokolenia 78 milionów *baby boomers*⁷⁹.

Wraz z zaprzysiężeniem na prezydenta Baracka Obamy w styczniu 2009 roku kwestia reformy amerykańskiego systemu ochrony zdrowia została podjęta ponownie. Projekt reformy Obamy (*Patient Protection and Affordable Care Act* – PPACA) zakłada „zahamowanie długoterminowego wzrostu kosztów opieki medycznej; zabezpieczenie rodzin przed bankructwami spowodowanymi kosztami leczenia; gwarancję wyboru lekarza i ubezpieczenia; inwestycje w profilaktykę i zdrowy tryb życia; poprawę bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki; zapewnienie tańszej i odpowiedniej jakościowo opieki dla wszystkich Amerykanów; utrzymanie ubezpieczenia po zmianie lub stracie pracy; zniesienie barier w zakupie ubezpieczenia przez osoby chore”⁸⁰. Założenia reformy są godne pochwały, jednak pierwsze prognozy finansowe wskazują na pewien paradoks: zamiast obniżyć wysokie koszty opieki medycznej w USA, do roku 2019 przewidywany jest wzrost wydatków federalnych na służbę zdrowia⁸¹. Według CBO (Congressional Budget Office) przewidywany koszt reformy (rozłożony na dziesięć lat) to 871 miliardów dolarów⁸². Warto zaznaczyć, że głosowanie nad kontrowersyjnym projektem ustawy odbyło się 24 grudnia, w przededniu świąt Bożego Narodzenia, a projekt przeszedł minimalną przewagą głosów (wszyscy republikanie byli przeciwko). Co więcej, nie wszyscy kongresmeni mieli czas na zapoznanie się z ustawą, która liczyła blisko trzy tysiące stron. Mocną stroną

79 *Ibidem*.

80 X. Kruszewska, *Kontrowersyjna reforma Obamy*, „Gazeta Bankowa” 2010, czerwiec, nr 7–8.

81 R.S. Foster, *Estimated Financial Effects of the Patient Protection and Affordable Care Act as Amended*, U.S. Department of Health and Human Services, Baltimore 2010, dostępne przez http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/ActuarialStudies/downloads/PPACA_2010-04-22.pdf (13.07.2010).

82 S. Alberts, *U.S. Senate Set to Pass Obama Health-care Reforms*, „The National Post” 20.12.2010.

programu *Obamacare* jest przede wszystkim podjęcie się trudnego zadania objęcia ubezpieczeniem przeszło 30 milionów nieubezpieczonych Amerykanów, a także ukrócenie dyskryminacyjnych praktyk prywatnych ubezpieczycieli, którzy odmawiają sprzedaży polis lub zawyżają wysokość składek oferowanych osobom starszym lub przewlekle chorym⁸³. Plan Obamy przewiduje powołanie państwowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, którego istnienie przyczyniłoby się do zwiększonej konkurencji na rynku ubezpieczeń i – w konsekwencji – obniżenie wysokich cen polis. Zasadniczym minusem proponowanych rozwiązań jest naprawa systemu ubezpieczeń społecznych głównie poprzez podniesienie podatków. Krytycy ustawy obawiają się projektu dalekosiężnych reform finansowych dotyczących systemu ochrony zdrowia, który jest gigantem stanowiącym jedną szóstą amerykańskiej gospodarki⁸⁴.

1.4. Specyfika amerykańskiego systemu emerytalnego

Struktura amerykańskiego systemu emerytalnego składa się z trzech podstawowych elementów. Część pierwszą stanowi federalny program ubezpieczeń społecznych (*Social Security*), część drugą stanowią pracownicze programy emerytalne i programy typu IRA (*Individual Retirement Accounts*), a część trzecią – środki własne odkładane „na przyszłość” (oszczędności, przychody z tytułu wykonywanej pracy, posiadane nieruchomości itp.). Powszechny program ubezpieczeń społecznych powstał w 1935 roku na mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym (*Social Security Act*) podpisanej przez prezydenta Franklina D. Roosevelta. Administrowany jest przez Social Security Administration (SSA) – federalną agencję powołaną do życia w 1946 na mocy Planu Reorganizacji prezydenta Trumana⁸⁵. Program funkcjonuje w oparciu o system repartycyjny (*pay-as-you-go*), czyli taki, w którym składki odprowadzane przez osoby aktualnie pracujące są przeznaczane na finansowanie świadczeń obecnych emerytów. Podstawową wadą systemu repartycyjnego jest jego zależność

83 H. Fineman, *Obama's Health-Care Gamble*, „Newsweek” 11.01.2010.

84 *Ibidem*.

85 Plan Reorganizacji H. Trumana (nazwa oryginalna: *Legislative Reorganization Plan of 1946*) zreformował i zmodernizował organizację pracy Kongresu Stanów Zjednoczonych.

od zmian demograficznych. W obliczu starzenia się populacji zachwianiu ulega proporcja osób w wieku emerytalnym w stosunku do osób w wieku produkcyjnym. W przypadku Stanów Zjednoczonych liczba osób w wieku 65+ wynosiła 40,3 miliona w 2010 roku, a do 2030 roku prognozuje się jej wzrost do 72,1 miliona. Do roku 2050 na jednego emeryta mają przypadać tylko dwie osoby w wieku produkcyjnym⁸⁶.

Program *Social Security* obejmuje około 96% pracujących Amerykanów. Wysokość składek została określona na poziomie 12,4% płacy brutto⁸⁷. Podatek dzielony jest po połowie (6,2%) jako koszt leżący po stronie pracodawcy i pracownika, chyba że pracownik uprawia tzw. wolny zawód lub jest właścicielem firmy – wówczas samodzielnie opłaca całość składki⁸⁸. Podatek odprowadzany jest do określonej przez rząd górnej granicy zarobków, która w 2012 roku wynosiła 110 tysięcy dolarów rocznie. Ze względu na stałą stawkę podatku wyrażoną procentowo i określoną górną granicę zarobków, od których odprowadzany jest podatek, system finansowania programu *Social Security* określa się mianem regresywnego. W istocie osoby zarabiające więcej niż 110 tysięcy dolarów rocznie odprowadzają niższy odsetek swoich zarobków na ubezpieczenie społeczne. Taka formuła finansowania systemu krytykowana jest przez liberalny think-tank *Citizens for Tax Justice* („Obywatele na rzecz sprawiedliwości podatkowej”), który domaga się wprowadzenia progresywnego systemu podatkowego w Stanach Zjednoczonych.

Dodatkowo pracownicy i pracodawcy płacą po 1,45% podatku (niezależnie od wysokości dochodów) na rządowy program ochrony zdrowia dla osób po 65. roku życia – *Medicare*. Istota obu programów – *Social Security* i *Medicare* – polega na ich uniwersalności i egalitaryzmie. Stanowią wyjątek w amerykańskim modelu polityki społecznej zdominowanym przez selektywne (wybiórcze) programy pomocowe, oparte w głównej mierze na kryterium dochodowym⁸⁹.

86 U.S. Department of Health and Human Services, *A Profile of Older Americans: 2011*, Administration on Aging, Washington 2011.

87 F. Torres-Gil, V. Villa, *op. cit.*

88 T. Kowalak, *op. cit.*, s. 154.

89 Warto w tym miejscu zaznaczyć, że rezygnacja z uniwersalnego charakteru *Social Security* i przekształcenie go w program typu *means-tested* (oparty o kryterium dochodowe) jest jednym z postulatów waszyngtońskiej organizacji Concord Coalition, która pełni funkcję think-tanku politycznego.

Do korzystania ze świadczeń emerytalnych w ramach *Social Security* uprawniają:

- a) wiek (minimum 62 lata);
- b) odpowiednio długi staż pracy, w trakcie którego odprowadzane były składki.

Social Security gwarantuje stosunkowo niskie świadczenia emerytalne, w wysokości około 40% zarobków uzyskiwanych przed emeryturą⁹⁰. Federalny program ubezpieczeń społecznych stanowi jedyne źródło utrzymania dla około 20% populacji w wieku 65+. Jest więc najistotniejszym elementem amerykańskiego systemu emerytalnego z punktu widzenia niezamożnych grup społecznych⁹¹. Wartość emerytury wypłacanej w ramach programu zależy od wysokości zarobków uzyskiwanych na przestrzeni lat oraz od długości stażu pracy. Osoby decydujące się na wcześniejszą emeryturę (pobieraną nie wcześniej niż od 62. roku życia według aktualnych przepisów) otrzymują świadczenia niższe o 20% niż osoby pracujące i odprowadzające składki o kilka lat dłużej. Od 2022 roku wcześniejsze emerytury będą niższe o 30%⁹². Różnica ta motywuje osoby w wieku 62+ do pozostania na rynku pracy do momentu osiągnięcia pełnego wieku emerytalnego.

Ustawowo za wiek emerytalny – identyczny dla kobiet i mężczyzn – uznaje się 66 lat dla osób urodzonych w latach 1943–1954, 66 lat i 2 miesiące dla osób urodzonych w 1955 roku, 66 lat i 4 miesiące dla osób urodzonych w 1956 roku, 66 lat i 6 miesięcy dla osób urodzonych w 1957 roku, 66 lat i 8 miesięcy dla osób urodzonych w 1958 roku, 66 lat i 9 miesięcy dla osób urodzonych w 1959 roku oraz 67 lat dla osób urodzonych w 1960 roku lub później. Wszystkie osoby urodzone przed 1942 rokiem są uprawnione do pełnych świadczeń w ramach *Social Security*. Osoby urodzone 1 stycznia dowolnego roku są kwalifikowane jako urodzone w poprzednim roku kalendarzowym⁹³.

Staż pracy nie jest obliczany na podstawie liczby przepracowanych lat, tylko przeliczany na tak zwane kwartały (*credits*). Dla osób urodzonych po 1929 roku liczba kwartałów uprawniających do świadczeń emerytalnych

90 Social Security Administration, *Retirement Benefits*, broszura informacyjna, 2010, dostępne przez <http://www.ssa.gov/pubs/10035.pdf> (20.07.2010).

91 H.R. Moody, *op. cit.*

92 *Ibidem.*

93 Social Security Administration, *op. cit.*

w ramach pierwszego filara wynosi czterdzieści, co odpowiada wartości dziesięciu lat pracy. Okresy braku aktywności zarobkowej nie oznaczają utraty ubieranych kwartałów – ich liczba sumuje się na przestrzeni całego życia. Praca zarobkowa po osiągnięciu pełnego wieku emerytalnego i związane z nią dochody nie wpływają ujemnie na wysokość świadczeń emerytalnych w ramach *Social Security*⁹⁴, co dodatkowo zachęca seniorów do kontynuowania aktywności zawodowej.

Świadczenia emerytalne w ramach *Social Security* są dziedziczne. Wdowy i wdowcy po zmarłym beneficjencie mają prawo do uzyskania świadczeń po przekroczeniu 60. roku życia. W przypadku osób niepełnosprawnych granica ta została obniżona do 50 lat. Małżonkowie, którzy sami nie są objęci ubezpieczeniem w ramach *Social Security* (na przykład osoby niepracujące lub posiadające zbyt krótki staż pracy) mają prawo do pobierania świadczeń emerytalnych w wysokości połowy kwoty należnej ubezpieczonemu partnerowi. Małżonkowie po rozwodzie mogą korzystać ze świadczeń emerytalnych wówczas, gdy ich związek małżeński trwał co najmniej dziesięć lat oraz gdy osoba ubiegająca się o świadczenie ukończyła 62 lata i nie jest ponownie żonata lub zamężna⁹⁵.

Świadczenia emerytalne w ramach *Social Security* są wypłacane dożywotnio bez względu na zmieniające się miejsce zamieszkania na terytorium Stanów Zjednoczonych lub poza nim. Wyjątek stanowi kilka państw na świecie, które nie współpracują z amerykańskim systemem ubezpieczeń społecznych i tym samym wysłanie świadczeń do beneficjentów przebywających na ich obszarze jest technicznie niemożliwe. Do krajów zalicza się Kubę, Kambodżę, Koreę Północną, Wietnam oraz – jak informuje broszura informacyjna *Social Security Administration* – „obszary należące do byłego Związku Radzieckiego, poza Armenią, Estonią, Łotwą, Litwą i Rosją”⁹⁶. Polska podpisała polsko-amerykańską umowę o zabezpieczeniu społecznym w kwietniu 2008 roku. Umowa weszła w życie 1 marca 2009 roku. Zakres przedmiotowy porozumienia obejmuje emerytury, renty rodzinne i z tytułu niezdolności

94 *Social Security Administration, Retirement Planner: Getting Benefits While Working*, dostępne przez <http://www.ssa.gov/retire2/whileworking.htm> (2.10.2012).

95 *Ibidem*.

96 *Ibidem*, s. 15.

do pracy, a także odszkodowania z tytułu wypadków przy pracy oraz zasiłki pogrzebowe. Umowa nie obejmuje takich świadczeń, jak emerytury pomostowe, świadczenia przedemerytalne, świadczenia dla kombatantów czy renty socjalne. Podstawową zasadą funkcjonowania polsko-amerykańskiego porozumienia w tej dziedzinie jest reguła sumowania okresów ubezpieczenia (pod warunkiem, że okresy te nie pokrywają się), a także zasada równego traktowania w odniesieniu do nabywania prawa do wypłaty świadczeń.

Drugą część amerykańskiego systemu emerytalnego stanowią tak zwane pracownicze programy emerytalne, które zaczęły być tworzone w latach pięćdziesiątych XX wieku, osiągając szczyt popularności w latach osiemdziesiątych. Obecnie zaledwie 45% gospodarstw domowych zamieszkiwanych przez osoby w wieku 65+ otrzymuje prywatne emerytury⁹⁷. Programy dzielą się na dwa typy: plany o określonej kwocie świadczenia (*Defined Benefit plans* – DB) oraz plany o określonej kwocie składki (*Defined Contribution plans* – DC)⁹⁸. Na przestrzeni lat obserwuje się zjawisko coraz powszechniejszego zastępowania planów typu *Defined Benefit* planami typu *Defined Contribution*. Zjawisko to można wytłumaczyć rosnącym ryzykiem dla firm, które zobowiązują się do wypłacania swoim pracownikom z góry określonych świadczeń, a których koniunktura na rynku ulega ciągłym fluktuacjom. W historii Stanów Zjednoczonych znane są przypadki spektakularnych bankructw ogromnych przedsiębiorstw, które pociągały za sobą pozbawienie środków do życia tysięcy pracowników – zarówno tych w wieku produkcyjnym, jak i emerytalnym. Jako przykład podać można rok 1963, w którym firma produkująca samochody, Studebaker Corporation, ogłosiła zamknięcie oddziałów amerykańskich. W konsekwencji około 11 tysięcy pracowników z dnia na dzień straciło perspektywę na świadczenia emerytalne w ramach programu *Defined Benefit*. Do podobnej sytuacji doszło w 1982 roku, kiedy linie lotnicze Braniff ogłosiły bankructwo i tym samym zerwały umowę o wypłacie emerytur swoim pracownikom⁹⁹. Bankructwo firmy lub zamknięcie działalności to nie jedyne zagrożenie dla wypłacalności programów typu *Defined Benefit*. Specyfika pracowniczych

97 H.R. Moody, *op. cit.*

98 M. Dziubińska-Michalewicz, *System emerytalno-rentowy w Stanach Zjednoczonych*, Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych, Biuro Studiów i Ekspertyz, Kancelaria Sejmu, Warszawa 2005.

99 J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*

programów emerytalnych polega na tym, że całkowita odpowiedzialność za los gromadzonych środków spoczywa na pracodawcy. Oznacza to między innymi, że pracownicy nie mają wpływu na sposób inwestowania ich składek, a często nawet nie dysponują wiedzą na ten temat. Zdarza się, że zgromadzone aktywa zostają zwyczajnie roztrwonione przez nieodpowiedzialnego pracodawcę na cele inne niż świadczenia emerytalne.

Traumatyczne doświadczenia pracowników Studebaker Corporation były swoistym „zimnym prysznicem” dla społeczeństwa amerykańskiego, do tychczas darzącego zaufaniem pracownicze programy emerytalne. W drugiej połowie lat sześćdziesiątych politycy zaczęli pracować nad uchwaleniem prawodawstwa chroniącego interesy obywateli objętych pracowniczymi programami emerytalnymi. W efekcie w 1974 roku prezydent Gerald Ford podpisał ustawę znaną jako ERISA (*Employee Retirement Income Security Act*). Ustawa nałożyła na pracodawców obowiązek wypłacania świadczeń emerytalnych pracownikom, którzy przepracowali określony limit lat, lecz nie są dłużej zatrudnieni u tego samego pracodawcy. Przed przyjęciem ustawy do pobierania świadczeń uprawniał okres minimum 10 lat pracy u danego pracodawcy. Ustawa zredukowała go do 5 lat, dostosowując prawodawstwo do realiów mobilnego społeczeństwa i dynamiki rynku pracy. ERISA powołała również do życia indywidualne konta emerytalne (*Individual Retirement Accounts – IRAs*), które dały możliwość odkładania na emeryturę osobom nieobjętym pracowniczym programem emerytalnym lub samozatrudnionym. Początkowo w ramach IRA można było odłożyć maksymalnie 1500 dolarów rocznie (kwota ta była zwolniona z podatku dochodowego), a prawo do skorzystania z tej opcji miały tylko osoby nienależące do pracowniczego programu emerytalnego. Jednak już w 1981 roku kolejna ustawa (*Economic Recovery Tax Act – ERTA*) zezwoliła wszystkim osobom poniżej 70. roku życia na odkładanie środków w ramach IRA, a maksymalna kwota niepodlegająca opodatkowaniu w skali roku została zwiększona do 2000 dolarów. Jednocześnie ustawa zezwoliła na odkładanie dodatkowych 250 dolarów rocznie na przyszłe świadczenia niepracującego partnera/niepracującej partnerki¹⁰⁰. Ustawa z 1986 roku (*Tax Reform Act – TRA*) ograniczyła możliwość oszczędzania na indywidualnych kontach emerytalnych i odtąd dotyczyła tylko osób o dochodach nieprzekraczających 25 tysięcy dolarów rocznie. Z drugiej

100 H.R. Moody, *op. cit.*

jednak strony w latach osiemdziesiątych powstały inne programy (takie jak „401(k)” lub „Roth IRAs”), które dały Amerykanom takie same możliwości odkładania na emeryturę jak w przypadku IRAs, jednak bez limitów co do wysokości rocznych zarobków¹⁰¹.

Na mocy ustawy ERISA z 1974 roku powstała tak zwana Korporacja Gwarancyjna Wypłat Emerytalnych (Pension Benefit Guaranty Corporation – PBGC) – istniejąca do dziś rządowa agencja, której celem jest gwarancja wypłaty świadczeń emerytalnych w razie upadku przedsiębiorstwa lub nieprawidłowego zarządzania zgromadzonymi środkami przez pracodawcę. Korporacja Gwarancyjna objęła ochroną między innymi pracowników linii lotniczych Braniff, którzy przepracowali w firmie co najmniej dziesięć lat. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że wypłacane przez PBGC świadczenia są dużo niższe niż te należne z pracowniczego programu emerytalnego. Kiedy w 2002 roku United Airlines ogłosiły bankructwo, a w 2005 roku PBGC przejęła zobowiązania emerytalne firmy wobec pracowników, wysokość świadczeń blisko siedmiu tysięcy emerytowanych pracowników wyniosła zaledwie 43% pierwotnie obiecywanej kwoty¹⁰². Szacuje się również, że PBGC ma obecnie 11 miliardów dolarów deficytu, częściowo spowodowanego kryzysem ekonomicznym z 2008 roku, co znacznie obniża jej wiarygodność i szanse na wypłacalność w przyszłości¹⁰³.

Ze względu na silne wahania koniunktury gospodarczej w Stanach Zjednoczonych i na świecie, rosnącą konkurencję i coraz częstsze zjawisko przenoszenia zakładów produkcyjnych do krajów oferujących tańszą siłę roboczą zaobserwować można trend do redukcji odpowiedzialności pracodawców za świadczenia emerytalne swoich pracowników. Należy pamiętać, że pracownicze plany emerytalne zawsze były – i nadal są – dobrowolną inicjatywą pracodawcy. W okresie wkraczania na rynek pracy pokolenia *baby boomers* atrakcyjne plany emerytalne stanowiły swoistą kartę przetargową mającą zachęcić potencjalnych pracowników do podjęcia zatrudnienia u konkretnego pracodawcy, który – oprócz wynagrodzenia – oferuje bogaty pakiet socjalny. Mniej więcej od połowy lat siedemdziesiątych XX wieku pracownicze plany emerytalne zaczęły zbyt dotkliwie obciążać pracodawców, prowadząc

101 *Ibidem*.

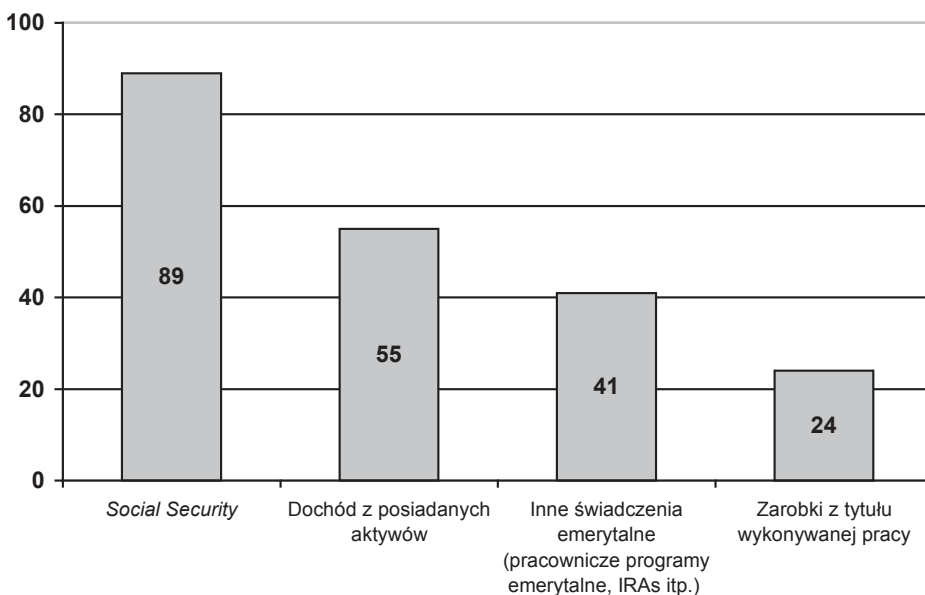
102 J.H. Schulz, R.H. Binstock, *op. cit.*

103 H.R. Moody, *op. cit.*

najpierw do zmiany formuły z *Defined Benefit* na *Defined Contribution*, a z biegiem lat do coraz częstszej rezygnacji z tego typu świadczeń. W efekcie na popularności zyskały indywidualne rachunki emerytalne jako alternatywa dla niepewnych emerytur pracowniczych i suplement do niewysokich świadczeń z rządowego programu ubezpieczeń społecznych.

Cechą charakterystyczną amerykańskiego systemu emerytalnego jest dywersyfikacja źródeł dochodu. Emeryci pobierają świadczenia z różnych źródeł jednocześnie – część gwarantowaną przez państwo w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych, emeryturę z zakładu pracy, której wysokość jest zależna od udziału finansowego pracodawcy oraz od wysokości składek wpłacanych przez pracownika, a także środki z indywidualnych rachunków emerytalnych. Zaskakująco duże znaczenie mają prywatne oszczędności, które są drugim co do wielkości źródłem zabezpieczenia finansowego na starość. Dywersyfikację źródeł dochodów osób w wieku 65+ przedstawia wykres 1.2.

Wykres 1.2. Dywersyfikacja źródeł dochodu osób w wieku 65+ w Stanach Zjednoczonych (w procentach, według danych z 2004 roku)



Źródło: H.R. Moody, *Aging: Concepts and Controversies*, Pine Forge Press, Thousand Oaks 2010.

Stopniowe rozszerzanie zakresu programu *Social Security* spowodowało, że znacznie spadł odsetek osób starszych pobierających zarobki z tytułu zatrudnienia. Według danych z 2008 roku w Stanach Zjednoczonych pracowało tylko 15,5% osób w wieku 65+¹⁰⁴. Jednocześnie na przestrzeni lat obserwuje się wzrost znaczenia prywatnych oszczędności, które są popularniejszym źródłem utrzymania (obok świadczeń z *Social Security*) niż dochody z pracowniczych programów emerytalnych¹⁰⁵.

Cechą typową dla współczesnego amerykańskiego systemu emerytalnego jest powracająca koncepcja jego sprywatyzowania, z wiodącą rolą Georga W. Busha, a kilka lat później Paula Ryana, jako zdeklarowanych zwolenników tej idei. Federalny program ubezpieczeń społecznych cieszył się niekwestionowanym poparciem do połowy lat siedemdziesiątych XX wieku, czyli przez pierwsze cztery dekady swojego istnienia. Zdaniem Schultza i Binstocka sekret popularności tak kosztownego i rozbudowanego programu nie polega na hojności wypłat ani na przekonaniu, że rząd powinien dbać o swoich obywateli, tylko na gwarantowaniu osobom starszym możliwości zadbania o swój byt samodzielnie, z zachowaniem godności, bez finansowej pomocy członków rodziny lub instytucji opieki społecznej¹⁰⁶. Postawa ta obrazuje tradycyjne dla społeczeństwa amerykańskiego przywiązanie do idei wolności, niezależności i samodzielności. Przełom w percepcji programu ubezpieczeń społecznych nastąpił w 1973 roku, kiedy zarządcy funduszu powierniczego po raz pierwszy w historii jego istnienia ogłosili deficyt, który według prognoz z roku na rok miał się pogłębiać. W mediach rozgorzała debata nad stabilnością systemu emerytalnego i wypłacalnością programu *Social Security*. Zmienił się także medialny wizerunek osób starszych – seniorów zaczęto postrzegać jako grupę przesadnie uprzywilejowaną, żyjącą w dobrobycie, przyczyniającą się do zjawiska „siwienia” amerykańskiego budżetu (*graying of the budget*)¹⁰⁷.

Projekt prywatyzacji systemu emerytalnego stał się jednym z wiodących haseł kampanii wyborczej George’a W. Busha w 2000 roku. Bush w pierwszym

104 U.S. Census Bureau, *Labor Force Participation Rate of People 65 Years and Older: 2008 American Community Survey*, 2009, dostępne przez <http://www.census.gov/prod/2009pubs/acsbr08-9.pdf> (12.01.2010).

105 H.R. Moody, *op. cit.*

106 J.H. Schultz, R.H. Binstock, *op. cit.*

107 *Ibidem*, s. 9.

roku swojej prezydentury powołał Komisję ds. Wzmocnienia Systemu Ubezpieczeń Społecznych (Commission to Strengthen Social Security), w której skład – nie bez przyczyny – weszli wyłącznie zwolennicy idei prywatyzacji¹⁰⁸. Wydarzenia z 11 września 2001 roku odwróciły uwagę polityków oraz opinii publicznej od problemów społecznych. Jednak w kolejnej kampanii wyborczej Bush powrócił do dawnej retoryki ze zdwojoną siłą i usiłował przekonać naród amerykański o nadchodzącej katastrofie finansowej systemu ubezpieczeń społecznych. Proponował utworzenie obowiązkowego systemu indywidualnych kont emerytalnych (obecnie indywidualne konta emerytalne funkcjonują jako dobrowolna alternatywa względem świadczeń otrzymywanych w ramach *Social Security*), przekształcając tym samym system repartycyjny w kapitałowy. Do tradycyjnych zwolenników idei prywatyzacji zaliczyć można instytucje finansowe, które, przejmując obowiązki państwa, stałyby się głównymi beneficjentami reformy. Znanym zwolennikiem koncepcji sprywatyzowania amerykańskiego systemu emerytalnego jest profesor Laurence J. Kotlikoff, ekonomista, autor książki *The Coming Generational Storm: What You Need to Know about America's Economic Future*, który przekonuje, że z chwilą osiągnięcia wieku emerytalnego przez pokolenie *baby boomers* nastąpi „międzypokoleniowa burza” wynikająca z zachwianych proporcji między liczbą osób pracujących i od nich zależnych¹⁰⁹. W swoich publikacjach Kotlikoff analizuje różne scenariusze częściowej lub całkowitej prywatyzacji systemu ubezpieczeń społecznych, które umożliwiłyby bardziej sprawiedliwą – jego zdaniem – redystrybucję kapitału między pokoleniami. W opozycji do zwolenników prywatyzacji tradycyjnie stoi Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów (AARP). Prywatyzacja systemu emerytalnego nazywana bywa przekornie „prywatyzacją ryzyka”. W istocie bowiem idea indywidualnych kont emerytalnych opiera się na prywatnych decyzjach inwestycyjnych i wymaga znajomości podstaw ekonomii. Ponadto, jak zauważają Quinn i Burtless, podstawowym założeniem utworzenia programu *Social Security* była idea ochrony obywateli przed negatywnymi ekonomicznymi konsekwencjami długotrwałej choroby, niepełnosprawności czy niezdolności do pracy w podeszłym wieku, a nie tworzenie systemu prywatnych rachunków oszczędnościowych

108 *Ibidem*.

109 L.J. Kotlikoff, S. Burns, *The Coming Generational Storm: What You Need to Know about America's Economic Future*, MIT Press, Cambridge 2004.

o podwyższonym stopniu ryzyka¹¹⁰. Zabezpieczenie społeczne i związany z nim kapitał powinny zaliczać się do tak zwanych dóbr publicznych.

System emerytalny w Stanach Zjednoczonych jest konstruktem niezwykle młodym. Jeszcze na początku ubiegłego stulecia ludzie pracowali aż do naturalnej śmierci. Na przestrzeni niecałych stu lat mentalność społeczeństwa amerykańskiego ewoluowała w kierunku poczucia odpowiedzialności za los osób starszych. W latach siedemdziesiątych XX wieku, gdy pokolenie powojennego wyżu demograficznego wkroczyło na rynek pracy, ludzie starsi byli wręcz namawiani do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę w celu ustąpienia miejsca młodym. Do wcześniejszej dezaktywizacji zawodowej zachęcały ustawy rozszerzające zakres świadczeń emerytalnych na kolejne grupy społeczne oraz podnoszona regularnie wysokość emerytur. Sytuacja zmieniła się diametralnie wraz z początkiem XXI wieku, kiedy ludzie starsi zaczęli stanowić jedną piątą ogółu społeczeństwa, a prognozy demograficzne zaczęły wskazywać na niepokojące zmiany w proporcji liczby osób w wieku poprodukcyjnym i produkcyjnym. Zmieniła się retoryka zarówno rządu federalnego, pracodawców, jak i przekazów medialnych. Emerytura przestała być postrzegana jako „naturalny etap życia” i społecznie akceptowany scenariusz funkcjonowania osób „po sześćdziesiątce”. Wręcz odwrotnie – stała się alternatywą przeznaczoną w głównej mierze dla osób chorych lub niepełnosprawnych. Ci zdrowi i sprawni stali się podmiotem zakrojonej na szeroką skalę kampanii promującej dłuższą aktywność zawodową. Jak zauważył Gerald A. Collins, „idea świadczeń emerytalnych jest w fazie ciągłych zmian z uwagi na dramatycznie wydłużającą się długość życia” [tłum. aut.]¹¹¹. Zmienia się także postrzeganie kolejnych etapów kariery zawodowej dorosłego człowieka. Dawny podział na fazę stabilizacji (31–44 lata) i fazę podtrzymywania poziomu życia (45–64 lata)¹¹² wymaga redefinicji: rozciągnięcia drugiej fazy w czasie lub dodania kolejnego etapu elastycznych form zatrudnienia w wieku podeszłym.

110 J.F. Quinn, G.T. Burtless, *Is Working Longer an Answer for an Aging Workforce?*, Center for Retirement Research, Boston College, Boston 2002.

111 G.A. Collins, *Rethinking Retirement in the Context of an Aging Workforce*, „Journal of Career Development” 2003, vol. 30(2), s. 145–157.

112 J.W. Slocum, W.L. Cron, *Job Attitudes and Performance During Three Career Stages*, „Journal of Vocational Behavior” 1985, nr 26, s. 126–145, [cyt. za:] G.A. Collins, *op. cit.*

W literaturze przedmiotu zaczęto stosować nową terminologię, określającą okres emerytury jako „trzeci wiek”, który długością trwania zaczyna dorównywać okresowi młodości i dojrzałości¹¹³. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w momencie tworzenia programu *Social Security*, w latach trzydziestych XX wieku, zaledwie 5% populacji dożywało 65. roku życia¹¹⁴. Obecnie średnia długość życia w USA wynosi 80,5 lat dla kobiet i 75,5 lat dla mężczyzn¹¹⁵, co powoduje, że założenia Roosevelta stają się niemożliwe do zrealizowania przede wszystkim z ekonomicznego punktu widzenia.

Debata nad przyszłością amerykańskiego systemu emerytalnego zdominowana jest przez powracający dylemat: czy do pobierania świadczeń powinno uprawniać kryterium wieku (system uniwersalny), czy fakt znajdowania się w potrzebie (system selektywny). W ten sposób różnice ideologiczne polaryzują się wokół zasady uniwersalizmu (*principle of universalism*) bądź zasady konieczności (*principle of need*)¹¹⁶. Podobnie dyskusja nad potencjalną prywatyzacją systemu emerytalnego rozbija się o podział na zwolenników zasady indywidualnego udziału (*principle of individual equity*) lub zasady społecznej adekwatności (*principle of social adequacy*). Pierwsza z zasad opiera się na przekonaniu, że osoba partycypująca w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych powinna otrzymać świadczenie o wysokości proporcjonalnej do wkładu własnego – to znaczy, że osoby o wyższych zarobkach, odprowadzające wyższe składki, otrzymują wyższą emeryturę, a osoby o niższych zarobkach, odprowadzające niższe składki lub nieodprowadzające składek w ogóle w okresach przerw w zatrudnieniu, otrzymują niższą emeryturę. Druga zasada uznaje za stosowne zapewnienie proporcjonalnie wyższych świadczeń osobom ubogim, kierując się przekonaniem, że osoby ubogie rzadko dysponują alternatywnym źródłem utrzymania, takim jak emerytura z pracowniczego programu ubezpieczeniowego lub oszczędności własne. W praktyce federalny program ubezpieczeń społecznych usiłuje osiągnąć kompromis i po części realizuje obie zasady jednocześnie. Z jednej strony

113 D. Barber, *The Dawning of the 'Third Age'*, „Management” 1998, vol. 45(5), s. 46–48, [cyt. za:] G.A. Collins, *op. cit.*

114 H.R. Moody, *op. cit.*

115 U.S. Census Bureau, *Births, Deaths, Marriages...*

116 H.R. Moody, *op. cit.*, s. 298.

świadczenia z *Social Security* odzwierciedlają wysokość składek odprowadzonych w ciągu życia. Z drugiej strony program pełni funkcję umiarkowanej redystrybucji środków w kierunku ubogich grup społecznych¹¹⁷. Sytuacja ekonomiczna amerykańskich seniorów jest stosunkowo dobra. Począwszy od lat osiemdziesiątych XX wieku, przychody osób starszych rosną szybciej niż przychody osób młodych. Z tego też względu coraz rzadziej rozważa się sam wiek jako czynnik w pierwszej kolejności kwalifikujący do ubóstwa¹¹⁸. Utworzenie powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych przez rząd federalny, a także waloryzacja świadczeń otrzymywanych z *Social Security*, dzięki czemu ich realna wartość nie maleje na skutek inflacji, spowodowały, że osoby starsze w USA są zabezpieczone finansowo. Około 75% seniorów posiada własne domy i spłacone kredyty mieszkaniowe, co daje dodatkowe zabezpieczenie w postaci tak zwanej odwróconej hipoteki (*reverse mortgage*)¹¹⁹. Dane U.S. Census Bureau z 2012 roku wskazują na jeszcze wyższy odsetek osób w wieku 65+ posiadających własne domy – 81%¹²⁰. Należy jednak mieć na uwadze społeczno-kulturowe zróżnicowanie osób starszych, które powinno być brane pod uwagę przez twórców polityki społecznej. Na przykład podniesienie wieku emerytalnego do 67 lat w rzeczywistości najbardziej dotkliwie uderzyło Afroamerykanów, których średnia długość życia jest statystycznie niższa niż osób rasy białej¹²¹.

Federalny program ubezpieczeń społecznych krytykowany jest ze względu na ignorowanie różnic dotyczących cyklu życia kobiet i mężczyzn (w tym przede wszystkim dysproporcji pomiędzy okresem zatrudnienia a okresem pełnienia obowiązków wynikających z założenia rodziny), które w zasadniczy sposób wpływają na wysokość świadczeń emerytalnych kobiet.

117 Przemawia za tym stopa zastąpienia. Dla przykładu osoba o dochodach równych średniej krajowej otrzymuje świadczenie z *Social Security* o stopie zastąpienia w wysokości około 43% ostatnich zarobków; stopa zastąpienia osoby o niższych dochodach, w wysokości połowy średniej krajowej, wynosi 56%, osoby zarabiającej dużo zaś – 28%. Źródło: H.R. Moody, *op. cit.*, s. 358.

118 *Ibidem*.

119 *Ibidem*.

120 J.K. McIlwain, *Housing in America. The Baby Boomers Turn 65*, Urban Land Institute, Washington 2012.

121 *Ibidem*.

Ponadto program został skonstruowany w oparciu o tradycyjny model rodziny, w którym to mężczyzna pracuje i utrzymuje żonę i dzieci. Obecnie zamężna kobieta z chwilą osiągnięcia wieku emerytalnego jest uprawniona do pobierania świadczenia w wysokości 50% świadczenia należnego mężowi. Jeszcze wyższe świadczenia przysługują wdowom. Kobieta aktywna zawodowo, która przepracowała liczbę „kwartałów” wystarczającą do otrzymania własnych świadczeń emerytalnych, dostanie emeryturę z *Social Security* tylko wówczas, gdy historia jej zarobków jest wyższa od zarobków małżonka. Prowadzi to do sytuacji, w której kobiety aktywne zawodowo są dyskryminowane, ponieważ odprowadzane przez nie składki bywają całkowicie „zaprzepaszczone”, a małżeństwa partnerskie, w których obie osoby pracują, otrzymują czasem proporcjonalnie niższe świadczenia niż małżeństwa „tradycyjne”¹²².

Rozważania na temat jakości życia osób starszych w USA z perspektywy sprawiedliwości międzypokoleniowej prowadzą do konkluzji, że rząd federalny przeznacza więcej środków na seniorów niż na dzieci i młodzież. Oprócz *Social Security*, które pochłania znaczny odsetek wydatków państwa, rząd zapewnia emerytury grupom zawodowym nieobjętym programem ubezpieczeń społecznych – pracownikom administracji państwowej, żołnierzom, pracownikom kolei państwowych. Gwałtowny wzrost wydatków na osoby starsze spowodowany jest w głównej mierze starzeniem się populacji, co w połączeniu z uniwersalnym charakterem programów takich jak *Medicare* i *Social Security* prowadzi do stałego wzrostu udziału wydatków na seniorów w ogólnym budżecie państwa. Zjawisko to bywa określane mianem „siwienia” amerykańskiego budżetu (*graying of the federal budget*). Prognozy dalszych zmian demograficznych prowadzą zatem do redefinicji takich pojęć, jak „starość” (gdzie zaczynają się jej granice?), „potrzeba” (czy każda osoba po 65. roku życia znajduje się „w potrzebie”?) lub „niezdolność do pracy” (czy osoby starsze istotnie nie mogą pracować?). Rozmiary pomocy rządu federalnego i priorytety amerykańskiego państwa dobrobytu stanowiły wiodące dylematy kampanii prezydenckich w 2012 i w 2016 roku.

122 United States Congress, *Inequities Toward Women in the Social Security System*, House Task Force on Social Security and Women, Government Printing Office, Washington 1983.

1.5. Przegląd rządowych programów i usług skierowanych do osób starszych

Podłożem legislacyjnym do utworzenia sieci programów i usług skierowanych do osób starszych na obszarze Stanów Zjednoczonych była uchwalona w 1965 roku ustawa o osobach starszych (*Older Americans Act*). Prace nad ustawą zostały zainspirowane na odbywającej się w 1961 roku w Białym Domu konferencji na temat starzenia się społeczeństwa amerykańskiego. Była to pierwsza z cyklu konferencji poświęconych problematyce osób starszych, które od lat sześćdziesiątych XX wieku regularnie odbywają się w Białym Domu (raz w ciągu dekady). W 1961 roku w konferencji udział wzięło ponad 3 tysiące ekspertów reprezentujących 300 różnych organizacji. Spotkanie przyczyniło się do uchwalenia ustawy o osobach starszych (1965), a także programów *Medicare* i *Medicaid*¹²³.

Głównym celem ustawy z 1965 roku jest niesienie wsparcia osobom starszym poprzez przekazanie części budżetu federalnego poszczególnym stanom i zobowiązanie ich do świadczenia usług opiekuńczych na poziomie lokalnym. Ustawa składa się z siedmiu rozdziałów („tytułów”):

Tytuł I („Cele”) definiuje podstawowe obszary i kierunki działania ustawy:

1. Adekwatne wynagrodzenie;
2. Zdrowie fizyczne i psychiczne;
3. Godziwe warunki mieszkaniowe;
4. Usługi przywracające sprawność seniorom;
5. Zatrudnienie bez dyskryminacji ze względu na wiek;
6. Zdrowie, honor i godność w okresie emerytury;
7. Dążenie do konstruktywnego poczucia godności osobistej;
8. Wydajne usługi o charakterze lokalnym świadczone w potrzebie;
9. Czerpanie korzyści z badań naukowych;
10. Wolność, niezależność i swoboda indywidualnych inicjatyw [tłum. aut]¹²⁴.

Tytuł II powołuje do życia Zarząd ds. Starzenia się (Administration on Aging – AoA) – rządowy organ, którego celem jest realizacja założeń ustawy o osobach starszych. Na czele zarządu staje Sekretarz ds. starzenia się, wyznaczany przez

123 D.E. Gelfand, *The Aging Network: Programs and Services*, Springer Publishing Company, New York 2006.

124 *Ibidem*, s. 11.

prezydenta i zatwierdzany przez Senat¹²⁵. Obecnie funkcję tę sprawuje Kathy Greenlee, była sekretarz ds. starzenia się w stanie Kansas.

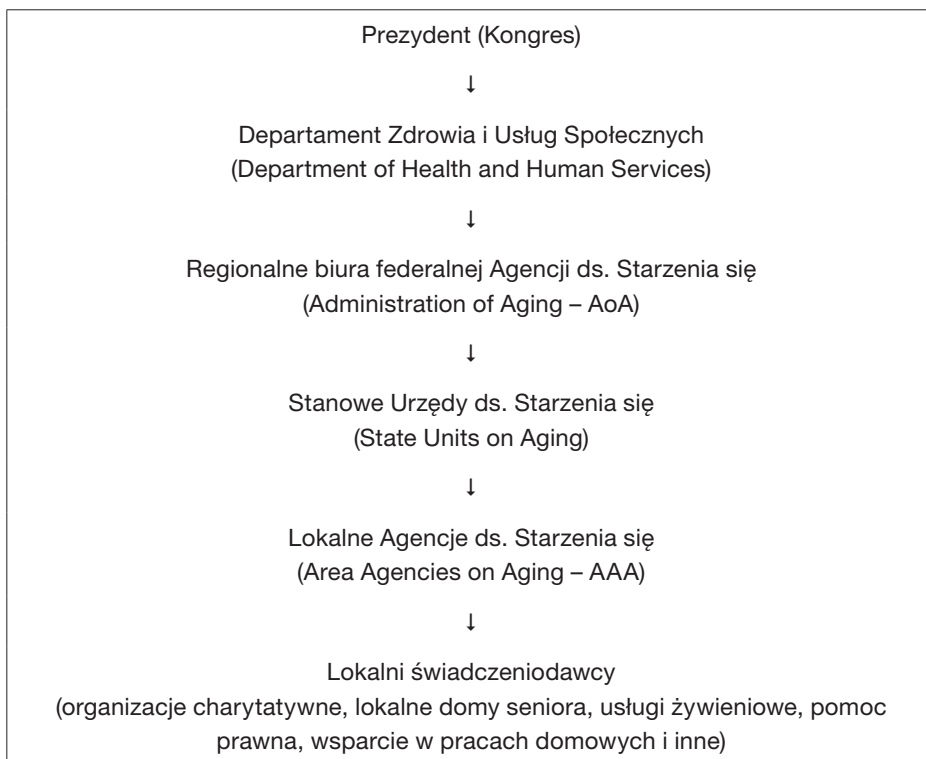
Tytuł III, nazywany najważniejszym komponentem ustawy o osobach starszych, nakłada na poszczególne stany obowiązek powołania do życia stanowego Urzędu ds. Starzenia się oraz sieci lokalnych Agencji ds. Starzenia się (Area Agencies on Aging – AAA). Istota Tytułu III polega na przeniesieniu obowiązku świadczenia usług osobom starszym z poziomu federalnego na poziom stanowy i lokalny. Osobą odpowiedzialną za utworzenie odpowiedniej infrastruktury jest gubernator stanu. Zarówno stanowe Urzędy, jak i lokalne Agencje ds. Starzenia się zobowiązane są do sformułowania trzyletniego planu strategicznego dotyczącego świadczenia usług osobom starszym. Ustawa o osobach starszych z 1965 roku oraz jej poprawki z lat 1975–1992 określają minimalny zakres usług, które muszą być świadczone na poziomie lokalnym. Ustawa definiuje cztery priorytetowe obszary usług. Są to: (1) usługi opiekuńcze świadczone bezpośrednio w domu, (2) usługi transportowe, (3) usługi prawne oraz (4) program napraw i renowacji domów osób starszych¹²⁶. Wśród rekomendacji pojawia się między innymi obowiązek otoczenia opieką osób starszych dotkniętych chorobą Alzheimera, osób żyjących w ubóstwie, niepełnosprawnych, niewładających językiem angielskim, reprezentujących mniejszości narodowe i etniczne. W 1981 roku Senat wprowadził do ustawy poprawkę, która nakłada na lokalne władze obowiązek stworzenia specjalnych oddziałów AAA na tych obszarach geograficznych, na których żyje znaczna liczba osób starszych nieznających języka angielskiego. Lokalni pracownicy powinni udzielać informacji w innych językach, a także być wrażliwi na różnorodność kulturową usługobiorców. Wśród zapisów tytułu III znajduje się także zalecenie utworzenia lokalnych Centrów Seniora, które służą jako miejsce spotkań osób starszych, zajmują się wydawaniem posiłków, promocją zdrowego stylu życia, organizacją zajęć grupowych, takich jak gimnastyka, lekcje tańca lub inne¹²⁷. W konsekwencji tytuł III ustawy o osobach starszych tworzy ogólnonarodową strukturę organów świadczących usługi seniorom na obszarze Stanów Zjednoczonych. Strukturę tę odzwierciedla poniższy schemat (tabela 1.7).

125 *Ibidem*.

126 *Ibidem*.

127 *Ibidem*.

Tabela 1.7. Ogólnonarodowa struktura organów świadczących usługi seniorom na obszarze Stanów Zjednoczonych



Źródło: zestawienie własne na podstawie D.E. Gelfand, *The Aging Network: Programs and Services*, Springer Publishing Company, New York 2006.

Tytuł IV podkreśla znaczenie badań naukowych nad zjawiskiem starzenia się i starości. W ramach części A tytułu IV ustawy o osobach starszych finansowane są konferencje i szkolenia dotyczące współczesnych zmian demograficznych i ich konsekwencji. Poprawka do tytułu IV z 2000 roku wprowadza dodatkowe fundusze na szkolenia z dziedziny gerontologii i geriatrii. W obliczu starzenia się populacji Stanów Zjednoczonych rośnie zapotrzebowanie na pracowników socjalnych i personel wykwalifikowany w takich dziedzinach, jak zdrowie psychiczne lub świadczenie usług osobom niewidomym¹²⁸.

Tytuł V stwarza możliwość podjęcia pracy przy świadczeniu usług seniorom osobom powyżej 55. roku życia, które są bezrobotne lub bezpośrednio

128 *Ibidem*.

zagrożone utratą pracy. Program finansowany jest przez amerykański Departament Pracy i jest największą federalną inicjatywą skierowaną do osób 55+ poszukujących zatrudnienia lub szkolenia zawodowego. W 2011 roku w ramach *Senior Community Service Employment Program* zatrudnienie znalazło ponad 125 tysięcy osób¹²⁹.

W ramach tytułu VI ustawy o osobach starszych świadczona jest pomoc rdzennym Amerykanom. Poprawka z 1987 roku wskazuje na starszych, rdzennych mieszkańców Alaski i Hawajów jako najbardziej potrzebujących instytucjonalnego wsparcia. Tytuł VI umożliwia również finansowanie przez państwo inicjatyw skierowanych do osób starszych świadczonych bezpośrednio przez lokalne organizacje plemienne¹³⁰.

Istotne znaczenie ma przyjęty w 1992 roku tytuł VII, którego celem jest ochrona praw i interesów osób starszych (*Vulnerable Elder Rights Protection*). Ta część ustawy powołuje do życia następujące programy/inicjatywy:

- a) Rzecznika praw osób korzystających z opieki długoterminowej;
- b) Program zapobiegający zjawisku wykorzystywania lub zaniedbywania osób starszych;
- c) Program oferujący konsultacje prawne seniorom;
- d) Program zapewniający wsparcie merytoryczne i prawne w kwestii ubezpieczeń i publicznych programów pomocowych¹³¹.

Unikatowość ustawy z 1965 roku polega na tym, że na jej mocy powstała sieć programów oferujących wsparcie osobom starszym, do skorzystania z których uprawnia kryterium wieku. Na ogólnonarodową sieć programów pomocowych skierowanych do osób starszych składają się:

- a) programy informacyjne;
- b) programy opieki zdrowotnej;
- c) programy transportowe;
- d) programy pomocy prawnej;
- e) programy edukacyjne, połączone z aktywizacją zawodową i zaangażowaniem w wolontariat;

129 Senior Service America, *The Senior Community Service Employment Program*, dostępne przez <http://www.seniorserviceamerica.org/site/our-programs/scsep/> (19.09.2012).

130 D.E. Gelfand, *op. cit.*

131 *Ibidem*, s. 18.

- f) programy żywnościowe;
- g) programy mieszkaniowe.

Najistotniejszą funkcję pełnią programy informacyjne, ponieważ to dzięki nim populacja osób starszych zamieszkująca dany obszar dowiaduje się o istnieniu instytucji oferujących rozmaite usługi seniorom. Nadrzędnym celem tego typu programów jest „ustanowienie połączenia między potrzebami a środkami ich zaspokojenia” [tłum. aut.]¹³². Badania wykazały, że najniższym poziomem wiedzy na temat programów pomocowych skierowanych do seniorów dysponują osoby ubogie należące do mniejszości etnicznych, a także rdzenni Amerykanie. Ponieważ możliwość bezpośredniego dotarcia do klienta jest ograniczona, programy informacyjne korzystają z mass mediów, dystrybuują ulotki i broszury informacyjne. Pierwszy program informacyjny finansowany przez rząd federalny powstał w 1971 roku, a jego celem było udzielanie informacji pracownikom, którzy wkrótce mieli przejść na emeryturę. Specyfika programów informacyjnych polega na zapewnieniu całkowitej anonimowości przy jednoczesnym zachowaniu indywidualnego podejścia do klienta (tak zwanego *case approach*). Programy informacyjne dla seniorów na ogół przybierają postać darmowej infolinii telefonicznej czynnej do późnych godzin nocnych. W nagłych przypadkach niektóre programy, oprócz udzielania informacji, zapewniają także transport do najbliższej placówki świadczącej pomoc lub pełnią funkcję pośrednika między seniorem a konkretnym usługodawcą¹³³.

Programy opieki zdrowotnej realizowane na szczeblu lokalnym pełnią funkcję komplementarną wobec federalnego programu ubezpieczeń zdrowotnych *Medicare*. Kładą nacisk przede wszystkim na edukację i profilaktykę. Lokalne Centra Seniora organizują regularne badania przesiewowe, wykłady na temat zasad zdrowego odżywiania lub specyfiki wybranych chorób przewlekłych. Uwrażliwiają przemysł farmaceutyczny na zjawisko szkodliwych interakcji leków, publikują broszury informacyjne na temat prawidłowego zażywania leków. Niektóre Centra Seniora we współpracy z uniwersytetami medycznymi oferują niedrogie usługi dentystryczne świadczone przez młodych stomatologów (opieka dentystryczna w Stanach Zjednoczonych nie jest refundowana w ramach *Medicare*). Programy skierowane do osób starszych oferują grupowe zajęcia sportowe i rekreacyjne, a także świadczą usługi w zakresie zdrowia

132 *Ibidem*, s. 61.

133 *Ibidem*.

psychicznego, które jest jednym z najbardziej zaniedbanych obszarów amerykańskiej służby zdrowia¹³⁴.

Do zachowania dobrej kondycji w starszym wieku przyczyniają się zakrojone na szeroką skalę programy żywnościowe, które podzielić można na dwa typy: (1) programy zbiorowe, świadczone w okolicach zamieszkiwanych przez osoby starsze, których celem jest nie tylko zapewnienie zbilansowanej diety seniorom, lecz również ich aktywizacja społeczna; (2) programy dostaw posiłków bezpośrednio do domostw niesamodzielnych osób starszych. Na mocy tytułu III OAA powstał Program Żywnościowy dla Osób Starszych (*Elderly Nutrition Program*) administrowany przez Zarząd ds. Starzenia się (AoA). W ramach programu środki z budżetu federalnego przekazywane są poszczególnym stanom, proporcjonalnie do liczby osób starszych zamieszkujących dany stan. Rząd federalny pokrywa około 90% kosztów programów żywnościowych. Osoby starsze zachęcane są do wnoszenia dobrowolnych opłat za spożywane posiłki, w wysokości wedle uznania. Ustawa o osobach starszych zakazuje jednak regularnego pobierania opłat za zbiorowo wydawane posiłki. Zbiorowe programy żywnościowe zlokalizowane są na ogół w najbliższym sąsiedztwie osób starszych: w szkołach, domach seniora, kościołach, siedzibach organizacji charytatywnych. Ustawa precyzuje, że posiłek oferowany w ramach programu musi zaspokajać przynajmniej jedną trzecią dobowego zapotrzebowania osoby starszej na kalorie i składniki odżywcze (określonego przez Narodową Akademię Nauk). Ze względu na te obostrzenia przygotowaniem posiłków na ogół zajmują się szpitale, placówki opieki długoterminowej lub prywatne firmy cateringowe, rzadziej szkoły lub restauracje¹³⁵. Ze względu na starzenie się populacji Stanów Zjednoczonych i rosnącą liczbę osób w wieku 85+ przewiduje się, że zapotrzebowanie na programy żywnościowe, w tym przede wszystkim programy typu *Meals on Wheels* (dostarczane do domostw osób starszych), będzie stopniowo rosnąć.

Pięćdziesiąt procent amerykańskich seniorów spędza czas wyłącznie w domu ze względu na brak środka transportu. Problem ten w szczególności dotyczy osób mieszkających na przedmieściach i w rejonach wiejskich¹³⁶.

134 *Ibidem*.

135 *Ibidem*.

136 Surface Transportation Policy Project, *Aging Americans: Stranded Without Options*, dostępne przez www.transact.org (4.10.2012).

Programy transportowe skierowane do osób starszych podzielić można na dwa typy: (1) oferujące dojazd do lekarza, szpitala lub innej placówki opiekuńczej, (2) zakrojone na szerszą skalę, umożliwiające przemieszczanie się w określonym zasięgu terytorialnym. Zgodnie z ustawą dotyczącą transportu miejskiego z 1970 roku (*Urban Mass Transportation Act*) osoby starsze i niepełnosprawne muszą mieć takie samo prawo do korzystania z lokalnych usług transportowych jak pozostali mieszkańcy. Regulacje Departamentu Transportu nakazują, aby wszystkie środki transportu publicznego wyposażone były w specjalne uchwyty oraz systemy niskopodłogowe dostosowane do wymogów osób niepełnosprawnych. Oprócz programów funkcjonujących w oparciu o infrastrukturę lokalnego transportu publicznego niektóre miasta (na przykład Santa Barbara w Kalifornii lub Austin w Teksasie) dysponują specjalną siecią pojazdów służących do przewożenia osób starszych¹³⁷. Rozwiązanie to przypomina działalność polskich korporacji taksówkarskich, z tą jednak różnicą, że wozy są specjalnie oznakowane, kierowcy są przeszkoleni, a koszty przewozu porównywalne są do cen transportu publicznego.

Programy i usługi mające na celu ochronę prawną seniorów nabierają na znaczeniu od lat siedemdziesiątych XX wieku, kiedy w Białym Domu odbyła się druga konferencja na temat starzenia się populacji USA, a jej tematem przewodnim były osoby starsze i ich prawa. Osoby starsze padają ofiarą różnorodnych przestępstw, począwszy od napadów rabunkowych, oszustw finansowych, na przemoc domową kończąc. Do najczęstszych form przestępczości, na które narażeni są seniorzy, należy wyłudzenie pieniędzy przez oszustów, włamania do domów i napady w dniu otrzymania renty/emerytury. Z tego też względu rząd federalny i władze stanowe utworzyły szereg programów, których celem jest: (a) edukacja i prewencja, (b) ochrona bezpieczeństwa seniorów, (c) opieka prawna nad ofiarami przestępstw. Programy edukacyjne mają na celu przede wszystkim zapoznanie seniorów z przysługującymi im prawami oraz przegląd różnych potencjalnych form oszustw i przestępstw, na które należy być uwrażliwionym. Poszczególne stany rozwinęły własne programy edukacyjne w tym zakresie, na przykład Kentucky oferuje 2,5-godzinne szkolenia w ramach Senior Crime College – programu, z którego skorzystało ponad 10 tysięcy słuchaczy w ciągu jednego, dwuletniego cyklu¹³⁸. Drugi typ stanowią programy

137 D.E. Gelfand, *op. cit.*

138 *Ibidem.*

zwiększające poczucie bezpieczeństwa osób starszych, takie jak zorganizowane patrole policji w obszarach zamieszkiwanych przez seniorów, programy wzajemnego nadzoru sąsiedzkiego lub systemy całodobowego monitoringu instalowane w placówkach dla osób starszych. Rząd federalny sfinansował i zrealizował program zatytułowany „Użyj gwizdka w sytuacji zagrożenia”, polegający na dystrybucji gwizdków emitujących głośny sygnał alarmowy w ponad trzystu miastach na obszarze USA. Trzeci typ programów gwarantuje opiekę prawną i psychologiczną osobom, które doświadczyły przemocy lub padły ofiarą przestępstwa. Zakres usług w tej dziedzinie różni się w poszczególnych stanach i może obejmować prywatne wizyty specjalistów w domu osoby poszkodowanej, spotkania w centrach pomocy dla ofiar przestępstw zlokalizowanych przy komendach policji lub rekompensatę finansową¹³⁹.

W ramach tytułu V ustawy o osobach starszych na obszarze Stanów Zjednoczonych powstała sieć programów umożliwiających seniorom ukończenie szkolenia zawodowego, przekwalifikowanie się lub znalezienie zatrudnienia adekwatnego do wieku i doświadczenia. Najpopularniejszym jest *Senior Community Service Employment Program* (SCSEP), który zapewnia osobom ubogim powyżej 55. roku życia pracę w wymiarze około 20 godzin tygodniowo, płatną według minimalnej stawki określonej przez rząd federalny lub władze stanowe – w zależności od tego, która jest korzystniejsza. Program zapewnia zatrudnienie w organizacjach typu non profit oraz w placówkach publicznych, takich jak szkoły, szpitale lub domy seniora. W przypadku programu SCSEP oprócz kryterium wieku należy również spełniać kryteria dochodowe. O przeszkolenie zawodowe i pomoc w znalezieniu zatrudnienia mogą ubiegać się osoby o dochodach nieprzekraczających 125% poziomu ubóstwa określonego w danym stanie. Celem nadrzędnym SCSEP jest przeniesienie co najmniej 30% uczestników programu z miejsca pracy subsydiowanego przez ustawę o osobach starszych na regularny rynek pracy¹⁴⁰.

Wolontariat to jedna z najpopularniejszych form aktywności osób starszych w Stanach Zjednoczonych. U podłoża tego typu działalności leży przekonanie, że osoby starsze dysponują wiedzą, doświadczeniem zawodowym oraz wolnym czasem. Program *Senior Corps* zrzesza ponad 500 tysięcy wolontariuszy

139 *Ibidem*.

140 U.S. Department of Labor, *About Senior Community Service Employment Program*, dostępne przez www.doleta.gov (5.10.2012).

powyżej 55. roku życia. Pełni funkcję pośrednika pomiędzy wolontariuszami a lokalnymi organizacjami i instytucjami, które potrzebują wsparcia. *Senior Corps* realizuje trzy programy:

a) „Dziadkowie zastępczy” (*Foster Grandparents*) – program, który pozwala osobom starszym zaangażować się w opiekę nad dziećmi wymagającymi szczególnej troski – chorymi, przebywającymi w domach dziecka, trudno przyswajającymi wiedzę;

b) „Towarzysz osoby starszej” (*Senior Companion*) – program, który funkcjonuje w oparciu o zasadę „seniorzy seniorom”. Angażuje osoby powyżej 55. roku życia do niesienia pomocy mniej samodzielny osobom starszym, przebywającym w domu lub w placówce stałego pobytu;

c) „Program wolontariatu emerytów” (*Retired Senior Volunteers Program*) – wszechstronny program umieszczający zainteresowane osoby w lokalnych organizacjach i instytucjach reprezentujących różne branże. Oprócz pośrednictwa w znalezieniu interesującego zajęcia program oferuje szkolenia, zwrot kosztów dojazdów oraz ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz odpowiedzialności prawnej¹⁴¹.

Osoby starsze często doświadczają problemów związanych z utrzymaniem własnego domu w dobrej formie lub, ze względu na ograniczoną samodzielność lub złą kondycję finansową, decydują się na zmianę miejsca zamieszkania na starość. Koncepcja pomocy państwa w zakresie polityki mieszkaniowej narodziła się w latach trzydziestych XX wieku, na fali reform Roosevelta po Wielkiej Depresji Gospodarczej. Obecnie pomoc w zakresie polityki mieszkaniowej przyjmuje rozmaite formy. Amerykański Departament Mieszkalnictwa i Rozwoju Miast na mocy ustawy mieszkaniowej z 1959 roku oferuje potrzebującym osobom starszym program pomocowy zwany „Sekcją 202” (*Section 202 Supportive Housing for the Elderly*). Program zapewnia dotacje finansowe i niskoprocentowe pożyczki prywatnym organizacjom typu non profit, które decydują się na zbudowanie lub renowację lokali mieszkalnych przeznaczonych dla ubogich osób starszych. Celem „Sekcji 202” jest zwiększenie podaży tanich mieszkań dla seniorów, w których dodatkowo świadczone są usługi porządkowe, żywnościowe i/lub transportowe, a także zapewnienie pomocy finansowej tym osobom starszym, które nie są w stanie

141 Corporation for National and Community Service, *What is Senior Corps?*, dostępne przez www.seniorcorps.gov (5.10.2012).

samodzielnie pokryć kosztów wynajmu¹⁴². W 2010 roku ponad 300 tysięcy seniorów zamieszkiwało lokale wynajmowane w ramach „Sekcji 202”¹⁴³. Innym programem pomocowym Departamentu Mieszkalnictwa jest „Sekcja 8”, pokrywająca część kosztów wynajmu kwater przez osoby ubogie, niezależnie od ich miejsca zamieszkania. Nie jest on jednak skierowany konkretnie do osób starszych. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że programy pomocowe oferowane przez Departament Mieszkalnictwa nie podlegają ustawie o osobach starszych i – co do zasady – są programami selektywnymi typu *means-tested*, w których wiek nie jest wystarczającym kryterium uprawniającym do skorzystania z pomocy.

Ze względu na preferencję seniorów do pozostania we własnym gospodarstwie domowym tak długo, jak to jest możliwe, dużą popularnością cieszą się programy napraw i renowacji domów osób starszych. Programy te pełnią dwie podstawowe funkcje: (1) podnoszą standard życia seniorów poprzez świadczenie usług naprawczych i remontowych, (2) poprawiają kondycję finansową ubogich osób starszych poprzez zatrudnianie ich przy realizacji tego typu projektów¹⁴⁴. Ciekawym projektem ułatwiającym samotnym seniorom samodzielne zamieszkiwanie własnego domu jest program *Shared Housing*, który na zasadzie pośrednictwa kontaktuje ze sobą samotne osoby starsze o podobnych potrzebach i umożliwia im wspólne zamieszkanie w charakterze współlokatorów. Podstawową zaletą tego typu rozwiązania jest dzielenie się kosztami życia, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i zmniejszenie poczucia osamotnienia.

Stany Zjednoczone dysponują rozbudowaną siecią placówek stałego pobytu dla osób starszych, w skład której wchodzi między innymi kliniki dla osób wymagających stałej opieki (tak zwane *Nursing Homes*), licencjonowane placówki „zakwaterowania z doглядem” (*Assisted Living*), domy opieki zastępczej dla osób starszych (*Adult Foster Care*), a także wspólnoty emerytów przypominające niezależne miasteczka (tak zwane *sun cities*). Te i inne formy świadczenia opieki długoterminowej omawiam w kolejnym podrozdziale.

142 U.S. Department of Housing and Urban Development, *Section 202: Supportive Housing for Elderly People*, dostępne przez portal.hud.gov (5.10.2012).

143 R. Cohen, *Supportive Housing*, AARP Public Policy Institute, Washington 2010.

144 D.E. Gelfand, *op. cit.*

1.6. System opieki długoterminowej w Stanach Zjednoczonych

W Stanach Zjednoczonych coraz więcej osób starszych żyje we własnych gospodarstwach domowych. Szacuje się, że w ośrodkach stałego pobytu (takich jak *Nursing Homes*) mieszka niecałe 5% populacji w wieku 65+¹⁴⁵. Dzieje się tak przede wszystkim na skutek niewspółmiernie wysokich kosztów opieki długoterminowej. Spośród seniorów otrzymujących pomoc w domu około dwóch trzecich korzysta ze wsparcia nieformalnego – świadczonego przez rodzinę, przyjaciół, sąsiadów¹⁴⁶. Ponad połowa osób przebywających w ośrodkach stałego pobytu nie posiada rodziny ani krewnych¹⁴⁷.

Zinstytucjonalizowany system opieki nad osobami starszymi w Stanach Zjednoczonych jest skomplikowany przede wszystkim ze względu na dywersyfikację źródeł finansowania poszczególnych programów. Programy dzielą się na:

- a) finansowane przez rząd federalny;
- b) finansowane przez władze stanowe;
- c) finansowane przez lokalną społeczność;
- d) finansowane ze źródeł prywatnych.

Na ogół jednak usługi związane z opieką długoterminową finansowane są z kilku źródeł jednocześnie: częściowo ze środków publicznych (na przykład z programu *Medicaid*), częściowo z prywatnie zakupionego ubezpieczenia, a także bezpośrednio z kieszeni osób starszych.

Niesamodzielność lub osiągnięcie zaawansowanego wieku rzadko bywają jedynym kryterium uprawniającym do skorzystania z opieki długoterminowej. Stany Zjednoczone słyną z tak zwanych *means tests*, czyli dodatkowych kryteriów, najczęściej dochodowych, dopuszczających do skorzystania z pomocy państwa. Aby zostać objętym finansowaniem w ramach rządowego programu *Medicaid*, w 2011 roku należało wykazać dochody

145 *Ibidem*.

146 A.E. Scharlach, A.J. Lehning, *Government's Role in Aging and Long-Term Care*, [w:] *Shared Risks, Shared Responsibilities: Government, Markets and Social Policy in the Twenty-First Century*, eds. J. Hacker, A. O'Leary, Oxford University Press, New York 2012, s. 229–235.

147 D.E. Gelfand, *op. cit.*

na poziomie poniżej 674 dolarów miesięcznie¹⁴⁸. Popularna stała się więc praktyka pozbywania się majątku przez osoby starsze (na przykład poprzez przepisywanie własności na dzieci) w celu zakwalifikowania się do programu opieki długoterminowej finansowanego z budżetu federalnego.

Według danych z 2009 roku program *Medicaid* wydaje około 119 miliardów dolarów rocznie na zapewnienie opieki długoterminowej ubogim osobom starszym¹⁴⁹. To dużo, jednak dla porównania warto przytoczyć dane Amerykańskiego Stowarzyszenia Emerytów (AARP), które oszacowało ekonomiczną wartość usług opiekuńczych świadczonych nieformalnie na 450 miliardów dolarów rocznie, czyli prawie czterokrotnie więcej od nakładów państwowych w ramach *Medicaid*¹⁵⁰. Przyjmuje się, że obecnie około 25 milionów dorosłych Amerykanów zajmuje się świadczeniem nieformalnej opieki osobom starszym¹⁵¹. Nieformalny opiekun przeznacz na tę czynność około 18,4 godzin w tygodniu, a wartość jednej godziny pracy wynosi około 11 dolarów amerykańskich¹⁵². Niestety badania wykazują, że nieformalni opiekunowie częściej niż inni doświadczają stresu (nierzadko związanego z własnymi problemami finansowymi i koniecznością łączenia obowiązków zawodowych ze zobowiązaniami rodzinnymi) oraz cierpią na depresję¹⁵³. Mimo to Stany Zjednoczone są krajem zachęcającym do sprawowania nieformalnej opieki nad osobami starszymi. W 1993 roku prezydent Bill Clinton podpisał ustawę o ochronie pracowników (*Family and Medical Leave Act*), która pozwala skorzystać z bezpłatnego urlopu w wymiarze do 12 tygodni w roku, przyznanego ze względu na zły stan zdrowia członka rodziny. Poszczególne stany mogą wprowadzać udogodnienia wykraczające poza ustawowe minimum, na przykład poprzez wydłużenie przysługującego urlopu powyżej 12 tygodni lub rozszerzenie definicji „członka rodziny” na osoby inne niż współmałżonek,

148 E. Kassner, *Home and Community-Based Long-Term Services and Supports for Older People*, AARP Public Policy Institute, Washington 2011.

149 A. Houser, W. Fox-Grage, K. Ujvari, *Across the States. Profiles of Long-Term Services and Supports*, AARP Public Policy Institute, Washington 2012.

150 L. Feinberg, S.C. Reinhard, A. Houser, R. Choula, *Valuing the Invaluable: 2011 Update. The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving*, AARP Public Policy Institute, Washington 2011.

151 National Alliance for Caregiving, *Caregiving in the U.S. 2009*, MetLife Foundation, 2009.

152 A.Houser, W. Fox-Grage, K. Ujvari, *op. cit.*

153 *Ibidem.*

rodzic lub dziecko¹⁵⁴. Na mocy poprawki do ustawy o osobach starszych z 2000 roku rząd federalny utworzył Narodowy Program Wsparcia dla Nieformalnych Opiekunów (*National Family Caregiver Support Program*), który przekazuje poszczególnym stanom dotację w wysokości około 150 milionów dolarów rocznie w celu ułatwienia nieformalnym opiekunom pełnienia ich funkcji. Wysokość dofinansowania uzależniona jest od procentowego udziału osób powyżej 70. roku życia (czyli potencjalnych usługobiorców) w ogólnej populacji stanu. Środki nie służą poprawie sytuacji finansowej nieformalnych opiekunów, tylko pozwalają stworzyć sieci wsparcia i ośrodki udostępniania informacji na poziomie lokalnym. W praktyce pomoc polega na przykład na zapewnieniu opieki krótkoterminowej przez wykwalifikowanego pracownika w okresie nieobecności członka rodziny lub na bezpłatnym dostarczaniu takich środków, jak leki, odzież czy produkty żywnościowe¹⁵⁵.

Biorąc pod uwagę zmiany społeczne i kulturowe, które przejawiają się między innymi zmianami w strukturze rodziny, zakres usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych powinien być regularnie poszerzany. Tendencja do świadczenia opieki seniorom przez nieformalnych opiekunów może zanikać ze względu na takie czynniki, jak: (a) aktywny udział kobiet na rynku pracy, (b) wymóg większej mobilności zawodowej i geograficznej w dobie globalizacji, (c) rosnące znaczenie niezależności i samodzielności w procesie aktywnego starzenia się, (d) rosnąca liczba wykwalifikowanych pracowników socjalnych i dostęp do opieki na poziomie lokalnym¹⁵⁶. Za zwiększeniem oferty programów opieki długoterminowej przemawiają również prognozy demograficzne, które zapowiadają bezprecedensowy wzrost liczby osób w wieku 85+. To właśnie najstarsi seniorzy (*the oldest old*) najczęściej korzystają ze zinstytucjonalizowanych form opieki. Według ostatnich szacunków liczba najstarszych seniorów w Stanach Zjednoczonych wzrośnie o 69% między 2012 a 2032 rokiem¹⁵⁷.

154 *Ibidem*.

155 Administration on Aging, *National Family Caregiver Support Program (OAA Title IIIE)*, dostępne przez http://www.aoa.gov/aoa_programs/hcltc/caregiver/index.aspx (9.10.2012).

156 A. Scharlach, *Aging, Family, and the Welfare State*, [w:] *Aging in Perspective and the Case of China: Issues and Approaches*, eds. S. Chen, J.L. Powell, Nova Science Publishers, Liverpool 2011, s. 87–102.

157 A. Houser, W. Fox-Grage, K. Ujvari, *op. cit.*

Obecnie w Stanach Zjednoczonych obserwuje się wzrost zainteresowania placówkami stałego pobytu typu *Assisted Living* („zakwaterowanie z doглядem”¹⁵⁸), przy równoczesnym spadku liczby osób korzystających z kliniki dla seniorów wymagających stałej opieki (*Nursing Homes*). W ciągu zaledwie kilku lat (2007–2010) liczba miejsc w placówkach typu *Assisted Living* wzrosła o blisko 18%¹⁵⁹. „Zakwaterowanie z doглядem” to forma ośrodka stałego pobytu gwarantującego stosunkowo dużą niezależność mieszkańcom, a jednocześnie świadczącego pomoc w:

a) podstawowych codziennych czynnościach (ADL – *Activities of Daily Living*), takich jak przygotowanie posiłków, dbałość o higienę osobistą, ubieranie, poruszanie się po domu;

b) funkcjonalnych codziennych czynnościach (IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*), takich jak przemieszczanie się po okolicy, robienie zakupów, zarządzanie budżetem, przyjmowanie leków.

Warto jednak zaznaczyć, że „zakwaterowanie z doглядem” i kliniki dla seniorów wymagających stałej opieki podlegają odrębnemu finansowaniu. Na dofinansowanie z programu *Medicaid* może liczyć około dwóch trzecich pacjentów klinik, i tylko 19% mieszkańców placówek typu *Assisted Living*¹⁶⁰. Z tego też względu prywatne, licencjonowane ośrodki oferujące „życie z doглядem” są przeznaczone dla zamożniejszej części amerykańskich seniorów.

Odrębną formą świadczenia opieki długoterminowej są tak zwane domy opieki zastępczej dla osób starszych (*Adult Foster Care*). Określenie „dom” jest w tym przypadku bardziej adekwatne niż „placówka”, ponieważ przepisy pozwalają na przyjmowanie od 1 do maksymalnie 6 podopiecznych. Specyfiką tego typu domów jest rodzinna atmosfera i zamieszkiwanie przynajmniej jednego opiekuna na stałe wraz z podopiecznymi¹⁶¹. Podstawowe różnice między placówką typu *Assisted Living* a domem typu *Adult Foster Care* przedstawia tabela 1.8.

158 Tłumaczenie terminów na język polski za: A. Szarota, *Opieka nad osobami starszymi w Stanach Zjednoczonych*, [w:] *Institutionalne wsparcie seniorów – rozwiązania polskie i zagraniczne*, red. A. Fabiś, Bielsko–Biała 2007, s. 127–134.

159 R.L. Mollica, A. Houser, K. Ujvari, *Assisted Living and Residential Care in the States in 2010*, AARP Public Policy Institute, Washington 2012.

160 A. Houser, W. Fox-Grage, K. Ujvari, *op. cit.*

161 R.L. Mollica, K. Simms-Kastelein, J. Farnham, S. Reinhard, J. Accius, *Building Adult Foster Care: What States Can Do*, AARP Public Policy Institute, Washington 2009.

Tabela 1.8. Porównanie dwóch wybranych form opieki długoterminowej nad osobami starszymi dostępnymi w Stanach Zjednoczonych (*Assisted Living* i *Adult Foster Care*)

Dom opieki zastępczej dla osób starszych (Adult Foster Care)	„Zakwaterowanie z doглядem” (Assisted Living)
<p>1. Liczba podopiecznych: od 1 do 6 osób.</p> <p>2. Lokalizacja i specyfika miejsca: prywatny dom znajdujący się w bezpośrednim sąsiedztwie lub okolicy, w jednym pokoju mogą mieszkać maksymalnie 2 osoby wymagające opieki.</p> <p>3. Zakres usług: usługi o charakterze pozamedycznym, pomoc w podstawowych codziennych czynnościach (<i>Activities of Daily Living</i>).</p> <p>4. Dodatkowa specyfikacja: może świadczyć podstawowe usługi pielęgniarские, jednak nie w trybie 24-godzinnym.</p>	<p>1. Liczba podopiecznych: od 4 osób wzwyż.</p> <p>2. Lokalizacja i specyfika miejsca: placówki znajdują się na terenie całego kraju; oferują prywatne lub półprywatne pokoje, które mogą być zamykane na klucz.</p> <p>3. Zakres usług: zapewnia pomoc zarówno w podstawowych, jak i funkcjonalnych codziennych czynnościach (ADL i IADL); organizuje zajęcia o charakterze integracyjnym, edukacyjnym i rozrywkowym.</p> <p>4. Dodatkowa specyfikacja: może świadczyć profesjonalne usługi pielęgniarские w trybie 24-godzinnym (tylko dla osób spełniających określone kryteria medyczne).</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie R.L. Mollica, K. Simms-Kastelein, J. Farnham, S. Reinhard, J. Accius, *Building Adult Foster Care: What States Can Do*, AARP Public Policy Institute, Washington 2009.

Na szczególną uwagę zasługuje dynamicznie rozwijający się sektor usług świadczonych bezpośrednio w domu lub w najbliższym otoczeniu, tak zwane *Home and Community Based Services* (HCBS). W Stanach Zjednoczonych zaobserwować można zwrot w kierunku dostosowywania dostępnych form opieki do indywidualnych potrzeb klienta. Większość seniorów woli pozostać we własnym gospodarstwie domowym tak długo, jak jest to możliwe. Celem władz stanowych jest stopniowe zastępowanie opieki w ośrodkach stałego pobytu (takich jak *Nursing Homes*) innymi formami opieki świadczonymi bezpośrednio w domu. Tendencja ta podyktowana jest nie tylko względami humanitarnymi, lecz także ekonomicznymi. Koszt pobytu jednej osoby w ośrodku stałego pobytu został skalkulowany jako trzykrotnie wyższy od kosztu zapewnienia

profesjonalnej pomocy w domu¹⁶². Poszczególne stany mogą przeznaczyć część środków otrzymanych od rządu federalnego na realizację programu *Medicaid* na rozbudowę sektora usług HCBS. Rozbieżności w tej dziedzinie są znaczne: niektóre stany (Nowy Meksyk, Waszyngton, Minnesota) przeznaczają na ten cel ponad 60% środków przyznanych w ramach *Medicaid*, podczas gdy inne (Dakota Północna i Południowa, Delaware, Maryland, Alabama i Rhode Island) zaledwie 15%¹⁶³. Usługi typu HCBS są również finansowane z budżetów stanowych i oferowane głównie tym osobom starszym, które nie spełniają kryterium dochodowego uprawniającego do opieki w ramach *Medicaid*.

Koszty opieki długoterminowej w Stanach Zjednoczonych należą do najwyższych na świecie. Przeciętny koszt pobytu seniora w klinice dla osób wymagających stałej opieki (*Nursing Home*) wynosi około 80 tysięcy dolarów rocznie, a w placówce typu *Assisted Living* („zakwaterowanie z doглядem”) – około 37 tysięcy dolarów rocznie¹⁶⁴. Według danych z 2008 roku prywatnie zakupione ubezpieczenie pokrywa zaledwie 7% kosztów opieki długoterminowej¹⁶⁵. Amerykański rynek usług ubezpieczeniowych owiany jest złą sławą na skutek powszechnego stosowania praktyk dyskryminacyjnych (tak zwanego *pre-condition screening*), które nie pozwalają osobom starszym lub przewlekle chorym na zakup ubezpieczenia lub polegają na oferowaniu w takich sytuacjach polis ubezpieczeniowych po nieracjonalnie wysokich cenach. Ukrócenie praktyk dyskryminacyjnych na rynku usług ubezpieczeniowych jest jednym z celów podpisanej w 2010 roku ustawy *Patient Protection and Affordable Care Act*, zwanej powszechnie „Programem opieki Obamy” (*Obamacare*). Ustawa zakłada powołanie do życia administrowanego przez rząd federalny programu CLASS (*Community Living Assistance Services and Supports*), w ramach którego oferuje się możliwość przystąpienia do programu ubezpieczeniowego chroniącego przed wysokimi kosztami opieki długoterminowej. W odróżnieniu od ubezpieczeń prywatnych program CLASS gwarantuje brak wpływu istniejących schorzeń (*preexisting conditions*) na wysokość składki. Do programu przystąpić mogą osoby zatrudnione, a składki potrącane są przez pracodawcę

162 A. Houser, W. Fox-Grage, K. Ujvari, *op. cit.*

163 *Ibidem.*

164 T.R. Prohaska, L.A. Anderson, R.H. Binstock, *Public Health for an Aging Society*, The John Hopkins University Press, Baltimore 2012.

165 *Ibidem.*

(tym samym program CLASS stanowi kolejny przykład na funkcjonowanie amerykańskiego *welfare state* w oparciu o fakt posiadania zatrudnienia). Aby zacząć korzystać z pomocy finansowej w ramach CLASS, należy opłacać składki przez okres minimum pięciu lat i wykazać stopień uszczerbku na zdrowiu kwalifikujący do co najmniej 90-dniowej opieki. Świadczenia wypłacane są w gotówce w wysokości około 50 dolarów za jeden dzień opieki, co ma zapewnić klientom możliwie jak największą swobodę w wyborze instytucji opieki długoterminowej¹⁶⁶.

Krytycy tej koncepcji zwracają uwagę na to, że dobrowolność uczestniczenia w programie może prowadzić do sytuacji, że przystąpią do niego w głównej mierze osoby niepełnosprawne i przewlekle chore, które już dziś są w stanie przewidzieć, że w perspektywie kilku lat skorzystają z ubezpieczenia. To z kolei może wpłynąć negatywnie na kondycję finansową programu oraz wysokość prognozowanych składek. Wysokie składki z kolei zmniejszą zainteresowanie programem osób zdrowych i młodych. W toku prac nad niniejszą książką propozycja projektu CLASS została przegłosowana i odrzucona w dniu 1 stycznia 2013 roku.

Podstawową słabością amerykańskiego systemu opieki długoterminowej jest brak jakiegokolwiek strategii zarządzania na poziomie ogólnokrajowym¹⁶⁷. To powoduje, że odpowiedzialność za zapewnienie adekwatnej podaży usług dla seniorów spoczywa na poszczególnych stanach i lokalnych społecznościach. Zdaniem Andrew Scharlacha omawiany system stanowi tym samym „sfragmentaryzowaną mozaikę odizolowanych od siebie, lokalnych programów” [tłum. aut.]¹⁶⁸, pozbawionych perspektywy ogólnonarodowej. Co gorsza, nie istnieją żadne ogólnokrajowe standardy jakości ani narzędzia ewaluacji świadczonych usług, dlatego między poszczególnymi stanami istnieją diametralne różnice:

- a) w jakości świadczonych usług opiekuńczych;
- b) w definiowaniu i klasyfikowaniu ośrodków stałego pobytu – na przykład placówka typu *Assisted Living* („zakwaterowanie z doглядem”) może być

166 U.S. Department of Health and Human Services, *Long-term care*, dostępne przez <http://www.healthcare.gov/using-insurance/medicare-long-term-care/long-term-care/> (12.11.2012).

167 A.E. Scharlach, A.J. Lehning, *op. cit.*

168 *Ibidem*, s. 229.

oferowana w innym stanie pod nazwą *Nursing Home*, jako klinika dla seniorów wymagających stałej opieki¹⁶⁹.

Andrew Scharlach zwraca uwagę na to, że sektor opieki długoterminowej w Stanach Zjednoczonych jest sfeminizowany, nisko płatny, mało prestiżowy i zdominowany przez imigrantów o różnym pochodzeniu narodowym i etnicznym¹⁷⁰. Brak ogólnokrajowych standardów i niewykwalifikowany personel to główne determinanty niskiej jakości świadczonych usług.

Jeszcze do niedawna rząd federalny partycypował w kosztach opieki długoterminowej wybiórczo, tylko w ramach opieki świadczonej w klinikach typu *Nursing Homes*. Pozytywnym zjawiskiem jest otworzenie się programu *Medicaid* na inne, preferowane przez seniorów formy opieki, gwarantujące większe poczucie niezależności i godności. W 1997 roku oba rządowe programy ochrony zdrowia – *Medicare* i *Medicaid* – rozpoczęły częściowe refundowanie opieki długoterminowej świadczonej w ramach innowacyjnego, zintegrowanego programu PACE (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly*). Program ten, zakwalifikowany przez mnie jako przykład dobrej praktyki w zakresie usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych, omawiam szczegółowo w kolejnym podrozdziale.

1.7. Dobre praktyki

Choć przynależą do grona państw realizujących liberalny model polityki społecznej, Stany Zjednoczone rozwinęły szeroki zakres programów i usług skierowanych do osób starszych. Kamieniem milowym na drodze do rozwoju amerykańskiego modelu polityki wobec starzenia się ludności było powołanie do życia powszechnego programu ubezpieczeń społecznych (*Social Security Act*, 1935), państwowego programu opieki zdrowotnej dla osób powyżej 65. roku życia (*Medicare*, 1965) oraz przyjęcie ustawy o osobach starszych (*Older Americans Act*, 1965). Mimo wielu słabości amerykańskiego modelu państwa dobrobytu, takich jak wysokie koszty usług opiekuńczych lub uzależnienie prawa do opieki socjalnej od posiadania zatrudnienia, Stany Zjednoczone mogą posłużyć jako źródło dobrych praktyk w dziedzinie polityki starzenia się, szczególnie dla tych krajów, które nie podjęły jeszcze

169 *Ibidem*.

170 *Ibidem*.

działań w zakresie zarządzania zmianami demograficznymi. Na kolejnych stronach dokonuję opisu pięciu wyselekcjonowanych przykładów dobrych praktyk w zakresie polityki społecznej wobec osób starszych, które z powodzeniem realizowane są na obszarze USA. W pierwszej kolejności omawiam specyfikę innowacyjnego programu zintegrowanej opieki długoterminowej dla seniorów, następnie charakteryzuję nowatorski „model wioski”, który stanowi przykład skutecznej realizacji koncepcji „starzenia się w społeczności” (*aging in place*), odwołuję się do amerykańskiego fenomenu „słonecznych miast” – największych wspólnot emerytów na świecie, dalej dokonuję przeglądu lokalnej oferty programów i usług dla osób starszych na przykładzie miasta Berkeley w stanie Kalifornia, a listę dobrych praktyk zamykam charakterystyką działalności Amerykańskiego Stowarzyszenia Emerytów – największej organizacji reprezentującej społeczne i polityczne interesy seniorów na świecie. Na szczególną uwagę zasługuje to, że trzy z pięciu wyselekcjonowanych przeze mnie przykładów dobrych praktyk dotyczą sektora opieki długoterminowej. Może to wskazywać na pozytywny trend w kierunku poprawy jakości usług i tworzenia rozwiązań alternatywnych dla placówek stałego pobytu.

1.7.1. Program zintegrowanej opieki długoterminowej dla osób starszych (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly*)¹⁷¹

Podstawową słabością amerykańskiego systemu opieki długoterminowej jest jego rozdrobnienie i brak koordynacji na poziomie federalnym. Liczne rekomendacje mające na celu uzdrowienie sfragmentaryzowanego systemu (między innymi te zawarte w ustawie *Affordable Care Act*) zawierają postulat integracji usług opiekuńczych i medycznych. Pod pojęciem „integracji” należy rozumieć wprowadzenie następujących zmian:

- a) szeroko dostępnych świadczeń socjalnych umożliwiających dokonywanie wyboru konsumentom (na przykład wyboru formy opieki);
- b) rozbudowanego systemu usług koordynowanych na poziomie lokalnym, łączących opiekę społeczną z opieką o charakterze medycznym;

171 Szerzej na ten temat w: K. Zapędowska-Kling, *Eldercare Services in Sweden and the United States: Comparative Perspective and Examples of Best Practice*, „Poznań University of Economics Review” 2014, vol. 14(2), s. 31–42.

c) rozwiązań i narzędzi służących integracji systemu, takich jak interdyscyplinarne zespoły pracowników lub elektroniczne systemy gromadzenia i wymiany informacji;

d) uniwersalnego systemu kontroli jakości;

e) uproszczonych i elastycznych form finansowania¹⁷².

Projektem, który spełnia wyżej wymienione kryteria i stanowi przykład dobrej praktyki w dziedzinie opieki długoterminowej, jest program PACE (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly*). Podstawowym założeniem programów typu PACE jest objęcie osoby starszej opieką długoterminową o charakterze opieki społecznej, przy jednoczesnym świadczeniu kompleksowej, profesjonalnej opieki medycznej. Nadrzędnym celem inicjatyw typu PACE jest zapobieganie niepotrzebnej hospitalizacji osób starszych wymagających opieki, a także ograniczenie liczby pacjentów korzystających z klinik typu *Nursing Homes*. Innowacyjność programu polega na zintegrowaniu usług medycznych i socjalnych świadczonych przez jeden interdyscyplinarny zespół pracowników oraz na uproszczeniu zasad finansowania tej opieki¹⁷³.

Pierwszy ośrodek zintegrowanej opieki długoterminowej powstał w 1973 roku w San Francisco. Lokalne władze, zainspirowane brytyjskim modelem opieki dziennej, doszły wówczas do wniosku, że połączenie opieki zdrowotnej i socjalnej może zapobiec umieszczaniu seniorów w domach stałego pobytu. W 1975 roku ośrodek nazwany *On Lok* poszerzył swoją ofertę o usługi świadczone bezpośrednio w domach osób starszych, a od 1978 roku, dzięki dofinansowaniu z Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych, faktycznie zaczął sprawować kompleksową opiekę w ramach zintegrowanego systemu koordynowanego przez jedną organizację¹⁷⁴.

172 R.I. Stone, W.F. Benson, *Financing and Organizing Health and Long-Term Care Services for Older Populations*, [w:] *Public Health for an Aging Society*, eds. T.R. Prohaska, L.A. Anderson, R.H. Binstock, The John Hopkins University Press, Baltimore 2012.

173 U.S. Department of Health and Human Services, *Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual*, dostępne przez <http://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/pace/downloads/RISO.pdf> (26.09.2012).

174 C. Eng, J. Pedulla, G.P. Eleazer, R. McCann, N. Fox, *Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care*

Osoby ubiegające się o objęcie opieką w ramach programu PACE muszą spełniać następujące kryteria:

- wiek powyżej 55 lat,
- miejsce zamieszkania w obszarze podlegającym danemu ośrodkowi PACE (rejonizacja),
- stan zdrowia kwalifikujący do pobytu w klinice dla osób wymagających stałej opieki (zgodnie z kryteriami danego stanu)¹⁷⁵.

Na szczególną uwagę zasługuje skład interdyscyplinarnego zespołu pracowników określony przez standardy PACE. Świadczeniem usług opiekuńczych i opieki zdrowotnej zajmują się między innymi:

- lekarze rodzinni (pierwszego kontaktu),
- lekarze specjaliści (geriatrzy i inni),
- pielęgniarki,
- fizjoterapeuci,
- dietetycy,
- specjaliści od terapii zajęciowej,
- specjaliści od terapii rekreacyjnej,
- pracownicy socjalni,
- pracownicy służby zdrowia,
- osoby odpowiedzialne za świadczenie usług transportowych.

Standardowo na około 120–150 pacjentów przypada od 60 do 80 pracowników¹⁷⁶. Oznacza to, że na jednego wykwalifikowanego pracownika przypada około dwóch podopiecznych, co pozwala na zastosowanie indywidualnego podejścia do pacjenta i stałe monitorowanie jego kondycji fizycznej i psychicznej.

Program skierowany jest przede wszystkim do najstarszych seniorów (85+), do osób starszych ze zdiagnozowanym „zespołem słabości” (*frailty syndrome*) oraz do osób powyżej 55. roku życia posiadających poważne problemy zdrowotne, uniemożliwiające samodzielną egzystencję. Usługi świadczone są bezpośrednio w domostwach oraz w centrach dziennej opieki zdrowotnej (*adult day health centers*). W praktyce osoba objęta opieką

and Financing, „Journal of the American Geriatrics Society” 1997, vol. 45(2) s. 223–232.

175 *Ibidem*.

176 *Ibidem*.

w ramach PACE odwiedzana jest każdego ranka przez pracownika programu (na przykład pielęgniarkę, pracownika socjalnego), następnie przewożona specjalnym środkiem transportu do ośrodka, w którym może skorzystać z konsultacji lekarskiej, terapii zajęciowej, rekreacyjnej lub zabiegów medycznych, a także zjeść pełnowartościowy posiłek. Wieczorem podopieczny odwożony jest do domu, gdzie w asyście pracownika może przygotować się do snu lub omówić plany na kolejny dzień. Jednocześnie pracownicy socjalni dbają o utrzymanie regularnych kontaktów z członkami rodziny i informują bliskich o stanie zdrowia pacjenta.

Program promuje holistyczne podejście do zdrowia pacjenta, uwzględnia indywidualne potrzeby i preferencje, wykazuje wrażliwość na zróżnicowanie społeczno-kulturowe klientów. Interdyscyplinarny zespół pracowników dba nie tylko o dobrą kondycję fizyczną i psychiczną uczestników programu, lecz przede wszystkim daje im poczucie przynależności do społeczności. W odróżnieniu od placówek stałego pobytu program PACE nie przyczynia się poczucia wyobcowania i osamotnienia. Możliwość egzystowania we własnym otoczeniu, mimo braku samodzielności, daje osobom starszym poczucie godności i bezpieczeństwa.

Oprócz niezaprzeczalnych korzyści o wymiarze psychologicznym program generuje też spore oszczędności. W 1983 roku koszty kompleksowej opieki w kalifornijskim ośrodku *On Lok* były o 15% niższe w porównaniu do tradycyjnego systemu funkcjonującego w oparciu o zasadę „opłata za usługę” (*fee-for-service*)¹⁷⁷. Program finansowany jest w znacznym stopniu przez rządowe programy *Medicare* i *Medicaid*. Poszczególne ośrodki otrzymują miesięczne dofinansowanie na każdego pacjenta według stawki ustalonej osobno dla każdego stanu. W sytuacji gdy osoba objęta jest programem ubezpieczeń zdrowotnych *Medicare* (czyli ma 65 lat lub więcej), lecz nie spełnia kryteriów dochodowych programu *Medicaid*, wówczas część kosztów opieki pokrywa samodzielnie¹⁷⁸.

Program opieki długoterminowej PACE oceniany jest jako skuteczny i cieszący się powodzeniem. Według danych z 2011 roku na obszarze Stanów

177 *Ibidem*.

178 Informacje pochodzą z oficjalnej strony internetowej programu PACE, dostępne przez www.medicaid.gov (27.09.2012).

Zjednoczonych działały 82 ośrodki typu PACE¹⁷⁹. Istnieje jednak szereg przeszkód, które utrudniają proces tworzenia kolejnych placówek. Podstawowym problemem jest skompletowanie wykwalifikowanego personelu, w tym przede wszystkim pozyskanie lekarzy specjalizujących się w geriatricii (stanowią oni około 1% ogółu lekarzy)¹⁸⁰. Studenci szkół medycznych chętniej wybierają specjalizacje powszechnie uznawane za prestiżowe, takie jak chirurgia, lub gwarantujące zatrudnienie, takie jak pediatria. Geriatria natomiast uchodzi za dziedzinę medycyny trudną, nieprzynoszącą zadowalających rezultatów, porównywaną do „walki z upływającym czasem”, z góry skazaną na niepowodzenie. Kolejną barierą jest relatywnie niższe wynagrodzenie oferowane specjalistom w placówkach typu PACE w porównaniu z prowadzeniem prywatnej praktyki lekarskiej. Finansowanie programu z budżetu federalnego według ryczałtowych stawek przypadających na klienta powoduje, że ośrodki zintegrowanej opieki borykają się z problemami podobnymi do tych doświadczanych przez polskie szpitale – nakłady finansowe zostają wyczerpane przed końcem roku kalendarzowego, etyka lekarska nie pozwala zaprzestać wykonywania badań ani terapii, co w konsekwencji prowadzi do generowania długu.

Ostatnia z barier ma charakter organizacyjny i przejawia się nadmiernie rozbudowaną biurokracją i rygorystycznymi przepisami związanymi z otwarciem placówki typu PACE. Proces administracyjnego utworzenia ośrodka zintegrowanej opieki trwa przeciętnie od 3 do 5 lat¹⁸¹. Krytycy programu zwracają także uwagę na to, że PACE jest atrakcyjną alternatywą dla najuboższych grup społecznych, które podlegają refundacji z *Medicaid*. Pozostali seniorzy, reprezentujący klasę średnią i wyższą, muszą samodzielnie pokrywać koszt równoważny refundacji z budżetu państwa, który wysokością przekracza dwa tysiące dolarów miesięcznie¹⁸². Ciekawą alternatywą dla przedstawicieli klasy średniej, których nie stać na skorzystanie z programu zintegrowanej opieki dziennej, jest innowacyjny, rozwijający się od kilku lat „model wioski” (*village model*), który opisują jako przykład kolejnej dobrej praktyki.

179 National PACE Association, dostępne przez www.npaonline.org (8.10.2012).

180 A. Zieger, *Democrats File Bill Addressing Geriatric Provider Shortage*, 2009, dostępne przez www.fiercehealthcare.com (9.10.2012).

181 C. Eng, J. Pedulla, G.P. Eleazer, R. McCann, N. Fox, *op. cit.*

182 *Ibidem*.

1.7.2. „Model wioski” jako metoda realizacji koncepcji „starzenia się w społeczności” (*aging in community*)

„Model wioski” to nowatorska metoda sprawowania opieki długoterminowej nad osobami starszymi, która umożliwia egzystowanie we własnym domu i otoczeniu tak długo, jak tylko jest to możliwe. „Wioska” jest niezależną, oddolną organizacją związaną przez mieszkańców danej społeczności. Jej podstawowym zadaniem jest niesienie pomocy i świadczenie usług opiekuńczych w obrębie najbliższego sąsiedztwa. Celem nadrzędnym jest umożliwienie starzejącym się członkom społeczności niezależnego funkcjonowania we własnym otoczeniu.

Pierwsza taka wioska powstała z inicjatywy grupy przyjaciół w Bostonie, w dzielnicy Bacon Hill, w 2001 roku. Założyciele wspominają, jak wpadli na pomysł założenia organizacji:

Chcieliśmy nadal aktywnie angażować się w sąsiedztwie w tym tętniącym życiem mieście. Zdaliśmy sobie jednak sprawę, że w przyszłości będziemy potrzebować wsparcia. Zrobiliśmy przegląd konwencjonalnych form opieki. Chcieliśmy mieć więcej swobody i kontroli niż w modelach skoncentrowanych na pojedynczych potrzebach, takich jak programy mieszkaniowe, opieka medyczna czy aktywizacja społeczna. Chcieliśmy pozostać aktywni, troszcząc się o siebie nawzajem, a nie stając się podopiecznymi instytucji [tłum. aut.]¹⁸³.

Ze względu na selektywność większości państwowych programów opieki osoby niekwalifikujące się do wsparcia w ramach *Medicaid* mają ograniczone możliwości skorzystania z pomocy. Od 2001 roku oddolnie tworzone organizacje seniorów, funkcjonujące w dużej mierze w oparciu o zasadę „samopomocy”, stały się przedmiotem zainteresowania mediów. Artykuły na temat nowo powstających wiosek ukazały się w wiodących dziennikach amerykańskich: „The Washington Post”, „Boston Globe”, „New York Times”, „Los Angeles Times”, a także w specjalistycznych magazynach, takich jak „The Gerontologist” lub „Generations”. W ciągu zaledwie jednej dekady, do 2012 roku, w Stanach Zjednoczonych powstało 90 wiosek. Ich popularność jest dość zróżnicowana w skali całego kraju. W trzech stanach: Kalifornii, Massachusetts i w stanie Nowy Jork istnieje po 15 wiosek lub więcej.

183 Bacon Hill Village, dostępne przez www.beaconhillvillage.com (10.10.2012).

W dziesięciu stanach, położonych głównie w centralnej części USA, model wioski w ogóle się nie rozwinął¹⁸⁴.

Ze względu na nieformalny charakter wiosek nie istnieje jedna uniwersalna definicja tego typu organizacji ani nie istnieją przepisy prawne regulujące charakter i zakres ich działalności. Poszczególne wioski różnią się między sobą:

a) rozmiarem – z badań przeprowadzonych przez zespół naukowców z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley wynika, że w 2011 roku liczebność wiosek wynosiła od 8 do 476 członków¹⁸⁵;

b) kryterium przynależności – istnieją zarówno wioski seniorów (dla osób powyżej 50. lub 65. roku życia), jak i wioski wielopokoleniowe;

c) sposobem finansowania – większość wiosek stanowi przykład organizacji samowystarczalnych finansowo, których głównymi źródłami dochodu są składki członków oraz darowizny. Wysokość składek w 2011 roku wahała się od 35 do 900 dolarów rocznie. Około jednej piątej wiosek korzysta z dofinansowania z budżetu federalnego, stanowego bądź lokalnych organizacji zajmujących się świadczeniem usług osobom starszym (na przykład Area Agencies of Aging)¹⁸⁶;

d) stopniem zaangażowania członków – w niektórych wioskach to członkowie świadczą sobie usługi na zasadzie wzajemności. Przykładem może być inicjatywa *Partners in Care* zainicjowana w stanie Maryland, która funkcjonuje jako swoisty „bank czasu wolnego”. Mieszkańcy społeczności wymieniają się formami świadczonej pomocy. Na przykład w zamian za robienie zakupów sąsiadowi mogą liczyć na pomoc przy naprawie nieszczelnego dachu itp.¹⁸⁷ Inne wioski z kolei ze składek uiszczanych przez mieszkańców wynajmują personel, który służy profesjonalną pomocą odpłatnie;

e) statusem organizacyjnym – większość wiosek to niezależne, samostanowiące o sobie organizacje. Część wiosek (około jednej czwartej) afiliowana jest przy innych instytucjach, na przykład przy lokalnych ośrodkach opieki dziennej dla seniorów¹⁸⁸.

184 *Village to Village Network*, dostępne przez <http://www.vtvnetwork.org/> (31.10.2012).

185 A. Scharlach, C. Graham, A. Lehning, *The Village Model: A Consumer Driven Approach for Aging in Place*, „The Gerontologist” 2012, vol. 52(3), s. 418–427.

186 *Ibidem*.

187 H. Gleckman, *Village Groups Help Seniors Remain in Their Homes as They Grow Older*, „The Washington Post” 9.02.2010.

188 A. Scharlach, C. Graham, A. Lehning, *op. cit.*

Podstawową zaletą „modelu wioski” jest stosunkowo niski koszt uczestniczenia w programie (od 35 do 900 dolarów rocznie w porównaniu z kosztami zinstytucjonalizowanej opieki sięgającymi 80 tysięcy dolarów rocznie!). Innowacyjność wiosek polega przede wszystkim na ich wielofunkcyjności. Świadczą usługi opiekuńcze, odgrywają rolę rówieśniczej grupy wsparcia oraz aktywnie angażują w życie społeczności. Zwiększają poczucie przynależności do wspólnoty i bezpieczeństwa osób samotnych. Są rozwiązaniem kompromisowym – zaspokajają potrzebę skorzystania ze zorganizowanej opieki, a jednocześnie pozwalają zachować poczucie niezależności i godności. Oferują usługi dostosowane do indywidualnych potrzeb klienta.

Wioski są pomysłem nowatorskim również z tego względu, że ich członkowie stanowią jednocześnie główne źródło finansów i zasobów ludzkich projektu. Mają więc realny wpływ na charakter i zakres działań organizacji. Powstanie wiosek wpłynęło pozytywnie na zmianę postrzegania osób starszych, dawniej będących „problemem” i „ciężarem”, a obecnie „potencjałem” danej społeczności. Dodatkową zaletą jest działalność wiosek jako grup lobbujących na rzecz lokalnej społeczności seniorów, dzięki czemu członkowie mają dostęp do tańszych towarów i usług¹⁸⁹.

Potencjalną wadą wiosek może być ich strukturalny brak trwałości. Dobrowolność uczestniczenia i dobrowolność uiszczania składek powodują, że rozmiar i budżet wioski mogą ulegać znacznym fluktuacjom na przestrzeni czasu. Co więcej, funkcjonowanie tego typu organizacji jest możliwe praktycznie wyłącznie w warunkach dojrzałego społeczeństwa obywatelskiego, co może stanowić ograniczenie w adaptacji tego rodzaju rozwiązania w innych krajach.

1.7.3. Funkcjonowanie „miast emerytów” na przykładzie Sun City w Arizonie

Amerykańskie „słoneczne miasta” – tętniące życiem wspólnoty emerytów – postrzegane są na świecie jako symbol beztrioski i niekończącej się rozrywki. Opierając się na doświadczeniach Stanów Zjednoczonych, inne kraje również rozpoczęły budowę miast emerytów (między innymi Kanada, Meksyk, Hiszpania, Cypr i Holandia). Choć od powstania pierwszego *sun city* minęło przeszło 50 lat, społeczności emerytów (tak zwane

189 *Ibidem*.

retirement communities) do dziś mają równie wielu zwolenników, co zagorzałych przeciwników. Z jednej strony oskarżane o segregację i dyskryminację ze względu na wiek, z drugiej strony cenione za umiejętne dostosowanie przestrzeni publicznej, zakresu usług, a nawet warunków klimatycznych do specyficznych potrzeb seniorów. Mimo braku jednoznacznej oceny zjawiska „słonecznych miast” klasyfikuję pierwszą istniejącą na świecie społeczność emerytów – Sun City w Arizonie – jako przykład dobrej praktyki. Podejmując się próby charakterystyki i oceny tej wspólnoty, korzystam z wiedzy i doświadczenia Jacque Ensign – 84-letniej absolwentki Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley, która w latach 1975–1985 pracowała w charakterze pracownika socjalnego w Sun City w Arizonie, a całe swoje życie zawodowe związała ze sektorem usług opiekuńczych dla osób starszych.

Do powstania Sun City przyczynił się eksperymentalny pomysł Delberta E. Webba, właściciela dobrze prosperującej firmy deweloperskiej, która w latach pięćdziesiątych zajmowała się budową hoteli, kasyn, baz wojskowych i szpitali na południu Stanów Zjednoczonych. Pomysł był nowatorski, ponieważ nigdy wcześniej nie zbudowano miasta dla osób w określonym przedziale wiekowym. Del E. Webb doszedł do wniosku, że ówczesnie istniejące społeczności emerytów oferują życie na bardzo niskim poziomie – w ciasnych pokojach, bez udogodnień i rozrywek. Ponieważ w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku sytuacja ekonomiczna seniorów w USA uległa znacznej poprawie (program *Social Security* obejmował już wówczas większość społeczeństwa, dodatkowo Stany cieszyły się okresem powojennej prosperity), Webb postanowił zbudować miasteczko, w którym emeryci mieszkaliby w samodzielnych domach oraz mieliby dostęp do lokalnego centrum rozrywki, sklepów i rekreacji.

Otwarcie wspólnoty zaplanowano na 1 stycznia 1960 roku. Celem twórców koncepcji była sprzedaż 1700 domów w ciągu pierwszych trzech lat działalności. Popularność tej inicjatywy przerosła ich najśmielsze oczekiwania. W ciągu jednego weekendu wspólnotę odwiedziło ponad sto tysięcy przyjezdnych oraz sprzedano 237 domów, mimo że w rzeczywistości istniało ich tylko pięć. Do końca roku sprzedano ponad dwa tysiące domów, czyli więcej niż zaplanowano na okres trzech lat. W ciągu zaledwie 59 dni od otwarcia Sun City zostało ogłoszone najszybciej rozwijającym się miastem w Arizonie. Założyciel Sun City zyskał rozgłos, a jego podobizna pojawiła się na okładce amerykańskiego

tygodnika „Time”¹⁹⁰. Liczba mieszkańców rosła nieprzerwanie aż do połowy lat osiemdziesiątych XX wieku. Sukces Sun City przypisuje się w głównej mierze marketingowi szeptanemu (*word-of-mouth marketing*) – strategii marketingowej polegającej na nieformalnej sieci rekomendacji. Praktyka pokazuje, że mieszkańcy wspólnoty przyciągają swoich przyjaciół, rodzeństwo i dalszych krewnych. Bezpośrednie sąsiedztwo zamieszkują duże grupy przyjaciół. Wiekowi mieszkańcy wspólnoty (85+) kupują domy swoim dzieciom (65+)¹⁹¹. Według danych z 2010 roku Sun City wraz z nową dzielnicą – Sun City West – ma 62 tysiące mieszkańców, co sprawia, że miasto to stanowi największą na świecie wspólnotę osób starszych¹⁹².

Sun City w Arizonie jest oryginalnym i pozytywnym przykładem społeczności emerytów przede wszystkim ze względu na unikalną umiejętność budowania poczucia tożsamości u swoich rezydentów. Decyzją mieszkańców (głosowanie z 1964 i 1988 roku) miasto pozostaje niezależne od gminy, nie płaci podatków na szkoły, dysponuje własnym szpitalem, oddziałami policji i straży pożarnej¹⁹³. Mieszkańcy Sun City słyną z niezwykle zaangażowania w życie lokalnej społeczności. Dzięki prywatnym inicjatywom i zdolności do organizowania się w mieście funkcjonują pięć stowarzyszeń, kilkadziesiąt klubów tematycznych (artystycznych, sportowych, politycznych, edukacyjnych), kobieca drużyna gry w softball, amfiteatr, lokalny oddział programu żywnościowego *Meals-on-Wheels*, a nawet wypożyczalnia mebli i sprzętu rehabilitacyjnego operująca bezgotówkowo. Mieszkańcy inicjują wydarzenia i projekty, które przechodzą do historii. W 1975 roku wpadli na pomysł uczczenia dwusetnej rocznicy ogłoszenia Deklaracji Niepodległości Stanów Zjednoczonych, wytapiając „Dzwon Wolności” (*Liberty Bell*) z posiadanych przez siebie metali. Z ofiarowanych przeszło trzech ton pamiątek rodzinnych, biżuterii i bibelotów wytopiono dzwon, który od listopada 1976 roku zdobi miasto i rozbrzmiewa raz do roku, w Święto Niepodległości obchodzone 4 lipca¹⁹⁴. Administratorzy wspólnoty podsumowują 50 lat historii słowami: „Słońce i rozrywka przyciągały ludzi

190 Sun City Arizona – America’s Favorite Active Retirement Community, dostępne przez <http://suncityaz.org> (15.10.2012).

191 *Ibidem*.

192 *Ibidem*.

193 *Ibidem*.

194 *Ibidem*.

do Sun City 50 lat temu. Lecz to siła mieszkańców i ich niezłomna wytrwałość w opiekowaniu się sobą nawzajem stanowią sekret długotrwałego sukcesu naszej społeczności” [tłum. aut.]¹⁹⁵.

Zdaniem ekspertów wspólnoty emerytów cieszą się zainteresowaniem, ponieważ stanowią pewnego rodzaju odskocznię od chaosu i tempa współczesnego świata. Są oazami spokoju, które nie stawiają przed mieszkańcami nowych wyzwań wówczas, gdy ich zdolność do radzenia sobie ze stresem maleje wraz z wiekiem¹⁹⁶. Tym, co odróżnia „słoneczne miasta” od innych wspólnot emerytów, jest przede wszystkim¹⁹⁷:

a) rozmiar i zakres – małe wspólnoty emerytów, takie jak ośrodki stałego pobytu lub osiedla zamieszkiwane przez osoby starsze, skłaniają do regularnej interakcji z innymi grupami wiekowymi (w miejscach publicznych, w sklepie, u lekarza) i pozwalają na obserwowanie różnorodności i dynamiki społecznej. *Sun cities* są społecznościami homogenicznymi zarówno pod kątem wieku (50+), rasy, jak i statusu społecznego. Ich zamieszkiwanie może prowadzić do poczucia odrealnienia i wyobcowania, symbolicznego podziału na świat wewnętrzny i „obcy” świat zewnętrzny. Z drugiej jednak strony wspólnoty tak liczne jak Sun City w Arizonie są szanowanymi uczestnikami życia politycznego i mają realny wpływ na decyzje lokalnych władz. Dzięki temu osoby starsze mają poczucie mocy sprawczej i możliwość reprezentowania własnych interesów na scenie politycznej;

b) niski stopień zinstytucjonalizowania – rezydenci *sun cities* mieszkają w prywatnych, zakupionych przez siebie domach, w których nie panują żadne odgórnie narzucone reguły. Istotą funkcjonowania tego typu społeczności jest dobrowolne przystąpienie do wspólnoty i korzystanie z zasobów udostępnionych przez dostawcę (domów, szpitali, galerii handlowych, centrów rozrywki, obiektów sportowych). Wyrazem instytucjonalizacji *sun cities* jest obowiązek uiszczania rocznej składki przeznaczanej na utrzymanie miasta. Wysokość składki w Sun City w Arizonie wynosiła 20 dolarów w 1961 roku, a obecnie wynosi 444 dolary od dwuosobowego gospodarstwa domowego i jest najniższą

195 *Ibidem*.

196 J. Jacob, *Fun City: An Ethnography of a Retirement Community*, Holt, Rinehart and Winston, New York 1974.

197 P. Gober, *The Retirement Community as a Geographical Phenomenon: The Case of Sun City, Arizona*, „Journal of Geography” 1985, vol. 84(5), s. 189–198.

stawką wśród wszystkich „słonecznych miast” funkcjonujących w USA (zapewne ze względu na rozłożenie kosztów na dużą liczbę mieszkańców);

c) wysoki poziom niezależności – będący pochodną niskiego stopnia zinstytucjonalizowania. Niezależność życia w Sun City obserwuje się na dwóch poziomach: jako (1) niezależność jednostek prowadzących własne gospodarstwa domowe i samostanowiących o sobie oraz (2) niezależność wspólnoty „niezrzeszonej” (*unincorporated*) z gminą, zarządzanej i finansowanej w głównej mierze przez własnych rezydentów. Warto podkreślić, że osoby mieszkające w Sun City nie są zobowiązane do przebywania na terenie wspólnoty. „Słoneczne miasta” na ogół budowane są w bliskiej odległości od dużych metropolii, połączeń kolejowych i lotnisk, aby ułatwić rezydentom swobodne przemieszczanie się w obrębie lub poza granicami kraju;

d) samowystarczalność – podobnie jak w „modelu wioski” głównym źródłem zarówno zasobów ludzkich, jak i finansów, są mieszkańcy wspólnoty. Znaczna część usług w Sun City oferowana jest w ramach wolontariatu. Stowarzyszenia, kluby tematyczne, drużyny sportowe zakładane są dzięki oddolnym inicjatywom. Wspólnota jako organizacja nie korzysta z dotacji rządu federalnego, nie funkcjonuje dzięki refundacjom z *Medicaid* ani *Medicare*. Jest samowystarczalnym, stabilnym finansowo przedsięwzięciem generującym zyski.

Popularność wspólnot emerytów wzrosła na skutek zmian, jakim uległa struktura rodziny w drugiej połowie XX wieku. Wielopokoleniowe gospodarstwa domowe należą obecnie do rzadkości. W Stanach Zjednoczonych dominują rodziny nuklearne (dwupokoleniowe, składające się z rodziców i dziecka/dzieci) oraz rodziny jednoosobowe. Zmiana obyczajowości, aktywny udział kobiet w rynku pracy, niski wskaźnik urodzeń, wzrost liczby związków nieformalnych i pojawienie się alternatywnych modeli rodziny powodują, że osoby starsze często pozostają na starość samotne. Możliwość zamieszkania we wspólnocie typu *sun city* i przyłączenia się do grupy rówieśniczej stanowi substytut dla opieki nieformalnej świadczonej przez członków rodziny.

Na decyzję o zamieszkaniu w społeczności emerytów wpływa również kondycja finansowa osób starszych. Po opuszczeniu domu przez dorosłe dzieci często decydują się na zamianę domu na mniejszy oraz na zamieszkanie w otoczeniu i klimacie sprzyjającym okresowi emerytury. „Słoneczne miasta” są zjawiskiem typowym dla najcieplejszych regionów Stanów Zjednoczonych: Kalifornii, Arizony, Teksasu i Florydy. Na skutek korzyści skali ceny domów oferowanych w *sun cities* są niskie, a uiszczana raz do roku ryczałtowa opłata

(444 dolary w Sun City w Arizonie w 2012 roku) pozwala na Nielimitowane korzystanie z obiektów sportowych i rekreacyjnych.

Według teorii dystansu międzypokoleniowego Margaret Mead rozkwit wspólnot emerytów jest manifestacją pogłębiającej się przepaści dzielącej następujące po sobie pokolenia. Transformacja kultury z postfiguratywnej w prefiguratywną, między innymi na skutek dynamicznego rozwoju nowych technologii, powoduje, że pokolenia wnuków i dziadków nie łączą już ani wspólne doświadczenia, ani wspólne wartości, ani wspólna przeszłość¹⁹⁸. To powoduje, że osoby starsze świadomie decydują się na egzystencję w „enklawach” osób podobnych do siebie, ponieważ tam czują się rozumiane i bezpieczne.

Zjawisko wspólnot emerytów, takich jak Sun City w Arizonie, opisują jako przykład dobrej praktyki przede wszystkim ze względu na ich dostrzeganie jako grupy społecznej oraz uwzględnianie specyficznych potrzeb seniorów. „Słoneczne miasta” zapewniają nie tylko dostęp do opieki medycznej i wielu rozrywek, lecz w gruncie rzeczy cała ich infrastruktura dostosowana jest do możliwości i potrzeb wieku starszego. Poczynając od doboru lokalizacji pod kątem sprzyjających warunków klimatycznych i bliskiej odległości od miasta, skończywszy na rozplanowaniu przestrzennym otoczenia, wspólnoty emerytów realizują podstawowy cel: dążą do zapewnienia wysokiej jakości życia swoim rezydentom. Kolejną, nie mniej ważną zaletą jest ich funkcja aktywizująca. Wiele możliwości rozwoju – fizycznego, intelektualnego, artystycznego – dostępnych na stosunkowo niewielkiej przestrzeni powoduje, że mieszkańcom „słonecznych miast” obce jest pojęcie nudy. Stymulowanie zainteresowań osób starszych pełni istotną funkcję terapeutyczną, a przebywanie w grupie rówieśniczej stanowi dodatkowy bodziec do podjęcia aktywności. Fundamentalnym, z mojego punktu widzenia, argumentem przemawiającym za wskazaniem Sun City jako przykładu dobrej praktyki jest możliwość dokonania wyboru miejsca zamieszkania na starość. Sam fakt istnienia wspólnot emerytów zlokalizowanych z dala od zgiełku miast stanowi atrakcyjną alternatywę dla osób starszych. Zwolennicy tej koncepcji wskazują na czynniki środowiskowe, takie jak wysoki wskaźnik przestępczości lub pogorszenie jakości sąsiedztwa, jako istotne determinanty decyzji o przystąpieniu do wspólnoty. Zjawiskiem zasługującym na szczególną uwagę jest stopniowy proces dostosowywania oferty

198 M. Mead, *Culture and Commitment: The New Relationships Between the Generations in the 1970s*, Columbia University Press, New York 1978.

„słonecznych miast” do coraz większej różnorodności społecznej i kulturowej seniorów. Stany Zjednoczone są przykładem kraju, w którym od niedawna funkcjonują wspólnoty osób starszych przeznaczone dla społeczności LGBT, takie jak *Rainbow Vision* w Nowym Meksyku lub *Gay & Lesbian Elder Housing* w Los Angeles w Kalifornii.

1.7.4. Programy i usługi skierowane do osób starszych na szczeblu lokalnym – case study miasta Berkeley w stanie Kalifornia

Na skutek przyjęcia tytułu III ustawy o osobach starszych z 1965 roku odpowiedzialność za świadczenie usług seniorom została przeniesiona na szczebel lokalny. Powołano do życia sieć Lokalnych Agencji ds. Starzenia się (Area Agencies on Aging) i zdecentralizowano system finansowania programu. Obecnie rząd federalny przekazuje dotacje na realizację programów skierowanych do osób starszych poszczególnym stanom, stany dzielą środki pomiędzy hrabstwa (*counties*), hrabstwa natomiast we własnym zakresie dystrybuują środki pomiędzy miejscowości wchodzące w ich skład.

W ramach 6-miesięcznego stypendium Fulbrighta w Berkeley – mieście położonym w hrabstwie Alameda w północnej części Kalifornii – dokonałam przeglądu programów i usług oferowanych seniorom na szczeblu lokalnym w tym niedużym, liczącym niewiele ponad sto tysięcy mieszkańców mieście. Ze względu na zaskakująco duży wybór usług, możliwości i atrakcji zakwalifikowałam bogatą ofertę programów skierowanych do osób starszych na poziomie lokalnym jako przykład dobrej praktyki. W podrozdziale 1.5 opisuję strukturę i zakres programów na rzecz osób starszych realizowanych na obszarze Stanów Zjednoczonych na mocy ustawy o osobach starszych. Tutaj koncentruję się na szczeblu lokalnym, weryfikuję, ile usług trafia do odbiorców, jakiego typu są to usługi, a także jak wypada realizacja zapisów tytułu III OAA w praktyce.

Osoby w wieku 65+ stanowią 11,7% populacji miasta Berkeley. To nieco poniżej średniej, która wynosi 13,3% dla ogółu społeczeństwa Stanów Zjednoczonych¹⁹⁹. Mimo dominującego akademickiego charakteru miasta i przewagi

199 U.S. Census Bureau, *State and County Quick Facts*, dostępne przez <http://quickfacts.census.gov> (24.10.2012).

liczebnej osób młodych w mieście funkcjonują dwa lokalne oddziały Centrum Seniora, które są głównymi ośrodkami oferującymi usługi osobom starszym. Rozłożenie terytorialne i podział na oddział północny i południowy zapewniają relatywną bliskość centrów seniora od miejsca zamieszkania i ułatwiają korzystanie z ich usług nawet kilka razy w ciągu dnia. Dane na temat oferty programów edukacyjnych, zdrowotnych, rekreacyjnych, żywnościowych i rozrywkowych świadczonych przez te placówki zostały zgromadzone i przedstawione w sposób syntetyczny w tabeli 1.9.

Tabela 1.9. Przegląd programów i usług skierowanych do osób starszych – oferta lokalnego Centrum Seniora w mieście Berkeley w stanie Kalifornia (według danych z 2012 roku)

Kategoria	Typ usługi		Opis usługi, kryteria kwalifikacji
1	2	3	4
EDUKACJA	1.	Nauka obsługi komputera	<ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie zajęcia edukacyjne odbywają się w lokalnym Centrum Seniora według tygodniowego grafiku, w przedziale godzinowym 8.00–16.00. • W zależności od typu zajęć (warsztaty/ wykłady) jednorazowe spotkanie trwa od 90 do 120 minut. • Zajęcia prowadzone są przez wolontariuszy oraz pracowników lokalnej szkoły dla dorosłych. • Kryterium kwalifikacji: wiek 55 lat lub więcej (dotyczy wszystkich usług oferowanych przez lokalne oddziały Centrum Seniora).
	2.	Nauka języków obcych: hiszpańskiego, francuskiego, rosyjskiego, dialektu mandaryńskiego	
	3.	Wykłady z historii sztuki i kultury Chin	
	4.	Wykłady z astronomii i astrologii	
	5.	Wykłady na temat Rewolucji Amerykańskiej	
	6.	Wykłady z filozofii współczesnej	
	7.	Warsztaty pisania wspomnień	
	8.	Warsztaty pisania spontanicznego	
	9.	Zajęcia poświęcone problemowi pogarszania się słuchu	
	10.	Nauka języka migowego	
	11.	Warsztaty technik pamięciowych	

1	2	3	4
ZDROWIE I REKREACJA	1.	Joga	<ul style="list-style-type: none"> • Zajęcia gimnastyczne oferowane są na różnych poziomach zaawansowania (na przykład joga dla początkujących, Tai Chi dla średniozaawansowanych) • Grupowa obserwacja ptaków odbywa się w plenerze we wczesnych godzinach porannych. Spotkania odbywają się niezależnie od pogody. • Kryterium kwalifikacji: wiek 55 lat lub więcej, posiadanie określonego schorzenia w przypadku zajęć terapeutycznych.
	2.	Stretching	
	3.	Tai Chi	
	4.	Akupresura dla osób z artretyzmem	
	5.	Nauka tańca choreograficznego i folklorystycznego	
	6.	<i>Birdwatching</i> – grupowa obserwacja ptaków	
	7.	Gimnastyka z wykorzystaniem krzesel	
	8.	Medytacja i warsztaty holistycznego dobrostanu	
	9.	Zajęcia ruchowe dla osób z chorobą Parkinsona	
GRUPY WSPARCIA	1.	Poradnictwo w kwestiach ubezpieczenia zdrowotnego (w ramach Health Insurance Counseling & Advocacy Program – HICAP)	<ul style="list-style-type: none"> • Oprócz regularnych spotkań grup wsparcia Centrum Seniora organizuje również gościnne wykłady i spotkania ze specjalistami, którzy służą wsparciem psychologicznym (na przykład „Jak pogodzić się z utratą bliskiej osoby? Wykład na temat cyklu żałoby”)
	2.	Grupa wsparcia dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Parkinsona	
	3.	Grupa wsparcia dla osób pragnących dokonać zmian/ doświadczających zmian w swoim życiu (<i>Life Transitions Support Group</i>)	
	4.	Grupa wsparcia dla osób/ opiekunów osób dotkniętych neuropatią	

1	2	3	4
SZTUKA I ROZRYWKA	1.	Nauka malarstwa	<ul style="list-style-type: none"> • Zajęcia poświęcone sztuce (malarstwo, poezja, gra na instrumentach i inne) dzielą się na spotkania poświęcone nauce oraz na spotkania kreatywne, podczas których uczestnicy mogą zaprezentować własną twórczość. Umożliwia to seniorom nie tylko zdobywanie nowych umiejętności, lecz pozwala również czerpać przyjemność ze wspólnego śpiewania, uczestniczenia w wieczorach poetyckich lub prezentowania własnego rękodzieła • Pokazy filmów fabularnych odbywają się raz w tygodniu, w piątki, w godzinach popołudniowych. Północny oddział Centrum Seniora oferuje również pokazy słynnych oper.
	2.	Nauka gry na pianinie	
	3.	Warsztaty lepienia z gliny	
	4.	Nauka robienia na drutach i szydełkowania	
	5.	Nauka gry na ukulele	
	6.	Karaoke	
	7.	Warsztaty poezji	
	8.	Spotkania chóru żeńskiego	
	9.	Nauka baletu	
	10.	Nauka stepowania	
	11.	Gra w ping-ponga	
	12.	Gra w szachy	
	13.	Gra w brydża	
	14.	Gra w Bingo	
	15.	<i>Scribble Art Therapy</i> (tak zwana sztuka bazgrołów)	
	16.	Pokazy filmów fabularnych	
ŻYWIENIE	1.	Stacjonarny program żywnościowy (serwowanie ciepłych posiłków od poniedziałku do piątku o godzinie 12.00)	<ul style="list-style-type: none"> • Kryterium kwalifikacji: osoby powyżej 60. roku życia mogą korzystać z obiadów w cenie 3 dolarów (opłata jest dobrowolna). Sugerowana cena za posiłek dla osób poniżej 60. roku życia to 5 dolarów. • Na początku każdego miesiąca Centrum Seniora publikuje newsletter, który zawiera menu na poszczególne dni.
	2.	Program <i>Meals-on-Wheels</i> (dostarczanie posiłków bezpośrednio do domostw osób starszych)	

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w lokalnym Centrum Seniora w Berkeley (wrzesień–październik 2012).

Powyższe zestawienie wskazuje na niespotykane bogactwo oferty programów i usług skierowanych do osób starszych w Berkeley. Zaproponowany przeze mnie podział na pięć różnych kategorii zajęć świadczy o holistycznym podejściu do potrzeb seniorów i równoczesnej dbałości o ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Realizowane od poniedziałku do piątku cykliczne spotkania pełnią szereg istotnych funkcji:

a) aktywizują społecznie, dają poczucie uczestniczenia i przynależności do grupy;

b) stymulują rozwój zainteresowań i hobby;

c) wyposażają w wiedzę na temat popularnych dolegliwości zdrowotnych i metod radzenia sobie z nimi;

d) pozwalają zachować aktywność fizyczną adekwatną do stanu zdrowia i wieku;

e) dają upust twórczej ekspresji, uczą wyrażania emocji;

f) pełnią funkcję terapeutyczną, zapewniają wsparcie psychologiczne;

g) realizują założenia koncepcji kształcenia ustawicznego (*life long learning*);

h) wpływają na poprawę jakości relacji międzypokoleniowych i międzyludzkich;

i) chronią przed ryzykiem niedożywienia lub niewłaściwej diety na starość.

Mimo iż oba oddziały lokalnego Centrum Seniora wyposażone są w podjazdy dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim, oferta skierowana jest przede wszystkim do osób samodzielnie poruszających się. Pewną słabością lokalnego programu jest brak możliwości aktywizacji osób pozostających we własnych domach, na przykład poprzez odwiedziny wolontariuszy w celu wspólnego czytania literatury, gry w karty lub nauki gry na instrumencie. W chwili obecnej jedynym programem oferowanym niesamodzielnym osobom starszym w ramach działalności lokalnego Centrum Seniora w Berkeley jest program żywnościowy *Meals-on-Wheels*.

Omawianą lokalną ofertę programów i usług skierowanych do osób starszych oceniam jako bogatą i zaspokajającą wiele potrzeb seniorów jednocześnie. Z zestawienia wynika, że dominują w niej zajęcia o charakterze artystycznym i rozrywkowym. Może to świadczyć o zapotrzebowaniu osób starszych na te formy aktywności, które pozwalają wypełnić czas wolny i zmniejszyć poczucie osamotnienia. Szeroki wybór zajęć edukacyjnych świadczy o gotowości osób starszych do poszerzania horyzontów i zdobywania wiedzy niezależnie od wieku. Zajęcia terapeutyczne, gimnastyka pod okiem specjalisty, a także możliwość

spożywania pełnowartościowych posiłków to czynniki, które mogą pomóc odłożyć w czasie decyzję o zamieszkaniu w placówce opiekuńczej. Z punktu widzenia dostępności usług oraz kryteriów kwalifikacji bogata oferta lokalnego Centrum Seniora jest przykładem dobrej praktyki skierowanej przede wszystkim do seniorów mieszkających we własnych domach, samodzielnych zarówno w zakresie podstawowych (ADL), jak i funkcjonalnych (IADL) codziennych czynności, niewykazujących poważnych dolegliwości w zakresie zdrowia psychicznego. Potencjalnym obszarem wymagającym dalszego rozwoju może być dotarcie z ofertą programów i usług do najstarszych (85+), niesamodzielnych lub przewlekle chorych osób starszych.

1.7.5. Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów (AARP) jako przykład organizacji reprezentującej interesy seniorów na scenie politycznej

Amerykański model demokracji zakłada, że każda jednostka i każda grupa społeczna ma swoje prawa. Stany Zjednoczone stanowią przykład dojrzałego społeczeństwa obywatelskiego, czego przejawem jest wysoki stopień samoorganizacji i umiejętność aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym i politycznym. USA to kraj będący kolebką ruchu na rzecz praw obywatelskich, praw kobiet i wolności słowa. Jak pokazała historia, to również państwo, w którym prężnie rozwija się ruch na rzecz praw osób starszych. Polityczna i medialna widoczność seniorów w USA oraz ich umiejętność zrzeszania się i reprezentowania własnych interesów na scenie politycznej zostały zakwalifikowane przeze mnie jako przykład dobrej praktyki, która wynika nie tyle z realizacji polityki społecznej, co z egzystencji w warunkach dojrzałego społeczeństwa obywatelskiego.

Rozwój ruchu na rzecz praw seniorów jest procesem trudnym i długotrwałym ze względu na: (a) ogromną liczebność kohorty osób w określonym przedziale wiekowym, (b) heterogeniczność tej grupy społecznej, przejawiającą się na wielu poziomach jednocześnie (zróżnicowanie pod względem płci, rasy/etniczności, poglądów politycznych, wyznania, poziomu wykształcenia, stopnia zamożności, orientacji seksualnej i innych czynników). Mimo wyżej wymienionych barier skuteczność organizacji seniorów działających w Stanach Zjednoczonych w charakterze grup lobbujących jest zaskakująco duża. Do trzech wiodących organizacji zaliczyć można: Amerykańskie

Stowarzyszenie Emerytów (American Association of Retired Persons – AARP), Koalicję Emerytowanych Amerykanów (The Alliance of Retired Americans) oraz „Szare Pantery” (Gray Panthers). Wszystkie trzy mają wieloletnią tradycję, sieć oddziałów w poszczególnych stanach i swoje zasługi. Ze względu na dużą popularność, bezprecedensową liczebność członków, siłę polityczną, a także pewną kontrowersyjność, koncentrują się na działalności AARP jako głównego reprezentanta interesów seniorów w USA.

AARP, formalnie istniejące od 1958 roku, wywodzi się z Krajowego Stowarzyszenia Emerytowanych Nauczycieli (National Retired Teachers Association) – organizacji założonej w 1947 roku przez Ethel Percy Andrus, pierwszą kobietę na stanowisku dyrektora szkoły w Kalifornii. U podstaw jej działalności leżała walka o ubezpieczenie zdrowotne dla emerytowanych nauczycieli. W latach czterdziestych XX wieku nie istniały jeszcze rządowy program *Medicare* ani prywatne, grupowe programy ubezpieczeniowe. Ethel Andrus udało się przekonać jedną z firm ubezpieczeniowych, aby podjęła ryzyko ubezpieczenia osób starszych na korzystnych zasadach finansowych. Zachęcona sukcesem, rozszerzyła zakres działania swojej organizacji na inne grupy zawodowe i w ten sposób powstało Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów²⁰⁰.

Obecnie AARP liczy ponad 37 milionów członków powyżej 50. roku życia i stanowi największą organizację osób starszych na świecie. AARP jest organizacją pozarządową typu non profit. Oficjalnie nie popiera żadnej partii politycznej, jednak doświadczenie pokazuje, że cele organizacji są często tożsame z postulatami politycznymi Partii Demokratycznej. AARP wydaje trzy tytuły prasowe, w tym dwutygodnik („AARP Magazine”) – periodyk o największym nakładzie w Stanach Zjednoczonych, dostarczany pocztą do wszystkich członków stowarzyszenia.

Główną zasługą AARP jest scalenie rozdrobnionego ruchu na rzecz osób starszych (którego początki sięgają lat dwudziestych XX wieku i odwołują się do postaci Francisa Townsenda oraz jego słynnych klubów seniora) oraz nadanie mu ram formalnych. Na strukturę AARP składają się cztery elementy: (1) działalność biznesowa typu non profit, (2) organizacja członkowska typu NGO, (3) występowanie w sprawach dotyczących interesu publicznego,

200 Ch.R. Morris, *The AARP: America's Most Powerful Lobby and the Clash of Generations*, Times Books, New York 1996.

rzecznictwo na rzecz osób starszych, (4) organizacja charytatywna²⁰¹. AARP w sposób otwarty przedstawia swoje stanowisko w tak kluczowych kwestiach, jak system ubezpieczeń społecznych, służba zdrowia lub kwestia zatrudnienia i niedyskryminacji na rynku pracy. Raz na dwa lata publikuje biuletyn informacyjny AARP Public Policies, w którym przedstawia swoje stanowisko na temat bieżących spraw politycznych i społecznych. Biuletyn obejmujący lata 2011–2012 charakteryzuje AARP jako organizację:

a) przeciwną projektowi częściowej prywatyzacji programu ubezpieczeń społecznych (*Social Security*) oraz programu ubezpieczeń zdrowotnych (*Medicare*), który stanowił jeden z postulatów politycznych Mitta Romneya i Paula Ryana w kampanii prezydenckiej 2012;

b) popierającą program reform systemu ubezpieczeń zdrowotnych (*Obamacare*)²⁰²;

c) przeciwną redukcji deficytu budżetowego kosztem *Social Security* i *Medicare*;

d) lobbującą na rzecz stabilnego systemu publicznych emerytur wypłacanych pracownikom sektora publicznego;

e) działającą na rzecz poprawy bezpieczeństwa ekonomicznego klasy średniej.

W poprzednich latach AARP wślawiła się między innymi lobbowaniem na rzecz zniesienia obowiązku przejścia na emeryturę z chwilą osiągnięcia wieku emerytalnego (ustawa *Age Discrimination in Employment Act* z 1967 roku oraz jej poprawki z 1970 i 1978 roku) oraz poparciem dla ustawy o refundacji

201 R.L. Beard, J.B. Williamson, *Social Policy and the Internal Dynamics of Senior Rights Movement*, „Journal of Aging Studies” 2011 vol. 25(1), s. 22–33.

202 W trakcie powstawania tej książki w Stanach Zjednoczonych toczy się debata nad rzekomym przedkładaniem interesów finansowych AARP nad rzeczywiste reprezentowanie politycznych interesów seniorów. Główną linią argumentacji są zarzuty opublikowane w raporcie *Behing the Veil: The AARP America Doesn't Know*, które przedstawiają AARP jako organizację for profit, która poparła kosztowny projekt reform systemu ubezpieczeń zdrowotnych głównie ze względu na potencjalne zyski ze sprzedaży prywatnych, rekomendowanych przez siebie ubezpieczeń zdrowotnych. Prywatni właściciele firm ubezpieczeniowych wypłacają rzekomo AARP ryczałtową stawkę za każdego nowego klienta w zamian za możliwość oferowania ubezpieczenia pod auspicjami organizacji. Istnieje podejrzenie komercyjnego wykorzystania wizerunku organizacji, która powinna pozostać transparentna.

leków na receptę (*Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act*). W 2005 roku AARP przeprowadziła zakrojoną na szeroką skalę medialną kampanię edukacyjną wymierzoną przeciwko planom prywatyzacji systemu ubezpieczeń społecznych administracji Geорга W. Busha. W 2011 roku zrealizowała spektakularną kampanię na rzecz stabilności systemu ubezpieczeń społecznych, zatytułowaną „Chrońmy seniorów” (*Protect Seniors*). W ramach kampanii ponad osiem milionów członków AARP skontaktowało się z Kongresem za pośrednictwem e-maili, listów, petycji oraz połączeń telefonicznych i wyraziło swoje niezadowolenie z planowanych cięć wydatków rządu na programy *Social Security* i *Medicare*. Kampania odniosła sukces. Oprócz angażowania się w bieżące wydarzenia polityczne AARP realizuje kampanie charytatywne (na przykład *Drive to End Hunger*), prowadzi szkolenia (na przykład kurs bezpiecznej jazdy dla osób 50+), a także negocjuje obniżenie cen produktów i usług, z których najczęściej korzystają seniorzy²⁰³.

Badania wykazały, że osoby w wieku 50+ stanowią najbardziej aktywny elektorat. Stosując wyłącznie kryterium wieku, nie zaobserwowano wyraźnych tendencji do reprezentowania określonych poglądów politycznych. Z tego też względu obie partie – republikanie i demokraci – walczą o poparcie AARP jako głównego reprezentanta licznej i aktywnej grupy społecznej osób 50+. Zróżnicowane poglądy polityczne seniorów mają jednak tendencję do rozkładania się według kohorty. W ten sposób osoby urodzone w latach dwudziestych XX wieku (obecnie w wieku 87+), dorastające w klimacie prezydentury Franklina D. Roosevelta i jego programu Nowego Ładu, reprezentują światopogląd liberalny i tradycyjnie głosują na Partię Demokratyczną. Młodszy seniorzy, urodzeni w okresie II wojny światowej, którzy przeżyli młodość za prezydentury Dwighta Eisenhowera i zasilili rynek pracy w okresie zimnej wojny i prezydentury Ronalda Reagana, częściej reprezentują poglądy konserwatywne i popierają Partię Republikańską²⁰⁴.

Siła „siwego lobby” w USA bywa krytykowana z punktu widzenia sprawiedliwości międzypokoleniowej. Żadna inna grupa wiekowa nie jest tak dobrze

203 American Association of Retired Persons, *AARP Annual Report: 2011*, Washington 2012, dostępne przez www.aarp.org (22.10.2012).

204 Informacje pochodzą z wykładu profesora Henry’ego E. Brady’ego, zatytułowanego „Governing America in a Polarized Age”, który został wygłoszony 6 października 2012 roku na Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkeley.

zorganizowana i nie ma tak jasno sprecyzowanych wspólnych interesów. Ugruntowana pozycja AARP spowodowała, że trzy główne filary amerykańskiego *welfare state* – *Social Security*, *Medicare* i *Medicaid* – rozwijają się bez przerwy od kilkudziesięciu lat i pochłaniają obecnie jedną trzecią wydatków z budżetu federalnego. Ponieważ programy społeczne nie mogą rozwijać się w nieskończoność, organizacje takie jak AARP będą musiały w przyszłości skupić się na innych celach, na przykład monitoringu jakości usług związanych z opieką długoterminową, dyseminacji wyników badań naukowych na temat procesów starzenia się, realizacji programu kształcenia ustawicznego lub innych projektów mających na celu podniesienie jakości życia osób starszych.

Ponieważ oceniam elementy polityki społecznej wobec osób starszych wdrażane przez inne państwa z perspektywy obywatelki Polski, szeroki zakres działalności amerykańskich organizacji seniorów stanowi dla mnie kontrast w porównaniu ze znikomą rolą, jaką odgrywa Krajowa Partia Emerytów i Rencistów w Polsce²⁰⁵. Funkcjonowanie organizacji takich jak AARP oceniam jako przykład dobrej praktyki, ponieważ podkreśla podmiotowość seniorów w dyskursie publicznym oraz pozytywnie wpływa na poczucie wartości oraz społecznej przydatności tej grupy społecznej. Więcej refleksji na temat znaczenia formalizacji ruchu seniorów oraz więcej porównań realiów amerykańskich z polskimi zawarłam w podrozdziale 3.3.1 poświęconym rekomendacjom dla Polski.

1.8. Podsumowanie i wnioski

Stany Zjednoczone reprezentują tak zwany usamodzielniający model państwa dobrobytu (*enabling state*) – zbliżony do klasycznego modelu liberalnego, jednak podlegający nieustannym przeobrażeniom. Ostatnia dekada w historii i polityce USA to okres wzmożonej debaty na temat procesu starzenia się populacji, jego konsekwencji i potencjalnych możliwości. To także czas ścierania się dwóch przeciwstawnych wizji odnośnie roli i rozmiaru rządu federalnego oraz przyszłości państwowych programów ubezpieczeń

205 Zasadnicza różnica pomiędzy amerykańską AARP a polską KPEiR polega na tym, że pierwsza z wymienionych jest organizacją pozarządową typu non profit, druga zaś jest zarejestrowaną partią polityczną. Jednak ze względu na: (a) siłę polityczną AARP, graniczącą z możliwościami regularnej partii politycznej, (b) brak alternatywnych stowarzyszeń reprezentujących interesy osób starszych w Polsce, zastosowałam porównanie tych dwóch organizacji.

społecznych i zdrowotnych dla osób po 65. roku życia. Wyniki wyborów prezydenckich z 2012 roku wyznaczyły drogę i ukonstytuowały kierunek dalszego rozwoju programów i usług skierowanych do osób starszych oraz podtrzymały status seniorów jako stosunkowo uprzywilejowanej grupy społecznej. Określiły również rolę rządu jako głównego realizatora polityki społecznej w USA.

W rozdziale poświęconym Stanom Zjednoczonym dokonałam charakterystyki amerykańskiego modelu państwa dobrobytu, przeanalizowałam kolejne etapy rozwoju polityki społecznej wobec osób starszych z perspektywy historycznej, opisałam specyfikę amerykańskiego systemu emerytalnego, dokonałam oceny zakresu i jakości opieki długoterminowej, a także przeglądu programów i usług skierowanych do osób starszych na szczeblu ogólnokrajowym oraz lokalnym. Poczynione obserwacje, przegląd literatury przedmiotu, a także badania w ramach półrocznego stypendium Fulbrighta w USA umożliwiły mi wyodrębnić przykłady dobrych praktyk, które mogą posłużyć za wzór dla innych krajów doświadczających zjawiska starzenia się populacji. Z przeprowadzonej przeze mnie analizy wynika, że realizowana w Stanach Zjednoczonych polityka społeczna wobec starzenia się ludności ma swoje mocne i słabe strony. Podstawowe elementy amerykańskiej polityki senioralnej, które oceniam pozytywnie, to:

1) Podpisanie w 1965 roku ustawy o osobach starszych (*Older Americans Act*). Ustawa niesie wsparcie osobom starszym poprzez przekazanie części budżetu federalnego poszczególnym stanom i zobowiązanie ich do świadczenia usług opiekuńczych na poziomie lokalnym. Dokument obliguje poszczególne stany do powołania stanowego Urzędu ds. Starzenia się oraz sieci lokalnych Agencji ds. Starzenia się. Od momentu jej wejścia w życie rozpoczął się proces decentralizacji i proliferacji programów i usług dla seniorów, szczególnie istotny w kontekście rozpiętości terytorium Stanów Zjednoczonych i znacznej liczebności społeczeństwa amerykańskiego. Ustawa o osobach starszych przyczyniła się do lepszej dostępności i rozpoznawalności usług skierowanych do najstarszych członków społeczeństwa;

2) Rozwój instytucjonalnych form wsparcia dla nieformalnych opiekunów. W 1993 roku prezydent Bill Clinton podpisał ustawę o ochronie pracowników (*Family and Medical Leave Act*), która pozwala skorzystać z bezpłatnego urlopu w wymiarze do 12 tygodni w roku przyznanego ze względu na zły stan zdrowia członka rodziny, a w 2000 roku, na mocy poprawki do ustawy

o osobach starszych, rząd federalny utworzył Narodowy Program Wsparcia dla Nieformalnych Opiekunów (*National Family Caregiver Support Program*), który przekazuje poszczególnym stanom dotacje roczne w celu ułatwienia nieformalnym opiekunom pełnienia ich funkcji. Zwroćenie uwagi władz państwowych na trudną sytuację nieformalnych opiekunów jest szczególnie istotne w kraju takim jak USA, gdzie ekonomiczną wartość usług opiekuńczych świadczonych nieformalnie szacuje się na 450 miliardów dolarów rocznie²⁰⁶, a liczbę nieformalnych opiekunów na około 25 milionów dorosłych Amerykanów²⁰⁷;

3) Silna reprezentacja społecznych i politycznych interesów seniorów. Począwszy od okresu Nowego Ładu (*New Deal*) i klubów Townsenda, poprzez lata pięćdziesiąte XX wieku i powstanie Amerykańskiego Stowarzyszenia Emerytów, ruch na rzecz praw osób starszych rozwija się w Stanach niezwykle prężnie. „Siwe lobby” ma realny wpływ na opinię publiczną, a politycy zabiegają o poparcie osób starszych jako licznego i aktywnego społecznie i politycznie elektoratu. Mimo iż specyfika ta wynikać może nie tyle z realizacji polityki społecznej wobec osób starszych, co z realiów dojrzałego społeczeństwa obywatelskiego, widoczność najstarszej grupy wiekowej w życiu społecznym i politycznym Stanów Zjednoczonych uważam za fenomen godny naśladowania, szczególnie w kontekście braku realnej reprezentacji interesów seniorów na polskiej scenie politycznej;

4) Prężnie działający trzeci sektor i zaangażowanie osób starszych w wolontariat i działalność dobroczynną. Osoby w wieku emerytalnym i okołoe-merytalnym opuszczające rynek pracy nadal są postrzegane jako wartościowy potencjał społeczny i kapitał ludzki. Rząd Stanów Zjednoczonych współfinansuje inicjatywy takie jak *Senior Corps*, które zrzeszają i organizują czas przeszło 500 tysiącom wolontariuszy w wieku 55+. Na obszarze całego kraju funkcjonują takie programy, jak „dziadkowie zastępczy” (*foster grandparents*) lub „towarzysz osoby starszej” (*senior companion*), które umożliwiają zaangażowanie się w opiekę nad drugą osobą w wymiarze 15–20 godzin tygodniowo, a dodatkowo

206 L. Feinberg, S.C. Reinhard, A. Houser, R. Choula, *Valuing the Invaluable: 2011 Update. The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving*, AARP Public Policy Institute, Washington 2011.

207 National Alliance for Caregiving, *Caregiving in the U.S. 2009*, MetLife Foundation, 2009.

zapewniają drobne wynagrodzenie (na przykład w stanie Georgia wolontariusze zarabiają 2,65 dolara za godzinę);

5) Popularyzacja koncepcji „starzenia się w miejscu”/„starzenia się w społeczności” (*aging in place/aging in community*) – wyraźna tendencja do zastępowania zinstytucjonalizowanych form opieki długoterminowej przez sektor usług świadczonych bezpośrednio w domu lub w najbliższym otoczeniu seniorów (tak zwane *Home and Community Based Services* – HCBS). W Stanach Zjednoczonych zaobserwować można zwrot w kierunku dostosowywania dostępnych form opieki do indywidualnych potrzeb klienta. Poszczególne stany mogą przeznaczać część środków otrzymanych z rządu federalnego na realizację programu *Medicaid* na rozbudowę sektora usług HCBS. Tendencja ta podyktowana jest, po pierwsze, dobrem usługobiorców, którzy wolą funkcjonować we własnym otoczeniu tak długo jak jest to możliwe (w przypadku społeczeństwa amerykańskiego wynika to między innymi z kulturowo uwarunkowanego przywiązania do idei wolności i niezależności), a po drugie, podyktowane jest koniecznością cięć wydatków na opiekę długoterminową, której najdroższymi formami są placówki stałego pobytu;

6) Istnienie alternatywnych (innych niż oferowane przez państwo, rynek lub rodzinę) form opieki, takich jak „model wioski” (*village model*) lub „słoneczne miasta” (*sun cities*). Model wioski funkcjonuje w oparciu o zasadę sąsiedzkiej samopomocy, swoisty „bank czasu wolnego”. Jest pomysłem nowym, rozwijającym się w USA od lat dziewięćdziesiątych XX wieku jako wyraz niezgody starszych członków lokalnych społeczności na poddanie się zinstytucjonalizowanym formom opieki. Według danych z początku 2015 roku na terytorium Stanów Zjednoczonych funkcjonowało przeszło 200 wiosek. „Słoneczne miasta” z kolei stanowią alternatywę dla tych osób starszych, których rodzinne domy opuściły już dzieci, a oni sami pragną zamieszkać w bezpiecznym otoczeniu wyposażonym w infrastrukturę dostosowaną do potrzeb i możliwości wieku podeszłego. Początkowo, w latach sześćdziesiątych XX wieku stanowiły one ofertę *stricte* komercyjną, dziś przykład Sun City w Arizonie pokazuje, że „słoneczne miasta” to duże, kilkudziesięciotysięczne wspólnoty emerytów, niezależne od gminy, samowystarczalne finansowo i samodecydujące o sobie. Istnienie alternatywnych form opieki uważam za zaletę amerykańskiego krajobrazu programów i usług dla seniorów, warto się jednak zastanowić, czy ich powstanie i rozwój nie są wymuszone niedostateczną podażą usług przez sektor publiczny;

7) Istnienie ogólnonarodowego programu żywnościowego dla seniorów (*Meals-on-Wheels*) współfinansowanego przez budżet państwa. Organizacja *Meals on Wheels America* współpracuje z pięcioma tysiącami lokalnych usługodawców w zakresie dostarczania posiłków ludziom starszym. Geneza programu *Meals-on-Wheels* sięga ustawy o osobach starszych (1965). Dziś w ramach programu dostarcza się zbilansowane posiłki do domostw przeszło ośmiuset tysięcy seniorów, a kolejne półtora miliona seniorów korzysta ze zbiorowych programów żywnościowych w lokalnych domach seniora i innych placówkach²⁰⁸.

Amerykańskie *welfare state* i jego wpływ na kierunki i priorytety polityk wobec starzenia się ludności mają też wiele słabych stron, z których w mojej ocenie na szczególną krytykę zasługują:

1) Konstrukcja systemu emerytalnego – sposób funkcjonowania amerykańskiego systemu emerytalnego wymaga od obywateli dużej zapobiegliwości w ciągu całego życia, aby na starość móc egzystować w godnych warunkach. Stopa zastąpienia świadczeń otrzymywanych z *Social Security* jest niska (wynosi zaledwie 42% w przypadku osób osiągających średnie dochody²⁰⁹), a pracownicze programy emerytalne, na skutek wahań koniunktury gospodarczej w USA i na świecie, bywają niepewne, szczególnie w dłuższej perspektywie czasowej. Powszechna transformacja prywatnych planów emerytalnych z modelu „zdefiniowanego świadczenia” w model „zdefiniowanej składki” odzwierciedla szerszy trend do przerzucania odpowiedzialności za zabezpieczenie finansowe na starość z państwa i pracodawcy na rodziny i jednostki. Stany Zjednoczone reprezentują przykład „społeczeństwa własności prywatnej” (*ownership society*), w którym prywatne oszczędności odgrywają istotną rolę i są drugim pod względem popularności źródłem dochodów osób powyżej 65. roku życia. Dodatkowo amerykański system emerytalny oparty jest na nieaktualnym w XXI wieku tradycyjnym modelu rodziny, w którym mężczyzna jest głównym żywicielem. System oddziałuje w sposób demotywuujący na kobiety aktywne zawodowo – otrzymują one własne świadczenia emerytalne

208 *Meals on Wheels America*, broszura informacyjna, dostępne przez <http://www.mealsonwheelsamerica.org/theissue/facts-resources/> (5.12.2014).

209 A.H. Munnell, M. Soto, *Sorting Out Social Security Replacement Rates*, „Just the Facts on Retirement Issues” 2005, nr. 19, Center for Retirement Research, Boston College, s. 1–6.

wówczas, gdy średnia ich zarobków jest wyższa niż średnia zarobków męża. W przeciwnym wypadku z chwilą osiągnięcia wieku emerytalnego nabywają prawo do 50% świadczenia emerytalnego małżonka. Oznacza to, że pary z jedną osobą pracującą osiągają takie same dochody (a czasami wyższe) jak pary, w których oboje partnerzy pracują²¹⁰. Amerykański system emerytalny jest monolitem, który nie uwzględnia dywersyfikacji społeczno-kulturowej społeczeństwa – godzi nie tylko w interesy kobiet, ale także mniejszości rasowych i etnicznych, których średnia długość życia jest statystycznie krótsza, a warunki zatrudnienia mniej stabilne i mniej korzystne finansowo niż innych grup społecznych. Sposób funkcjonowania amerykańskiego systemu emerytalnego bywa oskarżany o faworyzowanie osób zamożnych ze względu na regresywne opodatkowanie. Każdego roku rząd aktualizuje prognozy zarobków, powyżej których nie odprowadza się podatku dochodowego. Powoduje to, że osoby ubogie odprowadzają relatywnie wyższy odsetek zarobków na ubezpieczenie społeczne niż osoby bogate;

2) Wysokie koszty opieki długoterminowej – należą do najwyższych na świecie. Przeciętny koszt pobytu seniora w klinice typu *Nursing Home* wynosi około 80 tysięcy dolarów rocznie, a w placówce typu *Assisted Living* („zakwaterowanie z doглядem”) – około 37 tysięcy dolarów rocznie²¹¹. Amerykański rynek usług ubezpieczeniowych owiany jest złą sławą na skutek powszechnego stosowania praktyk dyskryminacyjnych, które nie pozwalają osobom starszym lub przewlekłe chorym na zakup ubezpieczenia lub polegają na oferowaniu w takich sytuacjach polis ubezpieczeniowych po nieracjonalnie wysokich cenach. Prywatnie zakupione polisy ubezpieczeniowe pokrywają zaledwie 7% wydatków na opiekę długoterminową²¹². Choć Stany Zjednoczone stworzyły rozbudowaną infrastrukturę usług opiekuńczych, świadczonych zarówno w domu, w społeczności, jak i w placówkach stałego pobytu, obowiązek opieki nad seniorami spoczywa w dużej mierze na opiekunach nieformalnych, których czas i wysiłek oszacowano na zawrotną kwotę 450 miliardów dolarów rocznie. Amerykański sektor opieki długoterminowej można scharakteryzować słowami Andrew Scharlacha: to system, w którym „państwo udziela wsparcia dopiero wówczas,

210 H.R. Moody, *op. cit.*

211 T.R. Prohaska, L.A. Anderson, R.H. Binstock, *Public Health for an Aging Society*, The John Hopkins University Press, Baltimore 2012.

212 *Ibidem.*

gdy wszystkie prywatne środki zostały już wyczerpane” [tłum. aut.]²¹³. Kolejną słabością amerykańskiego systemu opieki długoterminowej jest brak jakiegokolwiek strategii zarządzania na poziomie ogólnokrajowym. System stanowi „sfragmentaryzowaną mozaikę odizolowanych od siebie, lokalnych programów” [tłum. aut.]²¹⁴. Nie powstały ogólnokrajowe standardy jakości ani narzędzia ewaluacji, co powoduje, że między poszczególnymi stanami istnieją diametralne różnice w jakości oferowanych usług;

3) Przewaga selektywnych (wybiórczych) świadczeń socjalnych przyznawanych w oparciu o restrykcyjne kryteria dochodowe (*means-tested entitlements*). Aby zostać objętym finansowaniem w ramach rządowego programu *Medicaid*, w 2011 roku należało wykazać dochody na poziomie poniżej 674 dolarów miesięcznie²¹⁵. Doprowadziło to do upowszechnienia praktyki pozbywania się majątku przez osoby starsze (na przykład poprzez przepisywanie własności na dzieci) w celu zakwalifikowania się do programu opieki długoterminowej finansowanego z budżetu federalnego. W realiach amerykańskiego modelu *welfare state* niesamodzielność lub osiągnięcie zaawansowanego wieku rzadko bywają kryterium uprawniającym do skorzystania z pomocy państwa. Specyfiką amerykańskiego modelu państwa opiekuńczego jest jego selektywność (wybiórczość), która stoi w opozycji do logiki systemów uniwersalnych (na przykład takich, w których do skorzystania z pomocy państwa uprawnia fakt posiadania obywatelstwa). USA reprezentują „urynkowane” podejście do opieki społecznej, co skutkuje istotnym udziałem sektora prywatnego w krajobrazie wydatków na cele socjalne.

Podsumowując, w porównaniu z państwami europejskimi Stany Zjednoczone jawią się jako kraj, w którym prawa socjalne uzależnione są od posiadania zatrudnienia. Osoby w wieku produkcyjnym objęte są ubezpieczeniem zdrowotnym oraz należą do planu emerytalnego w głównej mierze dzięki prywatnym programom pracowniczym. Osoby starsze cieszą się szerszym zakresem praw socjalnych niż reszta społeczeństwa. Podlegają powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, finansowanemu przez państwo w ramach programu *Medicare*, oraz otrzymują świadczenia emerytalne z powszechnego programu

213 A. Scharlach, *op. cit.*, s. 95.

214 *Ibidem*, s. 229.

215 E. Kassner, *Home and Community-Based Long-Term Services and Supports for Older People*, AARP Public Policy Institute, Washington 2011.

ubezpieczeń społecznych (*Social Security*). Pozytywną zmianą w dziedzinie opieki długoterminowej jest dążenie administracji prezydenta Obamy do utworzenia oferty subsydiowanych przez państwo polis ubezpieczeniowych, które chronią przed wysokimi kosztami opieki długoterminowej i nie dyskryminują klientów ze względu na ich wiek lub stan zdrowia. Pozytywnym zjawiskiem jest także stopniowy proces uwzględniania przez państwo preferencji seniorów w zakresie korzystania z opieki długoterminowej w domu lub w społeczności, czego przejawem jest rozpoczęcie finansowania przez *Medicare* i *Medicaid* opieki w ramach zintegrowanych programów typu PACE.

Tematem trudnym, dyskusyjnym, będącym przedmiotem szerszej debaty publicznej jest kwestia sprawiedliwości międzypokoleniowej. Stosunkowo szeroki wachlarz przywilejów i usług oferowanych osobom starszym w USA spowodował, że obecnie poddaje się w wątpliwość zasadność uniwersalności programu *Social Security*. Zaczęto zastanawiać się nad granicami „wieku starszego” oraz redefiniować pojęcie niezdolności do pracy. W celu ochrony ekonomii przed falą opuszczających rynek pracy przedstawicieli pokolenia *baby boomers* rząd federalny podjął decyzję o stopniowym podniesieniu wieku emerytalnego do 67 lat. Reforma nie zapobiegnie jednak pogorszeniu się wskaźnika procentowego udziału osób w wieku 65+ przypadającego na sto osób w wieku produkcyjnym, który w 2050 roku ma wynieść 38%. Dylematem, przed jakim stoją Stany Zjednoczone, jest zatem odpowiedź na pytanie, czy polityka społeczna wobec osób starszych powinna być podyktowana zasadą uniwersalizmu czy zasadą konieczności oraz czy podeszły wiek jest wystarczającym kryterium uprawniającym do korzystania z pomocy państwa.

ROZDZIAŁ 2

Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w Szwecji

An aging population may be seen as a major accomplishment of the welfare state.

Magnus Jeggermalm i Eva Jeppsson Grassman

Wstęp

Europa jest najstarszym demograficznie kontynentem na świecie. Unię Europejską zamieszkuje 87 milionów osób powyżej 65. roku życia¹. Zmiany demograficzne w Europie są istotnym obszarem zainteresowań Komisji Europejskiej, a w szczególności Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego. Zjawisko starzenia się populacji zostało zakwalifikowane do najważniejszych wyzwań stojących przed Unią Europejską na nieformalnym szczycie w Hampton Court w Wielkiej Brytanii w 2005 roku. Europejski Raport Demograficzny z 2008 roku definiuje trzy podstawowe czynniki, które determinują kierunek i zakres zmian demograficznych w Europie. Są to: wskaźniki urodzeń, wskaźniki śmiertelności oraz skala, natężenie i kierunek migracji. Raport Eurostatu z 2012 roku omawia najpoważniejsze konsekwencje zjawiska starzenia się populacji, którym państwa członkowskie muszą stawić czoła. Zaliczyć do nich można:

- a) brak finansowej stabilności budżetów państw i systemów fiskalnych;
- b) brak finansowej stabilności systemów emerytalnych i systemów ubezpieczeń społecznych;
- c) konieczność dostosowania gospodarki i rynku pracy do możliwości i potrzeb starzejącej się siły roboczej;
- d) ryzyko niedostatecznej podaży siły roboczej na skutek malejącej liczby osób w wieku produkcyjnym;
- e) prognozowane rosnące zapotrzebowanie na wykwalifikowany personel w branżach związanych z ochroną zdrowia;

1 Eurostat, *Active Ageing and Solidarity Between Generations: A Statistical Portrait of the European Union 2012*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2011.

f) wzrost popytu na usługi związane z opieką długoterminową, zarówno środowiskową, jak i stacjonarną;

g) ryzyko konfliktu międzypokoleniowego związanego z poczuciem międzypokoleniowej (nie)sprawiedliwości w odniesieniu do redystrybucji zasobów w społeczeństwie².

Wyzwania te są uniwersalne i obserwowane – w różnym stopniu nasilenia – we wszystkich krajach członkowskich UE.

Specyfika europejskiego podejścia do kwestii starzejącej się populacji polega między innymi na pozostawieniu poszczególnym krajom stosunkowo dużej suwerenności w zakresie planowania i realizacji polityk społecznych. Polityka społeczna jest obszarem tradycyjnie realizowanym na poziomie krajowym, stąd też do Unii Europejskiej należą jednocześnie kraje zbliżone do modelu liberalnego (na przykład Wielka Brytania), konserwatywnego (na przykład Niemcy), socjaldemokratycznego (na przykład Szwecja), a także kraje niedające się jednoznacznie sklasyfikować według powszechnych typologii (na przykład Polska). Rola Komisji Europejskiej w zakresie polityki społecznej wobec zmian demograficznych ogranicza się do publikowania analiz i rekomendacji, do wyznaczania kierunków zmian, których celem ma być długofalowy rozwój ekonomiczny kontynentu europejskiego oraz spójność społeczna (*Strategia Lizbońska, Odnowiona Agenda Społeczna, Europa 2020* i inne dokumenty). Kwintesencją perspektywy unijnej wobec zjawiska starzenia się populacji są słowa Komisarza ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego László Andora:

Kluczem do rozwiązania wyzwań wynikających z rosnącego udziału osób starszych w naszych społeczeństwach jest realizacja koncepcji „aktywnego starzenia się”: poprzez zachęcanie osób starszych do dalszej aktywności, dłuższy okres pracy i późniejsze przechodzenie na emeryturę, zaangażowanie w wolontariat po przejściu na emeryturę, poprzez prowadzenie zdrowego, niezależnego trybu życia [tłum. aut.]³.

Nacisk położony jest na aktywizację, niezależny tryb życia i dłuższą aktywność zawodową. W komunikacie *Demograficzna przyszłość Europy – przekształcić wyzwania w nowe możliwości* Komisja Europejska wyznacza pięć podstawowych kierunków polityki, których realizacja umożliwi państwom

2 *Ibidem*, s. 7.

3 *Ibidem*, s. 8.

członkowskim adaptację do nowej sytuacji demograficznej. Zaliczyć do nich można (1) reformę polityki rodzinnej, (2) promocję zatrudnienia i aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym, (3) wzrost produktywności i konkurencyjności gospodarki, (4) reformę polityki imigracyjnej oraz (5) zapewnienie stabilności finansów publicznych i ochrony socjalnej.

Na szczycie Unii Europejskiej w Lizbonie w 2001 roku zapadła decyzja o przyjęciu otwartej metody koordynacji (*Open Method of Coordination* – OMC) jako narzędzia wyznaczania i realizacji wspólnych celów w zakresie polityki społecznej na poziomie europejskim. Otwarta metoda koordynacji jest drogowskazem, zbiorem rekomendacji i narzędziem ewaluacji pożądaných zmian społecznych. Nie zobowiązuje prawnie państw członkowskich do implementacji określonych rozwiązań ani nie przewiduje sankcji za niespełnienie wynikających z niej zobowiązań. Wśród priorytetów wymienionych w Komunikacie Komisji Europejskiej zatytułowanym *Odnowione zobowiązanie na rzecz europejskiego modelu społecznego: Udoskonalenie otwartej metody koordynacji w zakresie ochrony socjalnej i integracji społecznej* znalazły się między innymi przeciwdziałanie ubóstwu, zwiększenie stabilności finansowej systemów emerytalnych oraz zapewnienie dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej i długoterminowej.

Prace nad tą ksiązką zbiegły się w czasie z ogłoszeniem 2012 roku Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Decyzja ta była wyrazem zaangażowania Unii Europejskiej w działania na rzecz poprawy jakości życia osób starszych oraz przeciwdziałanie ich dyskryminacji. Podstawowym celem Europejskiego Roku 2012 było „zwrócenie uwagi opinii publicznej na wkład, jaki do społeczeństwa wnoszą osoby starsze”, a także popularyzacja projektów realizowanych na szczeblu lokalnym, które dążą do aktywizacji seniorów i wzmocnienia dialogu międzypokoleniowego⁴. Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego podkreśla, że „aktywne starzenie się jest dla Europy jedyną możliwością sprostania wyzwaniom, jakie niosą zmiany demograficzne, oraz warunkiem koniecznym przyszłego dobrobytu i spójności społecznej całego kontynentu”⁵.

4 *Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012*, dostępne przez www.europa.eu (7.11.2012).

5 Komisja Europejska, *Wkład UE w propagowanie aktywnego starzenia się i solidarności między pokoleniami*, Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego, Luksemburg 2012.

Przyglądając się historii integracji europejskiej, możemy stwierdzić, że kwestie społeczne nie zawsze były priorytetowym kierunkiem rozwoju. Wręcz przeciwnie – idea spójności społecznej kontynentu europejskiego od wielu lat wzbudza wiele kontrowersji. Początki tak zwanego wymiaru społecznego (*social dimension*) integracji europejskiej sięgają lat pięćdziesiątych XX wieku. Państwami sprzyjającymi tej idei były Francja i Niemcy. Krajem tradycyjnie sceptycznym wobec społecznego wymiaru integracji była Wielka Brytania. Katalizatorem uwzględnienia kwestii społecznych było zapotrzebowanie na swobodny przepływ pracowników między granicami krajów. Odwołując się do chronologii zaproponowanej przez Włodzimierza Anioła, rozwój wspólnotowej polityki socjalnej podzielić można na cztery etapy: w latach 1957–1973 utworzono socjalne warunki do swobodnego przepływu pracowników; w latach 1974–1984 podjęto działania w zakresie harmonizacji prawa pracy i ustawodawstwa społecznego; w latach 1985–1997 zaobserwować można ożywienie koncepcji integracji na poziomie społecznym, przy jednoczesnym sprzeciwie Wielkiej Brytanii wobec nowej tendencji; oraz okres po 1997 roku, kiedy działalność Unii Europejskiej w zakresie polityki społecznej skoncentrowała się na wspieraniu zatrudnienia, zwalczaniu bezrobocia, ubóstwa i wykluczenia społecznego⁶. Przystąpienie grupy dziesięciu nowych państw członkowskich w 2004 roku rozszerzyło spektrum wyzwań natury społecznej i pogłębiło społeczne zróżnicowanie Unii Europejskiej. Istotnego znaczenia nabrały fundusze unijne, których celem jest zrównoważony i harmonijny rozwój wszystkich regionów – Europejski Fundusz Społeczny oraz Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego.

Integracja na poziomie społecznym nabrała większego znaczenia w połowie lat dziewięćdziesiątych XX wieku, odkąd do Unii Europejskiej przystąpiły trzy kraje należące do grona tradycyjnych *welfare states*: Szwecja, Finlandia i Austria. Rządy socjaldemokratyczne wniosły do wspólnoty nowy system wartości i wzbogaciły Unię Europejską o nowe spojrzenie na kwestie społeczne. Zwolennikiem pogłębiania wymiaru społecznego integracji europejskiej był także ówczesny przewodniczący Komisji Europejskiej (1985–1994), francuski socjalista Jacques Delors. W doktrynie społecznej zwanej „deloryzmem” podkreślał znaczenie społecznej solidarności i dialogu społecznego. Argumentował, że rozwój

6 W. Anioł, *Europejska polityka społeczna. Implikacje dla Polski*, Wydawnictwo Aspra, Warszawa 2003.

wspólnotowej polityki społecznej nie może być postrzegany w perspektywie czysto ekonomicznej⁷.

Obecnie w Europie toczy się debata na temat zasadności wyodrębniania Europejskiego Modelu Społecznego. Zwolennicy tej koncepcji wskazują na cechy wspólne dla państw europejskich, takie jak stosunkowo wysokie podatki, przewaga publicznych, niekomercyjnych usług społecznych (ochrony zdrowia, edukacji, usług opiekuńczych dla dzieci i osób starszych), praktyka dialogu społecznego, dążenie do wyrównanego i wysokiego poziomu życia (*social cohesion*), rozwój gospodarki opartej na wiedzy, walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym⁸. U podstaw wiary w unikatowość Europejskiego Modelu Społecznego leży przekonanie, że „istnieje tak wiele wspólnych elementów europejskiej «kultury socjalnej», iż pozwala to bez wątpliwości odróżnić Europę od innych regionów świata, a przede wszystkim od Stanów Zjednoczonych, które stanowią główne odniesienie dla krajów Unii Europejskiej”⁹. Przeciwnicy omawianej koncepcji podkreślają zbyt głębokie różnice wynikające z różnorodności państw członkowskich i nieprzystawalność porównań krajów Europy Zachodniej do nowych państw członkowskich należących do regionu Europy Środkowo-Wschodniej. Dodatkowo wskazują na niestanny proces transformacji priorytetów, kierunków oraz narzędzi polityk społecznych stosowanych przez poszczególne państwa, który w perspektywie długofalowej prowadzi do konwergencji różnych modeli polityki społecznej w skali globalnej, a także na teorię „zależności od ścieżki” (*path dependency*), która akcentuje wpływ tradycji, czynników historycznych i geopolitycznych na rozwój polityki społecznej.

W świetle dylematów związanych z definiowaniem Europejskiego Modelu Społecznego do analizy włączam perspektywę skandynawską i wyodrębniam nordycki model społeczny, który w literaturze przedmiotu często stawiany jest za wzór funkcjonowania państwa opiekuńczego. Odwołując się do metodologii badań porównawczych Przeworskiego i Teune’a, stosuję perspektywę typu „najbardziej różne systemy” i porównuję politykę społeczną wobec starzenia się Stanów Zjednoczonych (kraju najbardziej zbliżonego do modelu liberalnego) oraz

7 *Ibidem*.

8 S. Golinowska, *Europejski model socjalny i otwarta koordynacja polityki społecznej*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 11–12, s. 3–14.

9 *Ibidem*, s. 3.

Szwecji (kraju najbardziej zbliżonego do modelu socjaldemokratycznego). Za decyzją, aby spośród krajów reprezentujących nordycki model społeczny do analizy posłużył ten realizowany w Szwecji, przemawia wiele argumentów. Z punktu widzenia badań nad polityką społeczną wobec starzenia się ludności istotnym czynnikiem jest struktura demograficzna Szwecji. To kraj o najwyższym odsetku osób starszych (65+) z państw nordyckich (18,1% w Szwecji w porównaniu do 17% w Finlandii, 16,3% w Danii, 14,9% w Norwegii lub 12% w Islandii, według danych z 2010 roku¹⁰), a zarazem należy on do grona dziesięciu najstarszych populacji świata. Wewnątrz modelu nordyckiego można dostrzec tendencję do pogłębiania się różnic między kierunkami i sposobami realizacji polityk społecznych, czego przyczyną leżą między innymi w procesach globalizacyjnych oraz przynależności do struktur unijnych tylko trzech (Dania, Szwecja, Finlandia) spośród pięciu krajów nordyckich. Różnice między państwami zaliczającymi się do modelu nordyckiego dodatkowo podkreśla koncepcja „zależności od ścieżki”. Według przedstawicieli teorii instytucjonalizmu historycznego to tradycja i czynniki historyczne determinują kierunki rozwoju polityki społecznej w danym kraju¹¹.

Rozdział ten rozpoczynam charakterystyką struktury demograficznej Szwecji oraz nordyckiego modelu państwa opiekuńczego. Następnie przechodzę do analizy rozwoju szwedzkiego modelu polityki społecznej wobec starzenia się ludności w ujęciu historycznym, oceny kondycji szwedzkiego systemu emerytalnego oraz sektora usług opiekuńczych dla seniorów. Szczególną uwagę poświęcam symptomom stopniowej transformacji szwedzkiego modelu państwa opiekuńczego wskutek wpływu ideologii neoliberalnej. Rozdział zamyka opis pięciu przykładów dobrych praktyk, które wyróżniają Szwecję pod względem jakości życia osób starszych na tle międzynarodowym.

2.1. Struktura demograficzna Szwecji

Szwecja jest największym krajem skandynawskim, zamieszkałym przez 9,5 miliona osób. Słynie z wysokiego standardu życia, stabilnej gospodarki i zaawansowanego systemu pomocy społecznej. Szwecja była jednym z pierwszych państw na świecie (obok Francji), w których dostrzeżono zjawisko starzenia się

10 Eurostat, *Population Projections*, 2011.

11 *Nordic Welfare States in the European Context*, eds. M. Kautto, J. Frithzell, B. Hviden, J. Kvist, H. Uusitalo, Routledge, London–New York 2001.

populacji¹², a współczynnik długowieczności jest tam bardzo wysoki. To także kraj słynący z przywiązania do idei równości, w którym równość kobiet i mężczyzn promowana jest we wszystkich dziedzinach życia, a koncepcja *gender mainstreaming* realizowana jest z sukcesem w praktyce. Ze względu na wysoki standard życia i rozbudowane świadczenia socjalne Szwecja jest krajem imigracyjnym, w którym schronienia szukają emigranci oraz uchodźcy z różnych rejonów świata.

Od 1995 roku Szwecja jest państwem członkowskim Unii Europejskiej. Nie przystąpiła nigdy do unii walutowej (podobnie jak Dania) i utrzymuje własną walutę – koronę szwedzką. Od lat trzydziestych XX wieku w Szwecji dominowały rządy socjaldemokratyczne, które przyczyniły się do powstania kultury dialogu politycznego i konsensusu oraz doprowadziły do wypracowania pokojowej współpracy między sektorem publicznym i prywatnym. Społeczeństwo szwedzkie pod rządami socjaldemokratycznymi określano mianem liberalnego i progresywnego. Sytuacja zmieniła się po wyborach parlamentarnych w 2006 roku, w efekcie których władzę sprawuje rząd mniejszościowy z koalicją centroprawicową (Alliansen) na czele. Po wyborach w 2010 roku w skład Riksdagu po raz pierwszy weszła partia skrajnie prawicowa (Sverigedemokraterna), która opowiada się za restrykcyjną polityką imigracyjną¹³. Premierem Szwecji jest szef centroprawicowego Sojuszu Fredrik Reinfeldt, a głową państwa jest król Karol XVI Gustaw.

Podobnie jak w przypadku społeczeństwa amerykańskiego, o populacji Szwecji również można powiedzieć, że z biegiem lat staje się coraz większa, coraz starsza i coraz bardziej zdywersyfikowana. Coraz większa i coraz bardziej różnorodna – ze względu na napływ imigrantów. Według danych z 2010 roku 14,1% populacji Szwecji stanowią imigranci, którzy pochodzą z takich krajów, jak Finlandia, Irak, kraje byłej Jugosławii, Somalia, Iran, Norwegia, Dania, Turcja i Polska¹⁴. Liczba napływających imigrantów jest z roku na rok coraz większa: w 2000 roku w Szwecji osiedliło się 58 700, a w 2010 roku aż 98 800 imigrantów. Proces ten został nieznacznie zahamowany, odkąd

12 I.G. Cook, J. Hallsal, *Aging in Comparative Perspective: Processes and Policies*, Springer Science i Business Media LCC, New York 2012.

13 *Ibidem*.

14 U.S. Department of State, *Background Note: Sweden*, Bureau of European and Eurasian Affairs, dostępne przez <http://www.state.gov> (13.11.2012).

w 2010 roku w rządzie znalazła się nieprzychylna imigrantom partia nacjonalistyczna (96 500 imigrantów w 2011 roku – o ponad dwa tysiące mniej niż w roku 2010)¹⁵. Przewiduje się, że do 2060 roku populacja Szwecji zwiększy się o ponad dwa miliony osób¹⁶.

Jej struktura demograficzna odzwierciedla tendencje obserwowane w większości krajów wysokorozwiniętych, takie jak starzenie się populacji na skutek wzrostu średniej długości trwania życia i spadku liczby urodzeń. Według danych OECD z 2009 roku średnia długość trwania życia wynosi tam 81,4 lata (83,4 dla kobiet i 79,4 dla mężczyzn), co plasuje Szwecję w grupie krajów o najwyższych współczynnikach długowieczności na świecie (obok takich krajów, jak Japonia, Francja, Szwajcaria, Norwegia czy Islandia)¹⁷. Na przestrzeni XX wieku średnia długość trwania życia wzrosła w Szwecji o ponad 20 lat, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, co obrazuje tabela 2.1.

Tabela 2.1. Średnia długość trwania życia w Szwecji w latach 1901–2010 (według płci)

Przedział lat	1901–1910	1911–1920	1921–1930	1931–1940	1941–1950	1951–1960	1961–1970	1971–1980	1981–1990	1991–2000	2001–2010
Średnia długość trwania życia kobiet	57,0	58,4	63,2	66,1	70,6	74,1	76,1	78,1	79,9	81,4	83,5
Średnia długość trwania życia mężczyzn	54,5	55,6	61,0	63,8	68,1	70,9	71,7	72,3	74,0	76,2	79,5

Źródło: zestawienie własne na podstawie Sveriges Officiella Statistik, *Population statistics. Life expectancy 1751–2011*, Stockholm 2012; *Life Expectancy in Sweden 2001–2010*, „Statistics Sweden” 2011, nr 263.

15 *Immigrant and Emigrants by Country of Emi/Immigration and Sex. Year 2000–2011*, „Statistics Sweden”, dostępne przez www.scb.se (13.11.2012).

16 *Demographic Reports. The Future Population of Sweden 2012–2060*, „Statistics Sweden”, Stockholm 2012.

17 OECD, *Life Expectancy*, [w:] *OECD Factbook 2011–2012: Economic, Environmental and Social Statistics*, dostępne przez www.oecd-ilibrary.org (13.11.2012).

Mimo stałego napływu imigrantów struktura wiekowa społeczeństwa szwedzkiego nie ulega odmłodnieniu. Odsetek liczby osób powyżej 65. roku życia utrzymuje się na wysokim poziomie 18,1%. Co ciekawe, Szwecja odnotowuje wysoki procentowy udział osób 65+ w stosunku do ogółu populacji od dość dawna – już w 1990 roku osiągał on wielkość 17,8%, podczas gdy średnia europejska wynosiła wówczas 12,9%¹⁸. Mediana wieku w 1990 roku wynosiła 38,4 i już wtedy była najwyższa w grupie krajów europejskich¹⁹. Prognozy wskazują na tendencję do dalszego zwiększania się udziału osób starszych (65+) w społeczeństwie szwedzkim, do prawie jednej czwartej w 2050 roku, co obrazuje tabela 2.2.

Tabela 2.2. Procentowy udział osób w wieku 65+ w ogóle populacji Szwecji w latach 1960–2010 oraz prognoza na lata 2020–2060

Rok	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Procentowy udział osób 65+ w ogóle populacji	11,7	13,6	16,2	17,8	17,3	18,1	20,6	22,3	24,0	24,5	26,3

Źródło: Eurostat, *Percentage of Population Aged 65 Years and Over on 1 January of Selected Years* 2011.

Rosnący odsetek osób starszych w społeczeństwie szwedzkim jest wyzwaniem dla sektora opieki długoterminowej. Kraje skandynawskie cechuje dużo mniejsze przywiązanie do nieformalnych form sprawowania opieki, bazujących na wsparciu rodziny, w porównaniu do Stanów Zjednoczonych. Z tego względu rosnąca średnia długość trwania życia sprawia, że system w przyszłości będzie musiał obsługiwać znacznie większą liczbę klientów, a w konsekwencji zatrudniać więcej wykwalifikowanych pracowników. Prognozy wskazują na zjawisko stałego przybywania najstarszych seniorów, którzy są najbardziej narażeni na brak samodzielności i/lub niepełnosprawność. Do 2060 roku liczba osób w przedziale wiekowym 80–99 lat ma wzrosnąć o ponad 600 tysięcy,

18 Eurostat, *Percentage of Population Aged 65 Years and Over on 1 January of Selected Years*, 2011, dostępne przez <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (13.11.2012).

19 Eurostat, *Median Age on 1 January of Selected Years*, 2011, dostępne przez <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (13.11.2012).

co oznacza podwojenie ich liczby w stosunku do roku 2012²⁰. Co ciekawe, Szwecja jest krajem, który powinien zredefiniować pojęcie „najstarszych seniorów” ze względu na dynamiczny przyrost żyjących osób stuletnich. W 1970 roku Szwecję zamieszkiwały 173 osoby powyżej setnego roku życia, w 2011 było ich już ponad 1700, a do 2060 roku ich liczba ma przekroczyć osiem tysięcy²¹. Prognozy pozwalają przypuszczać, że w ciągu najbliższych kilku dekad w Szwecji i w pozostałych krajach skandynawskich osoby stuletnie przestaną być fenomenem.

Ze względu na znacznie mniejszy rozmiar terytorium i dużo mniej liczną populację w porównaniu do Stanów Zjednoczonych w Szwecji nie ma istotnego znaczenia rozmieszczenie przestrzenne seniorów w skali kraju. Niemniej jednak, podobnie jak amerykańska ustawa o osobach starszych z 1965 roku zdecentralizowała politykę społeczną wobec osób starszych i scedowała odpowiedzialność za świadczenie usług opiekuńczych na poszczególne stany i okręgi (*counties*), wprowadzone w Szwecji w 1992 roku prawo *Ädelreformen* przeniosło całkowitą odpowiedzialność za usługi dla osób starszych na 290 gmin (*kommuner*)²². W przypadku obu krajów możemy zatem mówić o zdecentralizowanym systemie programów i usług skierowanych do osób starszych i przewadze szczebla lokalnego w realizacji polityki społecznej wobec starzenia się ludności.

2.2. Charakterystyka nordyckiego modelu państwa opiekuńczego

Z historycznego punktu widzenia kraje nordyckie bywają charakteryzowane jako region Europy, który obrał „trzecią drogę” – tak zwaną drogę środka. W latach trzydziestych XX wieku porównanie to odnosiło się do konfrontacji pomiędzy liberalizmem a faszyzmem, w okresie zimnej wojny do antagonizmu między amerykańskim kapitalizmem a sowieckim komunizmem²³. Szczególnie

20 *Demographic Reports. The Future Population of Sweden 2012–2060...*

21 *Ibidem*.

22 P. G. Edebalk, *Ways of Funding and Organising Elderly Care in Sweden*, [w:] *Population Ageing – A Threat to the Welfare State?*, [w:] *Demographic Research Monographs*, ed. T. Bengtsson, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2010, s. 65–80.

23 P. Kettunen, *The Power of International Comparisons. A Perspective on the Making and Challenging of the Nordic Welfare State*, [w:] *The Nordic Model of*

w Szwecji rządy socjaldemokratyczne stanowiły alternatywę zarówno dla kapitalistycznej (liberalnej), jak i komunistycznej wizji polityki społecznej.

Do powstania „modelu nordyckiego” przyczyniła się w dużej mierze współpraca z Międzynarodową Organizacją Pracy, której struktura opierała się na trójstronnej reprezentacji interesów: pracowników, pracodawców i przedstawicieli władz. Deklaracja Filadelfijska z 1944 roku zainspirowała kierunek rozwoju obrany przez kraje skandynawskie: podkreśliła istotną rolę pokojowej współpracy i negocjacji pomiędzy podmiotami polityki społecznej, określiła pełne zatrudnienie mianem priorytetu, zaakcentowała znaczenie praw socjalnych i zabezpieczenia społecznego jako podstaw egalitarnego społeczeństwa. Wkrótce po II wojnie światowej kraje nordyckie rozpoczęły współpracę w dziedzinie zbierania informacji i formułowania statystyk dotyczących kwestii demograficznych i społecznych. Współpraca przyczyniła się do unifikacji kierunków i celów polityki społecznej realizowanej przez poszczególne kraje, a także do harmonizacji warunków pracy i wysokości płac wewnątrz regionu. W 1952 roku umożliwiono ludności przekraczanie granic państwowych bez konieczności posiadania paszportu, a w 1954 roku wprowadzono przepis o swobodnym przepływie pracowników między Danią, Norwegią, Szwecją i Finlandią. Rozwój i modernizacja regionu nordyckiego przebiegły skutecznie dzięki unikatowemu połączeniu wydajności (*efficiency*), solidarności (*solidarity*) i równości (*equality*). Proces ten napędzany był przez trzy interferujące ze sobą ideologie: ducha kapitalizmu, utopię socjalizmu i ideę wolnego, niezależnego chłopstwa²⁴.

Dziś kraje nordyckie są relatywnie homogeniczne kulturowo i bogate²⁵. Model nordycki na scenie międzynarodowej postrzegany jest jako wzorzec (*benchmark*). Charakteryzują go zrównoważony rozwój i ekonomiczna wydajność przy jednoczesnym stabilnym rynku pracy, sprawiedliwej redystrybucji zasobów i spójności społecznej²⁶. Przez ekonomistów bywa porównywany do trzmiela

Welfare: A Historical Reappraisal, eds. N.F. Christiansen, K. Petersen, N. Edling P. Haave, Museum Tusulanum Press, Copenhagen 2005, s. 31–65.

24 *Ibidem*.

25 *Nordic Social Attitudes in a European Perspective*, eds. H. Ervasti, K. Ringdal, T. Fridberg, M. Hjerm, Edward Elgar Publishing, Cheltenham 2008.

26 T.M. Andersen, B. Holmström, S. Honkapohja, S. Korkman, H.T. Söderström, J. Vartiainen, *The Nordic Model. Embracing Globalization and Sharing Risks*, The Research Institute of the Finnish Economy, Taloustieto Oy, Helsinki 2007.

(*bumble bee*) – owada zbyt ciężkiego, żeby pofrunąć, a który – na przekór ekspertom – frunie. Z uwagi na różnice występujące między krajami należącymi do modelu nordyckiego coraz częściej występuje w charakterze weberowskiego „typu idealnego”, który może stanowić punkt odniesienia w analizach komparatystycznych, jednak nie istnieje w praktyce²⁷.

Do cech charakterystycznych nordyckiego (socjaldemokratycznego, opiekuńczego, instytucjonalno-redystrybującego) modelu społecznego zaliczyć można przede wszystkim:

- a) egalitarną i demokratyczną tradycję polityczną;
 - b) dominację sektora publicznego na rynku usług społecznych;
 - c) uniwersalny charakter państwa opiekuńczego;
 - d) decentralizację pomocy społecznej;
 - e) wysoki stopień dekomodyfikacji;
 - f) finansowanie systemu z progresywnych, wysokich podatków (oraz powszechną społeczną akceptację dla podatków);
 - g) hojne świadczenia socjalne;
 - h) nacisk położony na prewencję, a nie interwencję, zapobieganie problemom natury społecznej, zanim się pojawią (na przykład wysoka jakość kształcenia i publiczny system edukacji chronią przed brakiem wiedzy i umiejętności, który z kolei mógłby utrudnić znalezienie pracy i przyczynić się do wzrostu bezrobocia)²⁸;
 - i) silną pozycję związków zawodowych;
 - j) wysoki wskaźnik zatrudnienia, aktywność zawodową kobiet i osób w wieku okołoemerytalnym;
 - k) przywiązanie do idei równości, równość kobiet i mężczyzn, zrównoważony poziom płac;
 - l) solidaryzm społeczny i uczciwość obywatelską (brak korupcji);
 - ł) wysoki poziom wydatków na rozwój kapitału ludzkiego;
 - m) peryferyjne położenie geograficzne, otwartość na współpracę międzynarodową i handel zagraniczny, elastyczność i zdolność adaptacji do zmian.
- Kraje skandynawskie wyróżniają społeczny egalitaryzm, kultura konsensusu i dialogu politycznego. Demokracja przejawia się uczestnictwem obywateli

27 *Nordic Welfare States in the European Context...*

28 V. Timonen, *Restructuring the Welfare State. Globalization and Social Policy Reform in Finland and Sweden*, Edward Elgar, Cheltenham–Northampton 2003.

w podejmowaniu decyzji na poziomie lokalnym, w miastach i gminach, co daje poczucie społecznej inkluzji i legitymizuje działania rządu. Działania administracji państwowej obdarzone są kredytem zaufania. Skandynawię wyróżnia trzybiegunowa scena polityczna (lewica, prawica i partie agrarystyczne). Tradycja politycznej reprezentacji populacji rolniczej zaowocowała objęciem tej grupy społecznej uniwersalnym programem ubezpieczeń społecznych – to rozwiązanie odmienne niż w pozostałych krajach europejskich, gdzie ubezpieczenie społeczne dotyczy w głównej mierze pracowników zasilających rynek pracy. Tradycja osiągnięcia porozumienia w drodze konsensusu znajduje swoje odzwierciedlenie w pokojowych relacjach panujących na rynku pracy i silnej pozycji związków zawodowych²⁹.

Nordycki model państwa opiekuńczego cechuje uniwersalizm. Oznacza to, że podstawą uprawniającą do korzystania ze świadczeń socjalnych jest obywatelstwo, a nie udokumentowana potrzeba ani kryterium dochodowe jak w przypadku modelu amerykańskiego. W ten sposób kraje skandynawskie w najpełniejszym stopniu realizują koncepcję „obywatelstwa socjalnego” (*social citizenship*) Thomasa H. Marshalla, zgodnie z którą im szerszy zakres praw i przywilejów socjalnych wynikających z obywatelstwa, tym bardziej egalitarne staje się społeczeństwo³⁰. Uniwersalny charakter państwa dobrobytu skutkuje wysokim poziomem bezpieczeństwa socjalnego obywateli³¹.

Model nordycki charakteryzuje wysoki poziom dekomodyfikacji, czyli niezależności obywateli od rynku w zakresie usług społecznych. Za jakość życia obywateli odpowiadają społeczeństwo i władze publiczne – w przeciwieństwie do modelu liberalnego, w którym ciężar odpowiedzialności został przerzucony na mechanizmy rynkowe i rodzinę. Uniwersalny system świadczeń socjalnych finansowany jest z progresywnych i wysokich podatków. Poczucie solidaryzmu i społecznej odpowiedzialności skutkuje powszechną zgodą na wysoki poziom podatków, dzięki którym jakość usług społecznych jest wysoka, a dostęp do edukacji, opieki dla dzieci, opieki dla osób starszych i innych form pomocy jest w wielu przypadkach darmowy. Szeroka redystrybucja

29 *Nordic Social Attitudes in a European Perspective...*

30 T.H. Marshall, *Class, Citizenship, and Social Development*, Greenwood Press, Michigan 1964.

31 W. Anioł, *Dywergencja i konwergencja w rozwoju europejskiej polityki społecznej*, „Studia Europejskie” 2010, nr 4, s. 29–62.

zasobów powoduje, że poziom ubóstwa i nierówności społecznych jest niski, co w konsekwencji prowadzi do poczucia spójności społecznej i sprzyja rozwojowi gospodarczemu³².

Świadczenia socjalne w krajach skandynawskich należą do najwyższych na świecie. Według danych OECD z 2004 roku stopa zastąpienia (netto) zasiłku dla bezrobotnych wynosi 68% w Norwegii, 70% w Finlandii i Danii, i aż 75% w Szwecji, w porównaniu do 54% w Stanach Zjednoczonych³³. Co więcej, okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych wynosi dwa lata i cztery miesiące w Szwecji, trzy lata w Norwegii i aż cztery lata w Danii, w porównaniu do zaledwie sześciu miesięcy w Stanach Zjednoczonych³⁴. Ponadto kraje nordyckie charakteryzuje zrównoważony poziom płac, a różnica w wysokości zarobków kobiet i mężczyzn (tak zwany *gender pay gap*) jest niższa niż w większości krajów OECD i wynosi, odpowiednio, 8% w Norwegii, 12% w Danii, 15% w Szwecji, w porównaniu do 19% w Stanach Zjednoczonych³⁵.

Tajemnicą stabilności rozbudowanego systemu socjalnego w krajach nordyckich jest między innymi wysoki wskaźnik zatrudnienia. Dobra kondycja finansowa tak hojnego systemu możliwa jest tylko wówczas, gdy znaczny odsetek osób pozostaje aktywny na rynku pracy i odprowadza podatki. Wysoki wskaźnik zatrudnienia społeczeństw skandynawskich jest zjawiskiem wzbudzającym podziw na arenie międzynarodowej, a także, do pewnego stopnia, paradoksalnym. Powszechna dostępność wysokich świadczeń socjalnych może bowiem wpływać demobilizująco i skutecznie zniechęcać do podjęcia pracy. Tak się jednak nie dzieje. Według danych Eurostatu z 2011 roku wskaźnik zatrudnienia w grupie wiekowej 15–64 lata wyniósł 73,1% w Danii, 74,1% w Szwecji oraz 75,3% w Norwegii, a najwyższą wartość w skali świata odnotowano w Islandii (78,5%). Dla porównania w Stanach Zjednoczonych poziom zatrudnienia oscyluje wokół 66%, a średnia UE27 wynosi 64,3%³⁶.

32 *Ibidem*.

33 OECD, *Net Replacement Rates and Unemployment Insurance Benefit Duration in 26 OECD Countries, 2004*, dostępne przez <http://www.oecd.org/about/publishing/36965805.pdf> (9.11.2012).

34 *Ibidem*.

35 OECD, *OECD Family Database*, 2011, dostępne przez www.oecd.org/social/family/database (9.11.2012).

36 Eurostat, *Employment Statistics*, 2012, dostępne przez http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Employment_statistics (9.11.2012).

Zjawiskiem typowym dla struktury zatrudnienia jest także wysoki poziom aktywności zawodowej kobiet i osób w wieku okołoemerytalnym. W 2011 roku wskaźnik zatrudnienia kobiet wyniósł 70,4% w Danii, 71,9% w Szwecji, 73,4% w Norwegii, w porównaniu z 62% w Stanach Zjednoczonych oraz niecałymi 57% średniej wartości w krajach OECD³⁷. W przypadku osób starszych w grupie wiekowej 55–64 lata wskaźnik zatrudnienia przekroczył 70% w Szwecji i w Islandii; w Stanach Zjednoczonych jest również dość wysoki (62,1%), biorąc pod uwagę, że w rejonie Europy Środkowo-Wschodniej nadal nie przekracza 35% (między innymi w Polsce i na Węgrzech)³⁸. Utrzymanie wysokiego wskaźnika zatrudnienia całego społeczeństwa jest jednym z priorytetów realizowanej przez państwa nordyckie aktywnej polityki rynku pracy, która wpisuje się w unijną strategię *Europa 2020*.

Zjawiska takie jak postępujący proces globalizacji, światowa konkurencja gospodarcza, kryzys ekonomiczny, a nade wszystko dynamiczne zmiany demograficzne powodują, że kraje nordyckie stoją przed szeregiem wyzwań natury ekonomicznej, politycznej i społecznej. Od końca lat osiemdziesiątych XX wieku naukowcy wieszczą kryzys tradycyjnych *welfare states*³⁹. Praktyka pokazuje jednak, że kraje skandynawskie posiadają dużą zdolność do adaptacji, a ich silna pozycja na arenie międzynarodowej nie została osłabiona wskutek kryzysu ekonomicznego, jaki dotknął region na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Co więcej, również światowy kryzys ekonomiczny z 2008 roku nie odbił się boleśnie na skandynawskiej ekonomii⁴⁰. Amerykański dziennik

37 OECD, *Employment and Labour Markets: Key Tables from OECD*, dostępne przez www.oecd-ilibrary.org (9.11.2012).

38 OECD, *Employment Rates by Age Group*, [w:] *OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics*, dostępne przez www.oecd-ilibrary.org (9.11.2012).

39 Zob. J. Alber, *Is There a Crisis of the Welfare State? Crossnational Evidence from Europe, North America and Japan*, „European Sociological Review” 1988, vol. 4(3), s. 181–205; P. Pierson, *The New Politics of the Welfare State*, „World Politics” 1996, vol. 48(2), s. 143–179; G. Esping-Andersen, *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*, SAGE Publications, London 1996.

40 Wyjątkiem jest Islandia, która w 2008 roku odnotowała inflację na poziomie 18% i aby wyjść z recesji, musiała zaciągnąć dług z Międzynarodowego Funduszu Walutowego. Według danych z 2012 roku nad wyraz szybko i sprawnie udało jej się wrócić do ekonomicznej stabilności – wzrost gospodarczy Islandii osiągnął wartość 2,5%, a poziom bezrobocia zredukowany został o połowę.

„Washington Post” ogłosił Szwecję „gwiazdą rekonwalescencji” (*the rock star of the recovery*) po tym, jak w 2010 roku odnotowała wskaźnik wzrostu gospodarczego na poziomie 5,5% (w porównaniu do 2,8% w Stanach Zjednoczonych)⁴¹. Badacze szukają przyczyn unikatowych zdolności adaptacyjnych krajów nordyckich w:

a) ich niewielkim rozmiarze (9,5 miliona mieszkańców w Szwecji w porównaniu do 314 milionów w Stanach Zjednoczonych);

b) systemie usług społecznych finansowanym z podatków, który łatwiej reformować niż system finansowany ze składek pracowników;

c) przywiązaniu do tradycji aktywnej polityki rynku pracy, dzięki której strategie aktywizacyjne łatwiej implementować „z dnia na dzień”, na zasadzie interwencji, niż w krajach Europy kontynentalnej⁴².

Stabilna sytuacja ekonomiczna krajów nordyckich oraz ich wyjątkowe zdolności adaptacyjne nie oznaczają jednak, że kraje te nie doświadczają negatywnych skutków starzenia się populacji i nie podejmują odpowiednich kroków w celu ich neutralizacji. Wręcz przeciwnie – stojąc przed obliczem masowego przechodzenia na emeryturę pokolenia powojennego wyżu demograficznego, kraje skandynawskie rozpoczęły szereg reform, których celem jest podtrzymanie finansowej stabilności rozbudowanego systemu socjalnego. Przykładem takiej reformy jest głęboka restrukturyzacja systemu emerytalnego w Szwecji, której analizie poświęcam podrozdział 2.4.

2.3. Rozwój szwedzkiego modelu polityki społecznej wobec starzenia się ludności w ujęciu historycznym

Do połowy XVIII wieku odpowiedzialność za sprawowanie opieki nad osobami starszymi w Szwecji spoczywała na Kościele i krewnych. Od 1700 roku wymiana usług opiekuńczych wewnątrz rodziny regulowana była przez prawo. W ramach systemu *undantag* farmerzy mogli przepisać swoją ziemię na własność dzieciom (lub krewnym), a w zamian otrzymywali gwarancję dożywotniej opieki – wyżywienia, schronienia i pochówku.

41 N. Irwin, *Five Economic Lessons from Sweden, the Rock Star of the Recovery*, „The Washington Post” 24.06.2011.

42 *Nordic Welfare States in the European Context...*

Przekazanie własności i przejście pod opiekę członka rodziny odbywały się na podstawie kontraktu⁴³. W 1734 roku uchwalono ustawę zobowiązującą każdą parafię do prowadzenia przytułku dla osób bezdomnych, biednych i starszych⁴⁴.

Charakterystyczna dla krajów nordyckich tradycja publicznej odpowiedzialności za los osób ubogich i starszych sięga drugiej połowy XVIII wieku. Na mocy aktu prawnego z 1788 roku obowiązkiem zapewnienia pomocy ludziom potrzebującym obciążono szwedzkie gminy i parafie. Znaczenie tej legislacji polegało w głównej mierze na utworzeniu praktyki angażowania zamożnych mieszkańców we współdecydowanie o losie biednych oraz na zapoczątkowaniu tradycji wspólnego, komunalnego rozwiązywania problemów i osiągnięcia porozumienia w drodze konsensusu. Akt prawny z 1788 roku doprowadził do nowego sposobu postrzegania problematyki osób ubogich i starszych jako kwestii wymagającej działania zarówno ze strony państwa, jak i lokalnej społeczności⁴⁵.

Johansson i Sundström zauważają, że wspólne podejmowanie decyzji na poziomie lokalnym w kwestii niesienia pomocy ludziom potrzebującym w znacznym stopniu ukształtowało zdecentralizowany charakter szwedzkiego systemu administracyjnego. W Szwecji dziesięcina zbierana od ludności nie była przekazywana hierarchom kościelnym jak w innych krajach europejskich, lecz przeznaczana na pomoc osobom przewlekle chorym, ubogim lub starym. Środki wydawane były na szczeblu lokalnym w oparciu o kolektywne decyzje podejmowane na poziomie parafii. Rytuał wspólnych obrad lokalnej społeczności przyczynił się do utworzenia rad gmin w 1862 roku⁴⁶. Aż do połowy XX wieku kwestie osób starszych, ubogich i chorych traktowano jako tożsame. Przyczyniło się to do stygmatyzacji starszego wieku, postrzeganego jako okres, któremu towarzyszą bieda i/lub choroby.

43 L. Johansson, G. Sundström, *Policies and Practices in Support of Family Caregivers – Filial Obligations Redefined in Sweden*, „Journal of Aging & Social Policy” 2006, vol. 18(3/4), s. 7–26.

44 C. Wehlander, T. Madell, *SSGIs in Sweden: With a Special Emphasis on Education*, [w:] *Social Services of General Interest in the EU*, eds. U. Neergaard, E. Szyszczak, J.W. van de Gronden, M. Krajewski, Springer-Verlag, The Hague 2013, s. 461–496.

45 L. Johansson, G. Sundström, *op. cit.*

46 *Ibidem.*

Zjawisko starzenia się szwedzkiej populacji po raz pierwszy zdiagnozował i opisał statystyk Alex Gustav Sundbärg w 1900 roku⁴⁷. Na przełomie wieków dostrzeżono dynamikę przyrostu liczby osób starszych w Szwecji w porównaniu do innych krajów europejskich – w 1900 roku osoby w wieku 65+ stanowiły 8,4% szwedzkiej populacji, ponad dwa razy więcej niż w Niemczech lub Wielkiej Brytanii⁴⁸. Ponieważ świadczenie pomocy osobom ubogim i starszym stawało się coraz bardziej obciążające finansowo dla gmin, w 1913 roku szwedzki parlament jednogłośnie powołał do życia powszechny system emerytalny, który był unikatowy w skali międzynarodowej, ponieważ jako jedyny objął wszystkich obywateli.

Edebalk szuka podstaw uniwersalności szwedzkiego systemu emerytalnego w silnej pozycji politycznej chłopstwa. Pierwszy istniejący na świecie, niemiecki system ubezpieczeń emerytalnych utworzony przez Bismarcka w 1889 roku gwarantował emeryturę wszystkim ubezpieczonym pracownikom (robotnikom). Źródłem finansowania były składki współpłacane przez robotników i pracodawców. Taka konstrukcja wykluczyłaby z prawa do przynależności do systemu znaczny odsetek populacji wiejskiej. W 1912 roku w skład izby wyższej szwedzkiego parlamentu wchodziło 45% farmerów⁴⁹. Silne lobby środowisk agrarnych spowodowało, że wprowadzono system uniwersalny, finansowany z dwóch źródeł. Składał się z części bezskładkowej, finansowanej z podatków, przyznawanej na podstawie kryterium dochodowego, oraz z części dodatkowej, wymagającej odprowadzania kontrybucji w okresie zatrudnienia. Na początku funkcjonowania systemu świadczenia były niskie, a stopa zastąpienia części bezskładkowej oscylowała wokół 11%⁵⁰. Jak na realia początku XX wieku, określony przez ustawę wiek emerytalny był wysoki i wynosił 67 lat. Warto zauważyć, że średnia długość trwania życia w Szwecji w latach 1911–1920 wynosiła 55,6 lat dla mężczyzn i 58,4 lat dla kobiet⁵¹.

W 1914 roku odrębnym programem emerytalnym zostali objęci pracownicy sektora publicznego, a w 1917 roku powstał pierwszy pracowniczy (zakładowy)

47 I.G. Cook, J. Hallsal, *op. cit.*

48 P.G. Edebalk, *Ways of Funding and Organising...*

49 *Idem, From Poor Relief to Universal Rights – On the Development of Swedish Old-age Care 1900–1950*, Working Paper Serien 3, Lund University, Lund 2009.

50 *Ibidem.*

51 Sveriges Officiella Statistik, *Population Statistics. Life Expectancy 1751–2011*, Stockholm 2012.

program emerytalny. W latach trzydziestych XX wieku Szwecja wprowadziła program ubezpieczeń zdrowotnych oraz ubezpieczenie od bezrobocia. Zaczęto również waloryzować świadczenia emerytalne w zależności od miejsca zamieszkania (i kosztów utrzymania)⁵². Na mocy ustawy z 1946 roku zlikwidowano część składkową systemu emerytalnego i przekształcono go w uniwersalny system o jednolitym świadczeniu (*folkpension*), finansowany z podatków, funkcjonujący w oparciu o redystrybucję środków. Tylko niewielka część populacji, głównie pracownicy umysłowi, była dodatkowo objęta pracowniczymi planami emerytalnymi⁵³. Zdaniem Edebalka na decyzję szwedzkiego parlamentu z 1946 roku wpłynął opracowany w 1942 roku i przyjęty między innymi w Danii i Wielkiej Brytanii alternatywny względem Bismarckowskiego Plan Beveridge'a, którego założeniem był system emerytalny finansowany z podatków, gwarantujący uniwersalne i jednolite świadczenia nieuzależnione od wysokości zarobków⁵⁴.

Kolejna reforma emerytalna miała miejsce w 1960 roku, gdy władze doszły do wniosku, że uniwersalne, jednolite, podstawowe świadczenie emerytalne nie zapewnia adekwatnego standardu życia na starość i powinno zostać uzupełnione. Wprowadzono część dodatkową, uzależnioną od liczby przepracowanych lat i wysokości zarobków. Agneta Kruse trafnie zauważa, że historia szwedzkiego systemu emerytalnego zatacza koło: począwszy od finansowanego z podatków systemu o zdefiniowanej składce, poprzez system redystrybucyjny o zdefiniowanym świadczeniu, aż po obecny system o zdefiniowanej składce, finansowany w głównej mierze przez redystrybucję środków, choć od 1994 roku uzupełniony o część kapitałową (emerytura dodatkowa – *Premiepension*)⁵⁵. Przesłanki oraz przebieg reformy emerytalnej z lat dziewięćdziesiątych XX wieku szczegółowo omawiam w części poświęconej charakterystyce szwedzkiego systemu emerytalnego (podrozdział 2.4).

W dziedzinie opieki długoterminowej największy rozwój usług przypada na pierwszą połowę XX wieku. W okresie międzywojennym nasiliło się

52 J. Poteraj, *Systemy emerytalne w Europie. Przypadek Szwecji*, „Współczesna Ekonomia” 2008, nr 2(8), s. 19–35.

53 A. Kruse, *A Stable Pension System: The Eighth Wonder*, [w:] *Population Ageing – A Threat to the Welfare State?*, ed. T. Bengtsson, Demographic Research Monographs, SpringerVerlag, Berlin–Heidelberg 2010, s. 47–64.

54 P.G. Edebalk, *From Poor Relief to Universal Rights...*

55 A. Kruse, *op. cit.*

zjawisko urbanizacji i depopulacji obszarów wiejskich. Zmiany te odbiły się na modelu rodziny i doprowadziły do stopniowego przeniesienia ciężaru odpowiedzialności za opiekę nad osobami starszymi z rodziny na państwo. Działo się tak, ponieważ masowo migrujące do miast pokolenie osób w wieku produkcyjnym zostawiało starzejących się rodziców na wsiach. Migracja ludzi młodych, defeminizacja obszarów wiejskich, brak mediów takich jak bieżąca woda i elektryczność, a także duże odległości między poszczególnymi gospodarstwami domowymi spowodowały, że gminy zaczęły dostrzegać problem i powstały pierwsze zinstytucjonalizowane placówki opieki dla osób starszych⁵⁶.

W 1904 roku organizacja zwana Centralnym Stowarzyszeniem na rzecz Pracy Socjalnej (Centralförbundet för Socialt Arbete – CSA) dzięki prywatnemu dofinansowaniu rozpoczęła dwuletni projekt badań nad jakością opieki świadczonej osobom ubogim i starszym. Projekt badawczy obnażył słabości szwedzkiego sektora opieki: brak przepisów dotyczących form organizacji oraz standardów jakości usług opiekuńczych spowodował, że sektor ten był polem wielu nadużyć, a osoby starsze skazane były na ciężką pracę i egzystencję w niegodnych warunkach w zamian za schronienie i wyżywienie. Efektem działań CSA było sformułowanie projektu reformy i zwołanie kongresu w 1906 roku w Sztokholmie. W kongresie wzięło udział ponad dziewięćset delegatów, a głównym tematem obrad była kwestia wprowadzenia powszechnego systemu emerytalnego oraz reforma systemu usług opiekuńczych⁵⁷.

W 1918 roku weszła w życie ustawa o ubogich, która zobowiązała poszczególne gminy do tworzenia zinstytucjonalizowanych form pomocy dla osób starszych na szczeblu lokalnym. Między 1910 a 1920 rokiem ukształtowały się dwie zasady kluczowe dla dalszego rozwoju szwedzkiego modelu polityki społecznej wobec osób starszych: zasada uniwersalności (powszechności) systemu emerytalnego oraz zasada decentralizacji usług opiekuńczych dla seniorów i ich realizacja na szczeblu gminy⁵⁸. Jak wskazuje nazwa ustawy, retoryka obecna w przepisach prawnych nadal zrównywała osoby starsze i ubogie.

Lata 1918–1949 to okres rozkwitu domów spokojnej starości. W 1938 roku funkcjonowało ich ponad tysiąc czterysta. Podstawową słabością tego typu

56 P.G. Edebalk, *Ways of Funding and Organising...*

57 *Idem, From Poor Relief to Universal Rights...*

58 *Ibidem.*

instytucji było świadczenie usług opiekuńczych różnym grupom społecznym jednocześnie: ludziom starszym, bezdomnym, psychicznie chorym, alkoholikom i sierotom. Wbrew intencjom władz w 1938 roku ludzie starsi stanowili tylko dwie trzecie mieszkańców domów spokojnej starości. Ponadto opieka nad osobami starszymi świadczona na poziomie gminy nadal wchodziła w zakres ustawy o ubogich i w związku z tym podlegała kwalifikacji w oparciu o kryterium dochodowe. Dobrze sytuowane osoby starsze były wykluczone z dostępu do publicznych form opieki⁵⁹.

W 1945 roku minister spraw społecznych Gustav Möller powołał komitet do spraw nowego podziału administracyjnego Szwecji. Na skutek urbanizacji i depopulacji obszarów wiejskich ponad połowa gmin liczyła poniżej tysiąca mieszkańców i borykała się z poważnymi problemami finansowymi. Projekt nowego podziału na gminy liczące nie mniej niż 3–4 tysiące mieszkańców został zaakceptowany przez parlament i wszedł w życie w 1952 roku. Ustano- wiono, że każda gmina prowadzić będzie przynajmniej jeden dom spokojnej starości posiadający co najmniej 25 miejsc. Dodatkowo w 1947 roku przyję- to nowe regulacje dotyczące standardów opieki nad seniorami. Od tej pory o miejsce w placówce opiekuńczej mógł ubiegać się każdy senior, niezależnie od statusu materialnego. Określono także standardy dotyczące warunków zakwaterowania⁶⁰.

Lata pięćdziesiąte XX wieku przyniosły zwrot w kierunku usług świad- czonych bezpośrednio w domostwach osób starszych. Miasto Uppsala w ra- mach eksperymentu przeprowadziło rekrutację na doświadczone gospodynie domowe, które w zamian za wynagrodzenie miały świadczyć usługi osobom starszym, odwiedzając ich w domach. Eksperyment zakończył się sukcesem: zmniejszył się popyt na miejsca w placówkach opiekuńczych, zmalał poziom bezrobocia wśród kobiet oraz wzrósł poziom satysfakcji z otrzymywanej po- mocy⁶¹. Tendencje obserwowane w sektorze opieki długoterminowej w latach pięćdziesiątych podsumować można hasłem sformułowanym przez szwedz- kiego pisarza Ivara Lo-Johanssona: „opieka w domu zamiast domów opieki” (*home-care instead of care-homes*)⁶².

59 *Ibidem*.

60 *Ibidem*.

61 *Ibidem*.

62 *Idem, Ways of Funding and Organising...*, s. 70.

W latach osiemdziesiątych problematyczna okazała się finansowa i organizacyjna współodpowiedzialność władz gmin i rad regionów. Kwestią sporną była zarówno alokacja kosztów, jak i podział kompetencji między 290 gminami (*kommun*) a 21 regionami terytorialnymi (*län*). W 1992 roku na mocy tak zwanej *Ädelreformen* obowiązek zapewnienia opieki długoterminowej osobom starszym spoczął całkowicie i wyłącznie na gminach⁶³. Od tej pory gminy odpowiadały za organizację i finansowanie lokalnego sektora opieki. Na mocy reformy placówki stałego pobytu dla osób starszych zostały przekwalifikowane z instytucji należących do sektora opieki zdrowotnej w placówki funkcjonujące w ramach sektora opieki społecznej. Zabieg ten oznaczał zmianę źródła finansowania – już nie przez rady regionów, lecz przez władze gminne. Dla gmin *Ädelreformen* oznaczała większą odpowiedzialność, lecz również więcej swobody w podejmowaniu decyzji i dostosowaniu oferty usług do potrzeb lokalnych mieszkańców. Odtąd mogły również samodzielnie decydować o stopniu zaangażowania sektora prywatnego w podaż usług. Obecnie decentralizacja sektora opieki długoterminowej jest jedną z cech charakterystycznych szwedzkiego modelu polityki społecznej. Konsekwencją tego typu organizacji jest istnienie różnic i dysproporcji w krajobrazie usług opiekuńczych na obszarze Szwecji. Aktualną strukturę i kondycję sektora opieki omawiam szczegółowo w podrozdziale 2.5.

2.4. Charakterystyka szwedzkiego systemu emerytalnego

Szwedzki system emerytalny jest publiczny, uniwersalny i obowiązkowy. Wprowadzony w 1913 roku, był pierwszym powszechnym systemem emerytalnym na świecie. W opinii międzynarodowej uchodzi za jeden z najstabilniejszych obecnie funkcjonujących systemów emerytalnych. Jego aktualny kształt jest wynikiem głębokich, systemowych reform przeprowadzonych w połowie lat dziewięćdziesiątych XX wieku, które stały się wyznacznikiem kierunków zmian dla takich krajów, jak Polska, Łotwa lub Włochy. U podstaw reformy emerytalnej w Szwecji leżały trzy postulaty, które miały skutecznie zneutralizować negatywny wpływ zmian demograficznych na finansową kondycję systemu:

63 *Ibidem*.

1) postulat uzależnienia wysokości świadczeń emerytalnych od wysokości składek odprowadzonych w ciągu całego cyklu aktywności zawodowej, a nie w ciągu najlepszych (najbardziej owocnych finansowo) 15 lat pracy;

b) postulat waloryzacji świadczeń emerytalnych w oparciu o indeks wzrostu wynagrodzeń, a nie indeks wzrostu cen;

c) postulat uzależnienia annuityzacji (przekształcenia zgromadzonych składek – „kredytów” – w strumień dożywotnich, miesięcznych wypłat) od średniej długości dalszego trwania życia w chwili ubiegania się o emeryturę – mechanizm zabezpieczający stabilność finansową systemu przed prognozowanym wzrostem średniej długości życia kobiet i mężczyzn w dalszej perspektywie czasowej⁶⁴.

Do opracowania projektu zmian przyczyniła się recesja gospodarcza, która dotknęła kraje skandynawskie na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Na skutek kryzysu zachwianiu uległy dwa podstawowe determinanty stabilności systemu repartycyjnego – wysoki wskaźnik zatrudnienia oraz stabilny wzrost gospodarczy. Reforma miała sprawić, że system emerytalny – najważniejsza część szwedzkiego państwa dobrobytu – stanie się odporny na niestabilną sytuację ekonomiczną na świecie, która może okresowo wymagać od rządów drastycznych cięć wydatków⁶⁵.

Proces reformowania szwedzkiego systemu emerytalnego był długotrwały, a przebiegał pod znakiem negocjacji i współpracy pomiędzy pięcioma partiami politycznymi: Chrześcijańską Demokracją (Kristdemokraterna), Partią Centrum (Centerpartiet), Szwedzką Partią Socjaldemokratyczną (Socialdemokraterna), Ludową Partią Liberalistów (Folkpartiet liberalerna) i Umiarkowaną Partią Koalicyjną (Moderaterna). Powołana w 1991 roku przez premiera Carla Bildta grupa robocza do spraw reformy opublikowała raport, w którym przewidywano załamanie starego systemu emerytalnego w perspektywie czasowej od 20 do 30 lat. Zaproponowane w raporcie rozwiązania wywołały szereg dyskusji. Kwestią wymagającą dalszych

64 E. Palmer, *Swedish Pension Reform: How Did It Evolve, and What Does It Mean for the Future?*, [w:] *Social Security Pension Reform in Europe*, eds. M. Feldstein, H. Siebert, University of Chicago Press, Chicago 2002, s. 171–210.

65 K.M. Anderson, *Pension Reform in Sweden: Radical Reform in a Mature Pension System*, [w:] *Ageing and Pension Reform Around the World: Evidence from Eleven Countries*, eds. G. Bonoli, T. Shinkawa, Edward Elgar, Cheltenham–Northampton 2005, s. 94–115.

negocjacji było między innymi to, czy składki na emeryturę powinny być odprowadzane do określonej przez rząd górnej granicy zarobków, czy niezależnie od wysokości zarobków. W praktyce dyskusja ta dotyczyła wyboru pomiędzy bardziej regresywnym lub bardziej progresywnym systemem opodatkowania i związanym z nim poziomem redystrybucji zasobów. Liberalowie i konserwatyści opowiedzieli się za wprowadzeniem górnego progu zarobków, powyżej których składka nie ulega zwiększeniu, socjaldemokraci natomiast tradycyjnie głosowali za rozwiązaniem jak najszerzej redystrybucyjnym. Ostatecznie ustalono, że powyżej górnej granicy zarobków obowiązywać będzie połowa wartości składki. Kompromis ten osiągnięto w styczniu 1994 roku⁶⁶.

Do sukcesu reformy emerytalnej przyczyniła się szeroko zakrojona kampania informacyjna realizowana przez szwedzki rząd przez okres trzech lat. Informacje na temat sposobu funkcjonowania nowego systemu rozpowszechniane były za pośrednictwem tradycyjnych mediów masowych oraz Internetu. Dodatkowo każdy obywatel Szwecji regularnie otrzymuje od Urzędu ds. Emerytur i Rent tak zwaną pomarańczową kopertę, która zawiera informacje na temat przewidywanej wysokości świadczenia emerytalnego (osobno dla części dochodowej i części premiowej), z uwzględnieniem różnego wieku przejścia na emeryturę (symulacja dla 61, 65 i 67 lat). Rzetelna, przejrzysta kampania informacyjna legitymizuje działania podejmowane przez rząd i pozwala zachować poczucie solidarności społecznej⁶⁷.

Obecnie publiczna część szwedzkiego systemu emerytalnego składa się z dwóch podstawowych komponentów: systemu repartycyjnego (*Inkomst-pension*) i systemu kapitałowego (*Premiepension*). Oba elementy stanowią tak zwaną część dochodową emerytury. Osobną, pozadochodową część systemu stanowi emerytura gwarantowana (*Garantipension*), która finansowana jest z podatków i przysługuje osobom ubogim, nieposiadającym wystarczającej historii zatrudnienia by otrzymywać emeryturę dochodową. Poza częścią publiczną w strukturze szwedzkiego systemu emerytalnego wyodrębnić można również filar pracowniczych świadczeń emerytalnych,

66 *Ibidem*.

67 I. Guardiancich, *Current Pension System: First Assessment of Reform Outcomes and Output*, Country Report: Sweden, European Social Observatory, Brussels 2010.

organizowanych przez zakłady pracy, a także system indywidualnych, prywatnych i dobrowolnie zakupionych planów emerytalnych. Do tak skonstruowanego systemu należą wszystkie osoby urodzone w 1954 roku lub później. Osoby urodzone w 1938 roku lub wcześniej należą do starego systemu (sprzed reformy z 1999 roku), a osoby urodzone pomiędzy 1938 a 1953 rokiem należą do systemu mieszanego, w którym część świadczeń emerytalnych wypłacanych jest w oparciu o nowy, a część w oparciu o stary system⁶⁸.

System repartycyjny oparty jest o zasadę zdefiniowanej składki. Oznacza to, że wysokość świadczeń emerytalnych uzależniona jest od:

- a) wysokości zgromadzonych przez cały okres zatrudnienia składek;
- b) przewidywanej dalszej długości trwania życia w chwili ubiegania się o emeryturę.

System ten nazywany jest „systemem o niefinansowej zdefiniowanej składce” (*Notional Defined Contribution – NDC*), ponieważ „odkładanie” składek jest pozorne. W praktyce odprowadzane przez pracodawcę i pracownika składki przeznaczone są na wypłatę świadczeń obecnych emerytów. Indywidualna ewidencja składek nie oznacza oszczędzania środków *sensu stricto*, tylko gromadzenie „kredytów” upoważniających do pobierania świadczeń po przekroczeniu minimalnego wieku emerytalnego (61 lat). Odprowadzane w ciągu życia składki podlegają waloryzacji w oparciu o indeks wzrostu wynagrodzeń. Sposób waloryzacji składek był jedną z kwestii spornych w fazie projektowania reformy. Obecnie składka odprowadzana na emeryturę wynosi 18,5%, z czego 16% trafia do systemu repartycyjnego, a 2,5% do systemu kapitałowego. Górny pułap zarobków, powyżej którego odprowadzana jest połowa wartości składki (która nie wpływa na zwiększenie świadczenia, tylko trafia do budżetu państwa), określony został na poziomie 7,5-krotności tak zwanej dochodowej kwoty bazowej⁶⁹.

68 J. Poteraj, *op. cit.*

69 „Kwota bazowa” to wysokość przeciętnego wynagrodzenia pomniejszonego o składki na ubezpieczenie społeczne obowiązująca w chwili zgłoszenia wniosku o przyznanie emerytury. Określana jest raz w roku i obowiązuje od 1 marca do 28 lutego kolejnego roku kalendarzowego. Kwota bazowa decyduje o wysokości podstawy wymiaru emerytury.

European Commission, *Pension Schemes and Projection Models in EU-25 Member States*, „European Economy Occasional Papers”, nr 35, The Economy Policy

System kapitałowy (*Premiepension*) funkcjonuje w Szwecji od 1995 roku. Emerytura dodatkowa (premiowa) przysługuje osobom, które pracowały po 1994 roku. I tak 2,5% składki trafia do wybranego przez pracownika funduszu emerytalnego, który następnie te środki inwestuje, generując zyski w perspektywie długofalowej. Każda osoba może wybrać maksymalnie pięć funduszy emerytalnych, które będą dysponować środkami klienta. Możliwość ta ma na celu dywersyfikację portfela inwestycyjnego. Fundusze emerytalne wchodzące w skład systemu kapitałowego dzielą się na: akcyjne, odsetkowe, mieszane i pokoleniowe. Według danych z 2011 roku w Szwecji istniało prawie 800 funduszy, z czego prawie trzy czwarte stanowią fundusze akcyjne⁷⁰. Nie istnieje obowiązek wyboru funduszu. W razie trudności z podjęciem decyzji środki zostają automatycznie ulokowane w tak zwanym VII Funduszu Emerytalnym dla Emerytur Powszechnych (AP7 Såfa), który stanowi państwową alternatywę dla prywatnych funduszy emerytalnych. Wysokość emerytury premiowej zależy od liczby zgromadzonych składek oraz od wyników inwestycyjnych tych funduszy, którym dana osoba powierzyła swoje środki⁷¹.

Emerytura gwarantowana, finansowana przez budżet państwa, przysługuje osobom ubogim, które nie zgromadziły wystarczającej liczby „kredytów”, by otrzymywać emeryturę dochodową. O pełną *Garantipension* mogą ubiegać się osoby, które spędziły co najmniej 40 lat na terytorium Szwecji między 16. a 64. rokiem życia (w wieku produkcyjnym). Minimalna emerytura gwarantowana przysługuje już po okresie trzech lat zamieszkiwania w Szwecji. Jej pobieranie można rozpocząć nie wcześniej niż po ukończeniu 65. roku życia⁷². W przypadku osoby samotnej urodzonej po 1938 roku emerytura gwarantowana wynosi 90 312 koron szwedzkich rocznie (czyli około 11 tysięcy euro)⁷³.

W Szwecji nie istnieje uniwersalny, ustawowo określony wiek emerytalny. Wpłata świadczeń emerytalnych nie rozpoczyna się automatycznie

Committee and Directorate-General for Economic and Financial affairs, Brussels 2007, s. 11–371.

70 ZUS, *Charakterystyka systemu emerytalnego w Szwecji*, Departament Współpracy Międzynarodowej, 2011, dostępne przez www.zus.pl/files/szwecja.pdf (20.11.2012).

71 Swedish Pension Agency, dostępne przez <http://www.pensionsmyndigheten.se> (20.11.2012).

72 I.G. Cook, J. Hallsal, *op. cit.*

73 Swedish Pension Agency, *op. cit.*

– należy zwrócić się z taką prośbą do Urzędu ds. Emerytur i Rent (Pension-smyndigheten). Można to zrobić najwcześniej w miesiącu, w którym przypada data 61 urodzin. Pełne świadczenie emerytalne można zacząć pobierać wraz z ukończeniem 65. roku życia. Pracownicy mają prawo kontynuować zatrudnienie do 67. roku życia (na mocy ustawy przyjętej przez szwedzki parlament we wrześniu 2001 roku) oraz dłużej – za zgodą pracodawcy. Obecnie trwają prace nad ustawowym przedłużeniem prawa do aktywności zawodowej do 69. roku życia.

System emerytalny funkcjonujący w Szwecji scharakteryzować można w oparciu o następujące cechy:

1. Gromadzenie „kredytów” (składek) w ramach systemu NDC, czyli nabieranie praw emerytalnych, odbywa się nie tylko w trakcie pracy zarobkowej, lecz również:

- w okresie urlopu macierzyńskiego/ojcowskiego,
- w okresie pobierania zasiłku chorobowego,
- w czasie służby wojskowej,
- w trakcie zdobywania wyższego wykształcenia.

Dzięki temu kobiety wychowujące kilkoro dzieci nie muszą się obawiać, że liczba przepracowanych przez nie lat będzie niewystarczająca, by uzyskać prawo do świadczeń emerytalnych. By doliczyć sobie „kredyty” uzyskiwane w okresach urlopów rodzicielskich, należy wykazać, że przepracowało się co najmniej 5 lat przed ukończeniem 70. roku życia.

2. System umożliwia przekazywanie uprawnień emerytalnych w ramach części kapitałowej (emerytura premiowa) małżonkowi/małżonce lub partnerowi/partnerce. Pozwala to na elastyczne zarządzanie podziałem świadczeń emerytalnych między partnerami w sytuacji, gdy jedno z nich przejęło obowiązki związane z funkcjonowaniem rodziny (opieka nad dzieckiem/ osobą starszą), a drugie poświęciło się karierze zawodowej.

3. Wysokość emerytury dochodowej uzależniona jest od liczby zgromadzonych w ciągu całego cyklu aktywności zawodowej „kredytów” (składek) oraz od prognozowanej dalszej długości trwania życia w chwili ubiegania się o świadczenie emerytalne. Charakterystyczne dla Szwecji jest stosowanie uniwersalnego, jednolitego przelicznika przewidywanej dalszej długości trwania życia dla kobiet i mężczyzn (tak zwanej reguły *unisex*). Rozwiązanie to jest wyrazem realizacji zasady równości kobiet i mężczyzn i niedyskryminacji ze względu na płeć.

4. Osoby pobierające emeryturę powszechną mają prawo, z chwilą ukończenia 65. roku życia, ubiegać się o dodatek mieszkaniowy. Jest to oferowana przez państwo pomoc finansowa przeznaczona na pokrycie kosztów mieszkaniowych. O przyznaniu dodatku decyduje kryterium dochodowe. Dodatek przyznawany jest na ogół na czas nieokreślony z zastrzeżeniem, że emeryt ma obowiązek poinformować Urząd ds. Emerytur i Rent o zmianie sytuacji finansowej lub rodzinnej, która może wpłynąć na dalszą kwalifikowalność⁷⁴.

Większość osób pracujących w Szwecji oprócz emerytury powszechnej otrzymuje też emeryturę pracowniczą od swojego pracodawcy. System zakładowego ubezpieczenia emerytalnego obejmuje około 90% siły roboczej⁷⁵. Pracownicze programy emerytalne dzielą się na cztery kategorie. Pracownicy sektora prywatnego zostają automatycznie objęci planem emerytalnym na warunkach wynegocjowanych w ramach umowy zbiorowej (o ile ich pracodawca jest objęty umową). W zależności od grupy zawodowej pracownicy sektora prywatnego dzielą się na:

- a) pracowników umysłowych (tak zwany sektor białych kołnierzyków);
- b) pracowników fizycznych (tak zwany sektor niebieskich kołnierzyków).

Pracownicy umysłowi należą do tak zwanego systemu ITP (*Industrins och handelns tilläggspension*). Osoby urodzone w 1979 roku lub później należą do systemu o zdefiniowanej składce, a pozostałe osoby do systemu o zdefiniowanym świadczeniu. Pracowników fizycznych, którzy mają ukończone 21 lat, obejmuje tak zwany system SAF-LO (*Avtalspension*). Jest to system emerytalny o zdefiniowanej składce oparty na zasadach wynegocjowanych między związkami zawodowymi pracowników fizycznych a przedstawicielami pracodawców. Istnieje możliwość przeniesienia świadczeń wraz ze zmianą miejsca pracy, o ile klasyfikacja zawodowa (przynależność do sektora prywatnego pracowników umysłowych/fizycznych) nie ulegnie zmianie. Jeżeli nastąpi przejście z sektora niebieskich do białych kołnierzyków (lub odwrotnie), wówczas środki zostają zachowane, podlegają indeksacji i mogą zostać wypłacone po osiągnięciu 65. roku życia.

74 *Ibidem*.

75 G.A. MacKenzie, *The Decline of the Traditional Pension. A Comparative Study of Threats to Retirement Security*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2010.

Pracownicy sektora publicznego dzielą się na:

- a) pracowników samorządowych (szczebla lokalnego);
- b) urzędników państwowych (szczebla centralnego).

Pracownicy samorządowi powyżej 28. roku życia objęci są systemem emerytalnym o zdefiniowanym świadczeniu, tak zwanym KAP-KL (*Kollektivavtalad pension*). Urzędnicy państwowi szczebla centralnego należą do programu PA-03 (*Tjänstepension*) i, w zależności od wieku, do systemu o zdefiniowanej składce (23+) lub zdefiniowanym świadczeniu⁷⁶. Pracownicze programy emerytalne o zdefiniowanej składce zarządzane są przez towarzystwa ubezpieczeniowe, które każdy uczestnik planu (zakład pracy) ma prawo samodzielnie wybrać. Towarzystwa ubezpieczeniowe z kolei nadzorowane są przez instytucję nadzoru finansowanego (Finansinspektionen)⁷⁷.

Konsekwencją wieloletniego procesu reform jest utworzenie bezpiecznego, stabilnego systemu, który łączy obowiązkową część powszechną z częścią premiovą, w ramach której jednostka ma prawo wyboru metody inwestycji gromadzonych składek⁷⁸. Tym, co odróżnia Szwecję zarówno od Stanów Zjednoczonych, jak i od większości krajów europejskich, jest podejście społeczeństwa szwedzkiego do kwestii aktywności zawodowej i wysokości wieku emerytalnego. W lutym 2012 roku w wywiadzie dla szwedzkiego dziennika „Dagens Nyheter” premier Szwecji Fredrik Reinfeldt wystąpił z propozycją podniesienia wieku emerytalnego aż do 75 lat. Pomysł uzasadnił rosnącą średnią długością życia Szwedów. Wypowiedź szwedzkiego premiera była szeroko komentowana przez media, jednak – co ciekawe – nie wzbudziła fali protestów wśród społeczeństwa szwedzkiego. Dla porównania dwa lata wcześniej we Francji w odpowiedzi na projekt premiera François Fillona, zakładający podniesienie minimalnego wieku emerytalnego o dwa lata (z 60. do 62. roku życia), rozpoczął się strajk generalny i przeszło milion osób wyszło na ulice, by zmanifestować swoje niezadowolenie. Strajki były na tyle poważne, że wstrzymano loty na francuskich lotniskach. Strajkowali związkowcy, studenci, pracownicy

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ I.G. Cook, J. Hallsal, *op. cit.*

kolei, branży transportowej i zakładów petrochemicznych, co odbiło się na kondycji francuskiej gospodarki⁷⁹.

Mentalność społeczeństwa szwedzkiego w kwestii wysokości wieku emerytalnego wydaje się inna. Według danych Eurostatu z 2010 roku wskaźnik zatrudnienia w wieku przedemerytalnym (w grupie wiekowej 60–64 lata) jest w Szwecji najwyższy na świecie i wynosi 61%, w porównaniu do średniej unijnej na poziomie 30,5%. Rząd szwedzki podejmuje działania motywujące osoby w średnim wieku do dłuższej aktywności zawodowej. Kwestia kariery zawodowej rozważana jest w perspektywie „cyklu życia” (*life cycle approach*), a dotychczasowy model zatrudnienia, który kładł nacisk na stabilność zatrudnienia i linearny rozwój kompetencji, zastępowany jest nowym podejściem, które zaleca zmieniać ścieżkę kariery zawodowej kilkakrotnie w ciągu życia i w ten sposób zmniejszyć ryzyko zjawiska „wypalenia zawodowego”. Mechanizmy zachęcające do dłuższej aktywności zawodowej stosowane przez szwedzkie władze omawiam w podrozdziale 2.6.2 poświęconym dobrym praktykom.

2.5. Sektor usług opiekuńczych dla osób starszych w Szwecji

Za sektor usług opiekuńczych w Szwecji odpowiada Ministerstwo Zdrowia i Spraw Społecznych (Socialdepartementet). Problematyką seniorów zajmuje się Minister ds. Dzieci i Osób Starszych. Obecnie urząd ten piastuje Maria Larsson, reprezentantka Partii Chrześcijańskich Demokratów. Priorytety rządu w kwestii opieki nad osobami starszymi to zapewnienie:

- a) aktywnego udziału w życiu społecznym;
- b) dobrobytu;
- c) wolności wyboru⁸⁰.

Na mocy ustawy o usługach społecznych (*Socialtjänstlagen*, rozdział 2, 1982) rząd przekazuje całkowitą odpowiedzialność za świadczenie usług społecznych (w tym opiekuńczych) poszczególnym gminom. Zdaniem Krögera

79 K. Zapędowska-Kling, *Reformy emerytalne a międzypokoleniowy kontrakt*, [w:] *Starzenie się ludności a solidarność międzypokoleniowa*, red. P. Szukalski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014, s. 53–62.

80 Oficjalna strona internetowa rządu Szwecji, dostępne przez www.government.se (7.01.2013).

w przypadku Szwecji bardziej adekwatne niż „państwo dobrobytu” (*welfare state*) jest sformułowanie „gminy dobrobytu” (*welfare municipalities*), ponieważ wskazuje na różnorodność rozwiązań stosowanych przez poszczególne regiony⁸¹. Ustawa precyzuje, że usługi świadczone przez lokalny samorząd muszą wyróżniać się wysoką jakością, a zaangażowany do pracy personel musi być wykwalifikowany i doświadczony. Usługodawcy muszą wykazać poszanowanie dla prawa klienta do prywatności i samostanowienia o sobie. Jakakolwiek forma opieki dla jednostki może być organizowana i wcielana w życie tylko przy aktywnym współudziale zainteresowanej osoby. Współpraca rządu z gminami odbywa się za pośrednictwem Szwedzkiego Stowarzyszenia Lokalnych Władz i Regionów (*Sveriges Kommuner och Landsting*)⁸².

Dynamika interakcji pomiędzy parlamentem, który wyznacza kierunki rozwoju i priorytety polityki społecznej, a gminami, które na rekomendacje władz reagują, jest kluczowa w zrozumieniu specyfiki organizacji szwedzkiego systemu opieki. Państwo oddziałuje na gminy za pośrednictwem trzech mechanizmów: (1) legislacyjnych, (2) finansowych i (3) kontrolnych. Poprzez legislację decyduje o tym, którym grupom społecznym gminy powinny zapewnić dostęp do opieki społecznej, jakie są dopuszczalne limity kosztów usług opiekuńczych oraz kto te usługi może świadczyć. Do mechanizmów finansowych zaliczyć można przede wszystkim decyzje o wysokości subsydiów przyznawanych danej gminie, a także dodatkowe inicjatywy finansowe, takie jak idea wsparcia finansowego dla członków rodzin świadczących usługi opiekuńcze bliskim, fundusze na szkolenia itp. Funkcja sprawowania nadzoru i kontroli należy do Komisji Zdrowia i Spraw Społecznych (*Socialstyrelsen*), która publikuje wytyczne i wskazówki oraz opracowuje narzędzia ewaluacji⁸³.

Szwedzki system pomocy społecznej uchodzi za jeden z najhjojniejszych na świecie. Rozbudowany sektor usług opiekuńczych charakteryzuje zasada uniwersalności, czyli przyznawanie prawa do opieki na podstawie potrzeby, bez zastosowania dodatkowych kryteriów (na przykład dochodowych). Anttonen precyzuje:

81 T. Kröger, *The Dilemma of Municipalities: Scandinavian Approaches to Child Day-care Provision*, „Journal of Social Policy” 1997, vol. 26(4), s. 485–508.

82 *Ibidem*.

83 G. Meagher, M. Szebehely, *Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors and Consequences*, [w:] *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, eds. C. Ranci, E. Pavolini, Springer Science & Business Media, New York 2013, s. 55–78.

Uniwersalność (...) oznacza, że podstawowe świadczenia i usługi społeczne są zaprojektowane dla wszystkich obywateli, a w praktyce znaczny odsetek obywateli z nich korzysta. Co więcej, świadczenia i usługi są jednolite, nie stanowią zróżnicowanych programów skierowanych do wybranych grup społecznych [tłum. aut.]⁸⁴.

Podstawową zaletą zasady uniwersalności jest eliminacja zjawiska marginalizacji i stygmatyzacji osób korzystających z różnych form pomocy. Sprzyja to kształtowaniu poczucia solidarności społecznej i przyczynia się do większej spójności społecznej. Co więcej, powszechny dostęp do wysokiej jakości usług opiekuńczych jest zjawiskiem pożądanym przez wszystkie grupy społeczne, a co za tym idzie, panuje powszechna zgoda na finansowanie systemu z pieniędzy podatników⁸⁵.

W porównaniu do krajów Europy kontynentalnej szwedzki system cechuje wysoki stopień defamilizacji usług opiekuńczych, które w dużej mierze świadczone są przez państwo. W Szwecji nie istnieje prawny obowiązek zapewnienia opieki wiekowym rodzicom lub innym członkom rodziny. Obowiązek taki wprowadzono w niektórych krajach azjatyckich (na przykład w Japonii, Singapurze) i europejskich (na przykład we Włoszech, w Izraelu)⁸⁶. Odciążenie rodziny jako głównego dostawcy usług opiekuńczych przyczyniło się w Szwecji do wyrównania szans kobiet i mężczyzn. Dzięki wsparciu ze strony państwa zarówno w dziedzinie opieki nad osobami starszymi, jak i nad dziećmi, kobiety mogą poświęcić się karierze zawodowej i aktywnie partycypować w rynku pracy.

Cechą charakterystyczną szwedzkiego sektora opieki jest profesjonalizacja usług opiekuńczych i zmiana postrzegania wykonywanych czynności – już nie jako wrodzonej umiejętności gospodyń domowych, lecz jako zawodu wymagającego przeszkolenia i odpowiednich kwalifikacji. Zjawisko profesjonalizacji jest efektem działań nordyckich ruchów feministycznych, których dążenia

84 A. Anttonen, *Universalism and Social Policy: A Nordic-Feminist Reevaluation*, „NORA” 2002, nr 10(2), s. 71–80 [cyt. za:] *Elderly Care in Transition. Management, Meaning and Identity at Work. A Scandinavian Perspective*, eds. A. Kamp, H. Hvid, Copenhagen Business School Press, Frederiksberg 2012.

85 H.M. Dahl, B. Rasmussen, *Paradoxes in Elderly Care: The Nordic Model*, [w:] *Elderly Care in Transition...*, s. 29–49.

86 *The Encyclopedia of Aging*, eds. R. Schulz, L.S. Noelker, K. Rockwood, R. Sproot, Fourth Edition, Springer Publishing Company, New York 2006.

do zmiany charakteru usług opiekuńczych z bezpłatnej pracy świadczonej w domu w profesjonalny zawód pracownika socjalnego przyniosły dobre rezultaty. Dodatkowo do wzbogacenia oferty kursów i szkoleń przeznaczonych dla opiekunów osób starszych przyczyniły się prognozy demograficzne zwiastujące gwałtowne zwiększenie się popytu na tego rodzaju usługi⁸⁷.

Według zestawień OECD Szwecja figuruje na pierwszym miejscu w Europie pod względem wysokości budżetu przeznaczanego na pokrycie kosztów opieki długoterminowej. W 2008 roku wydatkowała na ten cel 3,6% PKB, w porównaniu do 1% PKB w Stanach Zjednoczonych (na wartość tę składają się wydatki ze źródeł prywatnych i publicznych łącznie) oraz 0,4% PKB w Polsce⁸⁸. System usług opiekuńczych dla osób starszych finansowany jest przez trzy podstawowe źródła:

- 1) z lokalnych podatków (85%);
- 2) z subsydiów przyznawanych gminom z budżetu państwa (10%);
- 3) z opłat usługobiorców (5%)⁸⁹.

Z powyższego zestawienia wynika, że udział środków prywatnych jest znikomy. Niewiele krajów poza Szwecją ma publicznie finansowany system opieki nad seniorami – w innych państwach ciężar odpowiedzialności za tę grupę społeczną spoczywa na rodzinie, instytucjach dobroczynnych lub dominują rozwiązania o charakterze ubezpieczeniowym.

W dyskursie publicznym Szwecja wyraźnie oddziela sektor opieki nad seniorami od sektora służby zdrowia. W publikacjach dotyczących usług opiekuńczych dla osób starszych rzadko pojawia się sformułowanie „opieka długoterminowa” (*Långtidsvård*), które kojarzy się z rekonwalescencją i opieką pielęgniarzką w szpitalu lub innej placówce stałego pobytu. Wyraźne jest rozróżnienie pomiędzy sektorem usług społecznych (*Social omsorg*), do których zalicza się usługi opiekuńcze dla osób starszych, a sektorem usług zdrowotnych (*Hälsovård*), którego organizacja wchodzi w zakres kompetencji regionów, a nie gmin⁹⁰.

Stabilna sytuacja szwedzkiego sektora usług opiekuńczych dla osób starszych uległa zachwianiu w latach dziewięćdziesiątych XX wieku. Szwecja

87 H.M. Dahl, B. Rasmussen, *op. cit.*

88 *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, ed. F. Colombo, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris 2011.

89 G. Meagher, M. Szebehely, *op. cit.*

90 *Ibidem.*

doświadczyła kryzysu ekonomicznego, a także gwałtownego przyrostu liczby osób starszych, co odbiło się na finansowej i organizacyjnej kondycji systemu. Na skutek starzenia się populacji wysokość środków *per capita* przeznaczana przez państwo na osobę powyżej 80. roku życia była o 15% niższa w 2000 roku w porównaniu do roku 1990. Zmniejszył się również odsetek osób starszych korzystających z usług opiekuńczych. W grupie wiekowej 80+ wartość ta zmalała z 62% w 1980 do 37% w 2006 roku. Dane te nie świadczą o nagłym wzroście samodzielności osób najstarszych, lecz o rozpoczęciu stosowania technik wybiórczych w celu dotarcia z pomocą do najbardziej potrzebujących (tak zwanego *targetingu*)⁹¹. Zwiększyła się rola rodzin i nieformalnych opiekunów jako dostawców usług opiekuńczych. Mimo iż Szwecja nadal uchodzi za kraj, w którym jakość życia seniorów jest wysoka, wprowadzono pewne rozwiązania nietypowe dla modelu nordyckiego. Ich celem jest zmniejszenie wydatków na usługi opiekuńcze. Zaliczyć do nich można między innymi częściową prywatyzację oraz koncepcję nowego zarządzania w sektorze publicznym (*New Public Management* – NPM). Wątki te rozwijam w kolejnych podrozdziałach.

2.5.1. Koncepcja nowego zarządzania publicznego (*New Public Management*) w szwedzkim sektorze usług dla seniorów

Koncepcja nowego zarządzania publicznego (NPM) stanowi wyzwanie dla nordyckiego sposobu postrzegania usług opiekuńczych jako obszaru realizacji polityki społecznej państwa. Z punktu widzenia NPM państwo decyduje o zakresie i formie usług, jednak za ich dostarczenie, jakość i koszt odpowiada dostawca. Do nadrzędnych celów NPM zaliczyć można:

- a) poprawę jakości usług;
- b) optymalizację ich kosztów.

Jedną z podstawowych metod realizacji tych celów jest marketyzacja (urynkowanie) usług społecznych. Otwarcie się na rynek prowadzi do zjawiska konkurencji między dostawcami, a ta z kolei ma pozytywny wpływ zarówno na cenę, jak i na jakość usług. Gustafsson i Szebehely porównują koncepcję

91 R.Å. Gustafsson, M. Szebehely, *Outsourcing of Elder Care Services in Sweden: Effects on Work Environment and Political Legitimacy*, [w:] *Paid Care in Australia: Politics, Profits, Practices*, eds. D. King, G. Meagher, Sydney University Press, Sydney 2009, s. 81–112.

NPM do „koszyka zakupów”, w którym można znaleźć najbardziej kluczowe składniki: konkurencję, umowy (kontrakty), wolny wybór i brak monopolu państwa⁹². Wszystkie te elementy można wskazać w szwedzkim sektorze usług dla osób starszych.

Szwecja wprowadziła częściową prywatyzację usług opiekuńczych na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Na mocy *Ädelreformen* z 1992 roku gminy zyskały całkowitą swobodę w zakresie organizacji opieki długoterminowej na swoim obszarze. Przepisy te otworzyły im również drogę do zastosowania umów o podwykonawstwo – tak zwanego outsourcingu. Do przetargów dopuszczone zostały prywatne organizacje typu for profit, co wcześniej było prawnie zakazane. Udział prywatnych dostawców usług wzrósł z 1% w 1990 roku do 16% w 2010 roku i nadal rośnie⁹³. Osoby starsze mają prawo wyboru dostawcy opieki, dzięki czemu jakość usług jest weryfikowana przez samych klientów. Stolt, Blomqvist i Winblad zastanawiają się nad konsekwencjami urynkowienia sektora usług dla osób starszych. Wśród skutków pozytywnych wymieniają między innymi większy udział seniorów w procesach decyzyjnych dotyczących preferowanych form opieki, wśród negatywnych natomiast – redukcję liczby personelu przypadającego na jednego podopiecznego, która jest pochodną optymalizacji kosztów⁹⁴.

Obok marketyzacji drugą metodą stosowaną w ramach koncepcji nowego zarządzania publicznego (NPM) jest standaryzacja usług. Wprowadzenie jasno określonych, jednolitych standardów sprawia, że sposób zarządzania sektorem usług opiekuńczych staje się bardziej transparentny. Standaryzacja zmierza do wyrównania różnic między regionami i zapewnienia wysokiej jakości usług we wszystkich gminach. Dahl i Rasmussen słusznie zauważają, że koncepcje standaryzacji i wolnego wyboru konsumenta mogą wydawać się sprzeczne. Z jednej strony mamy bowiem brak kontroli państwa, dopuszczenie mechanizmów rynkowych, wolną konkurencję, a z drugiej strony – odgórnie narzucone standardy i dążenie do ujednoczenia jakości usług. W praktyce okazuje się jednak, że umiejętne połączenie marketyzacji i standaryzacji prowadzi do pełnej

92 *Ibidem*.

93 R. Stolt, P. Blomqvist, U. Winblad, *Privatization of Social Services: Quality Differences in Swedish Elderly Care*, „Social Science & Medicine” 2011, nr 72, s. 560–567.

94 *Ibidem*.

realizacji strategii „jak najlepiej i jak najtaniej” (*best and cheapest*), która uchodzi za motto szwedzkiego rynku usług dla seniorów⁹⁵.

Rozszerzenie oferty usług świadczonych przez państwo o organizacje prywatne, konkurencja i wolny wybór konsumenta pozwalają utrzymać koszty usług na stosunkowo niskim poziomie. Przyjęcie standardów pozytywnie wpływa na jakość świadczonej opieki. W ten sposób dwa sprzeczne, jak by się wydawało, mechanizmy wzajemnie na siebie oddziałują, a ich efektem jest przystępny i atrakcyjny krajobraz usług dla seniorów. Pojawiają się również głosy krytyczne, upatrujące w standaryzacji przyczyn rozrośniętej biurokracji – szczególnie w Danii, gdzie w 1998 roku przyjęto system kodyfikacji zwany Wspólnym Językiem (*Fælles Sprog*), który nałożył na pracowników obowiązek żmudnego kodyfikowania zarówno indywidualnych potrzeb klienta, jak i efektów swojej pracy⁹⁶.

Kolejnym założeniem koncepcji nowego zarządzania publicznego (NPM) jest menedżeryzm, rozumiany jako standard zarządzania. Menedżeryzm to zaadaptowanie technik zarządzania stosowanych w sektorze prywatnym do sektora administracji państwowej. Polega na zorientowaniu na skuteczność i efektywność działania (rezultaty) zamiast na samym procesie działania (procedury). Innymi słowy, pracownik socjalny, w świetle filozofii NPM, zostaje wyposażony w kompetencje i wiedzę niezbędne do skutecznego świadczenia usług opiekuńczych – o jak najwyższej jakości, przy zoptymalizowanych kosztach. Jest rozliczany z rezultatów, namacalnych efektów swojej działalności (na przykład poprawa jakości życia określonej grupy osób w wieku 65+), a nie z poprawności wypełnionych procedur (na przykład raportowanie ilości czasu spędzonego w poszczególnych domostwach). Główną metodą realizacji tej strategii jest personalna odpowiedzialność jednostki za jakość wykonywanej pracy oraz stosowanie technik ewaluacyjnych w celu stałej kontroli jakości świadczonych usług. Coraz powszechniejsze stosowanie nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych w szwedzkim sektorze opieki powoduje, że pracownicy socjalni ponownie dostrzegają tendencję do koncentrowania się na procedurach zamiast na efektach. Zagadnienie to rozwijam w podrozdziale 2.6.3 poświęconym zastosowaniu nowych technologii w służbie seniorom.

95 H.M. Dahl, B. Rasmussen, *op. cit.*

96 H.M. Dahl, *NPM, Disciplining Care and Struggles about Recognition*, „Critical Social Policy” 2009, vol. 29(4), s. 634–654.

Jednym z najszerzej krytykowanych założeń nowego zarządzania publicznego jest koncepcja *purchaser-provider split*, polegająca na rozdzieleniu interesów klienta i dostawcy usług. W praktyce zasada ta polega na tym, że ewaluacja potrzeb klienta dokonywana jest przez instytucję inną niż dostawca usług. Założeniem przyświecającym wprowadzeniu instytucji niezależnego eksperta jest zobiektywizowana ocena zakresu i typu usług opiekuńczych potrzebnych danej jednostce. Zasada ta miała gwarantować, że osoby starsze o takich samych potrzebach otrzymają jednakową pomoc. W konsekwencji jednak koncepcja ta doprowadziła do rozbicia jedności, kompletności sektora opieki nad seniorami. Zmieniła się relacja na linii seniorzy–pracownicy socjalni–władze gminy. Tradycyjna organizacja usług środowiskowych opierała się na wzajemnym zaufaniu – to pracownik socjalny (czyli osoba utrzymująca bezpośredni kontakt z seniorem) ustalał zakres potrzeb i usług. Nowy system bazuje na braku zaufania, a dostawca świadczy taką formę usług, jaka zostanie mu zewnętrznym zarekomendowana⁹⁷.

2.5.2. Przesłanki polityczne częściowej prywatyzacji szwedzkiego sektora opieki

Koncepcja marketyzacji sektora usług opiekuńczych stoi w sprzeczności z założeniami socjaldemokratycznego modelu państwa dobrobytu. Do połowy lat osiemdziesiątych XX wieku uniwersalność świadczeń socjalnych, ich państwowy charakter i finansowanie ze środków publicznych były priorytetami rządu. Proces dążenia do wprowadzenia wolnej konkurencji na rynku usług opiekuńczych rozpoczął się w połowie lat osiemdziesiątych, pod rządami Partii Socjaldemokratycznej. Meagher i Szebehely upatrują przyczyn tego zwrotu ideologicznego w takich czynnikach, jak:

- a) wpływ retoryki brytyjskiej premier Margaret Thatcher;
- b) wpływ partii konserwatystów oraz Szwedzkiej Konfederacji Pracodawców (Svenska Arbetsgivareföreningen – SAF);
- c) wpływ środowiska akademickiego, w głównej mierze ekonomistów reprezentujących nurt neoklasyczny⁹⁸.

Szczególnie wpływowa okazała się Szwedzka Konfederacja Pracodawców (SAF), która na kongresie w 1980 roku agitowała za wprowadzeniem

97 H.M. Dahl, B. Rasmussen, *op. cit.*

98 G. Meagher, M. Szebehely, *op. cit.*

mechanizmów rynkowych oraz sponsorowała think-tanki, które w swoich publikacjach propagowały neoliberalizm. Krytyczne opinie think-tanków zostały nagłośnione przez media, które rozpoczęły nagonkę na dotychczasowy model państwa dobrobytu i oskarżyły go o pozbawianie obywateli prawa do wolnego wyboru i decydowania o własnym losie.

W 1982 roku ministrem finansów został Kjell-Olof Feldt, zagorzały zwolennik reformy socjaldemokratycznego modelu państwa opiekuńczego, który otoczył się gronem ekspertów – ekonomistów, zwolenników koncepcji wolnej konkurencji i ograniczenia monopolu państwa. W 1991 roku Partia Socjaldemokratyczna przegrała wybory, a nowo wybrany gabinet pod rządami konserwatystów ogłosił „Rewolucję wolności wyboru”. Rok później gminy uzyskały samodzielność w organizowaniu usług opiekuńczych na swoim obszarze, w tym prawo do outsourcingu i wprowadzenia rozdziału na linii usługobiorca–dostawca usług⁹⁹. Stanowisko Partii Socjaldemokratycznej w kwestii wprowadzenia częściowej prywatyzacji w sektorze usług było umiarkowane przychylne – jedynym zgłaszanym przez nią zastrzeżeniem była obawa przed „odwróceniem szali”, czyli przed dominacją organizacji prywatnych i marginalizacją roli państwa. Postulaty Centroprawicy, przy braku sprzeciwu ze strony Partii Socjaldemokratycznej, zostały szybko wcielone w życie.

W 2006 roku, po kolejnym objęciu rządów przez Centroprawicę, podjęto działania mające na celu ułatwienie gminom wdrożenia teorii wyboru konsumenta. Z ramienia Ministerstwa Zdrowia i Spraw Społecznych powołano Komisję ds. Wolnego Wyboru, która opracowała ustawę o wolnym wyborze (*Lagom valfrihetssystem* – LOV). Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2009 roku. Zobowiązała gminy do wprowadzenia przed końcem 2014 roku takich mechanizmów, jak kupony (vouchery), które umożliwią osobom starszym dokonywanie wolnego wyboru dostawcy usług opiekuńczych. Mimo tych zabiegów tempo prywatyzacji szwedzkiego sektora opieki jest stosunkowo wolne. Według danych z 2011 roku prywatni dostawcy stanowią około 19% krajozrazu usług opiekuńczych dla osób starszych. W ponad połowie gmin (54%) nie istnieją prywatne placówki stałego pobytu, co oznacza, że opieka w instytucjach świadczona jest tam całkowicie przez państwo¹⁰⁰.

99 *Ibidem*.

100 *Ibidem*.

Szwedzki sektor usług opiekuńczych dla osób starszych przechodzi obecnie fazę transformacji. Gwałtowny wzrost liczby osób starszych uprawnionych do korzystania z publicznych form opieki spowodował, że wydatki na cele socjalne wzrosły, a rząd postanowił dopuścić do udziału usługodawców prywatnych. Mimo iż Szwecja jest niewielkim krajem, system usług opiekuńczych jest zdecentralizowany i koordynowany na poziomie gminy. Różnice w zakresie, strukturze, organizacji i dostępności usług opiekuńczych widoczne są na dwóch poziomach: (1) na poziomie międzynarodowym, wewnątrz modelu nordyckiego, pomiędzy poszczególnymi krajami skandynawskimi, (2) na poziomie krajowym, pomiędzy poszczególnymi regionami i gminami. Ze względu na tę różnorodność w literaturze przedmiotu pojawia się postulat stosowania terminu „gminy dobrobytu” (*welfare municipalities*), który w przypadku Szwecji jest bardziej adekwatny od sformułowania „państwo dobrobytu” (*welfare state*)¹⁰¹.

Zdaniem Rauch w kwestii podaży usług dla osób starszych istnieje zauważalny kontrast pomiędzy Danią a Szwecją. Podczas gdy Dania wpisuje się nadal w model skandynawski, w którym przeważa publiczna podaż usług społecznych, Szwecja coraz wyraźniej się z tego modelu wyłamuje przez ograniczanie wydatków na opiekę dla seniorów, targetyzację usług oraz dopuszczanie mechanizmów rynkowych¹⁰². Transformacja szwedzkiego sektora opieki polega na ciągłej fluktuacji ról trzech głównych aktorów na rynku usług społecznych – państwa, rodziny i sektora prywatnego. Do lat dziewięćdziesiątych XX wieku głównym dostawcą usług było państwo, ostatnie dwie dekady przyniosły wzrost roli opiekunów nieformalnych oraz komercyjnych. Obserwuje się również wzrost znaczenia lokalnych wspólnot, czego przykładem może być projekt „Pasja dla życia” (*Passion för Livet*), który omawiam w podrozdziale 2.6.5 jako przykład dobrej praktyki.

Na przestrzeni lat zmniejszyła się liczba osób starszych korzystających ze zinstytucjonalizowanych form opieki. Z jakiegokolwiek formy opieki (środowiskowej lub stacjonarnej) w 2011 roku skorzystało 14% osób

101 T. Kröger, *op. cit.*

102 D. Rauch, *Is There Really a Scandinavian Social Service Model? A Comparison of Childcare and Elderly Care in 6 European Countries*, „Acta Sociologica” 2007, vol. 50(3), s. 249–269.

w wieku 65+. W placówkach stałego pobytu zamieszkiwało 5% populacji 65+¹⁰³. Odpowiada to wartościom notowanym w Stanach Zjednoczonych, których sektor usług społecznych uchodzi za dużo mniej hojny niż w krajach skandynawskich. Istnieją dwie hipotezy tłumaczące to zjawisko: (1) wydłużająca się średnia długość życia oraz lepszy stan zdrowia osób starszych powodują, że coraz więcej osób samodzielnie egzystuje we własnym gospodarstwie domowym i nie wymaga opieki, (2) zmiany w szwedzkim sektorze opieki spowodowały, że usługi częściowo utraciły swój uniwersalny charakter i przysługują osobom najbardziej potrzebującym. Obie hipotezy potwierdza fakt, że skala zależności od różnych form opieki długoterminowej gwałtownie rośnie w grupie wiekowej 80+ (38% według danych z 2011 roku)¹⁰⁴.

Meagher i Szebehely zwracają uwagę na to, że proces częściowej prywatyzacji szwedzkiego sektora opieki nie przebiegał w sposób całkowicie udany¹⁰⁵. Do jego głównych wad zaliczyć można:

a) wykształcenie się struktury rynkowej dalekiej od doskonałej konkurencji, która w praktyce przypomina duopol. Świadczeniem usług opiekuńczych dla osób starszych w Szwecji zajmują się dwie duże międzynarodowe firmy (Carema i Attendo), których ekonomiczna siła nie pozwoliła na wykształcenie się mniejszej, lokalnej konkurencji;

b) niepełne wykorzystanie przez osoby starsze potencjału wolnego wyboru konsumenta. Podczas gdy w warunkach dojrzałej gospodarki rynkowej wybór konsumenta jest narzędziem naturalnej selekcji dostawców usług o jak najwyższej jakości i jak najniższej cenie, w przypadku sektora usług dla seniorów okazało się, że odpowiedzialność za wybór dostawcy jest dla usługobiorców stresująca, a znaczna część osób starszych w ogóle nie widzi potrzeby zmiany dostawcy na innego niż publiczny;

c) głębokie różnice systemowe pomiędzy poszczególnymi gminami, częściowo wynikające z opcji politycznej lokalnych władz, które sprawiły, że część gmin (65% według danych z 2011 roku) w ogóle nie posiada prywatnych dostawców usług opiekuńczych świadczonych w domu, a ponad

103 Socialstyrelsen, *Care and Services to Elderly Persons 1 April 2012*, Official Statistics of Sweden, Stockholm 2012.

104 *Ibidem*.

105 G. Meagher, M. Szebehely, *op. cit.*

połowa (54%) oferuje wyłącznie publiczne placówki stałego pobytu¹⁰⁶. Proces częściowej prywatyzacji sektora usług dla seniorów zachodzi w sposób niejednorodny terytorialnie. Może to wpływać na zwiększoną migrację osób starszych, które jako miejsce zamieszkania na starość wybierają będą te gminy, których oferta opieki jest najszerza.

Proces transformacji szwedzkiego sektora opieki wpłynął także na jakość pracy pracowników socjalnych, którzy narzekają, że cięcia budżetowe oraz profesjonalizacja zawodu opiekuna doprowadziły do przesadnego sformalizowania standardów ich pracy¹⁰⁷. W obecnych realiach trudno jest odnaleźć satysfakcję i sens niesienia pomocy drugiej osobie. Standaryzacja i upowszechnienie narzędzi ewaluacyjnych przyczyniają się do zjawiska instrumentalizacji opieki. Stoi to w sprzeczności z menedżeryzmem, jednym z założeń nowego zarządzania publicznego, który kładzie nacisk na wymierne efekty, a nie mechaniczne odwzorowywanie procesów w miejscu pracy.

2.6. Dobre praktyki

Badacze polityki społecznej twierdzą, że w dziedzinie usług opiekuńczych dla osób starszych Szwecja zaczyna coraz bardziej oddalać się od modelu skandynawskiego¹⁰⁸. Zjawiska takie jak kryzys ekonomiczny z początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku oraz rosnąca liczba osób starszych uprawnionych do korzystania z usług świadczonych przez państwo sprawiły, że opieka nad seniorami stała się dużym ciężarem dla szwedzkiego budżetu, pomimo finansowania systemu z podatków. Długofalowy proces przemian nadal trwa. Polega między innymi na konsekwentnym obniżeniu wydatków (na przykład przez zastąpienie opieki w placówkach stałego pobytu tańszymi formami opieki środowiskowej) oraz dopuszczeniu do rynku usług opiekuńczych usługodawców prywatnych.

106 *Ibidem*.

107 H.M. Dahl, B. Rasmussen, *op. cit.*

108 G. Sundström, L. Johannson, L. Hassing, *The Shifting Balance of Long-term Care in Sweden*, „Gerontologist” 2002, vol. 42(3), s. 350–355; D. Rauch, *Is There Really a Scandinavian Social Service Model? A Comparison of Childcare and Elderly Care in 6 European Countries*, „Acta Sociologica” 2007, vol. 50(3), s. 249–269; R. Stolt, P. Blomqvist, U. Winblad, *Privatization of Social Services: Quality Differences in Swedish Elderly Care*, „Social Science & Medicine” 2011, vol. 72, s. 160–167.

Pomimo obserwowanego zwrotu Szwecja nadal jest krajem, który obfituje w przykłady dobrych praktyk w zakresie polityki wobec starzenia się ludności¹⁰⁹. Osoby starsze w Szwecji chronione są prawem przed dyskryminacją ze względu na wiek, a aktywna polityka rynku pracy skutecznie zachęca do dłuższej aktywności zawodowej. Sektor opieki zdrowotnej i długoterminowej wykorzystuje najnowsze technologie, by ułatwić funkcjonowanie osobom niesamodzielnym. Szwedzkie władze podejmują starania, by wspierać opiekunów nieformalnych i być partnerem dla tych rodzin, które dobrowolnie podjęły się opieki nad osobą starszą. Co ważne, Szwecja stanowi przykład państwa, które realizuje politykę społeczną w przemyślany i strategiczny sposób, z uwzględnieniem perspektywy długofalowej, w celu zapobiegania negatywnym zjawiskom demograficznym i społecznym zarówno dziś, jak i w przyszłości. Przykładem takiej praktyki jest rozbudowana polityka rodzinna, która pozwala złagodzić negatywne skutki zjawiska starzenia się populacji, ale też przede wszystkim zabezpiecza stabilność systemu emerytalnego na przyszłość.

2.6.1. Perspektywa długofalowa i rozbudowana polityka rodzinna jako metody przeciwdziałania negatywnym skutkom zmian demograficznych

Jedną z podstawowych zalet szwedzkiego modelu polityki społecznej jest stosowanie perspektywy długofalowej w planowaniu, tworzeniu i implementowaniu polityk. Przykład reform emerytalnych pokazuje, że Szwecja przywiązuje dużą wagę do zapobiegania negatywnym skutkom prognozowanych zjawisk społecznych, a nie tylko – jak zdarza się w innych krajach – do zarządzania nimi w momencie, gdy już zaistnieją. Charakterystyczne dla Szwecji jest całościowe, kompleksowe podejście do zjawiska zmian demograficznych. Oznacza to, że w obliczu starzejącej się populacji szwedzkie władze nie koncentrują się wyłącznie na seniorach, ale jednocześnie:

- a) inwestują w kapitał ludzki;
- b) prowadzą aktywną politykę rynku pracy;

109 Więcej na ten temat zob. K. Zapędowska-Kling, *Polityka społeczna wobec osób starszych w krajach skandynawskich – przykłady dobrych praktyk*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica. Starzenie się ludności – między demografią a polityką społeczną” 2013, red., D. Kałuża-Kopias, P. Szukalski, nr 291, s. 33–44.

- c) modyfikują politykę imigracyjną;
- d) reformują sektor opieki nad dziećmi;
- e) dofinansowują system edukacji;
- f) wprowadzają nowe rozwiązania do polityki rodzinnej.

Tego typu kompleksowe podejście zwiększa szanse na doświadczanie zmian demograficznych w sposób niezagrożający stabilności gospodarczej kraju. Polityka rodzinna i imigracyjna mogą neutralizować demograficzne skutki starzenia się populacji. Aktywna polityka rynku pracy i inwestowanie w edukację mogą zapobiegać negatywnym konsekwencjom ekonomicznym procesu starzenia się populacji, takim jak spadek liczby osób w wieku produkcyjnym lub malejący wskaźnik zatrudnienia. Szeroko zakrojone działania rządu mają na celu długofalową ochronę państwa dobrobytu, a co za tym idzie – dobrobytu obywateli¹¹⁰.

Spadek liczby urodzeń – obok wzrostu średniej długości trwania życia – uznaje się za jedną z podstawowych przyczyn zjawiska starzenia się populacji. Na tle innych krajów europejskich Szwecja wyróżnia się skuteczną i hojną polityką rodzinną. Miarą skuteczności polityki rodzinnej jest między innymi wyższa niż w innych krajach liczba urodzeń. Według danych Eurostatu w 2010 roku współczynnik dzietności wynosił w Szwecji 1,98. W grupie państw członkowskich Unii Europejskiej wyższe wartości odnotowano jedynie w Irlandii (2,07) i we Francji (2,03). Cechą wyróżniającą Szwecję na arenie międzynarodowej jest występujący jednocześnie relatywnie wysoki współczynnik dzietności oraz wysoki wskaźnik zatrudnienia kobiet (78% w grupie wiekowej 20–64 lata według danych Eurostatu z 2011 roku). Współwystępowanie tych dwóch zmiennych może wskazywać na istniejące w Szwecji sprzyjające warunki do łączenia obowiązków zawodowych i rodzinnych. Nie ma powszechnej zgody w kwestii, czy realizacja polityki rodzinnej co do zasady przekłada się na wzrost liczby urodzeń. Istnieją jednak badania naukowe, które potwierdzają pozytywny wpływ polityki społecznej na współczynnik dzietności w Szwecji¹¹¹.

110 T. Lindh, *Social Investment in the Ageing Populations in Europe*, [w:] *Towards a Social Investment Welfare State. Ideas, Policies, Challenges*, eds. N. Morel, B. Palier, J. Palme, Policy Press, Bristol 2012, s. 261–284.

111 J.M. Hoem, *Social Policy and Recent Fertility Change in Sweden*, „Population and Development Review” 1990, vol. 16, s. 735–748; G. Andersson, *Demographic*

Rozwój polityki rodzinnej w Szwecji przypada na lata siedemdziesiąte XX wieku. W 1974 roku urlopy „macierzyńskie” (dla matek) zastąpiono „rodzicielskimi” (dla obojga rodziców). Długość urlopu płatnego (w wysokości 90% wynagrodzenia) początkowo wynosiła 6 miesięcy, następnie w 1980 roku została wydłużona do 9 miesięcy. W tym samym roku wprowadzono tak zwaną premię za szybkość (*speed premium*), czyli specjalny dodatek za urodzenie drugiego dziecka w odstępie czasu nie dłuższym niż 24 miesiące od pierwszego, a także prawo do płatnego zwolnienia lekarskiego z powodu choroby dziecka w wymiarze nieprzekraczającym dwóch miesięcy w skali roku. Polityka rodzinna przyniosła szybki skutek w postaci boomu demograficznego obserwowanego w Szwecji w drugiej połowie lat osiemdziesiątych XX wieku. Na początku lat dziewięćdziesiątych współczynnik dzietności w Szwecji osiągnął wartość 2,1, czyli wystarczającą do zapewnienia tak zwanej prostej zastępowalności pokoleń. Sytuacja uległa tymczasowemu pogorszeniu na skutek kryzysu ekonomicznego na początku lat dziewięćdziesiątych – w 1995 roku obniżono płatność urlopu rodzicielskiego do 80%, a w 1996 roku do 75% wynagrodzenia. W 1998 roku z powrotem podniesiono tę wartość do 80%¹¹².

Ponowny wzrost współczynnika dzietności odnotowano w 2002 roku, kiedy rząd wydłużył płatne urlopy rodzicielskie do 13 miesięcy. Jednocześnie wprowadzono zasadę „rezerwacji” przynajmniej dwóch miesięcy urlopu dla drugiego rodzica – ojca lub matki – w zależności od tego, które z nich wykorzystuje podstawowy wymiar urlopu rodzicielskiego. Projekt ten wpisuje się w charakterystyczną dla Szwecji dbałość o równe prawa kobiet i mężczyzn. Przykładem kompleksowego podejścia do polityki rodzinnej było wprowadzenie w 2002 roku specjalnego dodatku dla rodziców, którzy kształcą się na uczelni wyższej, a tym samym ułatwienie posiadania potomstwa osobom uczącym się. Dodatkowo bezrobotni rodzice zyskali prawo do korzystania ze zorganizowanych form opieki nad dzieckiem (żłobków, przedszkoli). Ustalono także górne granice odpłatności za tego typu usługi, aby zapobiec wzrostowi cen¹¹³.

Trends in Sweden: An Update of Childbearing and Nuptiality up to 2002, „Demographic Research” 2004, vol. 11(4), s. 95–110.

112 *Ibidem*.

113 *Ibidem*.

Mimo iż naukowcy nie pokładają w wyższym wskaźniku dzietności nadziei na zahamowanie zjawiska starzenia się populacji, charakterystyczna dla Szwecji perspektywa długofalowa, hojna polityka rodzinna oraz inwestowanie w kapitał ludzki sprawiają, że zmiany demograficzne są doświadczane w sposób mniej gwałtowny. W szwedzkiej debacie publicznej nie pojawiają się katastrofalne wizje upadku systemu emerytalnego, porównywalne do retoryki amerykańskiego ekonomisty Laurence'a Kotlikoffa, twórcy koncepcji „burzy międzypokoleniowej” (*generational storm*). Władze podchodzą do wyzwań natury demograficznej w sposób konstruktywny. Skuteczna polityka aktywizacji osób starszych na rynku pracy, którą omawiam szczegółowo w kolejnym podrozdziale (2.6.2), przynosi korzystne rezultaty w postaci wysokiego ogólnego wskaźnika zatrudnienia, pomimo zmniejszającej się proporcji ludzi w wieku produkcyjnym. Nowoczesne polityki rodzinne i wysoki, w porównaniu do innych krajów wysokorozwiniętych, współczynnik dzietności pozytywnie wpływają na stabilność systemu emerytalnego w perspektywie długofalowej, a w szczególności jego części redystrybucyjnej. Rozbudowana polityka rodzinna w sposób pośredni oddziałuje na dobrobyt i zabezpieczenie społeczne seniorów.

2.6.2. Skuteczna polityka aktywizacji zawodowej osób starszych

Przykładem dobrej praktyki zaobserwowanej na gruncie szwedzkim jest skuteczna polityka aktywizacji osób starszych na rynku pracy¹¹⁴. Szwecja znajduje się na pierwszym miejscu w rankingu państw członkowskich Unii Europejskiej pod względem wskaźnika „aktywnego starzenia się” (*Active Ageing Index* – AAI). Wskaźnik AAI opracowany został w 2012 roku przez Dyрекcję Generalną ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego Komisji Europejskiej, Europejskie Centrum Polityki Społecznej i Badań oraz Europejską Komisję Gospodarczą przy ONZ. Konstrukcja

114 Więcej na temat aktywizacji zawodowej seniorów w Szwecji zob. K. Zapędowska-Kling, *Polityka aktywizacji zawodowej seniorów w Szwecji*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2016 [w druku]; referat wygłoszony 2 października 2014 roku na I Międzynarodowej Konferencji ESPAnet Polska „Nowe horyzonty w polityce społecznej”, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu.

wskaźnika odzwierciedla główne założenia Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Wskaźnik uwzględnia cztery podstawowe obszary aktywności: (1) udział osób starszych na rynku pracy, (2) społeczne zaangażowanie i partycypację, (3) niezależne i autonomiczne funkcjonowanie na co dzień, (4) osobiste kompetencje i warunki środowiskowe niezbędne do aktywnego starzenia się. Fundamentalną zaletą wskaźnika AAI jest umożliwienie pomiaru potencjału i aktywności osób starszych w poszczególnych krajach i dokonywanie porównań międzynarodowych¹¹⁵.

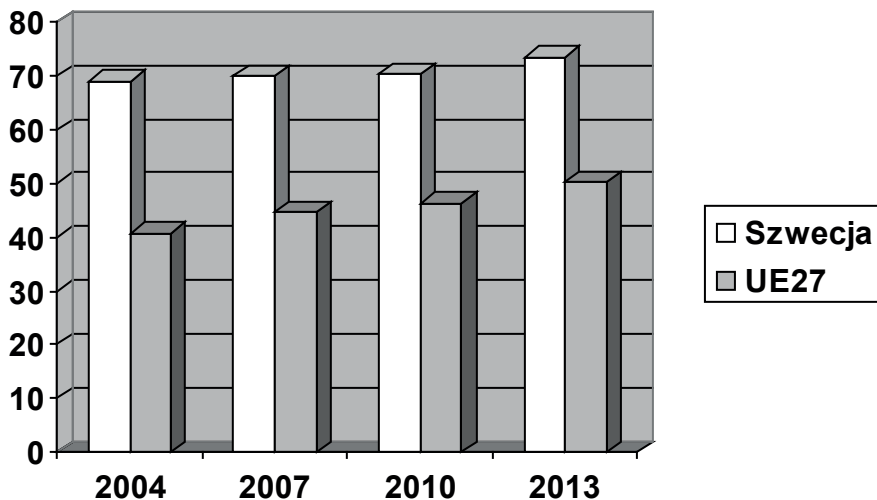
W grupie państw członkowskich Unii Europejskiej trzy pierwsze miejsca pod kątem wskaźnika aktywnego starzenia się zajmują kraje skandynawskie (Szwecja, Finlandia i Dania). Można przypuszczać, że Norwegia również znalazłaby się w czołówce, gdyby została objęta badaniem. Dla porównania Polska zajmuje miejsce przedostatnie (przed Grecją). Szwecja wyróżnia się na arenie międzynarodowej nie tylko wysokim wskaźnikiem AAI, uwzględniającym różne obszary aktywności (zawodowej, społecznej, personalnej), lecz także najwyższym w Europie udziałem osób starszych na rynku pracy. Według danych z 2014 roku wskaźnik zatrudnienia w grupie wiekowej 55–64 lata jest w Szwecji najwyższy w całej Unii Europejskiej i wynosi 73,6%, w porównaniu do średniej UE28 wynoszącej 50,1%¹¹⁶. Co więcej, w Szwecji na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat można zaobserwować stopniowy wzrost średniego wieku opuszczania rynku pracy, który w 2001 roku wynosił 62,1 lata, w 2005 roku 63,6 lata, a w 2010 roku 64,4 lata¹¹⁷. Różnice we wskaźnikach zatrudnienia w grupie wiekowej 55–64 lata pomiędzy Szwecją a średnią UE27 ilustruje wykres 2.1.

115 Informacje pochodzą z oficjalnej strony internetowej Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, www.europa.eu/ey2012.

116 Eurostat, *Employment rates for selected population groups 2003–13*, 2014, dostępne przez http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/extensions/EurostatPDFGenerator/getfile.php?file=195.74.51.139_1410355877_73.pdf (14.08.2014).

117 Eurostat, *Average exit age from the labour force – annual data*, 2013, dostępne przez http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsi_exi_a&lang=en (14.08.2014).

Wykres 2.1. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku okołoemerytalnym (55–64 lata) w Szwecji oraz UE27 (w procentach)



Źródło: Eurostat, *Employment rates for selected population groups 2003–13, 2014*, dostępne przez http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/extensions/EurostatPDFGenerator/getfile.php?file=195.74.51.139_1410355877_73.pdf (14.08.2014).

Dążenie do wzrostu wskaźnika zatrudnienia seniorów, a także opóźnienie momentu przejścia na emeryturę to postulaty, które zostały wpisane w szwedzki *Narodowy Program Reform* z 2011 roku. Dokument ten stanowi strategię rozwoju zgodną z wytycznymi unijnej strategii *Europa 2020*. Na politykę społeczną Szwecji zachęcającą seniorów do dłuższej aktywności zawodowej składa się sześć podstawowych elementów¹¹⁸:

- 1) polityka emerytalna, reformy systemu emerytalnego;
- 2) popularyzacja modelu kształcenia ustawicznego;
- 3) programy ułatwiające znalezienie pracy, pośrednictwo pomiędzy pracodawcami a seniorami;
- 4) polityka antydyskryminacyjna na rynku pracy;
- 5) dbałość o warunki pracy i zdrowie pracowników, regulacje BHP;
- 6) mechanizmy (ulgi) podatkowe zachęcające pracodawców do zatrudniania osób w wieku emerytalnym.

118 D. Anxo, *European Employment Observatory Review: Employment Policies to Promote Active Ageing 2012: Sweden*, European Employment Observatory, Birmingham 2012.

Jednym z czynników, które przyczyniły się do dłuższej aktywności zawodowej osób starszych w Szwecji, była reforma systemu emerytalnego z 1998 roku, która zmieniła stary system, o zdefiniowanym świadczeniu, w nowy system, o zdefiniowanej składce. W ten sposób reforma uzależniła wysokość przyszłej emerytury od liczby i wysokości odprowadzanych składek, czyli pośrednio – od długości okresu aktywności zawodowej. Obecnie w Szwecji nie istnieje ustawowo określony, jednolity wiek emerytalny. Na emeryturę można przejść w dowolnie wybranym momencie pomiędzy 61. a 70. rokiem życia. Prawo do pobierania pełnego świadczenia emerytalnego przysługuje od 65. roku życia. System skonstruowany jest w taki sposób, aby każdy dodatkowy rok pracy uprawniał do wyższego świadczenia emerytalnego. Mechanizm ten jest skuteczny, ponieważ różnica w wysokości świadczeń jest zauważalna. Zakładając, że emerytura należna w wieku 65 lat wynosi 100%, jej wartość w wieku 61 lat to 76%, a w wieku 70 lat – aż 142%¹¹⁹. O skuteczności szwedzkiej polityki aktywizacji seniorów świadczy to, że według danych Eurostatu średni wiek przejścia na emeryturę wzrósł w Szwecji z 62,1 lat w 2001 roku do 64,3 lat w 2010 roku.

Państwa europejskie można podzielić na takie, które reprezentują kulturę „wczesnego” lub „późnego wyjścia” z rynku pracy (*early exit* versus *late exit cultures*)¹²⁰. Wczesne opuszczanie rynku pracy jest charakterystyczne dla krajów Europy kontynentalnej (na przykład Polski) oraz regionu basenu Morza Śródziemnego (na przykład Grecji). Szwecja, podobnie jak większość krajów skandynawskich, reprezentuje kulturę „późnego wyjścia” z rynku pracy. Podstawowa różnica pomiędzy tymi kulturami polega na sposobie postrzegania praw osób starszych: kraje reprezentujące kulturę „późnego wyjścia” koncentrują się na prawie seniorów do pozytywnej, aktywnej starości i pozostania na rynku pracy tak długo, jak dana jednostka sobie tego życzy. W krajach o kulturze „wczesnego wyjścia” nacisk położony jest na prawo seniorów

119 Riksförsäkringsverket, *Socialförsäkringsboken 2000*, Stockholm 2000.

120 B. de Vroom, *Age-arrangements, Age-culture and Social Citizenship: A Conceptual Framework for an Institutional and Social Analysis*, [w:] *Ageing and the Transition to Retirement. A Comparative Analysis of European Welfare States*, eds. T. Maltby, E. Øverbye, Ashgate Publishing, Aldershot–Burlington 2004, s. 6–17.

do otrzymania zasłużonej emerytury i odpoczynku; okres starości kojarzony jest z wycofaniem się z aktywności zarobkowej¹²¹.

Szwedzkie ustawodawstwo, a w szczególności ustawa o ochronie zatrudnienia z 1982 roku, chroni osoby starsze przed dyskryminacją na rynku pracy. W ustawę wpisana została tak zwana zasada LIFO (*last-in-first-out*), która mówi o tym, że ostatnio zatrudnione osoby (czyli posiadające najkrótszy staż pracy w danej firmie) są w pierwszej kolejności zwalniane, jeżeli zajdzie taka konieczność¹²². W praktyce zasada LIFO chroni interesy osób najdłużej pracujących u jednego pracodawcy, często osób w średnim lub starszym wieku. Zgodnie z ustawą pracownikowi przysługuje prawo do pozostania zatrudnionym do 65. roku życia. W 2001 roku granicę tę wydłużono do 67. roku życia. Oznacza to, że pracodawca nie ma prawa zwolnić pracownika ze względu na wiek do momentu ukończenia przez niego/nią 67 lat. Obecnie toczy się dyskusja nad przedłużeniem tego okresu do 69 lat¹²³.

Kolejnym elementem szwedzkiej aktywnej polityki rynku pracy jest promowanie modelu kształcenia ustawicznego. Według statystyk osoby z wyższym wykształceniem są dłużej aktywne na rynku pracy. Liczba seniorów w wieku 50–74 lata z wyższym wykształceniem (dyplomem uczelni wyższej) wzrosła o 52% między 1998 a 2010 rokiem¹²⁴. Również szwedzcy pracodawcy chętnie inwestują w szkolenia pracowników w każdym wieku. Przyczyną może być charakterystyczna dla Szwecji relatywnie słaba zależność wysokości wynagrodzenia od wieku (brak tak zwanego *seniority wage premium*), co powoduje, że pracodawcy nie obawiają się wzrostu oczekiwań finansowych ze strony lepiej wykształconego personelu. Bak dyskryminacji w miejscu zatrudnienia oraz tradycja doksztalcania pracowników w każdym wieku są wypadkowymi silnej pozycji związków zawodowych oraz tradycji dialogu społecznego¹²⁵.

W ramach aktywnej polityki zatrudnienia Szwecja realizuje program *New Start Job*. Mimo iż program skierowany jest do wszystkich, nie tylko

121 *Ibidem*.

122 D. Anxo, *op. cit.*

123 *Ibidem*.

124 Statistics Sweden, *Labour Force Surveys*, Stockholm 2012.

125 D. Anxo, *op. cit.*

do osób w wieku okołoemerytalnym, niektóre z jego zapisów uprzywilejowują osoby powyżej 55. roku życia. Jednym z założeń programu jest zwolnienie pracodawcy z obowiązku uiszczania podatku dochodowego (leżącego po stronie pracodawcy) przez okres równy okresowi braku posiadania zatrudnienia przez nowo zatrudnianą osobę. Innymi słowy, zatrudnienie osoby, która była bezrobotna przez sześć miesięcy, daje pracodawcy bonus w postaci zwolnienia z opłat za pracownika właśnie przez pół roku. Warto wspomnieć, że podatek dochodowy leżący po stronie pracodawcy jest w Szwecji wysoki i wynosi 31,42% wynagrodzenia pracownika. W przypadku kandydatów powyżej 55. roku życia okres ten liczony jest podwójnie. Zatrudnienie seniora, który był bezrobotny przez sześć miesięcy, jest dla pracodawcy atrakcyjnym rozwiązaniem, ponieważ pozwala na dwunastomiesięczne zwolnienie z opłat leżących po stronie pracodawcy. Według danych z 2009 roku co czwarta osoba zatrudniona za pośrednictwem programu *New Start Jobs* była w wieku 55+¹²⁶.

Ostatnim, lecz nie mniej istotnym mechanizmem zachęcającym seniorów do dłuższej aktywności zawodowej jest dbałość państwa i pracodawców o odpowiednie dostosowanie warunków pracy do zmieniających się z wiekiem predyspozycji pracownika (na przykład dostęp do elastycznych form zatrudnienia, dostosowanie miejsca pracy do potrzeb osób poruszających się na wózku). W latach dziewięćdziesiątych XX wieku Szwecja zrealizowała zakrojony na szeroką skalę, ogólnonarodowy program reform warunków w miejscu pracy (*Working Life Fund*, 1990–1995), którego celem były podniesienie jakości zatrudnienia oraz poprawa warunków BHP.

Ze względu na rozwiniętą kulturę dialogu społecznego i konsensusu, inwestowanie w kapitał ludzki oraz silną pozycję związków zawodowych obecnie Szwecja uchodzi za kraj o jednych z najlepszych warunków pracy na świecie¹²⁷. Utrzymanie wysokiego wskaźnika zatrudnienia w grupie osób w wieku okołoemerytalnym pozwala Szwecji zachować stabilność gospodarczą mimo doświadczania niekorzystnych dla rynku pracy zmian demograficznych.

126 *Ibidem*.

127 D. Gallie, *The Quality of Working Life: Is Scandinavia Different?*, „European Sociological Review”, vol. 19(1), 2003, s. 61–79.

2.6.3. Zastosowanie nowych technologii w służbie seniorom

Skandynawia uchodzi za światowego lidera w rozwoju nowych technologii, zarówno w dziedzinie technologii informatycznych (IT), jak i nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT). Według rankingu Międzynarodowego Związku Telekomunikacyjnego Szwecja zajmuje drugie miejsce na świecie pod względem dynamiki rozwoju nowych technologii. Dla porównania – Stany Zjednoczone zajmują piętnastą, a Polska trzydziestą pierwszą pozycję w rankingu stu pięćdziesięciu pięciu krajów świata¹²⁸.

Przykładem dobrej praktyki jest zastosowanie nowych technologii w celu podniesienia jakości usług świadczonych osobom starszym¹²⁹. W latach 2010–2012 rząd Szwecji przeznaczył 66 milionów koron (około 7 milionów euro) na dofinansowanie przeszło stu projektów w ramach rządowego programu *Technik för Äldre* („Technologia dla osób starszych”). Nadrzędne cele programu to podniesienie jakości życia seniorów przez zaadaptowanie innowacyjnych rozwiązań, a także redukcja kosztów sektora opieki długoterminowej, między innymi przez zwiększenie wydajności pracy wyposażonego w nowoczesny sprzęt personelu. Ponieważ zakres oddziaływania nowych technologii na jakość życia seniorów jest niezwykle szeroki, dokonuję podziału na trzy obszary zastosowania ICTs i omawiam je po kolei:

- 1) nowe technologie w sektorze opieki długoterminowej (nowoczesne narzędzie pracy opiekunów i pracowników socjalnych);
- 2) nowe technologie w służbie zdrowia (monitorujące stan zdrowia pacjentów i ułatwiające samodzielne funkcjonowanie osobom przewlekle chorym lub niepełnosprawnym);
- 3) nowe technologie w życiu codziennym (narzędzie społecznej aktywizacji i obywatelskiego zaangażowania).

128 International Telecommunication Union, *Measuring the Information Society 2012*, dostępne przez <http://www.itu.int/ITU-D/ict/publications/idi/> (17.01.2013).

129 Więcej na temat zastosowania nowych technologii w służbie seniorom zob. K. Zapędowska-Kling, *Nowe technologie w służbie seniorom*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” 2015, vol. 315(4), s. 203–215.

2.6.3.1. Nowe technologie w sektorze opieki długoterminowej

Zastosowanie nowych technologii w sektorze opieki długoterminowej polega przede wszystkim na: (a) wyposażeniu opiekunów w narzędzia umożliwiające skuteczniejsze wykonywanie pracy (optymalizację czasu pracy, raportowanie wykonywanych czynności) oraz (b) na wyposażeniu seniorów lub ich mieszkań w technologie zwiększające poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Przykłady dobrych praktyk zostaną omówione na podstawie czterech wybranych projektów zrealizowanych w Szwecji w ostatnich latach.

W 2003 roku władze gminy Heby we wschodnim rejonie Szwecji podjęły decyzję o wprowadzeniu nowoczesnego systemu monitorującego aktywność osób starszych korzystających z opieki środowiskowej we własnych domach. Zamiast tradycyjnego systemu komunikacji w nagłych przypadkach (za pośrednictwem telefonu) wyposażyły swoich podopiecznych w dyskretne urządzenia noszone na nadgarstku, posiadające przycisk alarmowy. Oprócz podstawowej funkcji, dającej poczucie bezpieczeństwa i możliwość wezwania pracownika w dowolnym momencie, urządzenia te korzystają z zaawansowanej technologii, która monitoruje całodobową aktywność osoby starszej i wyświetla ją na monitorze w siedzibie opiekunów w postaci wykresu. Każda osoba ma pewien schemat aktywności dobowej, taki jak powtarzalne godziny snu i czuwania, stałe miejsca i trasy, które regularnie odwiedza, standardowe formy spędzania wolnego czasu itp. Graficzne odzwierciedlenie tego schematu za pomocą wykresu pozwala opiekunom na natychmiastowe zauważenie odchylenia od normy – na przykład gdy osoba starsza nie wstanie z łóżka lub zbyt daleko oddali się od domu. Urządzenia pozwalają na skrócenie czasu reakcji do minimum i zapewnienie szybkiej pomocy. Tego typu technologia znajduje zastosowanie szczególnie w przypadku osób starszych dotkniętych zaburzeniami pamięci, demencją, a także osób narażonych na częste upadki (niesprawnych fizycznie, niedowidzących)¹³⁰.

W latach 1997–2000 pięć szwedzich gmin wzięło udział w programie ACTION (*Assisting Carers Using Telematics Interventions to Meet Older People's Needs*) finansowanym z 4. Programu Ramowego Unii Europejskiej. Program został zaprojektowany przy aktywnym udziale osób starszych i członków ich

130 A. Essén, *The Emergence of Technology Based Service Systems. A Case Study of a Telehealth Project in Sweden*, „Journal of Service Management” 2009, vol. 20(1), s. 98–121.

rodzin. Jego celem było ułatwienie samodzielnego funkcjonowania osób starszych we własnym domu dzięki dostępowi do zintegrowanego systemu videotelefonów oraz internetowych programów edukacyjnych. Videotelefony umożliwiały stały kontakt nie tylko z profesjonalnym personelem, lecz także z innymi rodzinami należącymi do programu, znajdującymi się w podobnej sytuacji. Pozwalało to na wymianę doświadczeń i redukcję poczucia osamotnienia. System videokonferencji odbywał się za pośrednictwem odbiorników telewizyjnych wyposażonych w kamerę i podłączonych do komputera. Na program edukacyjny składały się ćwiczenia multimedialne zaprojektowane specjalnie dla osób starszych. Ich celem było stymulowanie pamięci i technik poznawczych, zapobieganie rozwojowi łagodnych form demencji. Dodatkowo opracowane przez specjalistów, wpisane w program zasoby informacji stanowiły bogate źródło wiedzy na temat sprawowania opieki nad niesamodzielną osobą starszą, przeznaczone dla nieformalnych opiekunów. Podczas ewaluacji programu ACTION zwrócono uwagę na pozytywny efekt w postaci nawiązania realnej współpracy wykwalifikowanego personelu z członkami rodzin niesamodzielnymi seniorów. Program przełamał barierę zarówno osób starszych, jak i ich opiekunów, przed użytkowaniem nowych technologii, a także stanowił realne wsparcie ze strony gminy skierowane pod adresem nieformalnych opiekunów¹³¹.

W 2008 roku Szwecja zainicjowała międzynarodowy projekt SOFTEC (*Swedish Open Facility for Technology in Elderly Care*), który jest realizowany do dziś. SOFTEC jest projektem naukowo-badawczym administrowanym przez Uniwersytet w Örebro. Głównym celem projektu jest stworzenie platformy wymiany wiedzy i doświadczeń między różnymi europejskimi programami poświęconymi adaptacji nowych technologii w służbie osobom starszym. Wśród jego założeń znajduje się popularyzacja „perspektywy końcowego odbiorcy” (*end-user perspective*) w procesie projektowania nowych rozwiązań technologicznych. Ma ona na celu dostosowanie innowacji do realnych potrzeb użytkowników. SOFTEC posiada własne środowisko testowe pod postacią wyposażonego w specjalistyczną infrastrukturę pokoju znajdującego się w społeczności emerytów *Ången* w mieście Örebro. Miejsce to pozwala na eksperymentalne zastosowanie nowych technologii z pogranicza robotyki i sztucznej inteligencji

131 L. Magnusson, E. Hanson, M. Nolan, *The Impact of Information and Communication Technology on Family Carers of Older People and Professionals in Sweden*, „Ageing and Society” 2005, nr 25, s. 693–713.

w otoczeniu specjalistów z branży IT, wykwalifikowanych pracowników placówki opiekuńczej oraz potencjalnych odbiorców¹³².

Kolejny krok w przyszłość na drodze rozwoju nowych technologii w służbie seniorom stanowią tak zwane inteligentne domy (*smart homes*), których podstawowym założeniem jest zastosowanie automatyki domowej w celu zwiększenia komfortu mieszkańców. Od 2000 roku Szwecja realizuje pilotażowy projekt *SmartBo* (w języku szwedzkim *Bo* oznacza „gniazdo” – w dosłownym tłumaczeniu projekt posiada nazwę „Inteligentne gniazdo”). W ramach tego projektu szwedzki Instytut Osób Niepełnosprawnych administruje jednokondygnacyjnym, dwupokojowym inteligentnym mieszkaniem o charakterze demonstracyjnym, położonym na przedmieściach Sztokholmu. Środowisko to służy testowaniu i prezentowaniu nowych technologii ułatwiających samodzielne życie osobom starszym z ograniczeniami funkcjonalnymi lub kognitywnymi. Mieszkanie wyposażone jest w automatycznie sterowane drzwi, okna, żaluzje i zamki, a także sensory kontrolujące zawory gazu i wody, włączniki i wyłączniki światła, gniazdka elektryczne, kuchenkę elektryczną i inne sprzęty, których nadzorowanie może stanowić problem dla niesamodzielnej osoby starszej¹³³. Ekspozycja cieszy się dużym zainteresowaniem naukowców, właścicieli prywatnych firm oraz osób niepełnosprawnych. Stanowi inspirację do poszukiwania innowacyjnych rozwiązań, oswaja osoby starsze z nowoczesnym sprzętem, a przede wszystkim przełamuje stereotyp o dehumanizacji i nieprzytulnym wystroju mieszkań wyposażonych w nowe technologie.

Zastosowanie nowych technologii w sektorze opieki długoterminowej wzbudza wiele kontrowersji. Wśród opinii krytycznych przeważa argument o dehumanizacji opieki, w której centrum zainteresowania powinien stać człowiek. Podtrzymywanie relacji międzyludzkich i oparta na zaufaniu interakcja na linii opiekun–podopieczny uchodzą za podstawowe elementy terapeutyczne w opiece długoterminowej. Barierą utrudniającą powszechną adaptację ICT jest obawa osób starszych przed „nieznany” – użytkowanie nowych technologii wymaga podstawowej wiedzy na temat obsługi i logiki funkcjonowania urządzenia

132 A. Saffiotti, F. Pecora, *SOFTEC: The Swedish Open Facility for Technology in Elderly Care*, Center for Applied Autonomous Sensor Systems, Örebro University, 2011 dostępne przez <http://www.care-o-bot.de/english/ERF2011/Abstracts/Saffiotti-Pecora-SOFTEC.pdf> (24.01.2013).

133 G. Elger, *SmartBo – A Smart House for People with Disabilities*, dostępne przez http://deafblindinternational.org/review1_h.html (25.01.2013).

takiego jak komputer lub sensor. Zastosowanie nowych technologii w grupie osób starszych, które nie obcowały z tego typu rozwiązaniami w ciągu swojego życia, może wywoływać niepotrzebny lęk lub stres. W przypadku technologii umożliwiających monitorowanie aktywności dobowej osób starszych podstawowym dylematem natury etycznej jest kwestia ochrony prywatności i granic ingerencji wykwalifikowanego personelu w życie jednostki. Opisane powyżej rozwiązania stanowią przykłady dobrych praktyk tylko wówczas, gdy pełnią funkcję komplementarną wobec tradycyjnych usług opiekuńczych, opartych na kontaktach międzyludzkich.

2.6.3.2. Nowe technologie w systemie ochrony zdrowia

W 1982 roku szwedzki parlament przyjął ustawę dotyczącą zdrowia i usług medycznych (*Hälso- och sjukvårdslag*), która zobowiązała regiony i gminy do zapewnienia wszystkim osobom potrzebującym tak zwanych technologii asystujących¹³⁴. W zakres technologii asystujących wchodzi między innymi sprzęt ułatwiający:

- a) poruszanie się (na przykład wózki inwalidzkie);
- b) komunikację (na przykład komputer wyposażony w alfabet Braille'a);
- c) wykonywanie podstawowych czynności domowych (na przykład urządzenia ułatwiające przyrządzanie posiłków, sprzątanie, dbanie o higienę osobistą);
- d) monitorowanie stanu zdrowia (na przykład elektroniczne urządzenia do pomiaru poziomu glukozy we krwi);
- e) kontrolowanie bezpośredniego otoczenia (na przykład automatycznie otwierana brama, pilot do zdalnego gaszenia światła itp.).

Dostęp do wyżej wymienionych technologii jest w większości przypadków refundowany przez państwo. Decyzje o zakresie usług, kryteriach kwalifikacji i ewentualnych odpłatnościach za korzystanie z technologii asystującej zapadają na poziomie gminy. Do najczęstszych usługobiorców zaliczyć można osoby niepełnosprawne oraz niesamodzielne osoby starsze (doświadczające trudności w poruszaniu się lub dotknięte demencją).

Dynamiczny postęp w dziedzinie informatyzacji opieki zdrowotnej w Szwecji nastąpił po 2006 roku, kiedy rząd przyjął *Narodową Strategię e-Zdrowia* (*Nationell e-hälsa strategin*). U jej podstaw leży przekonanie, że system opieki

134 Socialdepartementet, *Hälso- och sjukvårdslag* 1982:763.

zdrowotnej oraz system usług społecznych to obszary o intensywnym nasileniu przepływu informacji o charakterze poufnym. Celem strategii jest utworzenie skomputeryzowanej, jednolitej, zabezpieczonej bazy danych, która stanowi platformę komunikacji pomiędzy pacjentami a pracownikami służby zdrowia. Z punktu widzenia jakości życia osób starszych z realizacji strategii wynika wiele zalet. Po pierwsze, osoba starsza zyskuje możliwość kontaktowania się z lekarzem pierwszego kontaktu bez konieczności wychodzenia z domu. Po drugie, komputerowa baza danych pozwala uniknąć ryzyka przyjmowania zbyt dużej ilości leków i związanych z nimi efektów ubocznych u osób starszych leczących się u wielu lekarzy specjalistów jednocześnie. Ryzyko tak zwanej wielochorobowości (*comorbidity*) rośnie wraz z wiekiem i może przejawiać się występowaniem naraz zaburzeń o charakterze funkcjonalnym i kognitywnym lub występowaniem kilku chorób przewlekłych jednocześnie. Po trzecie, wybrani członkowie rodziny mogą mieć dostęp do informacji na temat stanu zdrowia osoby starszej i aktywnie uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji. Taką możliwość daje projekt *Care Diaries (Dzienniki opieki)*, dzięki któremu wyposażeni w komputery kieszonkowe opiekunowie, którzy świadczą opiekę bezpośrednio w domu osoby starszej, publikują na bieżąco informacje na temat wykonywanych czynności i samopoczucia osoby starszej. Po czwarte, jednym z celów strategii jest łatwy dostęp do informacji na tematy związane z ochroną zdrowia. W tym celu powstał projekt 1177, który udostępnia informacje o charakterze medycznym za pośrednictwem specjalnej linii telefonicznej (pod numerem 1177) oraz przez łatwy w obsłudze serwis internetowy (www.1177.se), którego zawartość można przeczytać (dostępna jest opcja wyboru rozmiaru tekstu) lub odsłuchać¹³⁵. Dostęp do informacji, ułatwiona komunikacja z lekarzem, zintegrowany system wymiany danych na temat stanu zdrowia pacjenta, a także możliwość zaangażowania bliskich członków rodziny sprawiają, że *Narodowa Strategia e-Zdrowia* przyczynia się do lepszego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i długoterminowej w Szwecji.

Podobnie jak w przypadku sektora opieki zastosowanie nowych technologii w służbie zdrowia również wzbudza wiele wątpliwości natury etycznej. Do podstawowych dylematów w tej dziedzinie należy zaliczyć ochronę danych

135 Ministry of Health and Social Affairs, *National e-Health – the Strategy for Accessible and Secure Information in Health and Social Care*, Edita, Stockholm 2011.

osobowych pacjentów, a także ryzyko związane z powierzeniem zdrowia i życia człowieka technologii (wszczepionym chipom, sensorom, rozrusznikom serca i innym urządzeniom). Ze względu na dynamiczny rozwój badań nad nanotechnologiami, z którymi środowisko lekarskie wiąże nadzieje na skuteczną walkę z nowotworami, można przypuszczać, że kwestie etyczne zyskają na znaczeniu i staną się przedmiotem pogłębionej analizy naukowców.

2.6.3.3. Nowe technologie jako narzędzie społecznej aktywizacji

Kraje skandynawskie cieszą się najwyższą na świecie liczbą użytkowników Internetu. Według danych Banku Światowego w latach 2008–2012 w czołówce krajów o najwyższym odsetku internautów znalazły się Islandia (96,6%), Norwegia (93,5%) i Szwecja (90,9%). Szwecję wyróżnia wysoki odsetek internautów w grupie wiekowej 65–74 lata – 60% seniorów korzysta z Internetu okazjonalnie, a 43% codziennie. Wśród osób powyżej 75. roku życia codzienny kontakt z nowym medium deklaruje 16% ankietowanych¹³⁶. To znacznie powyżej średniej Unii Europejskiej, która wynosi 35% dla grupy wiekowej 65–74 lata¹³⁷. Powszechne użytkowanie Internetu wśród szwedzkich seniorów przyczynia się do:

- a) aktywnego zaangażowania w programy kształcenia ustawicznego za pośrednictwem zdalnych metod nauczania typu *e-learning*;
- b) większej aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym, dzięki elastycznym formom zatrudnienia i możliwości zdalnej pracy z domu;
- c) zmniejszenia poczucia osamotnienia i utraty ról społecznych dzięki częstszym kontaktom z przyjaciółmi i rodziną za pośrednictwem mediów społecznościowych;
- d) poczucia obywatelskiej partycypacji w politycznym życiu społeczności, szczególnie wśród osób starszych, które nie poruszają się samodzielnie (niektóre gminy stwarzają możliwość elektronicznego głosowania w sprawach ważnych dla miasta lub regionu, powszechny stał się dostęp do aplikacji umożliwiających załatwianie spraw urzędowych z domu);
- e) większego zasobu wiedzy na temat programów i usług oferowanych seniorom w regionie – za pośrednictwem stron internetowych osoby starsze mają

136 O. Findahl, *Swedes and the Internet 2010*, The Internet Infrastructure Foundation, Stockholm 2010.

137 R. Berry, *Older People and the Internet. Towards a 'System Map' of Digital Exclusion*, The International Longevity Centre – UK, London 2011.

łatwiejszy dostęp do informacji na temat tego, jakie programy realizuje ich gmina (mieszkaniowe, żywieniowe i inne), jak zasięgnąć porady specjalisty (psychologa, prawnika) lub jak ubiegać się o objęcie opieką środowiskową.

Gmina Luleå w północnej Szwecji wzięła udział w unijnym projekcie edukacyjnym eLSe (*e-Learning for Seniors Academy*), którego celem było oswojenie osób starszych z technologiami informacyjno-komunikacyjnymi (ICT) oraz ułatwienie im funkcjonowania w z informatyzowanej gospodarce opartej na wiedzy. Założeniem metodologicznym projektu było zastosowanie perspektywy „uczeń w centrum” (*learner-centred approach*), przedstawianej symbolicznie za pomocą warstw cebuli, w której uczeń (rdzeń) otoczony jest przez kolejne warstwy: treści edukacyjne, nową technologię, wsparcie instruktora i narzędzia ewaluacji. Program edukacyjny składał się z 12 modułów o różnym poziomie trudności. Pozytywnym efektem eLSe jest zaadaptowanie wypracowanych narzędzi edukacyjnych w życiu – trzem spośród pięciu europejskich partnerów (Szwecji, Niemcom oraz Litwie) udało się kontynuować program samodzielnie już po zakończeniu projektu¹³⁸.

W 1997 roku rząd Szwecji sfinansował powstanie organizacji SeniorNet Sweden, która z sukcesem działa do dziś. SeniorNet zapobiega cyfrowemu wykluczeniu osób starszych oraz przeciwdziała zjawisku „przepaści międzypokoleniowej” w przyswajaniu nowych technologii. Obecnie organizacja zrzesza przeszło osiem tysięcy członków i dysponuje 52 regionalnymi oddziałami. Jedną piątą uczestników to osoby powyżej 75. roku życia. Warunki uczestnictwa w organizacji to wiek powyżej 55 lat i roczna składka w wysokości 250 koron. Członkowie organizacji korzystają z kursów komputerowych, testują nowe technologie pod kątem ich dostosowania do potrzeb osób starszych, mają dostęp do platformy internetowej www.seniornet.se, na której dyskutują na forach i otrzymują informacje o działalności lokalnych klubów¹³⁹.

Aktywne wykorzystywanie nowych mediów przez osoby starsze pozytywnie wpływa na ich samoocenę oraz stanowi alternatywne źródło rozrywki. Przeglądanie zasobów Internetu chroni przed poczuciem izolacji osoby

138 European Commission, *The e-Learning Academy for Seniors. Final Report*, Projekt Grundtvig, 134561-2007-DE-Grundtvig-GMP, Education, Audiovisual & Executive Agency, Institute for Innovation in Learning, University of Erlangen-Nuremberg, Nuremberg 2010.

139 Informacje pochodzą z witryny internetowej www.seniornet.se (27.01.2013).

niepełnosprawne i nieporuszające się samodzielnie. Podjęte przez szwedzkie władze starania w celu eliminacji zjawiska cyfrowego wykluczenia wśród seniorów przyczyniły się w dużym stopniu do rozwoju społeczeństwa informacyjnego w tym kraju.

2.6.4. Wsparcie ze strony państwa dla nieformalnych opiekunów

Na szwedzki sektor usług opiekuńczych składają się cztery podstawowe elementy (dostarczyciele usług): (1) rodzina, (2) państwo i sektor publiczny, (3) wolny rynek i sektor prywatny oraz (4) trzeci sektor i organizacje dobroczynne. Proporcje występujące pomiędzy poszczególnymi elementami są kształtowane przez takie czynniki, jak tradycja, kondycja ekonomiczna kraju, kierunki i cele polityki społecznej i zdrowotnej, system prawny, a nawet czynniki historyczne¹⁴⁰. Po drugiej wojnie światowej polityka społeczna wobec osób starszych uległa w Szwecji procesowi defamilizacji, czyli zmiany charakteru z nieformalnego (rodzinnego) w formalny (publiczny). Zjawisku temu sprzyjały dobra koniunktura gospodarcza i rozwój państwa opiekuńczego. Międzypokoleniowy kontrakt został zastąpiony „kontraktem społecznym”. W 1956 roku ze szwedzkiego systemu prawnego usunięto zapis o prawnym obowiązku dzieci do zapewnienia opieki starzejącym się rodzicom¹⁴¹. Państwu zależało na aktywnym udziale kobiet na rynku pracy. Ruch feministyczny przyczynił się do zmiany postrzegania zjawiska świadczenia opieki – już nie jako „wrodzonej” umiejętności kobiet, lecz jako zawodu, który wymaga wynagrodzenia i profesjonalizacji.

W ostatniej dekadzie XX wieku rodzina została „odkryta” na nowo jako istotny element krajobrazu usług opiekuńczych¹⁴². Przyczyn tego zwrotu należy szukać w trzech zjawiskach. Po pierwsze, na początku lat dziewięćdziesiątych

140 L. Johansson, H. Long, M.G. Parker, *Informal Caregivers for Elders in Sweden: An Analysis of Current Policy Developments*, „Journal of Aging & Social Policy” 2011, vol. 23(4), s. 335–353.

141 *Ibidem*.

142 Więcej na temat krajobrazu usług opiekuńczych dla seniorów w Szwecji zob. K. Zapędowska-Kling, *Eldercare Services in Sweden and the United States: Comparative Perspective and Examples of Best Practice*, „Poznań University of Economics Review” 2014, vol. 14(2), s. 31–42.

dostrzeżono dynamikę zmian demograficznych i ogłoszono Szwecję najstarszym demograficznie krajem w Europie. Rozpoczęła się debata na temat starzenia się populacji i jego konsekwencji. Większy udział osób starszych w społeczeństwie spowodował wzrost zapotrzebowania na różne formy opieki, w tym opieki świadczonej przez najbliższych. Po drugie, w tym właśnie okresie Szwecja doświadczyła poważnego kryzysu gospodarczego, który wymusił cięcia wydatków z budżetu państwa, w tym środków przeznaczonych na sektor opieki długoterminowej. Zmniejszyła się wartość subsydiów przekazywanych gminom na świadczenie opieki, zmniejszyły się wpływy z podatków. Rząd dostrzegł ekonomiczny potencjał w rozwoju nieformalnego modelu opieki. Po trzecie, spadła liczba rezydentów placówek stałego pobytu. Seniorzy preferowali korzystanie z usług opiekuńczych świadczonych bezpośrednio w domu. Umożliwienie egzystencji we własnym domu, z zachowaniem autonomii i poczucia bezpieczeństwa osoby starszej, uchodzi za priorytet polityki starzenia się realizowanej w krajach wysokorozwiniętych.

Przykłady dobrych praktyk w tej dziedzinie to:

- a) dostrzeżenie i docenienie istotnej roli nieformalnych opiekunów przez szwedzkie władze;
- b) dostosowanie legislacji do zmieniających się realiów sektora opieki;
- c) przeznaczenie dodatkowych funduszy i przedsięwzięcie licznych inicjatyw w celu wsparcia nieformalnych opiekunów.

W połowie lat dziewięćdziesiątych rząd powołał Komisję ds. Rewizji Ustawy o usługach społecznych (*Socialtjänstlagen*). Rewizja miała skutkować wprowadzeniem poprawki do ustawy. Do najważniejszych celów rządu zaliczyć można:

- a) podniesienie świadomości szwedzkiego społeczeństwa na temat trudnej sytuacji rodzin, które podjęły się świadczenia nieformalnej opieki nad seniorem (konsekwencje natury ekonomicznej, społecznej, psychologicznej);
- b) zapewnienie realnego wsparcia nieformalnym opiekunom;
- c) redukcję zjawiska „wypalenia” wśród osób, które zrezygnowały z dotychczasowej aktywności w celu świadczenia opieki osobie starszej (poprzez system szkoleń, mentoring, opiekę psychologiczną)¹⁴³.

Zaangażowane w prace nad poprawką Ministerstwo Zdrowia i Spraw Społecznych zwróciło uwagę na to, że powszechnym problemem nieformalnych

143 *Ibidem*.

opiekunów (poczuciu izolacji, stanom depresyjnym, frustracji, objawom somatycznym wynikającym ze stresu) można zapobiegać przez stworzenie przyjaznego środowiska usług oferowanych przez państwo. Regularnie podkreślano także znaczenie potencjalnych oszczędności dla budżetu państwa dzięki ograniczeniu liczby osób starszych korzystających ze zinstytucjonalizowanych form opieki.

W 1998 roku zakończył się etap rozmów nad treścią poprawki do ustawy o usługach społecznych (*Regeringens proposition*). Nowo dodany paragraf brzmiał następująco:

System opieki społecznej powinien wspierać i zapewniać pomoc finansową rodzinom pełniącym opiekę nad krewnymi, którzy cierpią na chorobę przewlekłą, są osobami starszymi lub niepełnosprawnymi [tłum. aut.]¹⁴⁴.

W latach 1999–2001 rząd Szwecji w ramach programu *Anhörig 300* przeznaczył trzysta milionów koron (ponad 30 milionów euro) na rozwój programów pomocowych dla nieformalnych opiekunów. W 2005 roku dofinansowanie przedłużono o kolejne trzy lata i przeznaczono na ten cel kolejne 25 milionów koron¹⁴⁵.

W interpretacji poprawki z 1998 roku kluczowe okazało się słowo „powinien”, które sprawiło, że gminy odczytały nowelizację jako rekomendację. Według danych z 2005 roku tylko 73% gmin (212 z 290 istniejących) skorzystało z dofinansowania i grantów od rządu. Z tego między innymi powodu w 2008 roku rząd przedstawił propozycję podniesienia rekomendacji do rangi zobowiązania prawnego. Nowy zapis miał brzmieć następująco:

Gminne służby opieki społecznej są zobligowane do zapewnienia wsparcia lub pomocy finansowej osobom, które sprawują opiekę nad bliskimi [tłum. aut.].

Propozycja wzbudziła sprzeciw Szwedzkiego Stowarzyszenia Lokalnych Władz i Regionów (*Sveriges Kommuner och Landsting*) – organu, za

144 Socialdepartementet, *Regeringens proposition* 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, Stockholm 1997.

145 Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Care of the Elderly in Sweden Today: 2006*, Ordförrådet AB, Stockholm 2007.

pośrednictwem którego odbywa się współpraca rządu z poszczególnymi regionami i gminami. Stowarzyszenie zwróciło uwagę na zbyt daleko idące konsekwencje finansowe powyższego zapisu dla budżetów gmin. W drodze kompromisu z zapisu usunięto fragment „lub pomocy finansowej”, pozostawiając gminom swobodę w określeniu zakresu i formy wsparcia¹⁴⁶. Ostatecznie poprawka do ustawy o usługach społecznych z 1982 roku weszła w życie w lipcu 2009 roku.

W świetle nowej legislacji nieformalnym opiekunem może być małżonek, dowolny członek rodziny, przyjaciel lub sąsiad. Definicja jest szeroka i nie zawęża grona odbiorców publicznego wsparcia do osób spokrewnionych z osobą starszą. W Szwecji standardem jest uznawanie związków nieformalnych (partnerskich). Metody wspierania nieformalnych opiekunów podzielić można na trzy podgrupy¹⁴⁷:

1) zapewnienie tymczasowej, krótkoterminowej opieki nad osobą starszą przez państwo, w placówce stałego pobytu lub w domu (na przykład w celu umożliwienia opiekunowi wyjazdu na urlop);

2) profesjonalne doradztwo i grupy wsparcia, edukacja i opieka psychologiczna nad nieformalnym opiekunem (na przykład organizacja grup wsparcia dla osób zajmujących się bliską osobą dotkniętą chorobą Alzheimera);

3) świadczenia pieniężne pod postacią zasiłku opiekuńczego lub innej formy materialnej rekompensaty za podjęcie się obowiązku świadczenia opieki.

O typie i zakresie oferowanej pomocy decyduje gmina. Niektóre formy wsparcia oferowane są przez organizacje charytatywne.

Wzrost liczby nieformalnych opiekunów niekoniecznie musi świadczyć o pogarszającej się kondycji szwedzkiego państwa opiekuńczego. Relacje pomiędzy rodziną, państwem, sektorem prywatnym i organizacjami dobroczynnymi podlegają nieustannym zmianom. Jegermalm i Grassman zwracają uwagę na to, że w kontekście Szwecji trudno jednoznacznie mówić o ponownej „familizacji” sektora opieki, ponieważ rośnie liczba nieformalnych opiekunów niespokrewnionych z osobą starszą, takich jak sąsiedzi lub przyjaciele. Może to świadczyć nie tyle o zwrocie w kierunku wartości rodzinnych, typowych dla krajów azjatyckich i południowoeuropejskich, lecz o rozwoju społeczeństwa obywatelskiego, który przejawia się większym zaangażowaniem

146 *Ibidem*.

147 *Ibidem*.

Szwedów w wolontariat¹⁴⁸. Z punktu widzenia polityki społecznej państwa istotne jest to, aby członkowie rodzin mogli dokonywać wyboru takiej formy opieki dla osoby starszej, która jest najkorzystniejsza dla danej jednostki. Skuteczny system publicznego wsparcia dla opiekunów nieformalnych ułatwia podjęcie decyzji o świadczeniu opieki seniorom w podobny sposób, w jaki urlopy rodzicielskie i inne narzędzia polityki rodzinnej zachęcają do posiadania potomstwa.

2.6.5. „Pasja dla życia” (*Passion för Livet*) – program aktywizacji osób starszych w regionie Jönköping w centralnej Szwecji¹⁴⁹

„Pasja dla życia” to innowacyjny program aktywizacji osób starszych opracowany przez szwedzką organizację Qulturum – jednostkę organizacyjną regionu Jönköping, odpowiedzialną za podnoszenie jakości opieki medycznej. Pilotażowy projekt zrealizowany został w mieście Jönköping w 2005 roku. Od tego czasu filozofia „Pasji dla życia” została spopularyzowana w wielu krajach, między innymi w Wielkiej Brytanii, Norwegii, Finlandii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Nowej Zelandii. Obecnie założenia projektu zostały włączone w oficjalną strategię rozwoju ochrony zdrowia regionu Skania w południowej Szwecji na lata 2010–2013. W realizację pilotażowej odsłony projektu zaangażowały się dwie największe organizacje seniorów: Krajowa Organizacja Emerytów (Pensionärernas Riksorganisation – PRO) oraz Szwedzkie Stowarzyszenie Seniorów (Sveriges Pensionärsförbund – SPF).

Głównym celem „Pasji dla życia” jest poprawa jakości życia osób starszych. Program został zaprojektowany w taki sposób, aby zachęcać i stymulować uczestników do wprowadzania stopniowych, pozytywnych zmian w swoim

148 M. Jegermalm, E.J. Grassman, *Helpful Citizens and Caring Families: Patterns of Informal Help and Caregiving in Sweden in a 17-year-perspective*, „International Journal of Social Welfare” 2012, nr 21, s. 422–432.

149 Szerzej na temat projektu zob. K. Zapędowska-Kling, *Pasja dla życia – innowacyjny program aktywizacji osób starszych na przykładzie doświadczeń szwedzkich*, „Exlibris. Biblioteka Gerontologii Społecznej” 2016 [w druku]; referat wygłoszony 26 września 2014 roku na I Konferencji Gerontologicznej z cyklu „Refleksje nad starością. Obiektywny i subiektywny wymiar starości”, Zakład Andragogiki i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego.

życiu – zmian dotyczących nawyków i stylu życia. Wykwalifikowani trenerzy uczą osoby starsze odpowiedzialności za jakość własnego funkcjonowania oraz zachęcają do dzielenia się wiedzą i zdobytymi umiejętnościami z członkami rodzin i przyjaciółmi. Metoda „marketingu szeptanego” jest podstawową metodą popularyzacji głównych założeń programu zarówno na obszarze Szwecji, jak i za granicą. Według danych z 2009 roku ponad 500 osób zostało przeszkolonych na trenerów, a ponad 200 grup, zróżnicowanych etnicznie i rasowo, spotyka się i realizuje projekt¹⁵⁰. „Pasja dla życia” koncentruje się na czterech sekcjach tematycznych:

- 1) bezpieczeństwo we własnym otoczeniu;
- 2) aktywność fizyczna;
- 3) aktywność społeczna i zaangażowanie, budowanie sieci kontaktów;
- 4) zdrowe nawyki żywieniowe¹⁵¹.

U podstaw programu leży przekonanie, że ludzie świadomi swoich praw są zdolni do dokonywania wolnych wyborów i działania. To z kolei pozytywnie wpływa na poczucie kontroli nad własnym życiem. Podstawowym celem programu jest rzeczywiste wprowadzenie zmian w funkcjonowaniu seniorów – przekuwanie teorii w praktykę, nauczanie osób starszych zamiany słów w czyny. Realizacja programu odbywa się w formie cyklicznych spotkań z trenerem w tak zwanych Kawiarniach życia (*Livscaféer*), w niewielkich, kilku- lub kilkunastoosobowych grupach. Istotnym elementem projektu jest wytworzenie atmosfery wzajemnego szacunku i zaufania, wąskiego środowiska, w którym można dyskutować na tematy związane z procesem starzenia się i subiektywnymi odczuciami z nim związanymi. Uczestnicy grupy wspólnie zastanawiają się, w jaki sposób pozytywne zmiany wcielić w życie techniką „małych kroków”¹⁵².

Praca z seniorami oparta jest na metodologii Cyklu Ciągłego Doskonalenia Williama E. Deminga. Model ten, znany pod nazwą cyklu PDCA (od pierwszych liter angielskich słów *plan* → *do* → *check* → *act*), to technika ciągłego ulepszania, która zachodzi według schematu: zaplanuj → wykonaj → sprawdź → popraw. Opracowana przez amerykańskiego statystyka, znalazła zastosowanie między innymi w zarządzaniu jakością. Swoje podstawy teoretyczne

150 Passion för Livet, dostępne przez <http://www.lj.se/passionforlivet> (12.02.2012).

151 A. Nilsson, *Passion för Livet. Projekt rapport*, Qulturum, Jönköping 2006.

152 *Ibidem*.

projekt opiera na filozofii edukacji odwołującej się do filozofii marksistowskiej i antykolonialistycznej Paola Freire'a, przedstawiciela radykalnej pedagogiki emancypacyjnej, która kładzie nacisk na aktywne zaangażowanie uczestników w procesie uczenia się, a przeciwstawia się biernym metodom nauczania typu mistrz–uczeń¹⁵³.

W praktyce realizacja cyklu warsztatów wygląda w następujący sposób: grupa seniorów spotyka się w miejscu nazwanym „Kawiarnią życia”. Nie jest to kawiarnia w rozumieniu dosłownym, lecz bezpieczna przestrzeń (świetlica, salka konferencyjna) udostępniona na przykład przez lokalny dom seniora. Twórcy projektu definiują ją jako *a room of possibilities where new contexts can grow* („przestrzeń możliwości, w której mogą pojawić się nowe konteksty”)¹⁵⁴. Specyficzna terminologia stosowana w projekcie podkreśla dobrowolność udziału, przyjemność płynącą ze spotkań oraz ich pozytywny wpływ na jakość życia każdego z uczestników. Uniwersalną zasadą jest aktywne zaangażowanie wszystkich osób – każdy obecny na spotkaniu zabiera głos i dzieli się własnymi doświadczeniami. Na koniec odbywa się ewaluacja. Uczestnicy mają czas na chwilę refleksji: czego nowego się nauczyli, jaką wartość wnoszą w ich życie warsztaty, co można w nich udoskonalić lub zmienić.

W pilotażowej odsłonie projektu na przełomie 2005 i 2006 roku odbyło się sześć spotkań. Na pierwszym uczestnicy zostali zapoznani z założeniami i metodologią projektu, otrzymali materiały informacyjne z numerami telefonów do wszystkich agencji rządowych i instytucji zajmujących się kwestiami osób starszych, a także wyrazili zgodę na wspólne przeczytanie książki *Nietypowi (De ovanliga)* autorstwa Åke Mokvist, która opowiada o seniorach prowadzących alternatywny, nietypowy, niekiedy ekscentryczny tryb życia.

Drugie spotkanie poświęcone było kwestii bezpieczeństwa w życiu codziennym. Uczestnicy zostali zapoznani z danymi statystycznymi na temat częstotliwości wypadków, do których dochodzi w domu, a którym można skutecznie zapobiegać. Tematem spotkania było dostosowanie wnętrz gospodarstw domowych do długofalowego procesu starzenia się. Omówiono takie zagadnienia, jak rozmieszczenie przestrzenne mebli, kwestia oświetlenia, montaż uchwytów i poręczy, redukcja przeszkód i inne. Uczestnicy otrzymali zadanie polegające na samodzielnym wyborze i naprawie trzech miejsc we własnym domu, które

153 *Ibidem*.

154 *Ibidem*.

mogą stanowić potencjalne utrudnienie dla sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku¹⁵⁵.

Na trzecim spotkaniu omówiono istotną rolę społecznego zaangażowania i sieci kontaktów w procesie aktywnego starzenia się. Uczestnicy mogli rozrysować swoją siatkę kontaktów w postaci graficznej (według modelu „warstw cebuli”) i określić swoją pozycję we wspólnocie. Za pomocą „kart społecznych wartości” próbowali określić, które kontakty podnoszą ich poczucie własnej wartości, które zaspokajają ich potrzebę opieki, a które dają szczęście i satysfakcję. Jednocześnie mieli okazję do zastanowienia się, w jaki sposób sami mogą stanowić wsparcie dla kogoś innego.

Spotkanie czwarte poświęcone było kwestii zdrowej, zbilansowanej diety dostosowanej do potrzeb seniorów. Uczestnicy warsztatu zostali poproszeni o okresowe prowadzenie dziennika i notowanie składu spożywanych posiłków. Następnie ich zapiski zostały przeanalizowane przez profesjonalnego dietetyka. Tego typu konsulting uświadomił zakres najczęściej popełnianych błędów dotyczących diety osób starszych (takich jak niewystarczająca podaż płynów, przewaga węglowodanów nad pełnowartościowym białkiem i innych). Omówiona została również kwestia utraty apetytu na skutek stosowania leków, a także zjawisko osłabienia zmysłów węchu i smaku postępujące wraz z wiekiem.

Tematem spotkania piątego był pozytywny wpływ wysiłku fizycznego na ogólną kondycję osób starszych. Oprócz wykładu i dyskusji uczestnicy warsztatu wzięli udział w zajęciach gimnastycznych prowadzonych przez doświadczoną fizjoterapeutkę oraz poznali podstawowe techniki relaksacyjne. Ostatnie, szóste spotkanie przeznaczone było na ewaluację programu i omówienie metod jego rozpowszechniania. Zainteresowani uczestnicy mają możliwość stać się ambasadorami „Pasji dla życia” i organizować własne grupy spotkań¹⁵⁶.

Program zaliczam do grona dobrych praktyk, ponieważ jest przykładem skutecznej, efektywnej współpracy pomiędzy: (a) lokalnymi władzami (Kulturum jest jednostką organizacyjną rady okręgowej regionu Jönköping), (b) profesjonalnym personelem (gerontologami, dietetykami, fizjoterapeutami), (c) organizacjami pozarządowymi (takimi jak Krajowa Organizacja Emerytów lub Szwedzkie Stowarzyszenie Seniorów) i (d) osobami starszymi. „Pasja dla

155 *Ibidem*.

156 *Ibidem*.

życia” kreuje płaszczyznę porozumienia i współpracy czterech różnych środowisk. Projekt może być realizowany z powodzeniem tylko dzięki aktywnemu zaangażowaniu osób starszych – ich otwartości, gotowości do dzielenia się własnymi doświadczeniami, kreatywności i pomysłem. Jest przedsięwzięciem stosunkowo niskobudżetowym, a jednocześnie – dzięki entuzjazmowi ambasadorów i marketingowi szeptanemu – mechanizmem samonapędzającym się, niewymagającym specjalistycznej reklamy. Zaletą projektu jest sposób konceptualizacji procesu starzenia się. Trzeci wiek omawiany jest jako naturalny etap w życiu człowieka, któremu nie należy zapobiegać, tylko odpowiednio się do niego przygotować. Projekt obala stereotypy, zapobiega dyskryminacji ze względu na wiek, promuje konstruktywne podejście do zarządzania czasem, inspirowane do zmian stylu życia i nawyków. Co najważniejsze – wyposaża osoby starsze w wiedzę i narzędzia niezbędne do działania. Uczy wprowadzania pozytywnych zmian metodą małych kroków. Stawia seniorów i ich codzienne życie w centrum zainteresowania.

2.7. Podsumowanie i wnioski

Szwedzki model państwa opiekuńczego znajduje się w fazie transformacji. Od okresu powojennego przez kolejnych pięć dekad Szwecja doświadczała stałego, stopniowego rozwoju państwa dobrobytu. Rosła liczba usług społecznych świadczonych przez państwo, postępował proces defamilizacji opieki nad osobami starszym na rzecz opieki instytucjonalnej, dostęp do usług był uniwersalny, nieodpłatny lub dofinansowywany przez państwo. Szwecja zasłynęła z rozbudowanej, hojnej polityki rodzinnej oraz skutecznej realizacji polityki równości płci, stając się wzorem dla innych krajów na świecie i synonimem miejsca, w którym „dobrze jest się zestarzeć”. Do rozwoju państwa opiekuńczego przyczynił się długotrwały, stabilny wzrost gospodarczy obserwowany po II wojnie światowej.

Sytuacja uległa zmianie na skutek niespodziewanego kryzysu ekonomicznego z początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, a także za sprawą dostrzeżenia skali i dynamiki zjawiska starzenia się populacji. Szwecja była jednym z pierwszych krajów na świecie, które odnotowały postępujące zmiany demograficzne, a także krajem o bardzo wysokiej średniej długości trwania życia. Na arenie międzynarodowej Szwecja uchodzi za pioniera w dziedzinie dostosowywania polityk do realiów starzejącej się populacji.

O procesie transformacji szwedzkiego modelu państwa opiekuńczego świadczą następujące symptomy:

1. Charakterystyczne dla modelu skandynawskiego, uniwersalne usługi i świadczenia socjalne, przysługujące każdemu obywatelowi bez względu na wiek, płeć lub status socjoekonomiczny, zaczęły być zawężane i przydzielane osobom najbardziej potrzebującym. Zjawisko to można określić mianem targetyzacji, czyli definiowania profilu odbiorcy (na przykład dostęp do bezpłatnych usług tylko dla osób powyżej określonego limitu wieku). Działania te mają na celu zahamowanie wzrostu wydatków z budżetu państwa na usługi opiekuńcze dla osób starszych, które z uwagi na osiągnięcie wieku emerytalnego przez pokolenie powojennego wyżu demograficznego znacznie się zwiększyły. Mimo częściowej redukcji uniwersalnego charakteru państwa opiekuńczego w porównaniu do innych krajów europejskich dostęp do usług społecznych jest w Szwecji nadal szeroki. Przydzielanie usług lub świadczeń odbywa się w oparciu o kryterium potrzeb (pod uwagę brane są na przykład stan zdrowia, wiek lub sytuacja rodzinna), rzadko na podstawie kryterium dochodowego, powszechnie stosowanego w Stanach Zjednoczonych.

2. Jednym z charakterystycznych wyznaczników transformacji szwedzkiego państwa dobrobytu jest dopuszczenie aktorów prywatnych do udziału w podaży usług opiekuńczych. Zjawisko to można uznać za zwrot ideologiczny, ponieważ u podstaw modelu nordyckiego leży przekonanie o obowiązku państwa do świadczenia usług społecznych swoim obywatelom. Szwecja uchodzi za kraj, w którym najepełniej realizowana jest koncepcja „obywatelstwa socjalnego” (*social citizenship*) Thomasa Marshalla. Społeczne postrzeganie władz publicznych (państwa) jest w Szwecji inne niż w krajach Europy kontynentalnej, ponieważ terminy „państwo” (*stat*) i „społeczeństwo” (*samhälle*) bywają traktowane jako synonimy i stosowane zamiennie. Pierwszy socjaldemokratyczny premier Szwecji Per Albin Hansson jest autorem słynnej metafory porównującej państwo szwedzkie do „domu wszystkich ludzi” (ang. *People's home*, szw. *Folkhemmet*), w którym panują sprawiedliwość społeczna, równość i gotowość do wzajemnej współpracy. Otwarcie się sektora usług społecznych na usługodawców prywatnych jest najbardziej wyraźnym zwrotem w kierunku modelu liberalnego i w pewnym stopniu podważa charakterystyczny dla modelu socjaldemokratycznego wysoki poziom dekomodyfikacji, czyli uniezależnienia jednostek od rynku. Jest także pochodną zaadaptowania koncepcji nowego zarządzania publicznego (NPM) w sektorze usług społecznych. Warto jednak podkreślić,

że znaczna część usług świadczonych przez podmioty komercyjne jest nadal finansowana i kontrolowana przez państwo. Zjawisko zwane outsourcingiem polega na stosowaniu zasady podwykonawstwa. Prywatny dostawca usług może wykonać je taniej – część z tych usług jest subsydiowana przez państwo. Wyrazem dopuszczenia mechanizmów rynkowych do sektora opieki jest ustawa o wolnym wyborze z 2009 roku, która zobowiązała gminy do wprowadzenia w 2014 roku systemu bonów (voucherów) umożliwiających osobom starszym dokonywanie wyboru dostawcy usług opiekuńczych. Mimo obserwowanych zmian tempo prywatyzacji szwedzkiego sektora opieki jest niewielkie, a stopień otwarcia się na rynek poszczególnych gmin zależy często od opcji politycznej lokalnych władz.

3. Jednym z pierwszych objawów zmian szwedzkiego modelu państwa dobrobytu był przeprowadzony w latach dziewięćdziesiątych XX wieku proces reformy systemu emerytalnego. Wprowadzony w 1913 roku system był pierwszym na świecie uniwersalnym systemem emerytalnym obejmującym swoim zasięgiem całą populację. Reforma emerytalna, która weszła w życie w 1998 roku, wprowadziła do tradycyjnego systemu repartycyjnego część kapitałową, w ramach której świadczenie uzyskiwane jest w oparciu o składki odprowadzane w okresie zatrudnienia i inwestowane przez wybrany fundusz emerytalny. W ten sposób szwedzkie władze uzależniły wysokość emerytur od liczby przepracowanych lat i wysokości uzyskiwanych dochodów. Nastąpiło odejście od inspirowanego planem Beveridge'a przekonania o obowiązku państwa do wypłat świadczeń emerytalnych na podobnej zasadzie jak inne świadczenia socjalne. Komponentem systemu emerytalnego, który nadal wpisuje się w filozofię państwa opiekuńczego, jest finansowana przez budżet państwa emerytura gwarantowana (*Garantipension*) przeznaczona dla osób ubogich.

4. Za czwarty symptom zmian zachodzących w szwedzkim modelu państwa dobrobytu uznać można aktywną politykę rynku pracy skierowaną do seniorów. Co do zasady, aktywna polityka społeczna stara się stymulować obywateli do samodzielnego ponoszenia odpowiedzialności za własny los. Metaforycznie można ją porównać do dawania wędki zamiast ryby. Wypłacanie świadczeń pieniężnych zalicza się do elementów „biernej”, tradycyjnej polityki społecznej. Celem aktywnej polityki społecznej jest między innymi stymulowanie poziomu zatrudnienia. W kraju o hojnych i łatwo dostępnych świadczeniach socjalnych, jakim jest Szwecja, poziom bezrobocia teoretycznie może być wysoki, ponieważ obywatele nie są wystarczająco stymulowani

do przedsiębiorczości. W praktyce jednak poziom zatrudnienia w Szwecji jest tradycyjnie wysoki, co uchodzi za fenomen w skali międzynarodowej. Obserwowaną na przestrzeni ostatnich lat zmianą jest zaangażowanie państwa w realizację aktywnej polityki zatrudnienia względem osób w wieku okołoemerytalnym. Z uwagi na rosnący odsetek osób starszych i jednocześnie malejący udział osób w wieku produkcyjnym szwedzkie władze rozpoczęły działania zmierzające do opóźnienia decyzji o przejściu na emeryturę i kontynuacji aktywności zawodowej tak długo, jak jest to możliwe. Aktywna polityka rynku pracy skierowana pod adresem osób starszych przynosi rezultaty – poziom zatrudnienia w grupie wiekowej 55–64 lata jest w Szwecji znacznie wyższy niż średnia UE 27¹⁵⁷.

5. W szwedzkim sektorze usług dla seniorów można zaobserwować zjawisko nieustającej fluktuacji ról trzech głównych podmiotów polityki społecznej: państwa, rodziny i rynku. Jednym z objawów zmian jest powoli wyłaniający się, zyskujący na znaczeniu czwarty podmiot w postaci organizacji dobroczynnych typu non profit i inicjatyw oddolnych. Zauważalną zmianą zachodzącą od połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku jest wzrost roli rodziny i nieformalnych opiekunów w krajobrazie usług opiekuńczych. Charakterystyczne dla lat siedemdziesiątych zjawisko defamilizacji opieki nad seniorami i profesjonalizacji zawodu opiekuna socjalnego zostało obecnie zahamowane, a państwo zaczęło upatrywać w rodzinie nadziei na redukcję kosztów związanych z opieką długoterminową. W Szwecji maleje liczba osób starszych korzystających ze stacjonarnych placówek opieki, a rośnie liczba seniorów korzystających z opieki środowiskowej (świadczonej w domu). Znowelizowana ustawa o usługach społecznych definiuje opiekuna nieformalnego jako członka rodziny, partnera, przyjaciela lub sąsiada, a więc nie zawęża przysługujących opiekunom praw wyłącznie do małżonków lub osób spokrewnionych. W ten sposób szwedzka legislacja zwiększa szansę na odkładanie decyzji osób starszych o skorzystaniu z opieki zinstytucjonalizowanej do momentu wyczerpania innych możliwości. Istotna rola rodziny i nieformalnych opiekunów tradycyjnie przypisywana była krajom azjatyckim i śródziemnomorskim. Z uwagi na politykę równości płci i wysoki wskaźnik aktywności zawodowej

157 Eurostat, *Employment rates for selected population groups 2003–13*, dostępne przez http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/extensions/EurostatPDFGenerator/getfile.php?file=195.74.51.139_1410355877_73.pdf (14.08.2014).

kobiet kraje skandynawskie zaliczają opiekę nad seniorami do obowiązków państwa. Trudno jednoznacznie ocenić, czy zmiany w tej dziedzinie wskazują jedynie na próbę redukcji wydatków z budżetu państwa na opiekę długoterminową, czy świadczą o głębszym ideologicznym zwrocie.

Badania nad wybranymi elementami polityki społecznej wobec starzenia się populacji w Szwecji pozwoliły mi na wyodrębnienie – podobnie jak w przypadku Stanów Zjednoczonych – mocnych i słabych stron tejże polityki. Do cech pozytywnie wyróżniających Szwecję na arenie międzynarodowej zaliczam między innymi:

1. Stosowanie perspektywy długofalowej, strategicznego planowania i przewagę rozwiązań profilaktycznych nad interwencyjnymi w polityce społecznej. Charakterystyczne dla Szwecji jest całościowe, kompleksowe podejście do zjawiska zmian demograficznych, które przejawia się podejmowaniem inicjatyw nie tylko *sensu stricto* z zakresu polityki senioralnej, lecz równoległe z zakresu polityki rodzinnej, imigracyjnej, edukacyjnej, zdrowotnej oraz rynku pracy. Mimo dużej dynamiki zmian demograficznych doświadczanych przez Szwecję jej rozwój gospodarczy pozostaje stabilny. Zapobieganie negatywnym skutkom zmian demograficznych przyjmuje tam postać zakrojonej na szeroką skalę strategii państwa, na którą składa się wiele elementów jednocześnie: hojna polityka rodzinna, skuteczna polityka aktywizacji zawodowej (kobiet, seniorów), liberalna polityka imigracyjna, inwestycje w kapitał ludzki i system edukacji, reformy systemu emerytalnego oraz inne. Zastosowanie perspektywy długofalowej pozytywnie wpływa na spójność społeczną i relacje międzypokoleniowe. Realizacja długofalowych strategii w polityce jest możliwa dzięki charakterystycznej dla Szwecji tradycji dialogu politycznego i konsensusu, przydatnej w warunkach systemu wielopartyjnego i rządów koalicyjnych.

2. Aktywizację osób starszych, ze szczególnym naciskiem na skuteczną politykę aktywizacji zawodowej. Wskaźnik zatrudnienia w grupie wiekowej 55–64 lata jest w Szwecji najwyższy w całej Unii Europejskiej i wynosi 73,6%, w porównaniu do średniej UE28 na poziomie 50,1%¹⁵⁸. Na szwedzką politykę aktywizacji zawodowej seniorów składa się wiele elementów: reforma systemu emerytalnego, która silniej uzależniła wysokość świadczeń od wieku przejścia na emeryturę; przepisy antydyskryminacyjne funkcjonujące na rynku pracy, które aktualnie chronią interesy pracowników do 67. roku

158 *Ibidem*.

życia, a już wkrótce obejmą osoby pracujące w wieku do 69 lat; efektywna realizacja koncepcji kształcenia ustawicznego (*life-long learning*), dzięki której dorośli pracownicy mogą skorzystać z bogatej oferty kursów i szkoleń; dbałość o wysokie standardy i warunki w zakładach pracy oraz dostosowywanie miejsc pracy do potrzeb i możliwości osób mniej sprawnych; a także elementy polityki fiskalnej, w tym przede wszystkim zachęty podatkowe dla pracodawców zatrudniających osoby bezrobotne powyżej 55. roku życia. Szwecja zajęła pierwsze miejsce w międzynarodowym rankingu aktywnego starzenia się *Active Ageing Index*. Wskaźnik ten mierzy nie tylko aktywność zawodową osób starszych, lecz również obszary aktywności społecznej, obywatelskiej oraz własnej, przejawiającej się samodzielnym funkcjonowaniem w stosunkowo dobrym zdrowiu. Oprócz determinantów *stricte* legislacyjnych na aktywność osób starszych w Szwecji mają również wpływ kultura, mentalność i obyczajowość społeczeństwa szwedzkiego. W krajach skandynawskich rzadziej niż w innych regionach Europy występuje model rodziny wielopokoleniowej, w której starzejącymi się dziadkami zajmują się dzieci i wnuki. Osoby dorosłe samodzielnie przygotowują się do starości, mając do wyboru skorzystanie z opieki instytucjonalnej oferowanej przez sektor publiczny lub samodzielne egzystowanie we własnym gospodarstwie domowym, z partnerem, w otoczeniu sąsiadów lub przyjaciół. Szwecja reprezentuje również tak zwaną kulturę późnego wyjścia z rynku pracy, co oznacza, że niewiele osób dobrowolnie korzysta z możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę.

3. Innowacyjność i zastosowanie nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w służbie seniorom. Szwecja – obok Norwegii i Japonii – należy do pionierów w dziedzinie zastosowania nowych technologii w sektorze opieki długoterminowej, w służbie zdrowia, a także w bezpośrednim otoczeniu osób starszych. Szwecję wyróżniają nie tylko niski wskaźnik wykluczenia cyfrowego (*digital divide*) i wysoki poziom kompetencji medialnych związanych z użytkowaniem Internetu w grupie wiekowej osób starszych, lecz także popularyzacja eksperymentalnych projektów z dziedziny robotyki domowej i „inteligentnych domów” zaprojektowanych specjalnie pod kątem osób niesamodzielnych mentalnie lub ruchowo. Pozytywnym zjawiskiem jest dofinansowanie z budżetu państwa programów naukowych służących rozwojowi gerontechnologii, takich jak program *Technik för Äldre* („Technologia dla osób starszych”) realizowany w latach 2010–2012.

4. Strukturę i organizację szwedzkiego systemu emerytalnego. Do jego podstawowych zalet zaliczam strukturę wielofilarową, która umożliwia dywersyfikację źródeł dochodów pobieranych na starość (I filar to system repartycyjny o zdefiniowanej składce *Inkomstpension* oraz system kapitałowy *Premiepension*; II filar stanowią pracownicze programy emerytalne, a III filar indywidualne konta emerytalne), a także instytucję „emerytury gwarantowanej” (*Garantipension*), która finansowana jest z budżetu państwa i przysługuje osobom ubogim, nieposiadającym wystarczającej historii zatrudnienia, by otrzymywać emeryturę dochodową. Dodatkowe zalety szwedzkiego systemu emerytalnego to elastyczny wiek przejścia na emeryturę, które odbywa się na życzenie pracownika między 61. a 67. rokiem życia, a także przejrzysta polityka informacyjna Urzędu ds. Emerytur i Rent (*Pensionsmyndigheten*), dzięki której obywatele są świadomi prognoz wysokości swoich świadczeń w zależności od momentu przejścia na emeryturę. Co więcej, szwedzki system emerytalny wyróżnia organizacja sprzyjająca równości praw kobiet i mężczyzn: za sprawą zastosowania reguły *unisex* (jednolitego, neutralnego płciowo przelicznika przewidywanej dalszej długości trwania życia dla kobiet i mężczyzn), a także dzięki możliwości przekazywania uprawnień emerytalnych w ramach części kapitałowej (emerytury premiowej) małżonkowi/małżonce lub partnerowi/partnerce, co pozwala na elastyczne zarządzanie podziałem świadczeń emerytalnych między partnerami, zwłaszcza gdy jedno z nich przejęło obowiązki związane z funkcjonowaniem rodziny.

Mimo że przypadek Szwecji jest z reguły omawiany jako pozytywny przykład funkcjonowania państwa opiekuńczego, w którym osoby starsze żyją w zdrowiu i dobrobycie, przeprowadzona przeze mnie analiza wybranych elementów polityki społecznej wobec starzenia się ludności pozwoliła na dostrzeżenie potencjalnych słabości i zagrożeń szwedzkiego modelu. Wynikają one nie tylko z procesu transformacji modelu nordyckiego, który w miejsce tradycyjnych wartości socjaldemokratycznych zaadaptował tendencje i procesy typowe dla modelu liberalnego, takie jak postępująca targetyzacja świadczeń socjalnych oraz prywatyzacja usług, lecz także z pewnego rodzaju wypaczeń idealnego w swoich założeniach modelu państwa opiekuńczego, które przejawiają się nadmiernym rozrostem biurokracji lub przypadkami nadużyć ze strony systemu opieki socjalnej. Do podstawowych słabości szwedzkiej polityki społecznej wobec starzenia się ludności zaliczam:

1. Zmiany zachodzące w sektorze opieki długoterminowej, polegające na częściowej prywatyzacji i refamilizacji opieki. Cechą typową skandynawskiego modelu państwa opiekuńczego był tradycyjnie szeroki dostęp do usług opiekuńczych świadczonych przez państwo. W odniesieniu do szwedzkiego sektora usług dla osób starszych w latach siedemdziesiątych XX wieku sformułowano termin „defamilizacja opieki”, który oznacza stopniowe przejmowanie obowiązków opiekuńczych spoczywających na rodzinie przez sektor publiczny. W ostatnich latach wskutek postępujących zmian demograficznych szwedzki system opieki długoterminowej podlega przeobrażeniom mającym na celu przede wszystkim redukcję kosztów (nakłady na opiekę długoterminową należą w Szwecji do najwyższych na świecie) oraz redukcję liczby usługobiorców w zinstytucjonalizowanych placówkach opiekuńczych (między innymi poprzez „refamilizację” opieki). Zmiany te w warunkach zdecentralizowanej struktury państwa (290 gmin) zachodzą w sposób niejednorodny i chaotyczny. Pogłębia się rozróżnienie na „gminy dobrobytu” (*welfare municipalities*) zastępujące miejsce „państwa dobrobytu” (*welfare state*). Częściowa prywatyzacja usług społecznych uzależniona bywa od opcji politycznej reprezentowanej przez lokalne władze. Istnieją gminy, w których jedna piąta usług świadczona jest przez sektor prywatny, oraz takie, w których prywatni dostawcy w ogóle nie mają racji bytu. Proces stopniowej prywatyzacji usług, który w swoich założeniach miał przyczynić się do wolnej konkurencji, poprawy jakości usług i spadku cen, przebiega w sposób niedoskonały – rynek zdominowały dwie wiodące firmy, których pozycja nie pozwala na przebicie się małym, lokalnym przedsiębiorstwom. Osoby starsze przy wyborze dostawcy usługi często kierują się przywiązaniem i rutyną, a nie faktyczną jakością i ceną usług. Krytykowane bywa również wprowadzenie zasady rozdzielania ról nabywcy i dostawcy usług (*purchaser-provider split*), która doprowadziła do rozbicia jedności sektora opieki nad seniorami. Zmieniła się relacja na linii seniorzy–pracownicy socjalni–władze gminy. Tradycyjna organizacja usług środowiskowych opierała się na wzajemnym zaufaniu – to pracownik socjalny, czyli osoba utrzymująca bezpośredni kontakt z seniorem, ustalał zakres potrzeb i usług. Nowy system bazuje na braku zaufania, a dostawca świadczy taką formę usług, jaka zostanie mu zewnętrźnie zarekomendowana¹⁵⁹.

159 H.M. Dahl, B. Rasmussen, *op. cit.*

2. Nadużycia ze strony pracowników socjalnych oraz nadmierny rozrost biurokracji względem praw jednostki. System opieki socjalnej w Szwecji jest hojny i rozbudowany. Zakres kompetencji pracowników socjalnych bywa jednak krytykowany jako zbyt szeroki i ingerujący w dobro jednostki i rodziny. Przykładem są liczne przypadki odbierania dzieci rodzicom wskutek wprowadzenia w 1979 roku ustawy zakazującej rodzicom wymierzania kar cielesnych (potocznie zwanej „ustawą zakazującą dawania klapsa”). Podobne przypadki nadużyć zdarzają się w ośrodkach stałego pobytu dla osób starszych – mogą przyjmować różne formy ageizmu (paternalizmu, nadopiekuńczości, agresji słownej, infantyilizacji), a nawet przemocy cielesnej. Zdarzają się sytuacje, gdy decyzja o umieszczeniu osoby starszej w placówce opiekuńczej podejmowana jest przez „system”, a nie z poszanowaniem wolnej woli jednostki. Szwecja bywa wymieniana jako przykład kraju realizującego „zasadę kompensacji” Niklasa Luhmanna¹⁶⁰. Zdaniem niemieckiego socjologa wskutek określonej organizacji życia społecznego jednostka ponosi straty, które państwo następnie stara się zrekompensować. Na przykład państwo odbiera dzieci rodzicom i umieszcza je w rodzinie zastępczej, następnie ponosi koszty utrzymania dzieci w rodzinach zastępczych. W ten sposób zamyka się „błędne koło”. W przypadku modelu socjaldemokratycznego ważne jest znalezienie równowagi pomiędzy liczbą standardów i procedur a faktycznym dobrem końcowego beneficjenta zinstytucjonalizowanego systemu opieki.

3. Ryzyko dehumanizacji opieki wynikające z postępującej standaryzacji usług oraz coraz powszechniejszego stosowania nowych technologii w opiece długoterminowej. Standaryzacja usług społecznych jest jednym z haseł przewodnich koncepcji nowego zarządzania publicznego, a także zjawiskiem typowym dla krajów skandynawskich. Wedle założeń odgórnie narzucone standardy mają sprzyjać ujednoczeniu jakości usług. Jest to warunek szczególnie pożądanym w warunkach zdecentralizowanego krajobrazu usług opiekuńczych. Z drugiej jednak strony standaryzacja i upowszechnienie narzędzi ewaluacyjnych przyczyniają się do zjawiska instrumentalizacji opieki. Pracownicy socjalni poświęcają więcej uwagi prawidłowemu wypełnianiu procedur niż swoim podopiecznym. Hjalmarsson opisuje przykład gminy położonej w zachodniej Szwecji, która wyposaża pracowników socjalnych

160 N. Luhmann, *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*, PWN, Warszawa 1994.

w palmtopy (komputery osobiste mieszczące się w dłoni). Celem eksperymentu było zwiększenie wydajności pracy – optymalizacja czasu wykonywanych czynności oraz usprawnienie procesu raportowania. W opinii samych pracowników socjalnych wyposażenie w przenośne urządzenia monitorujące ich pracę zminimalizowało elastyczność podejmowania decyzji (na przykład o wyjściu z podopiecznym/podopieczną na spacer) na rzecz subordynacji względem procedur i pracodawcy¹⁶¹. Kolejnym wyzwaniem stojącym przed szwedzkim systemem opieki jest wdrażanie nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych do systemu opieki długoterminowej ze świadomością dylematów o charakterze etycznym i moralnym, które im nieodłącznie towarzyszą. Wprowadzenie rozwiązań z dziedziny teleopieki powoduje zastąpienie człowieka maszyną, a co za tym idzie – sprowadza opiekę do zdalnej, mechanicznej obserwacji, z wykluczeniem czynnika ludzkiego, a zatem empatii czy intuicji. Szwecja, a także inne kraje wysokorozwinięte inwestujące w rozwój gerontechnologii, powinny wykazać się wysoką wrażliwością na odczucia końcowego odbiorcy – osoby starszej – i zastosować tak zwane podejście skoncentrowane na użytkowniku (*user-centered approach*) oraz perspektywę końcowego odbiorcy (*end-user perspective*) we wszystkich etapach produkcji nowoczesnych rozwiązań, począwszy od projektowania, a skończywszy na kontroli jakości¹⁶².

4. Stojące przed władzami szwedzkimi wyzwanie dostosowania usług do różnorodności kulturowej odbiorców. Szwecja jest krajem imigracyjnym. Imigranci stanowią około 11% populacji kraju¹⁶³. Znaczny odsetek imigrantów stanowią uchodźcy z Syrii, Somalii, Afganistanu lub Serbii. W obliczu zmieniającej się struktury demograficznej społeczeństwa niezbędne jest dostosowanie oferty programów i usług skierowanych do osób starszych do coraz większej różnorodności kulturowej odbiorców (na przykład zapewnienie dostępu do informacji w różnych językach). Znaczny wzrost liczby imigrantów

161 M. Hjalmarsson, *New Technology in Home Help Services – A Tool for Support or an Instrument of Subordination?*, „Gender, Work, and Organization” 2009, vol. 16(3), s. 368–384.

162 K. Zapędowska-Kling, *Nowe technologie w służbie seniorom*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” 2015, vol. 315(4), s. 203–215.

163 Eurostat, *Migration and migrant population statistics*, 2014, dostępne przez http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics (22.10.2014).

stanowi wyzwanie dla klasycznego, socjaldemokratycznego modelu państwa dobrobytu, gdzie głównym kryterium kwalifikacji do pomocy ze strony państwa jest obywatelstwo. W konsekwencji zjawisko to doprowadzić może do problemów ze skuteczną asymilacją imigrantów, a nawet do głębszych podziałów społecznych, których przejawem będą różnice w dostępie do usług społecznych.

Proces zmian, jakiego doświadcza Szwecja, niekoniecznie musi świadczyć o kryzysie tradycyjnych *welfare states*. Skłaniam się ku opinii, że przeobrażenia te są wyrazem stosowania przemyślanej i długofalowej perspektywy w realizacji polityki społecznej i mają na celu ochronę przyszłych pokoleń przed negatywnymi skutkami zmian demograficznych. Rozbudowana polityka rodzinna, aktywna polityka rynku pracy, szukanie oszczędności w sektorze opieki, dodanie komponentu kapitałowego do systemu emerytalnego, otwarcie drzwi usługodawcom prywatnym – działania te zmierzają do zachowania stabilności systemu socjalnego w dalszym horyzoncie czasowym. Tym, co charakterystyczne dla Szwecji, niezależnie od czynników zewnętrznych, jest stosowanie perspektywy cyklu życia w polityce społecznej – wsparcie ze strony państwa „od kołyski do grobu”. Opieka państwa rozpoczyna się już w chwili urodzenia (dzięki długim i płatnym urlopom rodzicielskim, świadczeniom pieniężnym dla par posiadających dwoje dzieci w krótkim odstępie czasu), trwa w okresie dzieciństwa i dorastania (pod postacią dostępu do zinstytucjonalizowanych form opieki nad dziećmi, a następnie wysokiej jakości bezpłatnej edukacji), w życiu dorosłym (dzięki możliwości skorzystania z zasiłków dla osób bezrobotnych, płatnego urlopu przysługującego na chore dziecko), aż po okres starości, w którym pobierane są świadczenia emerytalne z trójfilarowego systemu emerytalnego, istnieje możliwość skorzystania z finansowanej przez państwo emerytury gwarantowanej, a także z różnych form opieki świadczonej przez podmioty publiczne lub prywatne, w zależności od preferencji osoby starszej. Wyodrębnione i opisane przykłady dobrych praktyk wskazują na to, że Szwecja jest zaawansowanym technologicznie, nowoczesnym państwem, w którym kwestie dzieci, rodziny i seniorów traktowane są w sposób priorytetowy. Zmiany zachodzące w sektorze opieki nie odbiegają od tendencji obserwowanych w innych krajach wysokorozwiniętych, które doświadczają zjawiska starzenia się populacji.

ROZDZIAŁ 3

**Doświadczenia amerykańskie
i szwedzkie – rekomendacje dla polityki
społecznej wobec starzenia się ludności
w Polsce**

Stosunek do człowieka starego jest miarą humanistycznych stosunków w społeczeństwie.

Julian Auleytner¹

Wstęp

W pierwotnym założeniu badania porównawcze nad polityką społeczną wobec starzenia się ludności w Stanach Zjednoczonych i Szwecji służyć miały stworzeniu propozycji długofalowej polityki senioralnej dla Polski. W ciągu czterech lat pracy nad rozprawą doktorską, a następnie nad niniejszą książką zaobserwowałam wyraźny postęp w dziedzinie rozwoju polityki wobec starzenia się w Polsce. Ze względu na liczne działania podejmowane przez polski rząd w latach 2012–2015 (takie jak realizacja dwóch edycji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych lub przyjęcie Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020) w rozdziale trzecim skoncentrowałam się na sformułowaniu listy dwudziestu czterech rekomendacji dla Polski, czerpiąc z doświadczeń i obserwacji polityk społecznych USA i Szwecji.

W rozdziale tym dokonuję syntetycznego zestawienia podobieństw i różnic głównych założeń, tendencji, kierunków i sposobów realizacji polityk społecznych wobec starzenia się ludności w Stanach Zjednoczonych i Szwecji. Perspektywa komparatystyczna pozwala skontrastować i porównać podejście do problematyki osób starszych typowe dla amerykańskiego i szwedzkiego kontekstu społecznego, politycznego i kulturowego, a jednocześnie odwołać się do realiów polskich. Cofając się do genezy polskiej polityki społecznej, podejmuję próbę wyodrębnienia początków realizacji polityki wobec starzenia się w Polsce, nawiązując między innymi do reform współtowarzyszących transformacji ustrojowej po 1989 roku. Omawiam ówczesne oraz aktualne reformy systemu emerytalnego, nawiązując do uchwalonej w 1990 roku ustawy o pomocy społecznej, oceniam kondycję polskiego systemu opieki długoterminowej. Dokonuję także przeglądu

1 J. Auleytner, *Polska polityka społeczna. Kreowanie ładu społecznego*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2005, s. 160–161.

najważniejszych dokumentów strategicznych i programów rządowych, które w swojej wizji zawierają postulat intensyfikacji działań na rzecz osób starszych. Korzystam także ze statystyk i nawiązuję do struktury demograficznej kraju, które obrazują skalę i tempo procesu starzenia się populacji w Polsce.

Rozdział ten zamiast opisu dobrych praktyk, jak w przypadku dwóch poprzednich rozdziałów, zamyka lista dwudziestu czterech rekomendacji dla Polski, które zostały pogrupowane i omówione w ramach sześciu obszarów tematycznych: (1) w zakresie wzmocnienia struktury rządowych i pozarządowych organów reprezentujących interesy seniorów, (2) w zakresie przeciwdziałania negatywnym skutkom zmian demograficznych, (3) w zakresie podnoszenia jakości i rozszerzenia oferty polskiego sektora opieki, (4) w zakresie podnoszenia świadomości społecznej (działania o charakterze informacyjnym i edukacyjnym), (5) w zakresie przebudowy przestrzeni publicznej pod kątem potrzeb osób starszych oraz (6) w zakresie dalszych prac naukowo-badawczych.

3.1. Model amerykański i szwedzki – podobieństwa i różnice

Mimo powszechnego przeciwstawiania Stanów Zjednoczonych i Szwecji jako krajów reprezentujących najbardziej różniące się między sobą modele państwa dobrobytu uważna analiza pozwala dostrzec oznaki częściowej konwergencji, przejawiającej się zbliżonymi tendencjami w sposobie realizacji polityk społecznych w obu krajach. Zjawisko konwergencji zostało dostrzeżone i opisane w kontekście europejskich modeli państwa dobrobytu wewnątrz Unii Europejskiej². Dostępne są również analizy przemawiające za zjawiskiem częściowej amerykanizacji europejskich systemów socjalnych³. Znacznie mniej badaczy dopatruje się zjawiska konwergencji występującego między modelem socjaldemokratycznym a liberalnym. Tymczasem w zakresie polityki społecznej wobec procesu starzenia się ludności Stany Zjednoczone i Szwecja wykazują pewne cechy wspólne.

2 W. Anioł, *Dywergencja i konwergencja w rozwoju europejskiej polityki społecznej*, „Studia Europejskie” 2010, vol. 4, s. 29–62.

3 J. Alber, *What the European and American Welfare States Have in Common and Where They Differ: Facts and Fiction in Comparisons of the European Social Model and the United States*, „Journal of European Social Policy” 2010, vol. 20(2), s. 102–125.

Odwołując się do badań komparatystycznych Barbary Vis, możemy stwierdzić, że w latach 1985–2002 Szwecja doświadczyła przeobrażeń o charakterze wewnątrzmodelowym (co oznacza, że mimo reform nadal jest zaliczana do modelu socjaldemokratycznego), których kierunek określić można jako „silne zmniejszenie przynależności”⁴. Oznacza to, że obecnie Szwecja w sposób mniej oczywisty stanowi przykład socjaldemokratycznego *welfare state* w porównaniu do okresu 1945–1985. Współczesny kierunek reform określają przede wszystkim przyjęcie koncepcji Nowego Zarządzania Publicznego oraz częściowe urynkowanie usług społecznych. Jednym z podstawowych założeń socjaldemokracji jest interwencjonizm państwa i dominacja sektora publicznego w krajobrazie usług społecznych. Dynamiczny rozwój szwedzkiego państwa opiekuńczego po II wojnie światowej doprowadził do defamilizacji sektora opieki oraz wprowadzenia pojęcia kontraktu społecznego w miejsce kontraktu międzypokoleniowego. Od lat dziewięćdziesiątych XX wieku obserwuje się stopniowy wzrost roli nieformalnych opiekunów i malejącą liczbę osób starszych korzystających z usług placówek opiekuńczych stałego pobytu. Najnowsza ustawa o wolnym wyborze (*Lag om valfrihetssystem*) z 2009 roku zobowiązała gminy do wprowadzenia przed końcem 2014 roku kuponów (voucherów), które umożliwiają osobom starszym dokonywanie wyboru dostawcy usług opiekuńczych. Legislacja ta jest wyrazem wcielenia w życie teorii wolnego wyboru konsumenta, która jest charakterystyczna dla modelu liberalnego. W tym wypadku „amerykanizacja” szwedzkiego modelu państwa opiekuńczego polega na przełamaniu monopolu państwa i dopuszczeniu aktorów prywatnych na rynku usług dla seniorów.

Zdecentralizowana struktura administracyjna obu krajów – mimo iż jeden z nich to federacja, a drugi nie – wpływa na lokalny charakter realizowanych polityk względem osób starszych. W Stanach Zjednoczonych przyjęcie ustawy o osobach starszych (*Older Americans Act*) w 1965 roku doprowadziło do decentralizacji polityki społecznej wobec osób starszych i przeniesienia odpowiedzialności za jakość życia seniorów z rządu federalnego na poszczególne stany i Lokalne Agencje ds. Starzenia się (Area Agencies on Aging). Podobny

4 B. Vis, *States of Welfare or States of Workfare? Welfare State Restructuring in 16 Capitalist Democracies, 1985–2002*, „Policy & Politics” 2007, vol 35(1), [cyt. za:] R. Szarfenberg, *Reformy welfare state w świetle ilościowych badań porównawczych*, dostępne przez http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/reformy_ws.pdf (12.04.2013).

efekt miała przyjęta w Szwecji w 1992 roku *Ädelreformen*, w konsekwencji której gminy zostały obarczone całkowitą odpowiedzialnością za organizację i świadczenie usług (w tym – opieki długoterminowej) osobom starszym. Zdecentralizowana struktura obu krajów (federacja 50 stanów i dystryktu Kolumbia w USA i samodzielność decyzyjna 290 gmin w Szwecji) prowadzi do zjawiska występowania różnic w zakresie i jakości usług społecznych świadczonych przez poszczególne regiony. W tym kontekście należałoby posługiwać się terminem „państwo dobrobytu” w liczbie mnogiej i mówić o różniących się między sobą *welfare municipalities*⁵ w Szwecji i *welfare states* w USA. Lokalne różnice wynikają między innymi z opcji politycznej lokalnych władz. W przypadku gmin w Szwecji różnice są szczególnie widoczne pomiędzy poziomem prywatyzacji sektora usług opiekuńczych. Dla przykładu w gminie Sztokholm, gdzie w Radzie zasiada konserwatywna większość, 60% usług opiekuńczych w domu świadczonych jest przez prywatnych dostawców (według danych z 2010 roku)⁶. Dla odmiany w gminie Göteborg, rządzonej przez socjaldemokratyczną większość, pełen zakres opieki domowej świadczony jest przez podmioty publiczne⁷. Lokalne zróżnicowanie w Stanach Zjednoczonych przejawia się między innymi swobodą w dysponowaniu budżetem przez poszczególne stany, co powoduje, że subwencje rządu federalnego przyznawane na realizację celów zawartych w ustawie o osobach starszych wydatkowane są zgodnie z lokalnymi preferencjami. Co więcej, poszczególne stany opracowują własne kryteria kwalifikacji uprawniające do pomocy w ramach programu *Medicaid*. Brakuje także ogólnokrajowych standardów dotyczących różnych form opieki długoterminowej, co powoduje, że system bywa metaforycznie określany jako patchworkowy⁸ (stanowiący mozaikę różniących się od siebie elementów

5 T. Kröger, *The Dilemma of Municipalities: Scandinavian Approaches to Child Day-care Provision*, „Journal of Social Policy” 1997, vol. 26(4).

6 Socialstyrelsen, National Board of Health & Welfare, *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010*, Stockholm 2011, [cyt. za:] G. Meagher, M. Szebehely, *Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors and Consequences*, [w:] *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, eds. C. Ranci, E. Pavolini, Springer Science & Business Media, New York 2013.

7 *Ibidem*.

8 A.E. Scharlach, A.J. Lehning, *Government’s Role in Aging and Long-Term Care*, [w:] *Shared Risks, Shared Responsibilities: Government, Markets and Social Policy*

składowych). Różnice na poziomie regionalnym i lokalnym w USA dotyczą także dostępu do alternatywnych form opieki, takich jak model wioski (*village model*), który wciąż nie rozwinął się w dziesięciu stanach. Tego typu różnice skutkować mogą wzmożoną migracją osób starszych, które zechcą przeżyć starość w regionie uchodzącym za przyjazny seniorom (*aging friendly*). Zjawisko to może stanowić nowy wymiar migracji socjalnej.

Zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Szwecji zaobserwować można rosnącą liczbę oraz wzrost znaczenia opiekunów nieformalnych. Zjawisko to zachodzi równolegle do drugiego trendu, jakim jest zwrot w kierunku usług opiekuńczych świadczonych bezpośrednio w domu osoby starszej, w odróżnieniu od opieki świadczonej w instytucjach opiekuńczych. Podczas gdy w modelu liberalnym odpowiedzialność za swój byt tradycyjnie przypisywana jest jednostkom i członkom ich rodzin, w modelu nordyckim zaangażowanie rodzin w sprawowanie opieki zwykle było znikome. Obecnie w obu krajach koszty opieki nieformalnej nad osobami starszymi szacowane są na setki milionów dolarów/euro. W ciągu ostatnich kilku dekad w obu krajach powstała legislacja ułatwiająca godzenie obowiązków zawodowych ze świadczeniem nieformalnej opieki, a także chroniąca interesy nieformalnych opiekunów.

W Stanach Zjednoczonych w 1993 roku prezydent Bill Clinton podpisał ustawę *Family and Medical Leave Act*, która pozwala skorzystać z bezpłatnego urlopu w wymiarze do 12 tygodni w roku przyznanego ze względu na zły stan zdrowia członka rodziny. W 2000 roku rząd federalny utworzył Narodowy Program Wsparcia dla Nieformalnych Opiekunów (*National Family Caregiver Support Program*), w ramach którego przekazuje poszczególnym stanom środki finansowe przeznaczone na ułatwienie nieformalnym opiekunom pełnienia ich funkcji. W Szwecji w 1998 roku znowelizowano ustawę o usługach społecznych i dodano do niej zapis o powinności gmin do zapewnienia wsparcia i pomocy finansowej rodzinom opiekującym się niesamodzielnymi krewnymi. W 2009 roku zapis o powinności, interpretowany jako rekomendacja, podniesiono do rangi obowiązku gminy. W latach 1999–2001 rząd Szwecji przeznaczył trzysta milionów koron (ponad 30 milionów euro) na rozwój programów pomocowych dla nieformalnych opiekunów w ramach programu *Anhörig 300*. W 2005 roku dofinansowanie przedłużono o kolejne trzy lata i przeznaczono

in the Twenty-First Century, eds. J. Hacker, A. O'Leary, Oxford University Press, New York 2012.

na ten cel kolejne 25 milionów koron⁹. Tendencja do zachęcania rodzin do sprawowania opieki w domu nad osobą starszą wynika przede wszystkim z ekonomicznych konsekwencji zjawiska starzenia się populacji. Ze względu na stale wydłużającą się średnią długość trwania życia rośnie liczba najstarszych seniorów (osób powyżej 85. roku życia), których zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze jest największe. Konsekwentnie rosną wydatki państw na opiekę długoterminową, której koszty są najwyższe w przypadku usług świadczonych w placówkach stałego pobytu. Polityka wspierania nieformalnych opiekunów pozwala państwom poczynić oszczędności. Opieka świadczona w domu przez członka rodziny jest na ogół nieodpłatna, choć projekt zatrudniania członków rodzin w charakterze nieformalnego opiekuna realizowany jest na przykład w Holandii. Ponadto z uwagi na zwiększone zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze członkowie rodzin równoważą stosunek podaży do popytu i częściowo wypełniają lukę wynikającą z niedostatecznej liczby wykwalifikowanego personelu. Co więcej, oba kraje inwestują w rozwój nowych technologii (gerontechnologii), które mogą ułatwić sprawowanie opieki nad seniorami. Oba kraje kładą też nacisk na eliminację zjawiska „wykluczenia cyfrowego” (*digital divide*) wśród seniorów.

W obu krajach obserwuje się malejącą liczbę podopiecznych korzystających z usług placówek stałego pobytu. Na zjawisko to wpływa kilka czynników. Po pierwsze, umożliwienie egzystencji we własnym domu, z zachowaniem autonomii i poczucia bezpieczeństwa osoby starszej, uchodzi za priorytet polityki starzenia się realizowanej w krajach wysokorozwiniętych. Po drugie, w przypadku Stanów Zjednoczonych korzystanie z opieki zinstytucjonalizowanej jest niezwykle kosztowne, szczególnie w przypadku osób niekwalifikujących się do pomocy w ramach rządowego programu *Medicaid*. Po trzecie, w Szwecji toczy się debata na temat jakości opieki świadczonej przez instytucje, a wizerunek placówek stałego pobytu ucierpiał na skutek ujawnienia przez media kilku przypadków nadużyć. Po czwarte wreszcie, oba kraje starają się ograniczać wydatki z budżetu państwa na opiekę nad seniorami, a w związku z tym dostęp do finansowanych przez państwo usług jest stopniowo ograniczany poprzez stosowanie dodatkowych kryteriów kwalifikacji (czyli w przypadku Szwecji – redukcję zasady uniwersalności).

9 Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Care of the Elderly in Sweden Today: 2006*, Ordfrörrådet AB, Stockholm 2007.

Zarówno Stany Zjednoczone, jak i Szwecja to kraje protestanckie, w których wysoko ceni się etos pracy. W obu krajach istotną rolę przypisuje się aktywnej polityce rynku pracy, która w obliczu starzejącej się populacji znajduje swój wyraz w aktywizacji zawodowej seniorów. W USA na mocy przyjętej w 1967 roku ustawy ADEA (*Age Discrimination in Employment Act*) specjalną ochroną zostali objęci pracownicy w wieku 40–65 lat. W 1978 roku górna granica wieku osób chronionych przez prawo została podniesiona do 70 lat dla pracowników sektora prywatnego i całkowicie zlikwidowana dla pracowników sektora publicznego. Na mocy poprawki z 1986 roku ustawa całkowicie zlikwidowała górną granicę wieku (70 lat) i zniosła obowiązek przejścia na emeryturę z chwilą osiągnięcia wieku emerytalnego¹⁰. Prawodawstwo amerykańskie zaczęło do jeszcze dłuższej aktywności ekonomicznej niż Szwecja, w której ustawa o ochronie zatrudnienia z 1982 roku, znowelizowana w 2001 roku, chroni interesy pracownika do 67. roku życia. Obecnie trwają rozmowy nad przesunięciem górnej granicy wieku do 69. roku życia. Zapisy aktów prawnych nie idą w parze ze wskaźnikami aktywności zawodowej osób starszych, która jest wyższa w Skandynawii niż w USA. Według danych OECD z 2010 roku odsetek osób aktywnych zawodowo w przedziale wiekowym 55–64 lata wyniósł 60,3% w Stanach Zjednoczonych i 70,6% w Szwecji. Oba kraje mogą stanowić wzór dla Polski, w której współczynnik zatrudnienia we wskazanej grupie wiekowej wynosi zaledwie 34%¹¹. Zbieżność realizowanych polityk w zakresie aktywizacji osób starszych na rynku pracy wynika z doświadczanej przez starzejącą się populację zachwianej proporcji między liczbą osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Realizacja aktywnej polityki rynku pracy w stosunku do osób starszych ma na celu równoważenie malejącej liczby rąk do pracy, a w perspektywie długofalowej – zapewnienie stabilności systemu ubezpieczeń społecznych i rozwoju gospodarczego.

Przemiany zachodzące w Stanach Zjednoczonych w okresie urzędowania demokratycznego prezydenta Baracka Obamy świadczą o częściowej „europeizacji” kierunków i priorytetów amerykańskiej polityki społecznej. Na szczególną uwagę zasługuje obecnie trwająca reforma służby zdrowia, której celem jest

10 L.E. Dubé, *Removing the Cap – Eliminating Mandatory Retirement Under the ADEA*, „*Employment Relations Today*” 1988, vol. 15(3).

11 OECD, *Employment Rates by Age Group*, [w:] *OECD Factbook 2011: Economic, Environmental and Social Statistics*, Paris 2011.

wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawowa różnica między amerykańskim i europejskimi systemami ochrony zdrowia polega na tym, że europejskie są publiczne, obowiązkowe, powszechne, finansowane ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz podatków, a amerykański jest sprywatyzowany, kosztowny, zdeintegrowany i – jak do tej pory – dostępny tylko dla wybranych. Podstawowe założenia ustawy *Patient Protection and Affordable Care Act*, zwanej powszechnie programem *Obamacare*, przewidują objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym blisko 40 milionów nieubezpieczonych Amerykanów, eliminację praktyk dyskryminacyjnych polegających na różnicowaniu składek w oparciu o kryterium wieku i płci, ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych oraz utworzenie instytucji państwowego ubezpieczyciela w celu kontrolowania wzrostu cen polis¹². Mimo iż samą reformę służby zdrowia trudno nazwać przykładem „europeizacji” amerykańskiego systemu ubezpieczeń społecznych, ponieważ to w głównej mierze pracodawcy będą oferować grupowe, pracownicze ubezpieczenie zdrowotne na zasadach komercyjnych, to samą ideę upowszechnienia programu ubezpieczeń społecznych można zakwalifikować do cech charakterystycznych dla systemów europejskich. Ze względu na starzenie się pokolenia powojennego wyżu demograficznego państwowe programy *Medicare* i *Social Security* obejmują coraz większy odsetek społeczeństwa. W konsekwencji – rosną wydatki rządu federalnego na cele socjalne, co upodabnia strukturę wydatków USA, mierzonych jako odsetek PKB, do wydatków państw europejskich. Retoryka demokratów w kwestiach społecznych zbliżona jest do retoryki Unii Europejskiej, w której nacisk położony jest na wyrównywanie szans najmniej uprzywilejowanych grup społecznych: seniorów, kobiet, imigrantów, osób niepełnosprawnych oraz zagrożonych ubóstwem. W wypowiedzi z kwietnia 2010 roku prezydent Barack Obama stwierdził:

Moja administracja oddana jest kwestii zapewnienia starszym Amerykanom możliwości starzenia się w sile i długiego życia. Poprzez wzmocnienie programów *Medicare* i *Medicaid* oraz ochronę *Social Security* pomagamy wszystkim Amerykanom starzeć się z godnością. Wielu starszych mężczyzn i starszych kobiet należących do tego narodu pracowało niestrudzenie i poświęciło się, aby ich dzieci mogły osiągnąć więcej. Ich pasja i doświadczenie

12 Kongres Stanów Zjednoczonych, *The Patient Protection and Affordable Care Act*, ustawa z dnia 23 marca 2010 roku.

stanowi dla nas inspirację, mamy teraz zaszczyt obdarzyć opieką pokolenia, których dziedzictwo nadal wzbogaca nasz naród i kształtuje naszą przyszłość [tłum. aut.]¹³.

Zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Szwecji osoby starsze postrzegane są jako grupa społeczna zasługująca na szczególne traktowanie. W USA wynika to z przywiązania do idei niezależności i wolności jednostki, która powinna być zagwarantowana bez względu na wiek. W Szwecji z poczucia społecznej solidarności i zasady kolektywnego podziału ryzyka (*collective risk sharing*). Oba kraje dysponują legislacją chroniącą interesy seniorów na rynku pracy oraz zobowiązującą podmioty lokalne do zapewnienia powszechnego dostępu do usług społecznych. Tradycja otaczania seniorów szczególną opieką państwa jest długa. Ustawa o osobach starszych w USA liczy już sobie 50 lat (1965–2015). Jej założenia są wciąż aktualne, a zapoczątkowane przez nią projekty, takie jak narodowy program żywnościowy *Meals-on-Wheels*, rozwijają się nieustannie. W Szwecji w ramach struktury Ministerstwa Zdrowia i Spraw Społecznych funkcjonuje urząd Ministra ds. Dzieci, Osób Starszych i Równouprawnienia (Barn, äldre och jämställdhetsminister), do którego kompetencji zaliczyć można między innymi dbanie o wysokie standardy usług opiekuńczych. Legislacja jest regularnie aktualizowana w oparciu o zdiagnozowane problemy i potrzeby osób starszych. Dla przykładu w 2012 roku do szwedzkiej ustawy o usługach społecznych wprowadzono nowelizację umożliwiającą wspólne zamieszkiwanie tym parom, które spędziły razem ze sobą wiele lat, a na starość jedno z partnerów wymaga umieszczenia w placówce opiekuńczej. Tego typu podejście świadczy o poszanowaniu ludzkiej godności, wysokiej wrażliwości na potrzeby osób starszych oraz o perspektywie stawiającej człowieka starego w centrum zainteresowania polityki społecznej, której rolą jest przede wszystkim pomoc i służba, a dopiero w drugiej kolejności regulacja i standaryzacja.

Mimo dostrzeżenia pewnych cech wspólnych i tendencji zbieżnych w realizacji polityk senioralnych w Stanach Zjednoczonych i Szwecji kraje te wciąż reprezentują różne modele państwa dobrobytu. Stany Zjednoczone to kraj, w którym znaczna część praw socjalnych przysługuje w oparciu o kryterium

13 B. Obama, *Obama Administration Record for Seniors*, wypowiedź z 28 kwietnia 2010 roku, dostępne przez http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/seniors_record_0.pdf (20.03.2013).

zatrudnienia, a o przyznaniu pomocy społecznej decyduje na ogół kryterium dochodowe. Niektóre elementy systemu zabezpieczenia społecznego, takie jak opieka zdrowotna lub system emerytalny, w znacznej mierze realizowane są za pośrednictwem pracodawców, poprzez pracownicze programy emerytalne lub grupowe ubezpieczenia (plany) zdrowotne. W zestawieniach międzynarodowych Stany plasują się nisko pod względem wysokości wydatków państwa na cele socjalne, mierzonych jako odsetek produktu krajowego brutto. Stosunkowo późno, bo dopiero w latach trzydziestych XX wieku, powstał tam system ubezpieczeń społecznych, który początkowo obejmował tylko wybrane grupy społeczne. To także jeden z nielicznych krajów wysokorozwiniętych, w których nie funkcjonuje powszechny, publiczny system opieki zdrowotnej. Publicznym systemem *Medicare* objęte są jedynie osoby, które ukończyły 65. rok życia. Reszta społeczeństwa uczestniczy w sprywatyzowanym i kosztownym systemie ochrony zdrowia. Pod kątem zakresu świadczeń i usług oferowanych obywatelom przez państwo Stany Zjednoczone można nazwać państwem-stróżem nocnym, choć w ostatnich latach w literaturze przedmiotu pojawiło się alternatywne określenie – „państwo usamodzielniające” (*enabling state*), które odzwierciedla charakterystyczne dla USA „urynkowane” podejście do opieki społecznej (*market-oriented approach to social welfare*)¹⁴. Badacze amerykańskiego *welfare state* stoją na stanowisku, że Stany Zjednoczone cechuje odmienna niż w Europie struktura wydatków na cele socjalne, że pomoc świadczona jest w bardziej pośredni sposób oraz że istotne znaczenie w porównaniach międzynarodowych ma wysoki udział wydatków prywatnych na cele społeczne¹⁵.

W Szwecji prawa socjalne są uniwersalne, a o ich przyznaniu decyduje kryterium obywatelstwa. Różne formy pomocy społecznej przydzielane są albo

14 N. Gilbert, *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, Oxford–New York 2002, s. 44.

15 N. Gilbert, *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, Oxford i Nowy Jork 2002; W. Adema i M. Ladaïque, *How Expensive is the Welfare State?: Gross and Net Indicators in the OECD Social Expenditure Database*, „OECD Social, Employment, and Migration Working Papers” 2009, vol. 92; J. Alber, *What the European and American Welfare States Have in Common and Where They Differ: Facts and Fiction in Comparisons of the European Social Model and the United States*, „Journal of European Social Policy” 2010, vol. 20(2), s. 102–125.

w oparciu o zasadę uniwersalności, albo według kryterium potrzeb. Wydatki państwa na cele socjalne należą do najwyższych na świecie. Geneza systemu emerytalnego sięga pierwszej dekady XX wieku. Szwedzki system emerytalny od początku istnienia był systemem uniwersalnym, powszechnym i objął swoim zasięgiem całe społeczeństwo, z populacją rolniczą włącznie. Szwedzki system opieki zdrowotnej finansowany jest z podatków, a zakres świadczeń bezpłatnych oferowanych przez sektor publiczny jest szeroki. Szwecja stanowi przykład państwa opiekuńczego „od kołyski do grobu” (*from cradle to grave*), czyli takiego, które oferuje szeroki zakres publicznych, nieodpłatnych świadczeń i usług społecznych od momentu narodzin do późnej starości. Szwecja reprezentuje nordycki model państwa dobrobytu, choć od połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku konsekwentnie wprowadza rozwiązania zmierzające w stronę ograniczenia zakresu świadczeń socjalnych i prywatyzacji sektora opieki.

Systemy emerytalne Stanów Zjednoczonych i Szwecji różnią się zarówno strukturą, jak i wartościami, jakie reprezentują. Podstawowa różnica polega na braku komponentu kapitałowego w systemie amerykańskim – odpowiednika szwedzkiej *Premiepension* lub polskiego II filara. Wprowadzenie systemu kapitałowego w 1998 roku w Szwecji i w 1999 roku w Polsce miało na celu ochronę stabilności systemu emerytalnego, zagrożonego zachwianiem proporcji między świadczeniobiorcami a osobami w wieku produkcyjnym. Systemy repartycyjne (*pay-as-you-go*), takie jak amerykańskie *Social Security*, są wrażliwe na zmiany demograficzne, a w przypadku rosnącego współczynnika obciążenia demograficznego w konsekwencji mogą prowadzić do przeistoczenia międzypokoleniowego kontraktu w międzypokoleniowy konflikt. Społeczeństwo amerykańskie jest w znacznej mierze „społeczeństwem własności prywatnej” (*ownership society*) i w związku z tym oszczędności i przychód z posiadanych aktywów stanowią drugie w kolejności najważniejsze źródło zabezpieczenia finansowego na starość (zaraz za *Social Security*)¹⁶.

W USA dużą popularnością cieszą się pracownicze programy emerytalne, do których w krajach europejskich należy znacznie mniej osób. W odróżnieniu od szwedzkiego państwa opiekuńczego Stany Zjednoczone nie oferują tak zwanej emerytury gwarantowanej (*Garantipension*), która w Szwecji

16 H.R. Moody, *Aging: Concepts and Controversies*, Pine Forge Press, Thousand Oaks 2010.

finansowana jest z podatków i przysługuje osobom ubogim, nieposiadającym wystarczającej historii zatrudnienia, by otrzymywać emeryturę dochodową. Dodatkowo system emerytalny USA nie uwzględnia kryterium płci w swoich rozwiązaniach, a w konsekwencji – nie popularyzuje idei równości płci. Model skandynawski wspiera związki, w których oboje partnerzy pracują. Zachęca kobiety do aktywnego uczestniczenia w rynku pracy. System amerykański bazuje na tradycyjnym modelu rodziny, w którym mężczyzna jest żywicielem, a kobieta zajmuje się domem. Pracująca kobieta otrzymuje własne świadczenie emerytalne wówczas, gdy historia jej zarobków jest wyższa od zarobków małżonka. W przeciwnym wypadku z chwilą osiągnięcia wieku emerytalnego przysługuje jej 50% świadczenia męża, co powoduje, że indywidualnie zgromadzone „kwartały” w okresie aktywności zawodowej tracą na znaczeniu¹⁷.

System opieki długoterminowej w Stanach Zjednoczonych jest zdeintegrowany, sfragmentaryzowany i kosztowny. Nie istnieją ogólnokrajowe standardy jakości ani narzędzia ewaluacji świadczonych usług. Sektor opieki jest sfeminizowany, nisko płatny i zdominowany przez imigrantów o różnym pochodzeniu narodowym i etnicznym¹⁸. Brak ogólnokrajowych standardów i słabo wykwalifikowany personel to główne determinanty niskiej jakości świadczonych usług. Prywatne, licencjonowane instytucje oferujące „życie z doглядem” (*Assisted Living*) przeznaczone są dla zamożnych seniorów. Ich koszt to nawet 37 tysięcy dolarów rocznie¹⁹. Rządowy program *Medicaid* pokrywa koszt opieki długoterminowej jedynie najuboższej części społeczeństwa. Wydatki programu *Medicaid* stanowią zaledwie jedną czwartą ekonomicznej wartości usług opiekuńczych świadczonych nieformalnie²⁰. Zaletą systemu amerykańskiego jest silnie rozwinięte społeczeństwo obywatelskie, dzięki któremu powstają rozmaite oddolne inicjatywy

17 Congress of the U.S., *Inequities Toward Women in the Social Security System*, House Task Force on Social Security and Women, Government Printing Office, Washington 1983.

18 A.E. Scharlach, A.J. Lehning, *op. cit.*

19 T.R. Prohaska, L.A. Anderson, R.H. Binstock, *Public Health for an Aging Society*, The John Hopkins University Press, Baltimore 2012, s. 59.

20 L. Feinberg, S.C. Reinhard, A. Houser, R. Choula, *Valuing the Invaluable: 2011 Update. The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving*, AARP Public Policy Institute, Washington 2011.

(na przykład „model wioski”), które uzupełniają braki w administrowanym przez państwo systemie opieki społecznej. Coraz istotniejszego znaczenia nabiera także wolontariat.

W Szwecji zapewnienie dostępu do różnych form opieki długoterminowej należy do obowiązków gminy. Gminy otrzymują na ten cel dofinansowanie od rządu. Ustawa o usługach społecznych (*Socialtjänstlagen*) precyzuje, że usługi świadczone przez lokalny samorząd muszą wyróżniać się wysoką jakością, a zaangażowany do pracy personel musi być wykwalifikowany i doświadczony²¹. Usługodawcy zobowiązani są wykazać poszanowanie dla prawa klienta do prywatności i samostanowienia o sobie. Cechą charakterystyczną szwedzkiego sektora opieki jest zjawisko profesjonalizacji usług opiekuńczych, będące efektem działań nordyckich ruchów feministycznych, które z sukcesem dążyły do zmiany charakteru tych usług – z bezpłatnej pracy świadczonej w domu w profesjonalny zawód pracownika socjalnego. Mimo częściowej prywatyzacji szwedzkiego sektora opieki system finansowany jest przede wszystkim przez państwo (w proporcji 85% z lokalnych podatków, 10% z budżetu państwa i 5% z opłat konsumentów)²². Obecnie Szwecja zmagą się z problemem rosnących wydatków na usługi opiekuńcze dla seniorów oraz niewystarczającej liczby wykwalifikowanych opiekunów. To może częściowo tłumaczyć obserwowany w Szwecji od lat dziewięćdziesiątych XX wieku wzrost roli rodziny jako dostawcy usług opiekuńczych.

Tym, co odróżnia oba kraje, jest stosunek społeczeństwa do państwa i instytucji rządu. Amerykański kult indywidualizmu i tradycyjne dla społeczeństwa amerykańskiego przywiązanie do idei niezależności skutkują niskim poziomem zaufania i stosunkową niechęcią obywateli do rozwiązań federalnych, centralnych, odgórnie narzuconych. W Szwecji, dla odmiany, terminy „państwo” (*stat*) i „społeczeństwo” (*samhälle*) bywają stosowane wymiennie, a państwo szwedzkie metaforycznie nazywane jest „domem wszystkich ludzi” (ang. *people's home*, szw. *Folkhemmet*), w którym panuje solidarność społeczna. Państwo jest głównym podmiotem polityki społecznej, a poziom zaufania obywateli do rządu jest wysoki. Tego typu uwarunkowania społeczno-kulturowe i ideologiczne w sposób pośredni wpływają na specyfikę polityki społecznej realizowanej w danym kraju.

21 *Socialtjänstlagen* 1982, rozdz. 2.

22 G. Meagher, M. Szebehely, *op. cit.*

W Stanach Zjednoczonych polityka społeczna jest idiomatycznie nazywana „trzecią szyną prądową” (*the third rail of the American politics*), czyli obszarem polityki trudnym, kontrowersyjnym, wzbudzającym społeczne emocje. Próba podniesienia podatków lub wprowadzenia reform w systemie ubezpieczeń społecznych skutkować może polityczną „śmiercią”, czyli gwałtownym spadkiem poparcia wśród wyborców. Przykładem może być nieudana próba reformy systemu służby zdrowia Billa Clintona lub krytykowana przez „siwe lobby” kampania na rzecz prywatyzacji *Social Security* Geорга W. Busha. W Szwecji, mimo decentralizacji usług społecznych po 1992 roku, to państwo wyznacza priorytety i kierunki polityki społecznej. Większość elementów szwedzkiego systemu zabezpieczenia społecznego finansowanych jest z budżetu państwa. Solidarność społeczna powoduje, że obywatele godzą się na płaćenie wysokich, progresywnych podatków. W zamian otrzymują gwarancję wsparcia od państwa w trudnych sytuacjach losowych.

Oba kraje różnią się kulturą polityczną i strukturą sceny politycznej. Dwupartyjny system polityczny Stanów Zjednoczonych staje się coraz bardziej spolaryzowany, a różnice ideologiczne między Partią Demokratyczną a Partią Republikańską rzadko pozwalają na wprowadzanie reform w drodze konsensusu. Istotny rozwój rozwiązań w obszarze polityki społecznej przypada na okres prezydentury demokratycznych prezydentów (na przykład program reform Franklina D. Roosevelta zwany „Nowym Ładem”, program „Wielkiego Społeczeństwa” Lyndona B. Johnsona czy też reforma służby zdrowia Baracka Obamy). Szwecję z kolei cechują wielobiegunowa scena polityczna i silnie zakorzeniona tradycja wielostronnych negocjacji i dialogu z partnerami społecznymi oraz dążenie do kompromisu. Przykładem realizacji tego typu podejścia były rozmowy w sprawie reformy emerytalnej, które trwały – z przerwami – od 1991 do 1998 roku i zakończyły się wypracowaniem rozwiązań akceptowalnych zarówno dla socjaldemokratów, jak i liberałów i konserwatystów. Przedkładanie interesu państwa nad interesy partyjne znajduje odzwierciedlenie w zasadzie parlamentaryzmu mniejszościowego, która umożliwia sprawowanie władzy przez partię posiadającą mniejszość w parlamencie.

W celu syntetycznego ujęcia podobieństw i różnic występujących między politykami społecznymi obu krajów posługuję się zestawieniem tabelarycznym (patrz tabela 3.1).

Tabela 3.1. Porównanie Stanów Zjednoczonych i Szwecji – główne założenia, tendencje, kierunki i sposoby realizacji polityki społecznej wobec starzenia się populacji

PODOBIENSTWA	RÓŻNICE
1	2
<p>1. USA i Szwecja: Oba kraje doświadczają przeobrażeń o charakterze wewnątrzmodelowym prowadzących w stronę zmniejszenia przynależności (symptomy częściowej „europeizacji” modelu liberalnego oraz częściowej „amerykanizacji” modelu socjaldemokratycznego).</p>	<p>1. Stosunek społeczeństwa do instytucji państwa/rządu. USA: niski poziom zaufania obywateli do instytucji rządowych, niechęć wobec rozwiązań federalnych, odgórnie narzucanych; Szwecja: wysoki poziom zaufania obywateli do instytucji rządowych, terminy „państwo” (<i>stat</i>) i „społeczeństwo” (<i>samhälle</i>) tożsame, stosowane wymiennie.</p>
<p>2. USA i Szwecja: Wysoki poziom legitymizacji potrzeb seniorów (osoby starsze postrzegane jako grupa społeczna zasługująca na pomoc ze strony państwa).</p>	<p>2. Kultura polityczna i kompozycja sceny politycznej. USA: spolaryzowany, dwupartyjny system polityczny, brak wspólnej wizji polityki społecznej, brak współpracy i konsensusu przy wprowadzaniu reform społecznych; Szwecja: wielobiegunowa scena polityczna, tradycja wielostronnych negocjacji, kompromisu, dialogu społecznego, możliwość wdrażania długofalowych projektów.</p>
<p>3. USA i Szwecja: Decentralizacja, lokalny charakter podaży usług dla seniorów; różnice występujące między regionami. Terminy <i>welfare states</i> (USA) oraz <i>welfare municipalities</i> (Szwecja) bardziej adekwatne od tradycyjnego <i>welfare state</i>.</p>	<p>3. Struktura i organizacja systemu emerytalnego. USA: brak komponentu kapitałowego, niska stopa zastąpienia, wysoka zależność od własnej przedsiębiorczości i oszczędności; Szwecja: struktura trójfilarowa, współistnienie systemu repartycyjnego i kapitałowego, wysoka stopa zastąpienia, instytucja „emerytury gwarantowanej” dla najuboższych.</p>

1	2
<p>4. USA i Szwecja: Aktywna polityka rynku pracy, nacisk położony na aktywizację społeczną i zawodową osób starszych (uwarunkowania filozoficzno-kulturowe: protestantyzm, etos pracy).</p>	<p>4. Organizacja i finansowanie systemu opieki zdrowotnej. USA: brak ogólnonarodowego, powszechnego systemu opieki zdrowotnej, system sprywatyzowany, kosztowny, znaczny odsetek ubezpieczeń zdrowotnych wykupionych przez pracodawców, prawa socjalne uzależnione od statusu posiadania zatrudnienia, osoby 65+ objęte federalnym programem <i>Medicare</i>; Szwecja: system powszechny, uniwersalny, finansowany z budżetu państwa, opieka medyczna gwarantowana na równych prawach.</p>
<p>5. USA i Szwecja: Refamilizacja opieki, wzrost znaczenia opiekunów nieformalnych, rozwój legislacji umożliwiającej świadczenie nieformalnej opieki w domu.</p>	<p>5. Dominujący typ świadczeń socjalnych. USA: przewaga selektywnych (wybiórczych) świadczeń socjalnych przyznawanych indywidualnie na podstawie kryterium dochodowego (tak zwane <i>means-tested entitlements</i>), brak programów pomocowych o charakterze uniwersalnym; Szwecja: uniwersalny charakter państwa dobrobytu, świadczenia socjalne przyznawane w oparciu o kryterium obywatelstwa, realizacja koncepcji „obywatelstwa socjalnego” (<i>social citizenship</i>) Thomasa H. Marshalla.</p>
<p>6. USA i Szwecja: Stopniowy wzrost liczby zinstytucjonalizowanych usług opiekuńczych świadczonych w domu lub bezpośrednim otoczeniu osób starszych przy jednoczesnym spadku liczby osób korzystających z placówek stałego pobytu (przewaga tak zwanych <i>Home and Community Based Services</i> nad formami stacjonarnymi).</p>	<p>6. Stopień prywatyzacji usług opiekuńczych. USA: tradycyjnie wysoki udział sektora prywatnego w podaży usług opiekuńczych, niski poziom dekomodyfikacji, komercjalizacja i marketingizacja opieki długoterminowej; Szwecja: tradycyjnie niski udział sektora prywatnego w podaży usług opiekuńczych, wysoki poziom dekomodyfikacji, stopniowe otwieranie się na prywatyzację po wejściu w życie ustawy o wolnym wyborze z 2009 roku.</p>

1	2
7. USA i Szwecja: Wysoko rozwinięte rzecznictwo interesów osób starszych, wysoki poziom formalizacji organizacji seniorów, „siwe lobby” liczącym się głosem w debacie publicznej.	7. Społeczno-kulturowa percepcja okresu emerytury. USA: kultura „wczesnego wyjścia” z rynku pracy, niechęć względem rządowych projektów podniesienia wieku emerytalnego; Szwecja: kultura „późnego wyjścia” z rynku pracy, stosunek ambiwalentny względem rządowych projektów podniesienia wieku emerytalnego.
8. USA i Szwecja: Inwestowanie w rozwój gerontechnologii, zastosowanie nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych w pracy socjalnej, systemie opieki zdrowotnej, w domostwach osób niesamodzielnych; walka z „cyfrowym wykluczeniem” (<i>digital divide</i>) osób starszych.	8. Rola trzeciego sektora w realizacji polityki senioralnej. USA: liczne inicjatywy oddolne oraz organizacje dobroczynne pełnią funkcję komplementarną względem skromnej podaży usług społecznych świadczonych przez sektor publiczny; Szwecja: sektor publiczny głównym aktorem polityki społecznej i dostarczycielem usług społecznych.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując, możemy stwierdzić, że populacje obu krajów reprezentują starzejące się społeczeństwa wysokorozwinięte, których elity rządzące starają się dostosować legislację do zmieniającego się krajobrazu demograficznego. Seniorzy uchodzą tam za grupę społeczną zasługującą na wsparcie ze strony państwa²³. Retoryka władz jest zbliżona – nie traktuje pokolenia ludzi starszych jako „problemu do rozwiązania”, lecz dąży do aktywizacji i zagospodarowania potencjału seniorów. Oba kraje obfitują w przykłady dobrych praktyk w zakresie polityki społecznej wobec osób starszych, jednakże wyodrębnione przeze mnie wzorce dotyczą odmiennych obszarów. W Stanach Zjednoczonych na szczególną uwagę zasługuje ustawa o osobach starszych (*Older Americans Act*), która stanowi podłoże legislacyjne do utworzenia sieci programów i usług skierowanych pod adresem osób starszych na szczeblu stanowym

23 Pomimo chwilowego zachwiania tej percepcji w USA pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku i wykształcenia się wizerunku *greedy geezers*, czyli amerykańskich „chciwych staruszków”.

i lokalnym²⁴. W Szwecji wyróżnikiem na skalę międzynarodową jest wysoki stopień aktywizacji seniorów, przejawiający się wysokim wskaźnikiem zatrudnienia osób w wieku okołoemerytalnym. Na uwagę zasługuje również kompleksowe, długofalowe i horyzontalne podejście władz do zjawiska starzenia się populacji, dzięki któremu równolegle realizowane są reformy systemu emerytalnego, systemu edukacji, systemu opieki społecznej, polityki rodzinnej, polityki rynku pracy i innych obszarów.

Przykład Stanów Zjednoczonych pokazał, jak istotną rolę odgrywają dojrzałe społeczeństwo obywatelskie i mnogość inicjatyw oddolnych, które pełnią funkcję komplementarną wobec skromnego zakresu usług świadczonych przez państwo. Kraje skandynawskie inwestują w rozwój nowoczesnych technologii i prowadzą badania naukowe nad wykorzystaniem innowacyjnych rozwiązań w sektorze opieki i ochrony zdrowia. Mimo iż oba kraje reprezentują dalece różniące się od siebie modele państwa dobrobytu, z przekonaniem stwierdzam, że w dziedzinie polityki starzenia się stanowią bogate źródło wiedzy i inspiracji dla Polski. W oparciu o przeprowadzone badania, czerpiąc z doświadczeń innych krajów, a jednocześnie rozumiejąc specyfikę polskich realiów społeczno-politycznych, w ostatniej części książki formułuję szereg rekomendacji dla Polski, których uwzględnienie oraz wdrożenie może przyczynić się do rozwoju dojrzałej i efektywnej polityki społecznej wobec starzenia się ludności.

3.2. Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w Polsce

Polska stanowi przykład nowego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, należącego do obciążonego historycznie, postkomunistycznego regionu Europy Środkowo-Wschodniej. Realizowany w Polsce model polityki społecznej trudno scharakteryzować w oparciu o dotychczas opracowane typologie *welfare states*. Najczęściej opisywany bywa jako swoista hybryda, łącząca elementy modelu konserwatywnego, śródziemnomorskiego i socjaldemokratycznego, a w okresie transformacji ustrojowej podlegająca wpływowi doktryny neoliberalnej propagowanej przez międzynarodowe instytucje finansowe²⁵. Do cech

24 *Older Americans Act* 1965.

25 W. Anioł, *Dywergencja i konwergencja w rozwoju europejskiej polityki społecznej*, „Studia Europejskie” 2010, nr 4, s. 29–62.

typowych dla modelu konserwatywnego zaliczyć można „dominację techniki ubezpieczeniowej w konstrukcji systemu zabezpieczenia społecznego i duże uzależnienie praw socjalnych od statusu obywatela na rynku pracy”²⁶. Do modelu socjaldemokratycznego zbliża Polskę dominacja państwa jako głównego aktora polityki społecznej i sektora publicznego jako głównego dostarczyciela usług społecznych. Cechą wspólną z modelem śródziemnomorskim jest przywiązanie do tradycyjnej roli rodziny, a także wpływ czynników religijnych i encyklik papieskich na obecny kształt polityki społecznej.

Współczesną politykę społeczną w Polsce do pewnego stopnia ukształtowały organizacje międzynarodowe: Międzynarodowa Organizacja Pracy (szczególnie w okresie międzywojennym), Bank Światowy (szczególnie w okresie transformacji ustrojowej) oraz Unia Europejska (głównie w okresie akcesji Polski do struktur unijnych). Międzynarodowa Organizacja Pracy wyznaczyła podstawowe standardy dotyczące praw pracowniczych, Bank Światowy przyczynił się do wprowadzenia trójfilarowego systemu emerytalnego w 1999 roku, Unia Europejska zaś za pośrednictwem takich dokumentów, jak *Odnowiona Agenda Społeczna*, poprzez otwartą metodę koordynacji, wyznaczyła nowym państwom członkowskim priorytetowe kierunki rozwoju wewnętrznych polityk społecznych.

Prawo do zabezpieczenia społecznego przysługuje obywatelom Polski na podstawie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku. Zgodnie z artykułem 67 ust. 1 „obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego”, a także, zgodnie z ustępem drugim, „obywatel pozostający bez pracy nie z własnej woli i niemający innych środków utrzymania ma prawo do zabezpieczenia społecznego”. Artykuł 68 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia, gwarantuje „równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”, a także „szczególną opiekę zdrowotną” osobom w podeszłym wieku. Ponadto Konstytucja gwarantuje pomoc ze strony państwa dla osób niepełnosprawnych oraz równy dostęp do edukacji, która świadczona jest przez instytucje publiczne bezpłatnie. Ustawa zasadnicza chroni dobro rodziny, prawa dziecka, a także przeciwdziała zjawisku bezdomności. Oprócz Konstytucji RP na polskie ustawodawstwo społeczne składają się Kodeks Pracy, ustawa

26 *Ibidem*, s. 47.

o pomocy społecznej, ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, a także inne akty prawne.

Na politykę społeczną wobec starzenia się ludności składają się zarówno elementy polityki zabezpieczenia społecznego (w tym emerytalnego), polityki ochrony zdrowia, polityki związanej z realizacją zadań sektora opieki społecznej, jak i polityki aktywizacji osób starszych. Polska stanowi przykład kraju, w którym dopiero niedawno dostrzeżono potrzebę wyodrębnienia problematyki osób starszych z ogólnego nurtu polityki społecznej. Terminy takie jak „polityka wobec starości”, „polityka wobec starzenia się” lub „polityka trzeciego/czwartego wieku” stosowane są sporadycznie, częściej przez naukowców niż przez elity polityczne. Biorąc to pod uwagę, traktuję rok 2012 jako przełomowy z punktu widzenia interesów seniorów. W 2012 roku został powołany do życia Departament Polityki Senioralnej, który w ramach struktury Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej rozpoczął prace nad sformulowaniem założeń długofalowej polskiej „polityki senioralnej”. W grudniu 2013 roku założenia opracowane przez Departament zostały przyjęte uchwałą Rady Ministrów na lata 2014–2020.

3.2.1. Struktura demograficzna kraju

Według stanu z grudnia 2013 roku Polskę zamieszkuje populacja licząca 38 milionów 496 tysięcy osób²⁷. W porównaniu do lat ubiegłych to o około 20 tysięcy mniej z każdym kolejnym rokiem, i aż o 42 tysiące mniej niż w rekordowym pod względem liczby ludności roku 2011.

W perspektywie historycznej obecna liczba populacji Polski przewyższa o ponad 14 milionów tę oszacowaną tuż po II wojnie światowej. Najbardziej dynamiczny przyrost liczby ludności przypadł na lata pięćdziesiąte XX wieku – w ciągu dekady w Polsce przybyło blisko 5 milionów mieszkańców. Do głównych powodów nagłego wzrostu liczby ludności należy zaliczyć boom demograficzny lat pięćdziesiątych oraz falę imigrantów powracających po wojnie do kraju. Kolejny wyż demograficzny miał miejsce na początku lat osiemdziesiątych i był wynikiem osiągnięcia dorosłości i zakładania rodzin przez liczne roczniki urodzone w latach pięćdziesiątych.

27 GUS, *Rocznik Demograficzny 2014*, Warszawa 2014.

Aktualny do dziś pułap 38 milionów populacja Polski przekroczyła w 1990 roku. Według danych z 2014 roku pod względem liczby ludności Polska plasuje się na szóstym miejscu w grupie państw Unii Europejskiej²⁸ oraz na trzydziestym piątym miejscu na świecie²⁹. Przewiduje się, że do roku 2050 populacja Polski zmniejszy się o około 4 i pół miliona i wynosić będzie 33 miliony 951 tysięcy. Obserwowany będzie dalszy ujemny przyrost naturalny, a osoby w wieku 65 lat i więcej stanowią będą prawie jedną trzecią ogółu obywateli³⁰.

Struktura płci polskiego społeczeństwa jest stosunkowo niezmienna. Kobiety stanowią 52% ogółu populacji, co oznacza, że na 100 mężczyzn przypada średnio 107 kobiet. Dysproporcja ta zwiększa się wraz z wiekiem – w grupie wiekowej powyżej 70. roku życia na 100 mężczyzn przypada aż 180 kobiet³¹. Zjawisko to związane jest z nadumieralnością mężczyzn. Według danych z 2013 roku średnia długość trwania życia kobiet wynosi 81,1 lat w porównaniu do 73,1 lat w przypadku mężczyzn³². W stosunku do roku 1990 długość życia kobiet wzrosła o 4,9, a mężczyzn o blisko 7 lat³³. Z uwagi na rozwój nowoczesnych usług medycznych, wczesną diagnostykę chorób, popularyzację zdrowego trybu życia, zmianę nawyków żywieniowych, ograniczenie liczby nałogów i ogólnie pojęty postęp cywilizacyjny średnia długość trwania życia Polaków regularnie się wydłuża, co przedstawia tabela 3.2. Mediana wieku (tak zwany wiek środkowy ludności) wynosiła 39,1 lat w 2009 roku i wzrosła od 2000 roku o trzy lata i siedem miesięcy. Mediana wieku mężczyzn jest niższa i wynosi 37,5 lat, u kobiet zaś 40,1 lat. Podobnie mediana wieku mieszkańców wsi jest niższa od średniej wieku mieszkańców miast o ponad rok i wynosi 38,5 lat³⁴.

28 Eurostat, *Europe in Figures. Eurostat Yearbook 2014*, Luxembourg 2015.

29 Central Intelligence Agency, *The World Factbook. Country Comparison: Population*, dostępne przez https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/rawdata_2119.txt (17.12.2014).

30 GUS, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014.

31 GUS, „Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku”, materiał informacyjny na konferencję prasową w dniu 30 stycznia 2014 roku.

32 GUS, *Trwanie życia w 2013 roku*, Warszawa 2014.

33 *Ibidem*.

34 GUS, *Mediana wieku ludności (wiek środkowy ludności) według płci*, dostępne przez http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/opole/ASSETS_10w05_07.pdf (10.02.2013).

Tabela 3.2. Przeciętna dalsza długość trwania życia w Polsce w chwili urodzenia w latach 1950–2010, według płci

Lata	Mężczyźni	Kobiety
1950	56,1	61,7
1960	64,9	70,6
1970	66,6	73,3
1980	66,0	74,4
1990	66,2	75,2
2000	69,7	78,0
2010	72,1	80,6

Źródło: GUS, *Trwanie życia w 2013 r.*, dostępne przez <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2013-r-,2,8.html> (20.09.2014)

Wskutek wzrostu wartości średniej długości trwania życia w Polsce zaobserwować można dwa postępujące w czasie zjawiska, które stanowią dalekosiężne wyzwania dla polityki społecznej. Pierwsze z nich to wzrost liczby tak zwanych najstarszych seniorów (osób w wieku 85+). Według prognoz ich liczba wzrośnie z pół miliona w 2010 roku do 800 tysięcy w 2030 roku; jednocześnie liczba stulatków zwiększy się pięciokrotnie, do ponad 9 tysięcy³⁵. Wzrost odsetka osób reprezentujących najstarsze grupy wiekowe oznacza przede wszystkim wyzwanie dla systemu opieki długoterminowej i systemu służby zdrowia. Jest także argumentem przemawiającym za przyjęciem projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, gdyż zjawisko niesamodzielności i/lub niepełnosprawności często współwystępuje wraz z zaawansowanym wiekiem. Drugim symptomem zmian jest rosnący współczynnik obciążenia demograficznego, który mierzy liczbę osób w wieku nieprodukcyjnym (przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym) przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym. Według Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej „w 2007 roku na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 55 osób w wieku nieprodukcyjnym (to jest 25 osób w wieku poprodukcyjnym oraz 30 w wieku do 17 lat), podczas gdy w 2000 roku współczynnik ten wynosił 64, (24 – dla poprodukcyjnego i 40

35 GUS, *Prognoza ludności na lata 2003–2030*, Warszawa 2002.

– przedprodukcyjnego), a w 1990 roku aż 74 (22 – dla poprodukcyjnego i 52 – przedprodukcyjnego)”³⁶. Począwszy od lat pięćdziesiątych, systematycznie wzrasta procentowy udział osób powyżej 65. roku życia w ogólnej liczbie ludności Polski (patrz tabela 3.3). Jak zauważa profesor Irena E. Kotowska, „stałe zwiększanie się liczby i udziału osób w wieku 60 lat i więcej (lub 65 lat i więcej) jest immanentnie związane z przeobrażeniami procesu reprodukcji ludności dokonującymi się wraz z procesami modernizacji społeczeństwa, które polegają na przejściu od reprodukcji typu tradycyjnego z wysoką płodnością i umieralnością do reprodukcji nowoczesnej o niskim natężeniu zgonów i niskiej płodności³⁷”. Prognozy wskazują na dalszy wzrost współczynnika obciążenia demograficznego: „liczba osób w wieku produkcyjnym (...) będzie ulegać systematycznemu zmniejszaniu z poziomu 24 545 tys. w 2007 roku do 20 739 tys. w 2035, a zatem o prawie 3,8 mln, przy czym największy spadek będzie miał miejsce w pięcioleciu 2015–2020 (ok. 1,2 mln osób)³⁸”.

Tabela 3.3. Udział ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej populacji w Polsce w latach 1950–2010

Rok	Ludność w wieku 65 lat i więcej (w % ogółem)
1950	5,0
1960	5,5
1970	7,7
1980	8,9
1990	9,1
2000	11,7
2010	13,5

Źródło: obliczenia własne na podstawie GUS, *Rocznik Demograficzny 2014*, Warszawa 2014.

36 MPiPS, *Polska 2008. Raport o rynku pracy oraz zabezpieczeniu społecznym*, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz, Warszawa 2008, s. 13–14.

37 I.E. Kotowska, *Proces starzenia się ludności Polski do 2030 r. – opis i jego percepcja społeczna*, [w:] *Niebieskie Księgi/Rekomendacje 2004: Później na emeryturę?*, red. I. Wóycicka, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2004, s. 12.

38 GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2009, s. 3.

Rosnący współczynnik obciążenia demograficznego niesie ze sobą poważne konsekwencje dla polityki rynku pracy i systemu ubezpieczeń społecznych. Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych liczba osób ubezpieczonych, to jest pobierających ubezpieczenia emerytalne i rentowe, wzrosła z 12 milionów 851 tysięcy w 2001 roku do 14 milionów 418 tysięcy w 2014 roku. Przeciętna miesięczna liczba osób pobierających emerytury wzrosła między 2001 a 2013 rokiem o ponad 40% (3401 tys. w 2001 roku, 4954 tys. w 2013 roku)³⁹. Rosnące wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych mogą w przyszłości wymuszać podniesienie podatków i wyższe obciążenia spoczywające na osobach w wieku produkcyjnym. Prowadzić to może do zachwiania poczucia sprawiedliwości międzypokoleniowej.

Opisane powyżej procesy stopniowych zmian w strukturze demograficznej kraju przemawiają za koniecznością realizacji długofalowej, kompleksowej polityki społecznej wobec starzenia się ludności.

3.2.2. Rozwój polskiej polityki społecznej w ujęciu historycznym

Początki kształtowania się polskiej polityki społecznej sięgają okresu międzywojennego, kiedy Polska stanęła przed trudnym zadaniem unifikacji trzech różnych systemów instytucjonalno-prawnych odziedziczonych po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku. Obszar każdego z trzech zaborów charakteryzowało odmienne ustawodawstwo socjalne, odnoszące się do takich dziedzin życia, jak ubezpieczenia społeczne, regulacje dotyczące zatrudnienia oraz długości czasu pracy. Proces unifikacji polegał przede wszystkim na stopniowym obejmowaniu lepiej rozwiniętymi przepisami obowiązującymi w zaborze niemieckim bardziej zacofanego obszaru zaboru radzieckiego⁴⁰.

Genezę nowoczesnych systemów ubezpieczeń społecznych należy wiązać z rewolucją przemysłową, procesami industrializacji i urbanizacji. Zdaniem Tomasza Inglota rok 1919 „symbolizuje narodziny niezależnych systemów socjalnych we współczesnej Europie Środkowo-Wschodniej. (...) [D]ata ta odpowiada

39 ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, dostępne przez www.psz.zus.pl (14.12.2014).

40 J. Auleytner, *Polska polityka społeczna. Ciągłość i zmiany*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2004.

w przybliżeniu momentowi wprowadzenia pierwszych niezależnych narodowych programów ubezpieczeń społecznych w Polsce i Czechosłowacji⁴¹. Pionierem rozwoju nowoczesnego systemu ubezpieczeń społecznych był kanclerz II Rzeszy Otto von Bismarck, który w latach osiemdziesiątych XIX wieku wprowadził ustawodawstwo socjalne na obszarze Prus i zaboru pruskiego. Założenia Bismarcka wpłynęły na kształtowanie się polskiej polityki społecznej po odzyskaniu niepodległości.

W listopadzie 1918 roku rozpoczęło swoją działalność Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, które było głównym podmiotem polskiej polityki społecznej. Katalizatorem rozwoju ustawodawstwa socjalnego było przystąpienie przez Polskę w 1919 roku do Międzynarodowej Organizacji Pracy, która wniosła wkład w rozwój praw pracowniczych w Europie. W sierpniu 1923 roku uchwalono ustawę o opiece społecznej. Ustawa określiła zakres opieki społecznej jako chwilowe lub trwałe zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych dzieci (w tym sierot), matek, „starców, inwalidów i kalek”, bezdomnych ofiar wojny oraz więźniów po odbyciu kary. W ustawodawstwie z 1923 roku osoby starsze zostały zakwalifikowane do jednej kategorii z „inwalidami, kalekami, nieuleczalnie chorymi, upośledzonymi umysłowo i innymi osobami niezdolnymi do pracy”⁴². Świadczy to o negatywnej percepcji starości w tamtych czasach, postrzeganej jako okres braku przydatności społecznej, naznaczony chorobami i niedołęstwem.

W opinii profesora Auleytnera międzywojnie to czas „ścierania się tendencji filantropijnych z nowoczesnym myśleniem o asekurowaniu trudnych sytuacji życiowych”⁴³. Z pewnością jest to okres dynamicznego rozwoju systemu ubezpieczeń społecznych. W grudniu 1923 roku uchwalono ustawę o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy państwowych i zawodowych wojskowych. W 1927 roku objęto ubezpieczeniem rentowym i emerytalnym pracowników umysłowych, a w lipcu 1932 pracowników przedsiębiorstwa Polskie Koleje Państwowe. W marcu 1933 roku uchwalono tak zwaną ustawę scaleniową, czyli ustawę o ubezpieczeniu społecznym, która wprowadziła obowiązkowe

41 T. Inglot, *Welfare States w Europie Środkowo-Wschodniej w latach 1919–2004*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2010, s. 23.

42 Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej, Dz.U. z 1923 roku Nr 92, poz. 726.

43 Julian Auleytner, *op. cit.*, s. 150.

ubezpieczenia emerytalno-rentowe i spoiła w całość dotychczasowe sfragmentaryzowane ustawodawstwo w tej dziedzinie. W 1934 roku powołano do życia Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który zastąpił kilka innych instytucji (Izbę Ubezpieczeń Społecznych, Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników oraz Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych). W owym czasie poza centralną instytucją ZUS-u funkcjonowało także sześćdziesiąt jeden okręgowych ubezpieczalni społecznych⁴⁴. Polityka społeczna państwa polskiego, w porównaniu z ówczesnymi standardami międzynarodowymi, oceniana była wysoko. W latach 1925–1938 liczba osób korzystających z przywilejów emerytalno-rentowych wzrosła prawie trzykrotnie⁴⁵. Wiek emerytalny określono na poziomie 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Warto jednak wspomnieć, że osoby samozatrudnione (na przykład artyści) zostały objęte systemem emerytalnym dopiero w połowie lat sześćdziesiątych, a rolnicy i członkowie ich rodzin pod koniec lat siedemdziesiątych⁴⁶. Jak zauważa Tomasz Inglot, proces objęcia ubezpieczeniem wszystkich grup społecznych trwał w Polsce przeszło 70 lat, czyli o kilka dekad dłużej niż w Czechosłowacji i na Węgrzech⁴⁷.

Równoległe do rozwoju legislacji socjalnej rozwijała się nauka o polityce społecznej. W 1924 roku powołano do życia Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, którego głównym celem było popularyzowanie wiedzy o polityce społecznej i ustawodawstwie socjalnym, organizowanie odczytów i konferencji, działalność wydawnicza oraz reprezentowanie Polski na międzynarodowych kongresach polityki społecznej. W 1931 roku powstał Instytut Spraw Społecznych – pierwsza naukowa placówka polityki społecznej, której rozwojowi poświęcił się profesor Waław Szubert⁴⁸.

Tuż po II wojnie światowej w Polsce funkcjonował autonomiczno-administracyjny model nadzoru państwa nad systemem ubezpieczeniowym⁴⁹. Jednak władze komunistyczne konsekwentnie dążyły do centralnie sterowanego modelu administracyjnego przez likwidację politycznej i finansowej autonomii

44 Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dz.U. z 1933 roku Nr 51, poz. 396.

45 Tomasz Inglot, *op. cit.*

46 *Ibidem.*

47 *Ibidem.*

48 Julian Auleytner, *op. cit.*

49 Tomasz Inglot, *op. cit.*

w systemie ubezpieczeń. W warunkach ustroju socjalistycznego idea pomocy społecznej zanikła, a zjawiska takie jak ubóstwo, niepełnosprawność lub bezrobocie były propagandowo nieobecne. Zlikwidowano większość organizacji będących niepublicznymi podmiotami polityki społecznej. Władze socjalistyczne odmówiły prawa do reaktywacji Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej, zamknięto Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności⁵⁰. Okres realnego socjalizmu zniekształcił rozumienie polityki społecznej na własny użytek. Zakład Ubezpieczeń Społecznych stał się symbolem stalinowskiej biurokracji.

Podsumowując, rozwój polskiego państwa dobrobytu w okresie przed transformacją ustrojową 1989 roku podzielić można na następujące etapy⁵¹:

- a) do roku 1919 – rządy zaborców, dominacja systemu bismarckiego;
- b) lata 1919–1926 – okres autonomiczny; przystąpienie do MOP, uchwalenie ustawy o opiece społecznej;
- c) lata 1933–1939 – okres autonomiczno-administracyjny; rozwój systemu ubezpieczeń społecznych, ujednoczenie przepisów;
- d) lata 1939–1945 – II wojna światowa, okupacja hitlerowska, okres stagnacji w rozwoju i realizacji polityki społecznej;
- e) lata 1949–1989 – okres administracyjny, model centralnie sterowany, zanik niepublicznych podmiotów polityki społecznej.

3.2.3. Polityka społeczna wobec starzenia się ludności w Polsce – stan obecny

Rozwój współczesnego modelu polityki społecznej przypada na okres po 1989 roku. Zdaniem Tomasza Inglota „u progu zmiany ustrojowej reformę instytucji *welfare state* w Polsce (...) można określić jako swoisty konglomerat niezbędnych reform ekonomicznych i uwarunkowań politycznych, co spowodowało wprowadzenie zasady regularnej indeksacji emerytur i rent i tworzenia niezależnych funduszy ubezpieczeń społecznych”⁵². W 1990 roku uchwalono nową ustawę o pomocy społecznej, która szczegółowo określiła zakres pomocy

50 Julian Auleytner, *op. cit.*

51 Klasyfikacja na podstawie tabeli 2.14. *Uporządkowanie czasowe – główne stadia instytucjonalnego rozwoju welfare states w Europie Środkowo-Wschodniej, 1919–1989*, [w:] Tomasz Inglot, *op. cit.*, s. 154.

52 *Ibidem*, s. 272.

świadczonej przez organy administracji państwowej, wprowadziła rozdział na zadanie własne gminy i zadania zlecone w zakresie organizacji i świadczenia pomocy społecznej, wprowadziła regulacje prawne dotyczące warunków korzystania z opieki w domach pomocy społecznej, powiatowych centrach pomocy rodzinie, ośrodkach pomocy społecznej, rodzinach zastępczych i innych instytucjach⁵³.

W 1990 roku powstała nowa instytucja – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) – której zadaniem było administrowanie ubezpieczeniami społecznymi rolników. Ubezpieczenie społeczne rolników stało się podstawowym instrumentem redystrybucji dochodów z terenów miejskich do wiejskich⁵⁴. Za polityką o tego typu redystrybucyjnym charakterze opowiadało się Polskie Stronnictwo Ludowe. Jesienią 1994 roku minister finansów Grzegorz Kołodko ogłosił program gospodarczy *Strategia dla Polski*, w którym nawoływał do przeprowadzenia kompleksowej reformy emerytalno-rentowej.

Z pierwszymi postulatami zmian w systemie emerytalnym wystąpiła na początku lat osiemdziesiątych Solidarność. Zgłosiła potrzebę waloryzacji rent i emerytur, które na skutek wysokiej inflacji gwałtownie straciły na wartości w okresie PRL-u. W 1993 roku w tak zwanej *Białej Księdze Emerytalnej* sformułowano postulat reformy repartycyjnego systemu emerytalnego z uwagi na nadchodzące zmiany demograficzne. W 1997 roku przyjęto ustawę o pracowniczych planach emerytalnych oraz ustawę o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych⁵⁵. Od początku lat dziewięćdziesiątych Polska ulegała wpływom Banku Światowego, który „dostarczył kluczowego wsparcia logistycznego i niezbędnej wiedzy, zwłaszcza w obszarze *public relations* – wyjaśnienia zalet przyszłego zreformowanego planu emerytalnego społeczeństwu i (...) sceptycznym konserwatywnym ekspertom

53 Obecnie obowiązuje nowa ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku.

54 U. Prasznic, *Ewolucja podstawowych funkcji systemu zabezpieczenia społecznego rolników*, „Materiały Informacyjne ZUS”, nr 8 (sierpień), Warszawa 1995, s. 10–17, [cyt. za:] T. Inglot, *op. cit.*

55 R. Czyżacki, R. Klóska, *Wpływ czynników społeczno-politycznych na działalność Otwartych Funduszy Emerytalnych*, [w:] *Marketing przyszłości. Trendy, strategie, instrumenty. Marketing w działalności podmiotów rynkowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 662, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2011, s. 33–42.

w Ministerstwie Pracy”⁵⁶. Podstawą prawną reformy systemu emerytalnego były ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Nowa, trójfilarowa struktura systemu emerytalnego w Polsce obowiązuje od 1 stycznia 1999 roku. Reforma z 1999 roku była reformą radykalną, systemową, zmieniającą strukturę dotychczasowego systemu emerytalnego. Obok państwowego, repartycyjnego filara ubezpieczeń społecznych wprowadziła dwa nowe filary: drugi, obowiązkowy, oparty o założenia systemu kapitałowego, oraz trzeci, nieobowiązkowy, polegający na dobrowolnym uczestniczeniu w indywidualnych lub pracowniczych programach emerytalnych. Mimo tak radykalnych zmian cieszyła się stosunkowo dużym poparciem społecznym. Zdaniem Macieja Żukowskiego do czynników, które przyczyniły się do sukcesu reformy, zaliczyć można polityczny konsensus, powszechne niezadowolenie z systemu repartycyjnego obowiązującego przed 1999 rokiem, a także umiejętne zaprezentowanie projektu reformy pod medialnym hasłem „Bezpieczeństwo dzięki różnorodności”. Powołano także specjalny organ odpowiedzialny za przygotowanie projektu reformy – urząd Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego⁵⁷. W opinii Marka Góry istotą reformy emerytalnej z 1999 roku było „przywrócenie równowagi międzypokoleniowej, polegającej na założeniu, że dobrobyt każdego pokolenia jest tak samo ważny, co z kolei sprzyja wzrostowi dobrobytu całego społeczeństwa”⁵⁸.

Obecnie system emerytalny w Polsce składa się z:

1) filara pierwszego, w ramach którego wszystkie osoby zatrudnione odprowadzają składkę do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Filar pierwszy to system repartycyjny – ma charakter umowy międzypokoleniowej. Odprowadzane składki są przeznaczane na bieżące wypłaty emerytur. Jego podstawową słabością jest wrażliwość na zmiany demograficzne – stabilność finansowa zależy od współczynnika obciążenia demograficznego. Wysokość składki do ZUS zawiera kilka komponentów i wynosi ona: (a) 12,22% podstawy wymiaru składki

56 T. Ingot, *op. cit.*, s. 334.

57 M. Żukowski, *Reformy emerytalne w Europie*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2006.

58 M. Góra, *Kilka uwag o reformie systemu emerytalnego*, „Infos”, nr 20, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa 2007, s. 1–4.

odprowadzane na konto ZUS, (b) 7,3% podstawy wymiaru składki odprowadzane na subkonto w ZUS (tak zwane indywidualne konto emerytalne) lub 4,38%, jeżeli ubezpieczony zadeklarował przynależność do Otwartego Funduszu Emerytalnego. Całość składki na ubezpieczenie emerytalne (odprowadzanej do I i II filara) wynosi 19,52% i podzielona jest na koszt leżący po stronie ubezpieczonego (pracownika) i pracodawcy. Świadczenia wypłacane przez ZUS podlegają corocznej waloryzacji. Od marca 2013 roku dotychczasowa waloryzacja kwotowa zastąpiona została procentową. Obecnie dokonywana jest w oparciu o wskaźniki wzrostu płac i cen⁵⁹;

2) filara drugiego, w ramach którego do 30 czerwca 2014 roku wszystkie osoby urodzone po 31 grudnia 1968 roku gromadziły aktywa na indywidualnych kontach administrowanych przez Otwarte Fundusze Emerytalne, a od lipca 2014 roku uczestniczą w nich tylko osoby, które dobrowolnie zadeklarowały przynależność do OFE. Drugi filar funkcjonuje w oparciu o prywatny system kapitałowy. Wyboru funduszu emerytalnego dokonuje ubezpieczony. Jak zauważa Joanna Rutecka, „po licznych korektach wprowadzanych w ciągu ostatnich kilku lat system emerytalny jest nadal wielofilarowy, chociaż obowiązkowa część kapitałowa podlegała systematycznej redukcji – poczynając od wysokości składki równej 7,3% podstawy wymiaru, skorygowanej następnie do poziomu 2,3%, potem do 2,8%, aż po obecną wysokość 2,92% podstawy wymiaru”⁶⁰. W maju 2011 roku decyzją rządu składka do OFE została zredukowana z 7,3% do 2,3%. Argumentem przemawiającym za obniżeniem wysokości składki do OFE na korzyść ZUS była redukcja długu publicznego. Składka do OFE miała być stopniowo podwyższana do wartości 3,5% w roku 2017. Jednak reforma z 2013 roku⁶¹ wprowadziła zasadę dobrowolności uczestniczenia w II filarze i ustaliła wysokość składki odprowadzanej do OFE na poziomie 2,92% podstawy wymiaru składki. Całość składki do OFE leży po stronie pracownika. Gromadzone aktywa są inwestowane, co w perspektywie długofalowej ma przynieść funduszom zysk, a przyszłym emerytom wyższe świadczenia. Reforma

59 Informacje pochodzą ze strony internetowej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.mpips.gov.pl (8.04.2013).

60 J. Rutecka, *System emerytalny po zmianach od 2014 roku*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2014, nr 1(118), s. 2–7.

61 Ustawa z dnia 6 grudnia 2013 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych (Dz.U. z 31 grudnia 2013 roku, poz. 1717).

z 2013 roku wprowadziła zakaz inwestowania w obligacje Skarbu Państwa, określiła także dolne limity łącznej wartości aktywów ulokowanych w akcjach (nie mniej niż 55% wartości aktywów do końca grudnia 2015 roku; w kolejnych latach odpowiednio 35 i 15%). W odróżnieniu od środków wpłacanych do ZUS środki zgromadzone w ramach II filara są dziedziczne⁶²;

3) filara trzeciego, który umożliwia dodatkowe, dobrowolne odkładanie środków na poczet przyszłego zabezpieczenia emerytalnego. Według stanu z marca 2013 roku trzeci filar oferuje trzy opcje oszczędzania: (a) w ramach Pracowniczych Programów Emerytalnych (PPE), (b) w ramach Indywidualnych Kont Emerytalnych (IKE) oraz (c) w ramach Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE). Trzeci filar, podobnie jak drugi, funkcjonuje w oparciu o system kapitałowy, a gromadzone środki są inwestowane. Do Pracowniczego Programu Emerytalnego przystąpić mogą osoby zatrudnione w tych zakładach pracy, które taki program utworzyły i go oferują. Pozostałe dwie opcje (IKE i IKZE) dostępne są dla każdego. Ustawa o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego z dnia 20 kwietnia 2004 roku (znowelizowana 1 stycznia 2012 roku) określa, że IKE może być oferowane przez cztery rodzaje instytucji finansowych: banki, towarzystwa ubezpieczeń na życie, towarzystwa funduszy inwestycyjnych oraz biura maklerskie⁶³. Podstawową zaletą oszczędzania na emeryturę w ramach IKE jest zwolnienie od tak zwanego podatku Belki (podatku od przychodów kapitałowych w wysokości 19%) w sytuacji, gdy podjęcie zgromadzonych środków nastąpi nie wcześniej niż z chwilą osiągnięcia wieku emerytalnego. Reformy polskiego systemu emerytalnego komentuję szerzej w podrozdziale 3.2.4 poświęconym diagnozie.

Obok polityki zabezpieczenia emerytalnego kolejnym istotnym elementem polityki społecznej wobec starzenia się ludności jest sprawne funkcjonowanie sektora opieki. Za strukturę i organizację polskiego sektora opieki długoterminowej odpowiadają dwa resorty: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Zdrowia. Rozdział kompetencji pomiędzy oddzielne resorty, choć

62 *Ibidem*.

63 Ustawa o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego z dnia 20 kwietnia 2004 roku (Dz.U. z 2004 roku Nr 116, poz. 1205), brzmienie z 1 stycznia 2012 roku (Dz.U. z 2011 roku Nr 75, poz. 398).

nie jest standardem, biorąc pod uwagę międzynarodowe porównania, sprzyja demedycyzacji sektora usług opiekuńczych. W Stanach Zjednoczonych za podaż usług opiekuńczych odpowiada Ministerstwo Zdrowia i Usług Społecznych (Department of Health and Human Services), w Szwecji za oba obszary odpowiada Ministerstwo Zdrowia i Spraw Społecznych (Ministry of Health and Social Affairs). Rozdział kompetencji pomiędzy oddzielne resorty, podobnie jak w Polsce, wprowadziły Niemcy, gdzie w 2005 roku zredukowano zakres odpowiedzialności Ministerstwa Zdrowia i kwestie związane z opieką długoterminową włączono w zakres Ministerstwa Pracy i Spraw Społecznych. Wyłączenie opieki długoterminowej spod wyłącznej kompetencji resortów zdrowia w pewnym stopniu przyczynia się do zmiany postrzegania starości – nie jako jednostki chorobowej, lecz jako naturalnego okresu w życiu człowieka, podczas którego mogą, ale nie muszą, pojawić się symptomy braku samodzielności.

W odróżnieniu od krajów o uniwersalnych systemach opieki socjalnej (takich jak Szwecja) w Polsce zaawansowany wiek nie stanowi kryterium uprawniającego do skorzystania z opieki długoterminowej. Ustawa o pomocy społecznej – podstawowy akt prawny określający rodzaj, formę i zakres świadczeń społecznych – nie przewiduje żadnych form wsparcia ze względu na starość jako taką⁶⁴. Powodem ustawowo kwalifikującym do skorzystania z pomocy państwa jest niepełnosprawność lub choroba. Świadczeniem przyznawanym na podstawie kryterium wieku jest zasiłek pielęgnacyjny, przysługujący wszystkim osobom powyżej 75. roku życia. Wypłacany jest przez ośrodki pomocy społecznej. Od listopada 2012 roku jego wartość wynosi 153 złote. Odrębnym świadczeniem jest dodatek pielęgnacyjny, który przysługuje osobom uprawnionym do emerytury lub renty uznanym za niezdolne do pracy lub w wieku powyżej 75 lat. Dodatek pielęgnacyjny przyznaje ZUS. Jego wysokość wynosi 186 złotych 71 grosz miesięcznie. Osoby pobierające dodatek pielęgnacyjny z ZUS nie mogą jednocześnie pobierać zasiłku pielęgnacyjnego z pomocy społecznej. Wysokość zarówno zasiłku, jak i dodatku pielęgnacyjnego jest niewielka – pozwala na opłacenie usług opiekuńczych w skali nie większej niż kilka godzin w miesiącu. Zdaniem Piotra Błędowskiego należy dokonać weryfikacji potrzeb

64 M. Augustyn, *Wstęp*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, red. M. Augustyn, Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, s. 6–15.

osób w wieku 75+ i przyznawać zasiłek pielęgnacyjny w oparciu o dodatkowe kryterium (na przykład według potrzeby), ponieważ w chwili obecnej świadczenie to pełni funkcję „premii za dożycie” sędziwego wieku⁶⁵.

Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych (w tym specjalistycznych) znajduje się na liście obowiązkowych zadań własnych gminy. Listę tę formułuje Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. O warunkach przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze decyduje rada miejska (rada gminy). Do podstawowych form opieki długoterminowej dostępnych w Polsce zaliczyć można: (a) domy pomocy społecznej (w tym domy spokojnej starości), (b) rodzinne domy pomocy, (c) ośrodki wsparcia (jednostki dziennego pobytu), (d) usługi opiekuńcze świadczone bezpośrednio w domu osoby starszej. Narodowy Fundusz Zdrowia świadczy opiekę długoterminową w ramach: (a) zakładów opiekuńczo-leczniczych, (b) zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, (c) w szpitalach na oddziałach dla osób przewlekle chorych, (d) zespołów długoterminowej opieki domowej, (e) pielęgniarstwa długoterminowego⁶⁶.

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 roku określa zakres i standard podstawowych usług świadczonych w domach pomocy społecznej. Każda placówka zobowiązana jest do zaspokajania:

- a) potrzeb bytowych (takich jak zakwaterowanie, wyżywienie, dostarczanie odzieży, obuwia i środków czystości);
- b) potrzeb opiekuńczych (takich jak wsparcie w zakresie podstawowych codziennych czynności oraz funkcjonalnych codziennych czynności);
- c) potrzeb wspomagających (takich jak terapia zajęciowa, działalność artystyczno-kulturalna, zaspokajanie potrzeb religijnych, rozpatrywanie skarg i wniosków mieszkańców)⁶⁷.

Obecnie zaobserwować można tendencję do „profesjonalizacji pielęgnacji w warunkach domowych”⁶⁸. Dynamiczny rozwój sektora profesjonalnych

65 P. Błędowski, *Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce...*, s. 137–149.

66 B. Witkowska, *Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia, stan obecny – zadania na przyszłość*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce...*, s. 53–85.

67 Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U. Nr 217, poz. 1837.

68 P. Błędowski, *Przesłanki demograficzne wprowadzenia nowej formy organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce...*, s. 29.

usług opiekuńczych świadczonych bezpośrednio w domach lub w najbliższym otoczeniu osób starszych jest zjawiskiem globalnym, występującym tak samo w Polsce, jak i w Stanach Zjednoczonych i Szwecji. Jego podstawową zaletą jest umożliwienie osobie starszej funkcjonowania we własnym domu tak długo, jak to możliwe. Opieka o charakterze środowiskowym, poza niezaprzeczalnymi korzyściami natury psychologicznej, takimi jak poczucie autonomii i bezpieczeństwa, skutkuje ponadto sporymi oszczędnościami dla gminy.

W grudniu 2012 roku Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przedstawiło projekt nowelizacji ustawy o pomocy społecznej. Celem nowelizacji jest dostosowanie polskiego systemu pomocy społecznej do zmieniających się realiów demograficznych, ekonomicznych i społecznych. Do najistotniejszych zmian zaliczyć można propozycję wprowadzenia do obiegu tak zwanych bonów opiekuńczych, które pozwolą niesamodzielnym osobom starszym na zakup usług środowiskowych na wolnym rynku. Nowość ta zaowocowałaby nie tylko wcieleniem w życie teorii wyboru konsumenta, ale także częściową prywatyzacją sektora opieki, która w konsekwencji mogłaby doprowadzić do poprawy jakości usług. Przyglądając się amerykańskiemu (sprywatyzowanemu) systemowi opieki, na myśl przychodzi ryzyko wzrostu cen usług opiekuńczych. Z drugiej jednak strony współlistnienie publicznych i prywatnych dostawców usług może pobudzić konkurencję i utrzymać koszty na zrównoważonym poziomie.

W listopadzie 2014 roku powstał projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Według projektu do świadczeń z tytułu niesamodzielnności zaliczyć można: (a) świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze (wsparcie finansowe dla nieformalnych opiekunów), (b) refundację kosztów teleopieki, (c) refundację kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych („opieki zastępczej” w przypadku nieposiadania osoby bliskiej sprawującej opiekę), (d) opłacenie składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, (e) refundację kosztów szkolenia z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną⁶⁹. Realizacją świadczeń z tytułu niesamodzielnności powinna zajmować się gmina w ramach zadań własnych (zadanie pomocy społecznej). Projekt ustawy przewiduje wprowadzenie tak zwanych czeków opiekuńczych o trzech stopniach wartości: 650 złotych, 850 złotych i 1000 złotych, przyznawanych w zależności od orzeczonego stopnia niesamodzielnności.

69 Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym z dnia 21 listopada 2014 roku, dostępne przez <http://mieczyslawaugustyn.pl/wp-content/uploads/2014/12/projekt-21-11-2014.pdf> (17.12.2014).

Orzecznictwem stopnia niesamodzielności zajmowałyby się powiatowe komisje, które obecnie orzekają o niepełnosprawności. Bonami opiekuńczymi można byłoby opłacać nieformalnych opiekunów, którzy w celu świadczenia opieki musieli zrezygnować z aktywności zawodowej, lub formalnych, przeszkolonych opiekunów w ramach umowy zlecenia.

Projekt ustawy przewiduje również wprowadzenie tak zwanego urlopu wychowawczego – rozwiązania istniejącego obecnie między innymi w Szwecji, które polega na zapewnieniu opieki zastępczej osobie niesamodzielnej w wymiarze 21–26 dni roboczych rocznie, co umożliwi nieformalnemu opiekunowi skorzystanie z urlopu i odpoczynek. Pozostałe propozycje zmian dotyczące systemu opieki długoterminowej, niezwiązane z ustawą o pomocy osobom niesamodzielnym, przewidują między innymi modyfikację struktury organizacyjnej systemu pomocy społecznej (przez wyodrębnienie obszaru pomocy społecznej i obszaru usług socjalnych), zmianę sposobu finansowania domów opieki społecznej (na przykład przez umożliwienie DPSom pozyskiwania środków finansowych z zewnątrz), a także popularyzację usług środowiskowych o charakterze profilaktycznym⁷⁰.

Zagadnienia związane ze zjawiskiem starzenia się populacji i jego konsekwencjami, a także kwestie dotyczące aktywizacji i podnoszenia jakości życia seniorów, przewijają się w rozmaitych dokumentach strategicznych przyjętych przez polski rząd w ciągu ostatnich kilku lat. Przyjęta przez Radę Ministrów we wrześniu 2012 roku *Strategia Rozwoju Kraju 2020* zawiera postulat „rozwoju nieformalnej edukacji obywatelskiej oraz objęcie nią osób, które zakończyły już edukację formalną, w tym osób w wieku 50+”⁷¹. Realizacja tego celu ma sprzyjać rozwojowi kapitału ludzkiego. Strategia dostrzega potrzebę „zwiększenia dostępności różnych form instytucjonalnej opieki” oraz stworzenia „efektywnego systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi i w podeszłym wieku”⁷²,

70 Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2012, *Założenia do projektu Ustawy o pomocy społecznej i usługach socjalnych*, dostępne przez <http://barka.org.pl/content/zalozenia-do-projektu-ustawy-o-pomocy-spoleszcznej-i-uslugach-socjalnych> (7.01.2013).

71 *Strategia Rozwoju Kraju 2020. Aktywne społeczeństwo, konkurencyjna gospodarka, sprawne państwo*, Załącznik do uchwały nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r. (poz. 882), „Monitor Polski. Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej”, s. 47.

72 *Ibidem*, s. 78.

co może przyczynić się do większej aktywności zawodowej społeczeństwa polskiego, w tym w szczególności kobiet, które często rezygnują z kariery zawodowej na rzecz obowiązków opiekuńczych. Strategia zakłada także „promowanie pracowników starszych wśród pracodawców (ukazujące m.in. mocne strony pracownika starszego i przełamujące stereotypowe myślenie o nich) oraz rozwiązania systemowe wspierające zatrudnienie osób starszych”⁷³. Mimo iż strategia jest dokumentem ukierunkowanym na osiągnięcie wzrostu gospodarczego i zrównoważonego rozwoju kraju, to zawarte w niej postulaty wpisują się w założenia polityki wobec starzenia się ludności.

Do innych dokumentów strategicznych oraz programów rządowych, które w większym lub mniejszym stopniu odnoszą się do problematyki osób starszych, zaliczyć można między innymi:

a) Przyjętą we wrześniu 2005 roku *Strategię Polityki Społecznej na lata 2007–2013*, która odzwierciedla cele zawarte w unijnej Strategii Lizbońskiej, w tym przede wszystkim postulat zwiększenia zatrudnienia i spójności społecznej. Do priorytetów Strategii, które bezpośrednio odnoszą się do polityki starzenia się, zaliczyć można utworzenie środowiskowego modelu integracji ludzi starszych, zapewnienie odpowiednich świadczeń emerytalnych na starość, aktywizację i integrację osób starszych w celu wykorzystania ich potencjału na szczeblu lokalnym, specjalizację opieki stacjonarnej, a także realizację spójnej polityki wobec starości i na rzecz osób starszych⁷⁴;

b) Przyjęty w październiku 2008 roku rządowy program *Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*. Program kładzie nacisk na istotną rolę aktywności zawodowej osób starszych, która przyczynia się do utrzymania solidarności międzypokoleniowej. Dzięki dłuższej pracy osób po 50. roku życia pokolenie młodych nie jest nadmiernie obciążone finansowaniem transferów ukierunkowanych na osoby starsze. Program przedstawia zjawisko wczesnej dezaktywizacji zawodowej jako problem natury społecznej – poprzez osłabienie więzi społecznych prowadzi do poczucia wykluczenia i osamotnienia. Wśród priorytetów *Solidarności pokoleń* wymienić można popularyzację modelu zatrudnienia typu *flexicurity*,

73 *Ibidem*, s. 79.

74 *Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013*, dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 13 września 2005 roku. Dokument towarzyszący realizacji *Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013*.

przeciwdziałanie zjawisku dyskryminacji ze względu na wiek, utworzenie mechanizmów finansowych zachęcających do dłuższego zatrudnienia, integrację osób niepełnosprawnych z rynkiem pracy, poprawę warunków pracy oraz dążenie do osiągnięcia równości kobiet i mężczyzn na rynku pracy. Program został zaktualizowany i przedłużony na lata 2014–2020, jego celem nadrzędnym jest osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia w grupie osób w wieku 55–64 lata na poziomie 50% do 2020 roku⁷⁵.

c) Przyjęty przez Radę Ministrów 16 grudnia 2008 roku krajowy program *Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008–2010*, który stanowił wyraz współpracy Polski z Unią Europejską w ramach otwartej metody koordynacji w zakresie realizacji *Odnowionej Agendy Społecznej*. Program zawierał wykaz celów i priorytetów do osiągnięcia na poziomie krajowym i podlegał ocenie Komisji Europejskiej. Składał się z trzech podstawowych części poświęconych integracji społecznej, systemowi emerytalnemu oraz opiece zdrowotnej i długoterminowej.

W polskim parlamencie od czerwca 2008 roku funkcjonował Parlamentarny Zespół ds. Osób Starszych. Jego przewodniczącym był senator Mieczysław Augustyn. Głównym celem działalności zespołu było „sprzyjanie kreowaniu zintegrowanej i długookresowej polityki na rzecz osób starszych oraz inspirowanie władz publicznych do tworzenia ustawodawstwa zabezpieczającego pełnię praw osób starszych oraz realizację ich aspiracji i potrzeb”⁷⁶. Plan działań na lata 2014–2015 przewidywał między innymi wypracowanie rekomendacji w zakresie edukacji cyfrowej seniorów, tworzenie sieci społecznego rzecznictwa konsumenckiego, popularyzację projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, a także prace nad projektem ustawy o tak zwanych uspiionych kontaktach bankowych, czyli nad prawem ułatwiającym spadkobiercom odzyskiwanie pieniędzy pozostawionych na kontach w banku przez zmarłych krewnych⁷⁷. Zespół składał się z dziewięciu

75 *Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*. Program przyjęty uchwałą Rady Ministrów nr 239 z 24 grudnia 2013 roku.

76 Parlamentarny Zespół ds. Osób Starszych, dostępne przez <http://www.senat.gov.pl/sklad/senatorowie/zespoły/parlamentarny,6,parlamentarny-zespol-ds-osob-starszych.html> (2.04.2013).

77 *Plan pracy Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych na lata 2014–2015*, dostępne przez http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k8/senat/zespoły/starsi/plan2014.pdf (17.12.2014).

posłów i dziesięciu senatorów, którzy reprezentują cztery partie polityczne: Platformę Obywatelską, Prawo i Sprawiedliwość, Polskie Stronnictwo Ludowe oraz Sojusz Lewicy Demokratycznej. Dodatkowo w grudniu 2011 roku swoją działalność rozpoczął składający się z 26 posłów i posłanek Parlamentarny Zespół ds. Uniwersytetów Trzeciego Wieku, organizujący rokrocznie Ogólnopolską Konferencję Uniwersytetów Trzeciego Wieku.

Przełomowym krokiem na drodze do utworzenia i rozwoju polskiej polityki starzenia się było przyjęcie przez Radę Ministrów w sierpniu 2012 roku *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013*. Jego głównym celem była „poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną”⁷⁸. Na realizację programu przewidziano 20 milionów złotych w roku 2012 oraz 40 milionów złotych w roku 2013. Aktualnie realizowana jest kolejna edycja programu, przyjęta na lata 2014–2020, o imponującym budżecie 280 milionów złotych. Program składa się z dwóch komponentów:

1) tak zwanego komponentu konkursowego, w ramach którego podmioty uprawnione do korzystania ze środków finansowych, takie jak organizacje pozarządowe lub organizacje pożytku publicznego, przystępują do konkursu na przeprowadzenie krótkookresowych projektów, które służą realizacji priorytetów i celów określonych w programie;

b) tak zwanego komponentu systemowego, który stosując perspektywę długofalową, zmierza do sformułowania głównych założeń i strategicznych podstaw polskiej polityki senioralnej.

Rządowy program, w tym przede wszystkim jego część konkursowa, koncentruje się na realizacji czterech priorytetów: (1) zwiększeniu poziomu edukacji wśród osób starszych oraz popularyzacji koncepcji kształcenia ustawicznego, (2) zwiększeniu aktywności społecznej seniorów w ramach integracji międzypokoleniowej oraz wewnątrz własnego pokolenia, (3) zwiększeniu partycypacji społecznej oraz udziału w życiu publicznym osób starszych oraz (4) rozszerzeniu oferty usług społecznych skierowanych do osób starszych i ich opiekunów⁷⁹.

Program oceniam jako szczególnie wartościowy z kilku względów. Po pierwsze, podejmuje problematykę osób starszych w sposób podmiotowy. Po drugie,

78 *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013*, załącznik do uchwały nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 roku.

79 *Ibidem*.

jego formuła jest długofalowa, horyzontalna, zintegrowana, komplementarna wobec *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*. Po trzecie, program w sposób praktyczny włącza sektor organizacji pozarządowych w realizację swoich celów, stosuje zasadę partnerstwa publiczno-społecznego w rozwiązywaniu problemów i podnoszeniu jakości życia osób starszych. Po czwarte, dostrzega różnorodność ludzi starszych jako grupy docelowej działań aktywizujących. Definiuje takie zjawiska, jak singularyzacja lub feminizacja starości. Co więcej, program ma charakter kompleksowy, a jego zakres przedmiotowy jest szeroki – odwołuje się do takich sfer życia, jak zdrowie, edukacja, finanse, aktywność społeczna, aktywność fizyczna, relacje międzypokoleniowe, czas wolny i kompetencje cyfrowe osób starszych. Skuteczność działania programu zostanie poddana rewizji w połowie okresu jego trwania, czyli w 2017 roku⁸⁰.

Jesienią 2012 roku w strukturze Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej utworzono Departament Polityki Senioralnej, którego jednym z zadań jest koordynacja realizacji *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych*. Wśród celów powołania departamentu znajduje się także prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej, czyli jakże istotne w Polsce szerzenie wiedzy na tematy związane z aktywnym, bezpiecznym i godnym starzeniem się. Utworzenie tego rodzaju jednostki w strukturze MPiPS świadczy o dostrzeżeniu wagi zmian demograficznych zachodzących w Polsce i jednocześnie luki w obszarze polityki społecznej, która nie wyodrębniała dotychczas „polityki wobec starzenia się” jako zespołu działań skierowanych do i świadczonych na rzecz osób starszych. Marzena Breza, przewodnicząca Zespołu ds. polityki społecznej na rzecz osób starszych działającego przy Departamencie zauważa, że „w Polsce tak naprawdę dopiero zaczynamy budować pewne podstawy do tworzenia polityki senioralnej”⁸¹. Jej zdaniem polityka senioralna to „działania długofalowe, realizowane w odniesieniu do różnych stanów starości i kondycji. Polityka senioralna jest (...) zbiorem narzędzi, które mają za zadanie wspierać osoby starsze na różnych etapach życia. Wymaga ona działań wieloaspektowych”⁸².

80 *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020*, załącznik do uchwały nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku (poz. 52).

81 A. Rapacz, *Rozmowa z dr Marzeną Brezą, pracownikiem Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej*, dostępne przez <http://www.tvp.pl/krakow/aktywni-50/wywiady/marzena-breza/8810201> (8.04.2013).

82 *Ibidem*.

W 2013 roku Departament opracował dokument ramowy zatytułowany *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, który został przyjęty uchwałą Rady Ministrów w grudniu 2013 roku. Dokument słusznie zauważa, że „odpowiednio zaprojektowana i opracowana polityka senioralna jest istotnym elementem modelu polityki społecznej”⁸³ oraz że polityka senioralna „powinna być zaprojektowana horyzontalnie, tzn. powinna być spójna z polityką państwa w obszarze zabezpieczenia społecznego, rynku pracy, zdrowia, edukacji (uczenia się przez całe życie), infrastruktury, mieszkalnictwa i innych”⁸⁴. Dokument formułuje cztery podstawowe obszary wyzwań, które wymagają podjęcia konkretnych działań przez podmioty i resorty państwa. Zalicza do nich: (1) rosnący współczynnik obciążenia demograficznego, (2) konieczność stopniowego wydłużania okresu aktywności zawodowej, (3) aktywizację społeczną i obywatelską osób starszych oraz (4) wyzwania wynikające z łączenia pracy zawodowej z obowiązkami opiekuńczymi.

W dalszej części dokument formułuje priorytety i pożądane kierunki zmian w pięciu wybranych obszarach życia: (1) zdrowie i samodzielność osób starszych, (2) aktywność zawodowa osób 50+, (3) aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna osób starszych, (4) srebrna gospodarka, (5) relacje międzypokoleniowe. Jedną z głównych zalet *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej* jest diagnoza aktualnych problemów i wyzwań stojących przed aktorami polityki społecznej. Dokument zwraca uwagę na słabości polskiego systemu, takie jak zdeintegrowana organizacja systemu świadczeń zdrowotnych, która, oprócz generowania wysokich kosztów, negatywnie odbija się na stanie zdrowia seniorów (sprzyja polipragmazji, uniemożliwia holistyczne podejście do zdrowia pacjenta). Co więcej, dokument dostrzega konieczność utworzenia instrumentów wsparcia dla nieformalnych opiekunów, a także diagnozuje niewystarczające wykorzystanie potencjału nowych technologii w opiece nad osobami starszymi (brak rozwiązań z obszaru teleopieki i telemedycyny). Do głównych celów stojących przed polską polityką senioralną dokument zalicza między innymi rozwój edukacji prozdrowotnej, rozwój geriatricznej jako specjalizacji, zwiększenie różnorodności form opieki nad seniorami, rozwój wolontariatu opiekuńczego, popularyzację koncepcji kształcenia ustawicznego oraz zdalnego (*e-learning*),

83 *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, Załącznik do Uchwały nr 238 Rady Ministrów z 24 grudnia 2013 roku (poz. 118), s. 4.

84 *Ibidem*.

popularyzację koncepcji zarządzania wiekiem oraz ergonomii w miejscu pracy, rozwój wolontariatu kompetencji i banków czasu wolnego, zwiększenie podaży towarów i usług dla konsumentów w starszym wieku, dbałość o relacje międzypokoleniowe, a także przeciwdziałanie gerontofobii i kreowanie pozytywnego wizerunku starości.

Mimo że *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej* są dokumentem kompleksowym, poruszającym szereg istotnych problemów, jego podstawową słabością jest brak strategii wykonawczej. Z tego punktu widzenia dokument jest jedynie zbiorem rekomendacji, niewskazującym konkretnych adresatów zadań. Brakuje horyzontów czasowych realizacji poszczególnych priorytetów, podzielonych na fazy lub etapy. Brakuje także wskazania potencjalnych źródeł finansowania poszczególnych priorytetów i zadań. Dlatego też w mojej ocenie przyjęcie *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej* należy traktować jako „początek ważnego procesu (...), którego celem jest opracowanie, a następnie wdrażanie polityki senioralnej nie tylko na poziomie kraju, ale także regionu i w lokalnym środowisku”⁸⁵. To niewątpliwie krok milowy na drodze do utworzenia polskiego modelu polityki wobec starzenia się – impuls inicjujący dalsze działania.

Przyjęcie dokumentu oceniam pozytywnie, przede wszystkim biorąc pod uwagę założenia i cele badawcze, jakie przyświecały początkom moich prac nad rozprawą doktorską i niniejszą książką. Wówczas nie istniały żadne przesłanki wyodrębnienia polityki senioralnej z głównego nurtu polityki społecznej w Polsce. Analiza modelu amerykańskiego i szwedzkiego pozwoliła porównać główne priorytety i narzędzia polityki wobec starzenia się realizowanej za granicą. Dziś Polska może czerpać z doświadczeń innych krajów, włączać wybrane programy i strategie do własnych założeń polityki senioralnej. Mimo wyraźnego postępu, który nastąpił w Polsce w ciągu ostatnich lat, i znacznej popularyzacji problematyki osób starszych, zarówno w gremiach politycznych, jak i w dyskursie publicznym, sytuacja społeczna seniorów wciąż wymaga zainteresowania i interwencji władz. W kolejnej części rozdziału dokonuję diagnozy aktualnych wyzwań stojących przed aktorami polityki społecznej w Polsce. Koncentruję się na pięciu obszarach tematycznych, takich jak: reforma systemu emerytalnego, system opieki długoterminowej, reprezentacja interesów osób starszych na scenie politycznej, dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) oraz relacje międzypokoleniowe.

85 *Ibidem*, s. 6.

3.2.4. Diagnoza

Osoby starsze w Polsce nie są postrzegane jako grupa społeczna zasługująca na szczególne traktowanie. Kwestie związane ze starzeniem się populacji oraz takie terminy, jak „aktywne”, „pozytywne”, „produktywne” starzenie się albo „dyskryminacja ze względu na wiek” (ageizm), na stałe weszły do dyskursu publicznego dopiero po przystąpieniu przez Polskę do Unii Europejskiej w 2004 roku. Na kierunki i priorytety polskiej polityki społecznej wpłynęły dokumenty strategiczne i rekomendacje Komisji Europejskiej, takie jak *Strategia Lizbońska*, *Europa 2020*, *Odnowiona Agenda Społeczna* lub *Zielona Księga „Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami”*. Dodatkowym impulsem do podjęcia rozmaitych inicjatyw na rzecz osób starszych było ogłoszenie 2012 roku Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej oraz opublikowanie w 2012 roku unijnej *Białej Księgi* w sprawie adekwatnych, bezpiecznych i trwałych emerytur.

Mimo zauważalnego upowszechnienia problematyki osób starszych w ostatnich latach Polska nadal jest krajem o bardzo niskim średnim wieku przechodzenia na emeryturę, w którym dominuje stereotyp emeryta biernego, samotnego, schorowanego i ubogiego. W celu wyrównania szans i aktywizacji osób starszych potrzebne są zarówno rozwiązania polityczne, jak i wysiłki ukierunkowane na podnoszenie świadomości społecznej (tak zwane kampanie *awareness raising/consciousness raising*), wykształcenie wrażliwości społecznej na potrzeby starszego pokolenia, odbudowę relacji międzypokoleniowych i walkę ze stereotypami. Pozytywne rezultaty w zakresie zmiany stanu świadomości Polaków uważam za dużo trudniejsze do osiągnięcia niż zmiany o charakterze politycznym bądź instytucjonalnym.

W zakresie polityki zabezpieczenia emerytalnego reformę polskiego systemu emerytalnego z 1999 roku oceniam jako pozytywną z uwagi na wcielenie w życie zasady „bezpieczeństwa dzięki różnorodności”/„bezpieczeństwa poprzez dywersyfikację”. Reforma upodobniła strukturę polskiego systemu emerytalnego do sprywatyzowanych systemów południowoamerykańskich (chilijskiego, argentyńskiego sprzed 2008 roku), a w jeszcze większym stopniu do systemu szwedzkiego po 1995 roku, odkąd wprowadzono do niego komponent kapitałowy (*Premiepension*). Z tego punktu widzenia zarówno reforma z 2011 roku, polegająca na znacznej redukcji składki odprowadzanej do OFE na korzyść ZUS, jak i reforma z 2013 roku,

wprowadzająca dobrowolność uczestniczenia w II filarze, stanowią przykład „kroku wstecz” w stosunku do reformy z 1999 roku. Wątpliwości wzbudzają nie tylko założenia reformy z 2011 roku (redukcja składek do II filara w celu zmniejszenia długu publicznego), lecz także sam sposób jej przeprowadzenia. W mojej ocenie zabrakło rzetelnej kampanii informacyjnej, konsultacji społecznych oraz badań poparcia społecznego. Wiele środowisk (między innymi PKPP Lewiatan, Solidarność, FOR, Business Center Club, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Izba Gospodarcza Towarzystw Emerytalnych i inne) zareagowało na propozycję zmian sprzeciwem, a nawet groźbą zaskarżenia projektu przed Trybunałem Konstytucyjnym. W głosowaniu sejmowym partie Prawo i Sprawiedliwość oraz Polska Jest Najważniejsza nie poparły projektu ustawy, a posłowie Sojuszu Lewicy Demokratycznej wstrzymali się od głosu. W marcu 2011 roku partia PjN wystosowała postulat przeprowadzenia ogólnonarodowego referendum w sprawie reformy. Propozycja Joanny Kluzik-Rostkowskiej zakładała, że Polacy powinni samodzielnie odpowiedzieć na pytanie, czy chcą zmian wysokości składek do Otwartych Funduszy Emerytalnych. Do referendum jednak nie doszło, a zmiany weszły w życie 1 maja 2011 roku⁸⁶. Następnie, w rezultacie reformy podpisanej przez prezydenta w dniu 27 grudnia 2013 roku, uczyniono z II filara opcję dobrowolną.

Pozytywnym – w mojej ocenie – aspektem reformy emerytalnej z 2011 roku jest zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn oraz stopniowe wydłużenie go do 67. roku życia. Polska reprezentuje kulturę „wczesnego wyjścia” z rynku pracy. Według Instytutu Badań Strukturalnych „na początku lat dziewięćdziesiątych mężczyźni w Polsce pracowali niemal 2/3, a kobiety ponad połowę swojego życia, (...) dziś na aktywność zawodową przypada przeciętnie odpowiednio 55 i 45% całości życia statystycznego Polaka”⁸⁷. W porównaniach międzynarodowych szczególnie nisko wypada aktywność zawodowa kobiet: „reprezentatywna Polka jest dziś aktywna zawodowo znacznie krócej (ok. 10%) niż jej odpowiedniczki w Holandii, Danii, Irlandii czy Estonii. Odpowiednio

86 K. Zapędowska-Kling, *Reformy emerytalne a międzypokoleniowy kontrakt*, [w:] *Starzenie się ludności a solidarność międzypokoleniowa*, red. P. Szukalski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014, s. 53–62.

87 M. Bukowski, P. Lewandowski, *Czy należy się bać podniesienia wieku emerytalnego?*, „IBS Policy Paper” 2011, nr 1, s. 8.

dłuższy jest też czas, jaki spędza na emeryturze (27% życia). Jeśli wzorce aktywności nie zmienią się, to w roku 2030 Polki będą bierne zawodowo aż przez 60% swojego życia”⁸⁸.

Relatywnie krótki okres aktywności zawodowej Polaków, obok zjawiska starzenia się populacji, skutkuje rosnącym współczynnikiem obciążenia demograficznego. Według Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz MPiPS w 1990 roku na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadały 22 osoby w wieku poprodukcyjnym, w 2000 roku – 24, a w 2007 roku – już 25 osób w wieku nieprodukcyjnym (kobiety 60+; mężczyźni 65+)⁸⁹. W 2010 roku osoby w wieku 65 lat lub więcej stanowiły 13,5% populacji, a w 2035 roku stanowiąc będą aż 23,2%, co oznacza, że niemal co czwarta osoba będzie emerytem⁹⁰. Zachwianie proporcji między odsetkiem ludności w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym niesie za sobą ryzyko finansowe w postaci niewydolnego systemu ubezpieczeń społecznych. Liczba osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych regularnie wzrasta.

Zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn wydaje się logicznym rozwiązaniem między innymi ze względu na wyższe wartości dożywanego wieku kobiet w stosunku do mężczyzn. Przewidywane wartości trwania życia kobiet i mężczyzn w Polsce do roku 2035 przedstawia tabela 3.4.

Tabela 3.4. Przewidywana średnia długość trwania życia kobiet i mężczyzn w Polsce – prognoza na lata 2015–2035

Rok	Kobiety	Mężczyźni
2015	80,6	72,8
2020	81,2	73,9
2025	81,9	75,1
2030	82,5	76,3
2035	83,2	77,7

Źródło: GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Warszawa 2009.

88 *Ibidem*.

89 Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Polska 2008. Raport o rynku pracy oraz zabezpieczeniu społecznym*, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz, Warszawa 2008, s. 13–14.

90 GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2009, s. 219.

Dotychczas, ze względu na nierówny wiek emerytalny, kobiety stanowiły grupę społeczną szczególnie narażoną na ubóstwo. W związku z przerwami w okresach zatrudnienia wynikającymi z obowiązków rodzinnych, a także krótszym okresem aktywności zawodowej świadczenia emerytalne kobiet cechowała niska stopa zastąpienia. Dodatkowo niższy niż u mężczyzn wiek emerytalny powodował, że pracodawcy rzadziej chcieli zatrudniać kobiety w średnim wieku i postrzegali je jako pracowników, w których nie warto inwestować⁹¹. Podniesienie wieku emerytalnego do 67 lat jest zgodne z rekomendacjami Komisji Europejskiej i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju jako rozwiązanie równoważące malejącą liczbę osób w wieku produkcyjnym na europejskich rynkach pracy.

Zmiany demograficzne wpływają nie tylko na system emerytalny, ale również na system opieki długoterminowej. W Polsce podział kompetencji pomiędzy dwa resorty – Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – prowadzi do częściowej dezintegracji sektora opieki, a także do nieścisłości w zakresie terminologii i regulacji prawnych. Jak zauważa senator Mieczysław Augustyn, w polskim systemie opieki społecznej brakuje uniwersalnej, jednolitej definicji „opieki długoterminowej”⁹². Przyjęta definicja powinna precyzować zarówno horyzont czasowy („długoterminowa” → jak długo?), jak i zakres opieki (jakiego typu usługi wchodzi w skład „opieki długoterminowej”? czy zakres usług powinien być dobierany indywidualnie? czy należy wprowadzić podział na usługi podstawowe i dodatkowe?). Ujednoliconą terminologia została przyjęta jedynie przez Ministerstwo Zdrowia⁹³. Zjawisko starzenia się populacji sprawia, że wydatki na system opieki długoterminowej rosną, podobnie jak liczba osób starszych kwalifikujących się do opieki. Biorąc pod uwagę dynamikę zmian demograficznych oraz obecną kondycję polskiego sektora opieki, diagnozując następujące problemy, których rozwiązanie powinno stanowić priorytet dla polskiej polityki senioralnej:

1. Polska należy do grupy krajów o bardzo niskich nakładach środków publicznych na opiekę długoterminową, które stanowią mniej niż jedną piątą

91 A. Gielewska, *Zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn to zrównanie praw*, wywiad z Agnieszką Kozłowską-Rajewicz, Pełnomocniczką Rządu ds. Równego Traktowania, „Dziennik Gazeta Prawna” 1.03.2012.

92 M. Augustyn, *op. cit.*

93 *Ibidem.*

nakładów krajów skandynawskich. Według Komisji Europejskiej Polska przeznaczająca na ten cel 0,7% PKB, w porównaniu do nakładów szwedzkich w wysokości 3,8% PKB⁹⁴.

2. Wsparcie potrzebne „od zaraz” często okazuje się „niedostępne, niewystarczające i zbyt drogie”⁹⁵. Za taki stan rzeczy winić można przepełnione placówki służby zdrowia, brak odpowiednich mechanizmów docierania z informacją do osób potrzebujących, zbyt niskie nakłady z budżetu państwa na sektor opieki długoterminowej oraz rozbudowane procedury biurokratyczne.

3. Na rynku usług medycznych oraz społecznych brakuje specjalistów geriatrów i gerontologów. Według danych z 2005 roku w Polsce liczba geriatrów przypadająca na 10 tysięcy osób w wieku 65+ wyniosła 0,2. Dla porównania: w Niemczech 1,2, w Wielkiej Brytanii 3,1, w Szwecji 4,6⁹⁶. Proces starzenia się i potencjalna możliwość pojawienia się barier wynikających z zaawansowanego wieku (tak funkcjonalnych, jak kognitywnych) powinny stanowić przedmiot zainteresowania specjalistów do spraw starzenia się w celu dostosowania opieki do specyficznych potrzeb seniorów. Z uwagi na szerokie spektrum potrzeb osób w wieku podeszłym szczególnego znaczenia nabiera charakterystyczne dla gerontologii podejście interdyscyplinarne, a w przypadku opieki medycznej – podejście holistyczne do stanu zdrowia pacjenta.

4. W dostępnych w Polsce placówkach opieki długoterminowej dochodzi do łączenia różnych grup społecznych wymagających opieki. Na przykład funkcję ośrodka wsparcia dla niesamodzielnych osób starszych może pełnić ośrodek dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Podczas gdy standardy międzynarodowe dążą do zawężania profilu usługobiorców w celu zapewnienia im komfortu i lepszego dostosowania zakresu usług do specyfiki potrzeb wąskiej grupy pacjentów, w Polsce nadal praktykuje się łączenie osób starszych z osobami somatycznie chorymi.

5. Zawód pracownika socjalnego/pracownicy socjalnej oraz pielęgniarza/pielęgniarki należy do grupy profesji stereotypowo nisko płatnych,

94 B. Lipszyc, E. Sail, A. Xavier, *Long-term Care: Need, Use and Expenditure in the EU27*, „Economic Papers 469”, European Commission, Brussels 2012.

95 M. Augustyn, *op. cit.*, s. 6.

96 J. Derejczyk, B. Bień, J. Paszkot-Kokoszka, J. Szczygieł, *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008, nr 16(3), s. 149–159.

mało prestiżowych oraz sfeminizowanych. Personel świadczący opiekę nad seniorami wymaga specjalistycznych szkoleń i możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji, a także podwyżek wynagrodzeń tak, by były one adekwatne do stopnia obciążenia fizycznego i psychicznego, na jakie narażeni są pracownicy.

6. Słabo rozwinięte społeczeństwo obywatelskie w Polsce skutkuje małą liczbą oddolnych inicjatyw, których celem jest niesienie wsparcia osobom starszym. Wolontariat, będący istotnym elementem krajobrazu usług opiekuńczych w Stanach Zjednoczonych, zaspokaja zaledwie ułamek potrzeb polskich seniorów. Wciąż relatywnie niski jest udział trzeciego sektora (organizacji pozarządowych, stowarzyszeń, fundacji) w pełnieniu opieki nad osobami starszymi, choć rządowy program ASOS stopniowo przyczynia się do zwiększenia jego zaangażowania. Tym, co charakterystyczne dla Polski, jest zaangażowanie instytucji Kościoła katolickiego w świadczenie pomocy o charakterze humanitarnym i socjalnym.

7. Zauważalna jest dysproporcja w dostępie do różnych form opieki długoterminowej w miastach i na wsi. Podczas gdy duże miasta powoli zaczynają wdrażać w życie teorię wyboru konsumenta oraz powołują do życia lokalne Centra Seniora, na wsiach dominuje model opieki nieformalnej, świadczonej przez sąsiadów oraz członków rodziny.

8. W Polsce nadal pokutuje przekonanie, że świadczenie opieki osobom starszym jest przede wszystkim obowiązkiem rodziny. Mariola Raclaw nazywa to zjawisko „normą kulturową”⁹⁷. W ankiecie Europejskiej Fundacji Poprawy Warunków Życia i Pracy na pytanie: „Czy preferujesz zorganizowane formy opieki dla swoich rodziców?” odpowiedzi twierdzącej udzieliło 20% Polaków, plasując się na trzecim miejscu od końca wśród krajów europejskich. Jeszcze mniej zwolenników zorganizowanych form opieki znalazło się w Hiszpanii i Grecji⁹⁸. Przewaga nieformalnych form opieki nad osobami starszymi negatywnie wpływa na aktywność zawodową kobiet, a także dodatkowo obciąża tak zwane pokolenie przegubowe

97 M. Raclaw, *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy*, [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hrynkiewicz, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 71–82.

98 J. Alber, U. Köhler, *Health and Care in an Enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2004.

(*sandwich generation*), czyli osoby w średnim wieku, wciąż aktywne na rynku pracy, które muszą jednocześnie opiekować się dorastającymi dziećmi oraz starzejącymi się rodzicami.

9. Mimo powszechnego uznania dla instytucji rodziny jako dostawcy usług opiekuńczych w porównaniu do takich krajów, jak Stany Zjednoczone lub Szwecja, w Polsce brakuje realnego wsparcia ze strony rządu dla nieformalnych opiekunów (dostępu do profesjonalnych szkoleń z zakresu opieki nad osobą starszą, bezpłatnych technologii asystujących, wsparcia psychologicznego lub tymczasowej opieki zastępczej umożliwiającej wyjazd na urlop). Warto zauważyć, że różnorodne formy wsparcia dla nieformalnych opiekunów, w tym instytucję „urlopu wytchnieniowego”, przewiduje projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.

Kolejnym problemem utrudniającym realizację polityki starzenia się w Polsce jest słaba reprezentacja interesów osób starszych na scenie politycznej oraz niski stopień formalizacji organizacji seniorów. Istniejąca od ponad 20 lat Krajowa Partia Emerytów i Rencistów, której działalności przyświeca hasło „Emeryci razem w walce o sprawiedliwość społeczną”, ma znikome poparcie polityczne (oscylujące wokół 2%), a w ostatnich wyborach parlamentarnych żaden z jej członków nie uzyskał mandatu w Sejmie. Przed wyborami samorządowymi w 2014 roku KPEiR podpisała umowę koalicyjną z SLD. Mimo że struktura ta nosi miano partii politycznej, w praktyce nie pełni funkcji „siwego lobby” porównywalnego do działalności amerykańskiej AARP, która jest organizacją pozarządową. Z formalnego punktu widzenia podmioty reprezentujące interesy seniorów istnieją (na przykład gminne Rady Seniorów, prężnie działające między innymi w Łodzi i w Poznaniu). Ich siła przebicia jest jednak niewielka, a forma działalności na ogół ograniczona do funkcji opiniotwórczej.

Brak rzetelnej reprezentacji politycznej osób starszych skutkuje niskim stopniem identyfikacji ich interesów i potrzeb. Dodatkowo w polskim dyskursie publicznym seniorzy traktowani są jako homogeniczna grupa społeczna, określana przez polityków i media szerokim i inkluzywnym pojęciem „emeryci i renciści”. Tego typu percepcja powoduje, że na poziomie planowania rozwiązań systemowych i instytucjonalnych pomijane są kwestie wynikające z interseksyjności kategorii społecznych i kulturowych, takich jak wiek, płeć, rasa, etniczność, poziom wykształcenia, stopień zamożności, orientacja seksualna i innych. W przypadku grupy społecznej osób starszych kolejnym wyzwaniem

jest konieczność zmiany mentalności społecznej i eliminacja głęboko zakorzenionych stereotypów dotyczących okresu starości. Wyniki badań na temat postrzegania ludzi starszych przez młodzież licealną dowodzą, że „określenie «stary» jest synonimem kogoś beużytecznego, gorszego”, a wśród młodego pokolenia zaobserwować można postawy gerontofobiczne⁹⁹. Tego typu postawy rodzą dyskryminację ze względu na wiek (ageizm) i przyczyniają się do pogorszenia jakości życia osób starszych.

Kolejnym aspektem wynikającym z różnic między pokoleniami jest zjawisko międzypokoleniowego konfliktu, które w przyszłości może narastać jako jedna z konsekwencji dalszego zachwiania proporcji między liczebnością pokolenia ludzi młodych i pokolenia ludzi starych. W Polsce dużo uwagi poświęca się finansowym i makroekonomicznym skutkom zmian demograficznych. Zjawisko starzenia się populacji analizowane jest przede wszystkim z perspektywy stabilności finansów publicznych. Niewiele uwagi poświęca się skutkom społecznym, które mogą wynikać z rosnącego współczynnika obciążenia demograficznego. Tymczasem rządowy program *Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób 50+* diagnozuje: „Polska należy do krajów UE, w których ryzyko ubóstwa osób starszych jest najniższe, a ryzyko ubóstwa dzieci i młodzieży – najwyższe. Niezbędna jest stopniowa zmiana struktury wydatków społecznych tak, aby doprowadzić do uzyskania równowagi międzypokoleniowej (...)”¹⁰⁰. Poza konsekwencjami finansowymi, zagrażającymi długookresowej stabilności systemu ubezpieczeń społecznych, warto równolegle badać skutki społeczne starzenia się społeczeństw, takie jak osłabienie relacji między pokoleniem wnuków a pokoleniem dziadków lub wyodrębnienie się w strukturze społecznej przeciążonego „pokolenia przegubowego”, czyli osób w średnim wieku, które jednocześnie uczestniczą w rynku pracy, wychowują dorastające dzieci i opiekują się starzejącymi się rodzicami.

Przystępując do planowania długofalowych założeń polityki społecznej wobec starzenia się ludności, warto zastosować szerszą perspektywę, dzięki której proces starzenia się zostanie zdiagnozowany jako wyzwanie

99 B. Krupa, *Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna*, „Nowiny Lekarskie” 2012, nr 81(1), s. 36–43.

100 *Solidarność pokoleń...*, s. 4.

o charakterze systemowym, pociągające za sobą konieczność przebudowy wielu obszarów życia publicznego. Prognozy mówiące o tym, że w 2035 roku co czwarta osoba będzie emerytem, prowokują do poszukiwania odpowiedzi na wiele pytań: (a) jak funkcjonować będzie rynek pracy?, (b) jakim zmianom ulegnie przestrzeń publiczna?, (c) jaki charakter będzie miał system edukacji?, (d) w jaki sposób zmienią się relacje społeczne?, (e) jak zmieni się struktura wydatków publicznych na opiekę długoterminową i ochronę zdrowia?, oraz innych. Mimo iż w Polsce w ostatnich latach nastąpił wyraźny postęp w zakresie planowania i organizowania polityki senioralnej jako części składowej szerzej rozumianej krajowej polityki społecznej, diagnoza aktualnej kondycji systemu ubezpieczeń społecznych, systemu opieki długoterminowej oraz innych aspektów determinujących jakość życia seniorów (takich jak relacje międzypokoleniowe, rzecznictwo na rzecz praw seniorów, regulacje prawne dotyczące dyskryminacji ze względu na wiek, społeczno-kulturowe postrzeganie starości i innych) wciąż wskazuje na wiele wyzwań stojących przed aktorami polityki społecznej.

3.3. Rekomendacje dla Polski

Przegląd polityk senioralnych realizowanych w Stanach Zjednoczonych i Szwecji, a także diagnoza obecnego stadium rozwoju polityki starzenia się w Polsce pozwalają na sformułowanie listy rekomendacji dla przedstawicieli polskich władz. Tradycja traktowania najstarszej grupy społecznej jako „zasługującej” na wsparcie ze strony państwa wydaje się w obu krajach dłuższa i mocniej zakorzeniona niż w Polsce. Mimo iż Stany Zjednoczone i Szwecja reprezentują różne modele państwa dobrobytu, jakość życia tamtejszych seniorów oceniam jako wyższą niż w Polsce. Wynika to nie tylko z lepszej kondycji finansowej zagranicznych seniorów czy wyższej jakości opieki, ale także z politycznej i społecznej wrażliwości na potrzeby osób starszych i bogatej oferty programów i usług zaprojektowanych pod kątem i skierowanych pod adresem osób starszych. W obu społeczeństwach – amerykańskim i szwedzkim – osoby w podeszłym wieku są postrzegane jako odrębna, specyficzna grupa klientów/pacjentów/konsumentów/kontrahentów/wyborców, których potrzeby różnią się od potrzeb reszty społeczeństwa, funkcjonującego pod dyktando kultu młodości i produktywności charakterystycznego dla kapitalistycznego świata zachodniego.

3.3.1. Rekomendacje w zakresie wzmocnienia struktury rządowych i pozarządowych organów reprezentujących interesy seniorów

W porównaniu ze Stanami Zjednoczonymi i Szwecją Polskę charakteryzuje niski stopień formalizacji organizacji seniorów. Osoby starsze nie posiadają siły przebicia niezbędnej do lobbowania na rzecz własnych interesów i potrzeb. Często działają na szczeblu lokalnym, a miejscowe władze, społeczność ani media nie są świadome ich istnienia.

Historia ruchu na rzecz seniorów w USA sięga lat dwudziestych XX wieku i bierze swój początek z klubów seniora Francisa Townsenda. Idea istniejącego w Stanach do dziś i prężnie działającego stowarzyszenia AARP powstała już w latach czterdziestych XX wieku, a obecnie skupia ono przeszło 37 milionów członków powyżej 50. roku życia i jest największą organizacją seniorów na świecie. Formalnie jest to organizacja pozarządowa typu non profit (nie posiada statusu ugrupowania politycznego), w rzeczywistości – silna grupa lobbująca, która cieszy się szacunkiem wielu środowisk politycznych. Poza działalnością licznych organizacji seniorskich typu NGO Stany Zjednoczone cechuje reprezentowanie osób starszych w gremiach państwowych, między innymi w Senacie (United States Senate Special Committee on Aging) i Departamencie Zdrowia i Usług Społecznych (The Administration on Aging).

Szwecja to kraj, w którym istnieje urząd Ministra do spraw Dzieci i Osób Starszych. Ponad połowa emerytów należy do jednej z pięciu wiodących szwedzkich organizacji seniorów. Największa z nich, Narodowa Szwedzka Organizacja Emerytów i Rencistów (Pensionärernas Riksorganisation – PRO), zrzesza blisko 400 tysięcy osób i funkcjonuje od 1942 roku¹⁰¹.

W Polsce dopiero w 1997 roku powstało ugrupowanie polityczne reprezentujące interesy seniorów – Krajowa Partia Emerytów i Rencistów. Jego pozycja na scenie politycznej jest symboliczna i marginalna. Zaletą KPEiR jest posiadanie struktur wojewódzkich, które mogą ułatwić budowanie siatki komunikacyjnej łączącej organizacje seniorskie z różnych zakątków kraju. W 2012 roku osoby starsze doczekały się utworzenia odrębnej komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za sprawy seniorów przy Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Na skutek nagłośnionej debaty publicznej na tematy związane ze starzeniem

101 Narodowa Szwedzka Organizacja Emerytów i Rencistów, dostępne przez www.pro.se (3.04.2013).

się populacji większego znaczenia nabrały także gminne Rady Seniorów. Kilka lat zajęła walka o wpisanie do treści ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym zapisu rozszerzającego możliwości ustanawiania organów konsultacyjnych, który ułatwiłby gminom tworzenie Rad Seniorów na takich samych zasadach, jakie ustawa przewiduje w odniesieniu do gminnych Rad Młodzieżowych. Wniosek w tej sprawie po raz pierwszy został złożony przez Senat RP w 2009 roku. Skierowany do Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej, został odrzucony przez Sejm poprzedniej kadencji. W grudniu 2012 roku na konferencji podsumowującej obchody Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej senator Mieczysław Augustyn, przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych, po raz kolejny przypomniał o konieczności wprowadzenia stosownego zapisu do ustawy. Ostatecznie nowelizacja ustawy o samorządzie gminnym dotycząca gminnych Rad Seniorów została uchwalona przez sejm w październiku 2013 roku, a weszła w życie 30 listopada 2013 roku. Gminne Rady Seniorów pełnią funkcję doradczą i opiniotwórczą między innymi w Poznaniu, Wrocławiu, Łodzi, Nysie, Tarnobrzegu i Legionowie.

W grupie rekomendacji dotyczących publicznej reprezentacji interesów seniorów zaproponować można następujące rozwiązania:

1. W celu dalszego wzmocnienia reprezentacji osób starszych w procesach decyzyjnych jednostek samorządu terytorialnego rozważyć można umieszczenie zadania powołania Rady Seniorów na liście zadań obligacyjnych gminy. Dodatkowo w celu zapewnienia lepszej komunikacji, wymiany dobrych praktyk i doświadczeń rekomenduję organizację corocznego krajowego zjazdu przewodniczących gminnych Rad Seniorów z całej Polski. Tego typu spotkanie mogłoby stanowić okazję do wspólnej dyskusji na temat najbardziej palących potrzeb osób starszych w poszczególnych regionach kraju i przyczynić się do wprowadzenia konkretnych rozwiązań legislacyjnych eliminujących zdiagnozowane problemy.

2. Kwestie związane z prawami osób starszych, przeciwdziałaniem dyskryminacji ze względu na wiek oraz reprezentacją interesów seniorów na scenie politycznej stały się przedmiotem debaty publicznej mniej więcej w tym samym okresie kiedy Polska dostosowywała swoje prawodawstwo do dyrektyw unijnych o równym traktowaniu kobiet i mężczyzn. Zarówno walka o prawa kobiet, jak i walka o prawa seniorów, charakteryzują się pewną prawidłowością. Mimo iż obie grupy społeczne stanowią większość (w populacji Polski więcej

jest kobiet niż mężczyzn, a grupa wiekowa 65+ zdominowała liczebnie grupę wiekową dzieci do lat 14 już w 2015 roku¹⁰²), w realiach życia społecznego traktowane są jako mniejszości, które muszą dochodzić swoich praw. W Polsce w 2001 roku utworzono urząd Pełnomocnika Rządu ds. Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn, którego zadaniem było monitorowanie wdrażania polityki przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na płeć. Po kilku zmianach nazwy i trzyletniej przerwie w działalności urząd funkcjonuje do dziś (obecnie jako Pełnomocnik Rządu ds. Społeczeństwa Obywatelskiego i Równego Traktowania). Z uwagi na rosnące znaczenie problematyki osób starszych oraz konieczność monitorowania przypadków gorszego traktowania ze względu na wiek rekomenduję utworzenie urzędu Pełnomocnika Rządu ds. Osób Starszych, którego zakres obowiązków ustalić może Departament Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

3. Elementy polityki senioralnej powinny zostać uwzględnione w wojewódzkich strategiach Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej w Polsce. Obowiązek opracowania i realizacji strategii nakłada na samorządy województwa artykuł 21 ustawy o pomocy społecznej, który w punkcie pierwszym precyzuje, że wojewódzka strategia polityki społecznej obejmować powinna w szczególności programy dotyczące „przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, współpracy z organizacjami pozarządowymi”¹⁰³. Do listy tej proponuję dodać zapis o obowiązku zapewnienia przez samorządy wojewódzkie szczególnej oferty programów i usług skierowanej do osób starszych.

4. Brak stosownej reprezentacji interesów osób starszych w organach administracji państwowej powoduje, że trudno zdiagnozować potrzeby tak licznej i różnorodnej grupy społecznej. W konsekwencji dobór adekwatnych narzędzi i rozwiązań na szczeblu lokalnym i centralnym jest utrudniony, a realizacja polityki społecznej wobec osób starszych – nieefektywna. Z tego też względu rekomenduję popularyzację wyników badań naukowych oraz ściślejszą współpracę jednostek naukowych i ekspertów z przedstawicielami władz. Za dobry przykład posłużyć może kompleksowy, interdyscyplinarny projekt badawczy

102 GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Warszawa 2009.

103 Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2004 roku Nr 64, poz. 593.

PolSenior dotyczący „Aspektów medycznych, psychologicznych, społecznych i ekonomicznych starzenia się ludności w Polsce”¹⁰⁴. Pierwszy przeprowadzony na tak szeroką skalę projekt naukowy stanowi wartościowe źródło wiedzy na tematy związane z sytuacją społeczną, zdrowotną, finansową i mieszkaniową polskich seniorów. Warto, by stał się inspiracją i punktem odniesienia dla grupy specjalistów z Departamentu Polityki Senioralnej, która opracowuje główne założenia długofalowej polityki starzenia się w Polsce.

3.3.2. Rekomendacje w zakresie przeciwdziałania negatywnym skutkom zmian demograficznych

Stosowanie perspektywy długofalowej w planowaniu, tworzeniu i implemencowaniu polityk oraz realizacja rozbudowanej polityki rodzinnej zostały przeze mnie sklasyfikowane jako przykład dobrej praktyki w zakresie przeciwdziałania negatywnym skutkom zmian demograficznych w Szwecji. Z uwagi na to, że współczesny system polityczny Polski jest młody, ukształtowany w okresie transformacji ustrojowej po 1989 roku, oraz ze względu na podział sceny politycznej i rotacyjność rządów lewicy, prawicy i centrum, w Polsce rzadko przyjmuje się perspektywę długofalową w tworzeniu polityki społecznej. Założenia systemowej reformy emerytalnej z 1999 roku, które miały zapewnić długotrwałe bezpieczeństwo systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce, już 10 lat później zaczęły być podważane i dementowane. Jak argumentuję w podrozdziale 3.2.4, reformy z 2011 i 2013 roku stanowiły przykład „kroku wstecz” w stosunku do reformy z 1999 roku. Retoryka rządu w odniesieniu do II filara obróciła wcześniejsze hasło „Bezpieczeństwo dzięki różnorodności” w nowy argument – „OFE przyczyną wzrostu długu publicznego”, z wiodącym głosem Ministra Finansów Jacka Rostowskiego. Osłabiono pozycję Otwartych Funduszy Emerytalnych na korzyść Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Ponieważ procesy demograficzne zachodzą stopniowo oraz są – do pewnego stopnia – przewidywalne, negatywnym skutkom zjawiska starzenia się populacji można zapobiegać, a nie tylko nimi zarządzać. Wymaga to jednak myślenia perspektywicznego, dzięki któremu elity rządzące dostrzegą związek pomiędzy liczbą osób w wieku produkcyjnym a jakością realizowanej w Polsce polityki

104 Informacje pochodzą ze strony internetowej programu *PolSenior*, dostępne przez <http://polsenior.iimcb.gov.pl/> (7.04.2013).

rodzinnej i imigracyjnej, pomiędzy kondycją rynku pracy a poziomem inwestycji w kapitał ludzki, pomiędzy wskaźnikiem aktywności zawodowej osób starszych a stopniem dofinansowania systemu edukacji. Zawarta poniżej lista rekomendacji ma przyczynić się do przemyślanego, strategicznego i długofalowego zarządzania zmianami demograficznymi w Polsce:

1. Spadek liczby urodzeń – obok wzrostu średniej długości trwania życia – uznaje się za jedną z podstawowych przyczyn zjawiska starzenia się populacji. W latach 2012–2013 Polska poczyniła znaczne postępy w zakresie wsparcia ze strony państwa dla rodzin i osób planujących założenie rodziny. Według nowych przepisów od 2013 roku w Polsce obowiązuje jeden z najdłuższych urlopów rodzicielskich w Europie, w wymiarze 52 tygodni (jednego roku). Za pierwsze sześć miesięcy przysługuje zasiłek w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku, a za kolejne sześć – 60% podstawy wymiaru zasiłku¹⁰⁵. Obok działań mających na celu ułatwienie parom podjęcia decyzji o założeniu rodziny, rekomenduję stopniowe wprowadzanie dalszych rozwiązań umożliwiających godzenie ról zawodowych z rodzinnymi i ułatwiających matkom i ojcom możliwie jak najszybszy powrót na rynek pracy. Do tego typu rozwiązań zaliczyć można zwiększenie dostępności miejsc w instytucjach dziennej opieki nad dziećmi (żłobkach, przedszkolach, świetlicach szkolnych), zmniejszenie wymiaru opłat za tego typu opiekę, popularyzację alternatywnych form świadczenia opieki nad dzieckiem, takich jak instytucja dziennego opiekuna, a także możliwość zatrudniania do pełnienia usług opiekuńczych członków rodziny, którzy mogliby w ten sposób dorabiać do emerytury lub renty.

Dodatkowo warto podkreślić, jak istotne znaczenie w tej dziedzinie ma prawo chroniące matkę przed zwolnieniem z pracy po powrocie z urlopu macierzyńskiego. Obecnie w polskim systemie prawnym znajdują się luki, które nie gwarantują pracownikom ochrony zatrudnienia po urodzeniu dziecka. Artykuł 186 Kodeksu Pracy zawiera zapis o ochronie zatrudnienia rodziców, którzy nie decydują się na wykorzystanie urlopu wychowawczego, tylko wracają do pracy i wnioskuje o częściową redukcję etatu (na przykład do 7/8 podstawy wymiaru czasu pracy). Wówczas prawo chroni ich przed zwolnieniem przez okres 12 miesięcy. Okazuje się jednak, że pierwszeństwo

¹⁰⁵ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Urlop rodzicielski*, dostępne przez <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/nowe-rozwiazania-prorodzinne/urlop-rodzicielski/> (17.04.2013).

przed Kodeksem Pracy ma ustawa o zwolnieniach grupowych, która jest przykładem ustawy specjalnej, „o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy”¹⁰⁶. Ustawa obejmuje ochroną kobiety w ciąży, działaczy związkowych i pracowników w wieku przedemerytalnym. Umożliwia jednak zwalnianie z pracy kobiet wracających z urlopów macierzyńskich, nawet jeśli zwolnienie jest indywidualne (lecz odbywa się na zasadach zwolnienia grupowego, a przyczyna leży po stronie pracodawcy). Z tego też względu rekomenduję likwidację tego typu luk prawnych i zapewnienie rzetelnej ochrony zatrudnienia osobom podejmującym obowiązki zawodowe po urodzeniu dziecka, niewykorzystującym urlopu wychowawczego. Przykład Szwecji pokazał, że odpowiedzialna polityka rodzinna państwa przekłada się na wzrost współczynnika dzietności. Większa liczba urodzeń daje nadzieję na stabilny rozwój gospodarczy i stabilność repartycyjnego komponentu systemu emerytalnego na przyszłość.

2. Starzenie się populacji w Polsce rozpatrywane jest przede wszystkim z perspektywy makroekonomicznej. Przedmiotem troski polityków jest kondycja rynku pracy, wskaźnik zatrudnienia, wskaźnik rozwoju gospodarczego. Stopniowe przechodzenie na emeryturę pokolenia powojennego wyżu demograficznego skutkuje odpływem osób w wieku produkcyjnym z rynku pracy. Obok dbałości o wzrost liczby urodzeń Polska powinna otworzyć się na imigrację i zweryfikować priorytety polityki migracyjnej kraju. Pierwsza dekada XXI wieku to okres masowych emigracji ludzi młodych za granicę w celach zarobkowych, w tym osób wysoko wykwalifikowanych. Aby przeciwdziałać negatywnym ekonomicznym skutkom zmian demograficznych Polska powinna zmienić wizerunek z kraju emigracyjnego w kraj imigracyjny. Przykład Stanów Zjednoczonych pokazuje, że imigrują najczęściej ludzie młodzi, poszukujący wyższego standardu życia, chętni do zasilenia rynku pracy. Raport na temat *Polityki migracyjnej Polski* przyjęty przez Radę Ministrów w lipcu 2012 roku diagnozuje:

W wyniku zwiększonej skali emigracji zarobkowej, jak również silnego wzrostu gospodarczego naszego kraju po akcesji do UE oraz spadku poziomu bezrobocia pojawił się coraz częściej podnoszony przez pracodawców

106 Ustawa z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, Dz.U. z 2003 roku Nr 90, poz. 844.

problem niedoboru siły roboczej, w szczególności w takich branżach jak rolnictwo czy budownictwo. Doprowadziło to między innymi do rozpoczęcia dyskusji na temat szerszego otwarcia polskiego rynku pracy na cudzoziemców i konieczności dokonania zmian prowadzonej polityki w tym zakresie¹⁰⁷.

Popieram wnioski zawarte w dokumencie rządowym i rekomenduję rozszerzenie przepisów uprawniających cudzoziemców do podjęcia tymczasowego lub stałego zatrudnienia w Polsce. Jedną z konsekwencji wzrostu imigracji jest zwiększenie różnorodności społecznej kraju, co może zaowocować rozwojem postaw poszanowania i akceptacji wobec odmienności, wciąż rzadko obserwowanych w krajach homogenicznych społecznie i kulturowo, takich jak Polska.

3. W celu zapobiegania negatywnym konsekwencjom zmian demograficznych w perspektywie długofalowej niezbędne jest dalsze stabilizowanie kondycji finansowej systemu emerytalnego. Mając na uwadze wzrost współczynnika obciążenia demograficznego i niepewną przyszłość systemu repartycyjnego, opartego na umowie międzypokoleniowej, rekomenduję popularyzację alternatywnych metod oszczędzania środków na starość. W Polsce wciąż bardzo niskim zainteresowaniem cieszy się III filar systemu emerytalnego, w którego skład wchodzi Pracownicze Programy Emerytalne, Indywidualne Konta Emerytalne i Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego. Niskie zainteresowanie wynikać może z relatywnie niskich zarobków Polaków, uniemożliwiających odkładanie pieniędzy na później, ale też z braku wiedzy na temat dostępnych form oszczędzania na starość. Proces edukacji emerytalnej powinien zaczynać się już na etapie edukacji szkolnej, a zagadnienia związane ze sposobem funkcjonowania systemu emerytalnego stanowić program nauczania na zajęciach z przedsiębiorczości. Elementem komplementarnym w stosunku do edukacji dzieci i młodzieży powinna być ogólnokrajowa, medialna kampania informacyjna na temat korzyści wynikających z dodatkowego oszczędzania na przyszłość.

W oczach starszego pokolenia Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest wciąż gwarantem zabezpieczenia finansowego na starość. Ludzie często błędnie

107 Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Departament Polityki Migracyjnej, *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*, dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 31 lipca 2012 roku, s. 9.

zakładają, że środki odprowadzane do ZUS-u są „gromadzone” jak na koncie w banku. Konstrukcja I filara opiera się na zasadzie *pay-as-you-go* („wpłacaj i wydawaj”), co czyni go szczególnie wrażliwym na zmiany w strukturze zatrudnienia. Gromadzenie środków w ramach III filara powinno stać się standardem szczególnie w sytuacji dramatycznie niskiego współczynnika dzietności (1,3), który nie zapewnia populacji Polski prostej zastępowalności pokoleń. Dodatkowo rekomenduję zachowanie obecnej, trójfilarowej konstrukcji systemu emerytalnego, wraz z jego komponentem kapitałowym, z uwagi na większą szansę zabezpieczenia przyszłych świadczeń dzięki dywersyfikacji źródeł dochodu.

4. Podobnie jak w przypadku Szwecji (lecz – póki co – z dużo gorszym rezultatem) przeciwdziałanie negatywnym skutkom zmian demograficznych w Polsce koncentruje się na utrzymaniu wysokiego wskaźnika zatrudnienia, w tym aktywizacji zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym. W 2008 roku Polska przyjęła rządowy program *Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*, którego celem jest „osiągnięcie w perspektywie do 2020 r. wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata na poziomie 50%, określonym w *Strategii Lizbońskiej*”¹⁰⁸. Aktualny stan realizacji programu przedstawia się obiecująco – zmniejszono obciążenia pracodawców wynikające z kosztów pracy związanych z zatrudnieniem pracownika w wieku przedemerytalnym (w ramach nowelizacji ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z 2010 roku), upowszechniono model kształcenia ustawicznego, podjęto działania ograniczające dezaktywizację pracowników w ramach systemu świadczeń społecznych¹⁰⁹.

W zakresie dalszej aktywizacji osób w wieku okołoemerytalnym na rynku pracy rekomenduję podjęcie działań o charakterze edukacyjnym i informacyjnym ukierunkowanym na eliminację zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek na rynku pracy oraz wprowadzenie zachęt finansowych skłaniających do późniejszego przechodzenia na emeryturę w celu otrzymania wyższego świadczenia. Niezwykle istotnym czynnikiem jest kwestia

108 *Solidarność pokoleń...*, s. 4.

109 Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie z realizacji programu Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*, Warszawa 2011, dostępne przez http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/Analizy/Sprawozdanie%20_50_plus_01_2011.pdf (1.04.2013).

zmiany sposobu postrzegania emerytury przez Polaków – już nie jako okresu „zasłużonego wypoczynku”¹¹⁰, lecz integralnego etapu w życiu człowieka, który nie musi wiązać się ze spadkiem poziomu życia ani rezygnacją z pełnionych dotychczas ról społecznych. Proponowaną metodą osiągnięcia takiej zmiany świadomościowej może być popularyzacja perspektywy cyklu życia w planowaniu kariery zawodowej oraz podnoszenie kwalifikacji zawodowych w ciągu całego okresu aktywności na rynku pracy. Istotnym wsparciem w tym zakresie służyć mogą instytucje doradztwa zawodowego, biura karier lub punkty pośrednictwa pracy, podobnie jak kampanie informacyjne i medialne finansowane przez Ministerstwo Pracy. Społeczeństwo polskie reprezentuje tak zwaną kulturę wczesnego wyjścia z rynku pracy. Odwrócenie tego trendu wymaga zmiany pokoleniowej, a z punktu widzenia teorii zależności od ścieżki (*path dependency*), ze względu na czynniki historyczne, kulturowe i społeczne, może okazać się w Polsce długotrwałe, trudne, a nawet niemożliwe.

3.3.3. Rekomendacje w zakresie podnoszenia jakości i rozszerzenia oferty polskiego sektora opieki

Diagnoza obecnej kondycji polskiego sektora opieki oraz przegląd dobrych praktyk wyodrębnionych z doświadczeń Stanów Zjednoczonych i Szwecji pozwalają na sformułowanie listy rekomendacji, których celem jest podniesienie jakości i rozszerzenie oferty usług opiekuńczych dla seniorów w Polsce:

1. Cechą charakterystyczną polskiego sektora opieki jest podział kompetencji pomiędzy dwa resorty – Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Aby system opieki nad osobami starszymi sprawnie funkcjonował, konieczna jest ścisła współpraca pomiędzy tymi organami. W zakresie struktury i organizacji sektora opieki istotną rekomendacją jest opracowanie jednolitej, wspólnej dla obu resortów terminologii, przejrzystych regulacji prawnych oraz komplementarnej względem siebie oferty usług opiekuńczych świadczonych przez oba resorty. Zdaniem profesora Piotra Błędowskiego istotnym problemem opieki długoterminowej w Polsce jest brak koordynacji działań sektora pomocy społecznej i sektora

¹¹⁰ I. Wóycicka, *Wprowadzenie*, [w:] *Później na emeryturę?*, red. I. Wóycicka, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2004, s. 5–6.

ochrony zdrowia, a także nieracjonalne dysponowanie budżetem¹¹¹. Z tego punktu widzenia godne poparcia są propozycje zawarte w senackim projekcie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, które przewidują zastąpienie zasiłku pielęgnacyjnego (uniwersalnego, przyznawanego w oparciu o kryterium wieku) bonem/czekiem opiekuńczym przyznawanym najbardziej potrzebującym. Wprowadzenie bonów opiekuńczych jest rozwiązaniem o wielu zaletach:

a) umożliwi lepsze zagospodarowanie relatywnie niskich nakładów państwa na opiekę długoterminową;

b) pozwoli dotrzeć ze wsparciem ze strony państwa do osób najbardziej potrzebujących, dysponujących orzeczeniem o stopniu niesamodzielnosci;

c) stanowić będzie realne wsparcia dla członków rodzin i pozostałych nieformalnych opiekunów osób starszych;

d) przyczyni się do podniesienia jakości usług opiekuńczych (w sytuacji gdy osoba starsza będzie mogła samodzielnie zdecydować o wyborze dostarczyciela usług zadziałają reguły wolnej konkurencji);

e) zwiększy wykorzystanie potencjału domów opieki społecznej, ponieważ zgodnie z założeniami projektu ustawy posiadający określoną wartość ekonomiczną bon będzie mógł pokryć koszty usług świadczonych przez placówki opiekuńcze.

Warto podkreślić, że instytucja bonu opiekuńczego jest rozwiązaniem wzorowanym na dobrych praktykach z zagranicy. W Szwecji 1 stycznia 2009 roku weszła w życie ustawa o wolnym wyborze (*Lagen om valfrihetssystem*), która zobowiązała gminy do wprowadzenia mechanizmu kuponów (voucherów) przed końcem 2014 roku. Przygotowaniem polskiego projektu ustawy zajmuje się Komisja Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej Senatu RP pod przewodnictwem Mieczysława Augustyna. W maju 2013 roku odbyła się otwarta konferencja w gmachu Sejmu RP na temat pomocy osobom niesamodzielnym, a jej celem była publiczna prezentacja głównych założeń projektu ustawy.

2. Zarówno w Polsce, jak i za granicą jednym z podstawowych problemów w kwestii świadczenia opieki nad seniorami jest niewystarczająca liczba poradni geriatrycznych, psychogeriatrycznych i gerontologicznych. Według danych z 2005 roku w województwie mazowieckim na jednego lekarza geriatrę

111 P. Błędowski, *Finansowanie opieki...*, s. 137–149.

przypadało 77 503 pacjentów powyżej 65. roku życia¹¹². Biorąc pod uwagę postępujący proces starzenia się populacji, liczba ta będzie wzrastać. Z tego też względu rekomenduję popularyzację kierunków studiów związanych z opieką społeczną, opieką zdrowotną i świadczeniem usług osobom starszym. Kierunki takie jak gerontologia społeczna, geragogika (specjalizacja w ramach kierunku: pedagogika), polityka społeczna i praca socjalna w zakresie opieki nad seniorami powinny znaleźć się na liście kierunków zamawianych, dofinansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Już w chwili obecnej liczba absolwentów tych specjalizacji jest deficytowa.

Warto się też zastanowić, gdzie leżą przyczyny tak niskiego zainteresowania specjalizacją lekarską w dziedzinie geriatry. Być może winne są nieodpowiednie warunki pracy, mniejsza niż w przypadku innych specjalizacji szansa na rozwój i awans, stereotypy na temat jakości pracy ze starszymi ludźmi. Skutecznie przeprowadzona kampania informacyjna Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, analogiczna do akcji „Dziewczyny na Politechniki”, może zwiększyć popularność kierunków geriatrycznych i przyczynić się do ich postrzegania jako szansy na stabilne zatrudnienie i karierę zawodową dającą nie tylko adekwatne wynagrodzenie, lecz i satysfakcję wynikającą z niesienia pomocy i wsparcia drugiemu człowiekowi.

3. W zakresie opieki dziennej, wzorując się na dobrych praktykach zaobserwowanych w mieście Berkeley w Stanach Zjednoczonych, rekomenduję rozszerzenie oferty zorganizowanych zajęć prowadzonych przez domy seniora lub inne ośrodki dziennego pobytu. Rozszerzenie oferty niekoniecznie musi wiązać się ze zwiększeniem nakładów finansowych – może odbywać się na zasadzie wolontariatu, praktyk studenckich lub bazy pomysłów zgłaszanych przez same osoby starsze, które wzajemnie mogą organizować spotkania tematyczne, grupy wsparcia, warsztaty, wycieczki lub pokazy filmów. Oferta tematyczna spotkań

112 Rejestr lekarzy geriatrów na terenie Mazowsza. Dane Działu Doskonalenia Kadr Medycznych Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego (stan na dzień 1 maja 2005 r.), [cyt. za:] *Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Raport*, red. M. Barcikowska, A. Członkowska, J. Derejczyk, T. Garbyelewicz, A. Gębska-Kuczerowska, G. Hereczyńska, H. Sienkiewicz-Jarosz, A. Józwiak, M. Naruszewicz, G. Opala, T. Parnowski, M. Pawińska-Proniewska, M. Radzikowska, A. Rajska-Neumann, M. Rószkiewicz, D. Ryglewicz, K. Wieczorowska-Tobis, B. Witkowska, T. Zdrojewski, „*Postępy Psychiatrii i Neurologii*” 2006, nr 15(3), s. 203–211.

powinna zostać uzupełniona o cykliczne konsultacje ze specjalistami z dziedziny gerontologii, psychologii, psychiatrii, dietetyki, prawa, finansów i innych dziedzin. Oferta zajęć powinna obejmować spotkania o charakterze edukacyjnym, rekreacyjnym, zdrowotnym, rozrywkowym, związanym z rozwojem osobistym, kulturą i sztuką, a także – jeżeli jest to możliwe – programy żywnościowe umożliwiające wspólne spożywanie odpowiednio zbilansowanych posiłków, oferowanych za niewielką opłatą. Bogata oferta domów seniora i pozostałych ośrodków dziennej opieki ułatwia funkcjonowanie samotnym osobom starszym, daje poczucie uczestniczenia i przynależności do grupy, pełni funkcję terapeutyczną, pozwala zachować aktywność fizyczną i społeczną adekwatną do stanu zdrowia i wieku.

4. Ze względu na stosunkowo niskie nakłady finansowe (wyrażone jako procent PKB, w odniesieniu do nakładów innych krajów) oraz długą listę elementarnych problemów i potrzeb polskiego sektora opieki niewiele uwagi poświęca się kwestii zastosowania nowych technologii w służbie seniorom, zarówno w kontekście opieki zdrowotnej, jak i społecznej. Do najbardziej zaawansowanych w tej dziedzinie krajów należy Szwecja, która od kilku lat konsekwentnie inwestuje w badania naukowe poświęcone technologiom asystującym, inteligentnym domom i innym urządzeniom ułatwiającym codzienną egzystencję niesamodzielnych osób starszych. Ponieważ postęp technologiczny prowadzi do wydłużenia życia w zdrowiu, umożliwia funkcjonowanie we własnym domu w przypadku pojawienia się ograniczeń funkcjonalnych lub kognitywnych, daje możliwość uczestniczenia w życiu społecznym osobom poruszającym się na wózku, umożliwia komunikację z lekarzem lub rodziną na odległość, daje możliwość monitorowania całodobowej aktywności osób starszych pracownikom socjalnym – rekomenduję zorganizowanie konkursu na finansowanie projektów naukowych dedykowanych zastosowaniu nowych technologii w opiece nad seniorami. Zwiększony nakład finansowy na działania z zakresu R&D skutkować może opracowaniem innowacyjnych rozwiązań, które nie tylko przyczynią się do podniesienia jakości życia osób starszych, lecz także umożliwią redukcję wydatków rosnących ze względu na zwiększone zapotrzebowanie na siłę roboczą w sektorze usług opiekuńczych.

5. Polska należy do grupy krajów silnie przywiązanych do tradycji świadczenia usług opiekuńczych przez członków rodziny. Instytucjonalne formy opieki nad seniorami traktowane są jako ostateczność, na którą skazane są osoby samotne. Ponieważ osoby starsze preferują funkcjonowanie we własnym domu

bądź w gronie rodziny tak długo, jak jest to możliwe, rekomenduję rozszerzenie zakresu wsparcia udzielanego przez państwo nieformalnym opiekunom. Obecnie opiekę nad starzejącymi się rodzicami lub krewnymi sprawują w przeważającej większości kobiety, które często zmuszone są do rezygnacji z aktywności zawodowej, aby sprostać oczekiwaniom rodziny. Ze względu na wydłużającą się średnią długość życia socjologowie coraz częściej zwracają uwagę na wyodrębnienie się w strukturze społecznej tak zwanego pokolenia przegubowego, czyli osób w średnim wieku, które jednocześnie wychowują dorastające dzieci i opiekują się starzejącymi się rodzicami. Nieformalni opiekunowie stanowią ogromną wartość dla społeczeństwa, ponieważ generują oszczędności dla państwa, które – dzięki ich zaangażowaniu – zostaje częściowo odciążone z obowiązku zapewnienia godnych warunków życia niesamodzielnym osobom starszym. Obecnie do najpopularniejszych form wsparcia dla członków rodzin należy świadczenie pielęgnacyjne (dla osób, które zrezygnują z zatrudnienia), okresowy zasiłek opiekuńczy (dla osób zatrudnionych, które uzyskają zwolnienie lekarskie), ulgi podatkowe związane z kosztami świadczenia opieki przyznawane opiekunom osób niepełnosprawnych, a także okresowe usługi opieki zastępczej organizowane przez lokalny samorząd¹¹³.

W senackim projekcie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym znalazła się propozycja wprowadzenia do polskiego Kodeksu Pracy płatnego „urlopu wytchnieniowego” dla osób świadczących opiekę członkowi rodziny, który umożliwiłby wyjazd na urlop i zapewnienie profesjonalnej opieki zastępczej na czas nieobecności¹¹⁴. Popieram to rozwiązanie i rekomenduję rozwój dodatkowych form pomocy, takich jak dostęp do darmowego wsparcia psychologicznego, szkoleń z zakresu sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną, urządzeń asystujących i przydziałów leków, a także grup wsparcia, w których skład wchodziłoby nieformalni opiekunowie z tego samego miasta lub regionu. Uznanie nieformalnych opiekunów za grupę wymagającą szczególnego wsparcia ze strony państwa w Szwecji zaowocowało wprowadzeniem do ustawy o usługach społecznych zapisu o obowiązku gminy do zapewnienia wsparcia

113 *Polska: zarys systemu ochrony zdrowia. Systemy ochrony zdrowia w okresie przemian*, red. S. Golinowska, tłum. M. Jabłońska, European Observatory on Health Systems and Policies, Warszawa 2012.

114 A. Grabek, J. Ćwiek, *Bon, czyli lekarstwo na starość*, „Rzeczpospolita” 3.12.2012, dostępne przez <http://www.rp.pl/arttykul/957622.html> (7.04.2013).

osobom, które sprawują opiekę nad bliskimi. Dobrym przykładem ze Szwecji jest ponadto szeroka definicja „nieformalnego opiekuna”, która umożliwia korzystanie z pomocy państwa związkom partnerskim, przyjaciółom i sąsiadom osób niesamodzielnych, a nie tylko członkom ich rodzin.

6. Ze względu na rosnące koszty opieki długoterminowej, wynikające z rosnącej liczby najstarszych seniorów w strukturze demograficznej kraju, rozsądna wydaje się propozycja wysuwana między innymi przez przewodniczącego senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Mieczysława Augustyna oraz profesora Piotra Błędowskiego, dotycząca wprowadzenia w Polsce powszechnego ubezpieczenia opiekuńczego – ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności¹¹⁵. Raport na temat opieki długoterminowej w Polsce opracowany przez Grupę Roboczą ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności przy Klubie Senatorów PO zawiera rekomendację wprowadzenia modelu budżetowo-ubezpieczeniowego finansowania opieki długoterminowej w Polsce. Składki na ubezpieczenie opiekuńcze miałyby być kalkulowane według podobnej formuły jak składki na ubezpieczenie zdrowotne – od podstawy wynagrodzenia pomniejszonej o składkę na ubezpieczenie społeczne, z zachowaniem podziału składki na pracodawcę i ubezpieczonego (lub przez samego ubezpieczonego)¹¹⁶. Warto zauważyć, że podobny pomysł zawarty został w programie *Obamacare* w USA i zakładał wprowadzenie programu ubezpieczeniowego chroniącego przed wysokimi kosztami opieki długoterminowej w ramach administrowanego przez rząd federalny programu *CLASS (Community Living Assistance Services and Supports)*. Podstawową różnicą projektu amerykańskiego był jednak jego dobrowolny charakter, który mógłby doprowadzić do zjawiska negatywnej selekcji ubezpieczonych i – w konsekwencji – niestabilności finansowej programu. Propozycja została przegłosowana i odrzucona przez amerykański Kongres 1 stycznia 2013 roku. Projekt powszechnego ubezpieczenia opiekuńczego w Polsce jest nadal w fazie przygotowań. Mimo pewnych kontrowersji, które projekt wzbudza (między innymi niezadowolenie pracodawców z perspektywy wzrostu kosztów zatrudnienia), rekomenduję jego przyjęcie i wdrożenie jako jedynej pewnej metody na stabilne i długofalowe finansowanie sektora opieki.

115 P. Błędowski, A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7, s. 9–13.

116 *Ibidem*, s. 13.

7. Jedną z podstawowych różnic zaobserwowanych przeze mnie podczas badań porównawczych w skali międzynarodowej jest stosunkowo niski stopień rozwoju społeczeństwa obywatelskiego w Polsce. Stan ten wpływa na znikomą liczbę alternatywnych, oddolnie organizowanych form opieki nad seniorami, które stanowią istotny element krajobrazu usług opiekuńczych w USA. W Stanach Zjednoczonych osobista aktywność obywateli przejawia się na poziomie lokalnych wspólnot (*communities*), które stanowią organizacyjną podstawę popularyzowanej w USA koncepcji „starzenia się w społeczności” (*aging in community*). Wyrazem tej koncepcji jest nowatorski model opieki długoterminowej zwany „modelem wioski” (*village model*), który polega na świadczeniu sobie wzajemnych usług na zasadzie sąsiedzkiej samopomocy. Przykład Stanów Zjednoczonych pokazuje, że w obliczu wysokich kosztów opieki o charakterze profesjonalnym nieoceniona jest aktywność trzeciego sektora, wolontariuszy i grup samopomocy sąsiedzkiej. Biorąc pod uwagę zmiany dotyczące instytucję rodziny (wzrost liczby rodzin nuklearnych, osłabione relacje międzypokoleniowe), tego typu formy opieki mogą okazać się kluczowe w dalszej perspektywie starzenia się społeczeństwa. Mając to na uwadze, rekomenduję zwiększenie wsparcia ze strony państwa dla organizacji i stowarzyszeń, które inicjują działania adresowane do seniorów na szczeblu lokalnym. Zbieraniem informacji na temat oddolnych, lokalnych inicjatyw mogą zająć się członkowie gminnych Rad Seniorów. Warto wspomnieć, że znacznym postępowaniem w tej dziedzinie było przedłużenie finansowania *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020*.

3.3.4. Rekomendacje w zakresie podnoszenia świadomości społecznej (*awareness raising*), działania o charakterze informacyjnym i edukacyjnym

W każdej poprzedniej grupie rekomendacji – tych dotyczących zwiększenia reprezentacji interesów seniorów na scenie politycznej, przeciwdziałania negatywnym skutkom ekonomicznym zmian demograficznych oraz podniesienia jakości polskiego sektora opieki – konsekwentnie powraca postulat organizowania kampanii informacyjnych i edukacyjnych na tematy związane ze starzeniem się populacji. Mimo iż w ostatnich latach wzrosła społeczna świadomość odnośnie procesów demograficznych i sytuacji ludzi starych, polska kultura i przekazy medialne zdominowane są przez kult młodości, który wywodzi się

z kultury zachodnioeuropejskiej i wynika z nastawienia na zysk, produktywność, kreatywność i mobilność gospodarek kapitalistycznych. Jak wykazały badania, wśród młodzieży licealnej w Polsce zaobserwować można postawy gerontofobiczne¹¹⁷. W programach nauczania brakuje podstawowych informacji na temat dyskryminacji ze względu na wiek, relacji międzypokoleniowych, mitów i stereotypów związanych z okresem starości czy też koncepcji pozytywnego starzenia się.

We wstępie tej książki powołuję się na nowy instytucjonalizm jako stosowaną przeze mnie perspektywę teoretyczną. Publikacja ta jest wyrazem wiary we wzajemność, dwustronność relacji pomiędzy instytucjami a społecznymi zachowaniami, którą opisuje Heikki Ervasti. Instytucje strukturyzują, porządkują zachowania i postawy. Z drugiej strony – obecnie istniejące lub kształtujące się postawy społeczne mogą pomóc stworzyć odpowiednie rozwiązania instytucjonalne, „zespoły bardziej lub mniej formalnych konwencji”, które będą lepiej spełniać społeczne oczekiwania¹¹⁸. Z tego punktu widzenia społeczny brak przyzwolenia dla zjawiska ageizmu lub powszechne postrzeganie osób starszych jako „zasługujących” na równy dostęp do wysokiej jakości usług opiekuńczych mogą przyczynić się do utworzenia adekwatnych rozwiązań instytucjonalnych, niejako „w reakcji na” społeczne zapotrzebowanie. Ponieważ wierzę w istotne znaczenie działań podnoszących świadomość społeczną, tych skierowanych do ogółu populacji, jak i tych adresowanych do wybranych grup (wiekowych, zawodowych itp.), rekomenduję podjęcie następujących inicjatyw:

1. Wprowadzenie elementów edukacji emerytalnej do programów nauczania na poziomie ponadgimnazjalnym. Obecne podręczniki do przedsiębiorczości (między innymi *Krok w przedsiębiorczość*, podręcznik zatwierdzony przez Ministerstwo Edukacji Narodowej w 2012 roku) wyposażają uczniów w wiedzę na temat zakładania firmy, księgowości, funkcjonowania na rynku pracy, niewiele jednak uwagi poświęcają systemowi ubezpieczeń społecznych, w tym zasadom działania systemu emerytalnego w Polsce. Z moich obserwacji wynika, że wielu absolwentów uczelni wyższych, podejmując pierwszą pracę, nie zna konstrukcji systemu emerytalnego ani nie wie o możliwości dokonania wyboru Otwartego Funduszu Emerytalnego.

117 B. Krupa, *op. cit.*

118 *Nordic Social Attitudes in a European Perspective*, eds. H. Ervasti, K. Ringdal, T. Fridberg, M. Hjerm, Edward Elgar Publishing, Cheltenham 2008.

2. Wzbogacenie programów nauczania (na wszystkich poziomach, w tym w Uniwersytetach Trzeciego Wieku) o podstawy wiedzy na temat gerontologii społecznej, solidarności międzypokoleniowej, aktywnego starzenia się, perspektywy cyklu życia i innych tematów umożliwiających lepszą integrację społeczną osób starszych i niepełnosprawnych.

3. Organizację kampanii informacyjnej pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia na temat profilaktyki zdrowotnej osób w wieku dojrzałym i starszym. Jednym z najgłębiej zakorzenionych mitów na temat starzenia się jest zmedykali-zowane wyobrażenie na temat starości jako okresu naznaczonego chorobami i cierpieniem. Seniorzy powinni mieć zapewniony dostęp do broszur informacyjnych na tematy związane z wielochorobowością, interakcjami i skutkami przyjmowania zbyt dużej ilości leków, objawami depresji, demencji, choroby Alzheimera, zespołu kruchości (*frailty syndrome*), ze zwiększonym ryzykiem upadków i metodami zapobiegania im, a także poradników na temat zdrowej diety, ćwiczeń fizycznych, badań profilaktycznych i innych zagadnień, których znajomość może się przyczynić do sprawniejszego funkcjonowania lub lepszego rozumienia procesów towarzyszących starzeniu się. Obok Ministerstwa Zdrowia, popularyzacją tego typu wiedzy powinny zająć się domy seniora lub inne instytucje na poziomie gminy.

4. Organizację szkoleń dla pracowników socjalnych i opiekunów osób starszych, których celem byłoby wykształcenie wrażliwości na różnorodność potrzeb seniorów i indywidualne podejście do klienta. Seniorzy stanowią dużą i heterogeniczną grupę społeczną. Tożsamość jednostek kształtowana jest przez liczne czynniki, takie jak płeć, pochodzenie, wyznanie religijne, poziom wykształcenia, tożsamość seksualna, sytuacja rodzinna, stan zdrowia, poziom majątności i inne. Wiedza na temat różnic kulturowych jest szczególnie ważna w społeczeństwach jednorodnych kulturowo, takich jak społeczeństwo polskie, które nie zapewniają edukacji w tym zakresie w ramach procesu socjalizacji i obserwacji własnych. W Stanach Zjednoczonych istnieją specjalne domy seniora dla społeczności LGBT, czyli osób homoseksualnych, biseksualnych i transgenderycznych. W Polsce sama kwestia seksualności osób starszych jeszcze do niedawna była tematem tabu. W obliczu integracji europejskiej i wzmożonej mobilności Europejczyków można domniemywać, że grupa osób starszych zamieszkujących w Polsce będzie również stawać się coraz bardziej różnorodna. Dlatego tak ważne są tolerancja, respektowanie praw i aktywne zaangażowanie seniorów w procesy decyzyjne dotyczące ich samych.

5. Utworzenie ogólnopolskiej bazy danych na temat lokalnych inicjatyw, programów i projektów skierowanych pod adresem seniorów, w tym konkursów finansowanych przez MPiPS w ramach *Rządowego Programu Aktywności Społecznej Osób Starszych*. Obok podnoszenia świadomości społecznej i kształtowania wrażliwości na różnorodność potrzeb osób starszych istotne jest dotarcie z informacją o ciekawych projektach do samych zainteresowanych, którzy nie zawsze dysponują dostępem do Internetu. W tym celu powinien powstać przewodnik po organizacjach i instytucjach oferujących różne formy wsparcia seniorom, dostępny zarówno w wersji elektronicznej, jak i papierowej. Za przykład dobrej praktyki w tym zakresie posłużyć może działalność utworzonego w Poznaniu w 2009 roku Centrum Inicjatyw Senioralnych. Poznańskiemu centrum brakuje jednak zasięgu ogólnokrajowego.

3.3.5. Rekomendacje w zakresie przebudowy przestrzeni publicznej pod kątem potrzeb osób starszych

Dostrzeżenie problemów i potrzeb seniorów oraz rozszerzenie zakresu polityki społecznej o politykę senioralną to zaledwie początek przygotowań państwa do zjawiska starzenia się populacji. Biorąc pod uwagę fakt, że w 2035 roku co czwarta osoba będzie emerytem¹¹⁹, warto zastanowić się nad kierunkami zmian, jakie dotkną wiele obszarów otaczającej nas rzeczywistości, poczynając od przestrzeni publicznej, na ofercie towarów i usług kończąc. Osoby starsze w Polsce są marginalizowaną grupą społeczną. Funkcjonowanie rynku towarów i usług, architektoniczne zaprojektowanie przestrzeni miejskiej, wzornictwo – obszary te działają pod dyktando najliczniejszej grupy osób w wieku produkcyjnym, o najwyższej sile nabywczej. Oferta dla seniorów stanowi niszę, choć ostatnie lata przyniosły ożywioną podaż zorganizowanych zajęć i warsztatów dla osób starszych, między innymi szkoleń finansowanych z unijnego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Mimo iż część zaobserwowanych przeze mnie zjawisk w tej dziedzinie kształtowana jest przez prawa wolnego rynku i nie podlega bezpośredniej ingerencji ze strony państwa, mając na uwadze jakość życia osób starszych, proponuję uwzględnienie przez samorządy potrzeb opisanych poniżej.

119 GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Warszawa 2009.

1. W Stanach Zjednoczonych wiele uwagi poświęca się projektowaniu tak zwanych społeczności przyjaznych seniorom (*aging-friendly communities*). Nazywa ta określa miejsca – miejscowości, dzielnice, osiedla, ośrodki rekreacyjne – które dostosowane są do specyficznych potrzeb seniorów. To przestrzenie, w których osoby starsze czują się komfortowo dzięki wyposażeniu w windy, podjazdy, poręcze, uchwyty, systemy oświetleniowe, monitoring, usługi transportowe, ławki, dobrze zaopatrzone sklepy oraz inne atrybuty cenione przez najstarszą grupę wiekową. Dobrą praktyką zaobserwowaną na gruncie polskim jest konkurs „Miejsce Przyjazne Seniorom” organizowany corocznie przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie. Założenia konkursu nie odwołują się jedynie do zaprojektowania przestrzennego miejsc przyjaznych seniorom, lecz dokonują ewaluacji dodatkowych kryteriów, takich jak standard obsługi klienta, oferta zniżek dla seniorów, traktowanie osób starszych z należyty szacunkiem i godnością¹²⁰. Inną ciekawą inicjatywą jest konkurs na „Samorząd przyjazny edukacji osób starszych i integracji międzypokoleniowej” zorganizowany pod patronatem Senatu RP i Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych. Tego typu inicjatywy skłaniają jednostki samorządu terytorialnego do uwzględnienia potrzeb osób starszych zarówno w budżetach, jak i w strategiach rozwoju na dany rok oraz ułatwiają wymianę dobrych praktyk w oparciu o doświadczenia sąsiednich gmin, powiatów lub województw.

2. W zakresie przebudowy przestrzeni publicznej pod kątem potrzeb osób starszych rekomenduję wyodrębnienie w budżetach gmin środków przeznaczonych na likwidację barier architektonicznych i zapewnienie usług transportowych seniorom, szczególnie w środowisku wielkomiejskim. Wynikające z procesów starzenia się ograniczenia funkcjonalne utrudniają osobom starszym aktywny udział w życiu społecznym przez namnożenie barier architektonicznych, które stanowią problem dla wielu grup społecznych – osób niepełnosprawnych, dzieci, kobiet ciężarnych lub z wózkiem, osób podróżujących itd. W zakresie dostosowania przestrzeni do potrzeb seniorów należy wziąć pod uwagę między innymi:

- a) budowę wysepki na rozległych przejściach dla pieszych;
- b) odpowiednią synchronizację sygnalizacji świetlnej (i dźwiękowej);
- c) wyposażenie chodników w podjazdy i niskie krawężniki;

¹²⁰ Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Krakowie, dostępne przez www.rops.krakow.pl (27.04.2013).

d) wyposażenie budynków publicznych, takich jak siedziby urzędów, przychodni lekarskich, teatrów, kin, muzeów i innych w podjazdy dla wózków oraz windy;

e) wyposażenie przystanków komunikacji miejskiej w przejrzyste rozkłady jazdy (z funkcją głosową dla niewidomych lub słabowidzących);

f) rozszerzenie taboru pojazdów komunikacji miejskiej o pojazdy niskopodłogowe lub wyposażenie pozostałych w specjalne podjazdy dla osób poruszających się na wózkach;

g) wyposażenie schodów w poręcze, taśmy przeciwpoślizgowe, oznaczenia krawędzi stopnia i inne elementy zapobiegające upadkom;

h) inne udogodnienia umożliwiające osobom starszym swobodne poruszanie się w przestrzeni publicznej.

3. W grupie rekomendacji dotyczących komfortowego funkcjonowania osób starszych w życiu publicznym zalecam dodatkowo rozszerzenie oferty rynkowej o towary i usługi skierowane do seniorów. W celu umożliwienia osobom starszym pełnego uczestniczenia w życiu społecznym, w tym także jako grupie konsumentów, powinno się uwzględnić możliwości i potrzeby osób starszych już na etapie projektowania, między innymi takich grup towarów jak pojazdy, urządzenia elektroniczne, meble, akcesoria wyposażenia gospodarstwa domowego, obuwie i odzież, kosmetyczne preparaty pielęgnacyjne i inne. Poprzez zawężenie oferty towarów i usług do grupy odbiorców w wieku produkcyjnym osoby starsze są dyskryminowane w sposób pośredni. Pomysłem zaangażowania gmin w tym zakresie może być organizowanie cyklicznych konkursów na sklep/restaurację/galerię handlową przyjazne seniorom, na analogicznej zasadzie jak inicjatywy opisane w punkcie pierwszym.

3.3.6. Rekomendacje w zakresie dalszych prac naukowo-badawczych

Gerontologia jest interdyscyplinarnym obszarem nauki o długiej tradycji i bogatym dorobku naukowym. Badania nad procesem starzenia się ludności zostały wpisane na listę priorytetowych obszarów badawczych ONZ i Unii Europejskiej. W Polsce literatura przedmiotu obfituje w opracowania o charakterze medycznym (geriatria), socjologicznym, demograficznym i makroekonomicznym. Niektóre obszary pokrewne gerontologii wymagają jednak dalszej eksploracji i intensyfikacji badań naukowych. W mojej ocenie do obszarów

tych zaliczyć należy: (a) gerontechnologię, czyli naukę o zastosowaniu nowych technologii w służbie seniorom, (b) biogerontologię, czyli naukę o genetycznych i molekularnych determinantach procesu starzenia się, (c) badania nad cielesnością i seksualnością osób starszych, (d) badania nad potrzebami duchowymi osób starszych (w nurcie gerotranscendencji), (e) badania longitudinalne nad wybranymi kohortami w zakresie relacji międzypokoleniowych, (f) badania nad srebrną gospodarką (*silver economy*) oraz potencjałem osób starszych w projekcie gospodarki opartej na wiedzy (*knowledge-based economy*). Ponadto w badaniach naukowych należy w mojej ocenie położyć większy nacisk na wyeksponowanie wątków związanych z różnorodnością i wielokulturowością osób starszych oraz stworzyć przestrzeń do refleksji nad społeczno-kulturową konstrukcją wizerunków osób starszych.

Zaproponowana przeze mnie lista rekomendacji dotycząca sześciu różnych obszarów życia osób starszych z pewnością nie jest kompletna ani nie wyczerpuje w sposób pełny kwestii problemów i potrzeb polskich seniorów. Na stronach tej książki kilkakrotnie podkreślam wartość – naukową, diagnostyczną, prognostyczną – projektu *PolSenior*, pierwszego interdyscyplinarnego, kompleksowego projektu badawczego dotyczącego aspektów medycznych, psychologicznych, społecznych i ekonomicznych starzenia się ludności w Polsce¹²¹. Warto również i w tym miejscu odwołać się do rekomendacji wieńczących projekt *PolSenior*. Poza licznymi sugestiami dotyczącymi stanu zdrowia i działań o charakterze profilaktycznym (badania przesiewowe) skierowanymi do seniorów projekt zwraca uwagę na dwa istotne obszary, do których nie odwoływałam się bezpośrednio wcześniej. Rekomenduje „zwalczanie objawów przemocy w stosunku do osób starych” oraz „wprowadzenie w zakładach pracy dobrych praktyk zarządzania wiekiem”¹²². Istotnie w realiach polskich zarówno kwestia przemocy wobec osób starszych, zaliczana jako przykład szeroko pojętego ageizmu, jak i kwestie związane z „zarządzaniem różnorodnością” i „zarządzaniem wiekiem” w miejscu pracy są obszarami zaniedbanymi, wymagającymi intensyfikacji działań o charakterze szkoleniowo-edukacyjnym. W przypadku

121 *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia Wydawnictwa Medyczne oraz Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie, Poznań 2012.

122 *Ibidem*, s. 561–562.

przemocy wobec osób starszych niezbędną jest edukacja samych seniorów (na wzór akcji wyposażającej starszych Amerykanów w gwizdki, którą opisuję w rozdziale pierwszym), ale też uwrażliwienie pracowników socjalnych, pracowników służby zdrowia, a nawet służb mundurowych na sytuacje i zachowania mogące stanowić zagrożenie dla najstarszej części społeczeństwa.

Popularyzacja koncepcji „zarządzania wiekiem” wymaga przedefiniowania i zrekonstruowania głównych założeń zarządzania zasobami ludzkimi i wydaje się nieunikniona i niezbędna w warunkach starzejącej się gospodarki. Pozostaje mieć nadzieję, że proces stopniowego wdrażania w życie *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce* przyczyni się do większej wrażliwości i świadomości społecznej, zarówno w grupie aktorów (podmiotów), jak i odbiorców polityk publicznych. Zgadza się z rekomendacjami projektu *PolSenior*, przyłączam się do postulatu najważniejszego, a zarazem najtrudniejszego: realizacja skutecznej, długofalowej polityki wobec starzenia się wymaga „uzyskania społecznej akceptacji dla uczynienia z kwestii starości jednego z najważniejszych zadań polityki społecznej”¹²³.

123 *Ibidem*, s. 562.

PODSUMOWANIE

Pogorszenie jakości życia osób starszych nastąpiło wraz z rewolucją przemysłową, wykształceniem się społeczeństwa industrialnego i zjawiskiem urbanizacji. Odkąd ekonomię opartą na rolnictwie i rzemiośle zastąpiła produkcja przemysłowa, o wartości jednostki zaczęło decydować kryterium użyteczności, czyli przydatności do pracy. Podeszły wiek i towarzyszące mu potencjalne dolegliwości, takie jak mniejsza sprawność fizyczna, przewlekła choroba lub niesamodzielność, postrzegany był jako synonim braku przydatności do pracy. Ten z kolei skutkował brakiem środków do życia, groził ubóstwem i marginalizacją społeczną. Pierwsze formy wsparcia dla osób starszych świadczone były przez rodziny i krewnych oraz lokalne przytułki. Zinstytucjonalizowane formy opieki dla seniorów zaczęły pojawiać się w połowie XVIII wieku, zarówno w Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych. Podwaliny pod współczesny system ubezpieczeń społecznych położył pod koniec XIX wieku kanclerz Rzeszy Otto von Bismarck. Trendom demograficznym zaczęto uważniej przyglądać się po II wojnie światowej, a w ciągu pierwszej dekady po wojnie większość krajów rozwiniętych odnotowała gwałtowny wyż demograficzny. Obecnie starzenie się populacji jest jednym z najczęściej analizowanych procesów o charakterze transnarodowym.

Głównym celem tej książki było zbadanie i porównanie polityk społecznych wobec starzenia się ludności realizowanych w USA i Szwecji oraz sformułowanie rekomendacji dla Polski. Wszystkie trzy kraje przedsięwzięły szereg inicjatyw i reform w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom zmian demograficznych. Porównaniu Stanów Zjednoczonych i Szwecji – państw reprezentujących „najbardziej różne systemy”¹ – przyświecała próba odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób różne modele państwa dobrobytu dbają o jakość życia seniorów. Mimo iż to Szwecja stanowi przykład kraju, w którym „dobrze jest się zestarzeć”, Stany Zjednoczone imponują mnogością programów i usług oferowanych osobom starszym na poziomie lokalnym oraz silną reprezentacją polityczną interesów seniorów, którzy traktowani są jako duża i wpływowa część elektoratu. Przegląd polityk społecznych wobec starzenia się realizowanych

1 A. Przeworski, H. Teune, *The Logic of Comparative Social Inquiry*, Wiley Interscience, New York 1970.

zarówno w USA, jak i w Szwecji stanowić może inspirację dla Polski, nowego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, należącego do grupy krajów post-socjalistycznych, który obecnie znajduje się na etapie planowania własnych założeń długofalowej i kompleksowej polityki starzenia się.

Jedną z obserwacji wynikających z toku badań jest wniosek, że na skutek takich zjawisk, jak procesy globalizacyjne, światowy kryzys ekonomiczny czy też uniwersalny charakter zmian demograficznych doświadczanych przez kraje wysokorozwinięte, różnice pomiędzy priorytetami, kierunkami i narzędziami polityk społecznych wobec starzenia się w poszczególnych krajach ulegają zatarciu. Mimo iż Stany Zjednoczone reprezentują model liberalny, a Szwecja – socjaldemokratyczny, zaobserwowałam oznaki częściowej konwergencji polityk społecznych obu krajów. Jej wyrazem jest z jednej strony częściowa liberalizacja i urynkowienie sektora usług społecznych w Szwecji, zainspirowane koncepcją Nowego Zarządzania Publicznego, którą można określić mianem „amerykanizacji” szwedzkiej polityki społecznej, a z drugiej strony częściowa „europeizacja” amerykańskich priorytetów, dążących do upowszechnienia opieki zdrowotnej i zwiększenia roli państwa w zakresie polityki starzenia się.

Również w zakresie struktury i organizacji systemów emerytalnych kraje te przejawiają tendencje odwrotne do teoretycznych założeń reprezentowanego przez siebie modelu *welfare state*. Podczas gdy Szwecja w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych XX wieku obok systemu repartycyjnego wprowadziła obowiązkowy filar kapitałowy, Stany Zjednoczone konsekwentnie bronią państwowego programu *Social Security* przed częściową prywatyzacją. Warto jednak sprecyzować, że zaobserwowane przeze mnie kierunki zmian są charakterystyczne dla Stanów Zjednoczonych pod rządami demokratycznego prezydenta i Szwecji pod wpływem ideologii neoliberalnej.

W zakresie oceny kondycji analizowanych państw dobrobytu warto wspomnieć, że stopniowo odchodzi się od terminologii określającej Stany Zjednoczone mianem *welfare state laggard* („opieszalca”, „guzdrały” i „skąpca”), a częściej charakteryzuje je paradygmatem „państwa usamodzielniającego” (*enabling state*), który reprezentuje urynkowione podejście do polityki społecznej (*market-oriented approach to social welfare*), nastawione na samodzielność i zapobiegliwość jednostek². W zestawieniach międzynarodowych odchodzi się

2 N. Gilbert, *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, Oxford–New York 2002, s. 44.

od porównywania nakładów państwa na cele społeczne wyrażonych jako odsetek produktu krajowego brutto, a coraz częściej uwzględnia niuanse charakterystyczne dla struktury wydatków danego kraju, na przykład nakłady prywatne i formy wsparcia świadczone pośrednio (jak w przypadku USA). Kierunek reform szwedzkiego państwa dobrobytu określa się mianem „liberalizacji bez ograniczeń” (cięć wydatków) (*liberalisation without retrenchment*)³, co oznacza, że wprowadzone w latach dziewięćdziesiątych XX wieku zmiany były reakcją na kryzys ekonomiczny, pozwoliły Szwecji zaadaptować się do nowych realiów, lecz zostały osiągnięte w drodze konsensusu i nie świadczą o kryzysie państwa dobrobytu. Wręcz odwrotnie – pozwalają państwu opiekuńczemu stabilnie funkcjonować w niestabilnych ekonomicznie czasach.

W zakresie polityki społecznej wobec starzenia się ludności dostrzegam swoistą „dyfuzję polityk” pomiędzy krajami, która stanowi zaprzeczenie „metodologicznego nacjonalizmu” dominującego w porównaniach międzynarodowych⁴. W badaniach komparatystycznych często traktuje się kraj jako niezależną, odrębną jednostkę analizy, która realizuje własny model polityki społecznej, wynikający z uwarunkowań historycznych, politycznych, ekonomicznych, społecznych, kulturowych i innych danego regionu. Tymczasem okazuje się, że – obok uwarunkowań wewnątrz krajowych, również tych wynikających z teorii zależności od ścieżki (*path dependency*) – wskutek procesów globalizacyjnych kierunki, cele i metody realizacji polityki społecznej wobec osób starszych ulegają swoistej „dyfuzji” w skali międzynarodowej, podobnie jak przykłady dobrych praktyk. W ten oto sposób podniesienie wieku emerytalnego stało się priorytetem dla większości krajów wysokorozwiniętych, począwszy od USA i rekomendacji Komisji Greenspana z 1983 roku, skończywszy na podniesieniu wieku emerytalnego w Polsce i innych państwach członkowskich Unii Europejskiej w 2011 roku.

Zarówno w przypadku Szwecji, Polski, jak i częściowo w przypadku USA, stosując perspektywę historyczną, zaobserwować można brak konsekwencji w realizacji raz obranego kierunku polityki społecznej. Ta niekonsekwencja

3 A. Bergh, G.Ö. Erlingsson, *Liberalization without Retrenchment: Understanding the Consensus on Swedish Welfare State Reforms*, „Scandinavian Political Studies” 2009, vol. 32(1), s. 71–93.

4 H. Obinger, C. Schmitt, P. Starke, *Policy Diffusion and Policy Transfer in Comparative Welfare State Research*, „Social Policy & Administration” 2013, vol. 47(1), s. 111–129.

świadczą może o nieadekwatności teorii zależności od ścieżki, według której „dotychczasowy rozwój polityki społecznej wpływa na to, jaki będzie jej rozwój w przyszłości”⁵. Przykład Polski z okresu transformacji ustrojowej i Szwecji z początku lat dziewięćdziesiątych świadczą o obraniu przez te kraje strategii „odejścia od ścieżki” (*path departure*), czyli zmiany dotychczasowego kierunku rozwoju polityki społecznej na inny⁶. W Stanach Zjednoczonych polityka społeczna realizowana jest w sposób bardziej przewidywalny i konsekwentny, jednak dwubiegunowa, spolaryzowana scena polityczna i rotacyjność rządów demokratów i republikanów sprawiają, że postęp w dziedzinie legislacji społecznej następuje nierównomiernie.

Obserwowany rozwój polityki starzenia się w Polsce na tle doświadczeń innych krajów określić można mianem konwergencji typu *catch-up*, polegającej na „doganianiu” standardów lepiej rozwiniętych w danej dziedzinie krajów. Tego typu legislacyjne, gospodarcze czy też technologiczne „doganianie” jest powszechne w grupie nowych państw członkowskich Unii Europejskiej, które dążą do wspólnej realizacji unijnych strategii i rekomendacji. Debata publiczna nad kwestiami związanymi ze starzeniem się populacji uległa w Polsce intensyfikacji po przystąpieniu do struktur unijnych, niejako w drodze politycznej dyfuzji. Obecnie Polska inspiruje się doświadczeniami innych krajów, między innymi Szwecji, w zakresie podniesienia wieku emerytalnego, dywersyfikacji źródeł świadczeń emerytalnych czy też wprowadzenia teorii wolnego wyboru konsumenta w sektorze usług opiekuńczych.

Stany Zjednoczone i Unię Europejską charakteryzuje odmienne spojrzenie na problematykę osób starszych – sytuowanie zagadnienia w innych kontekstach. W USA główną motywacją do rozwoju polityki społecznej wobec osób starszych było przywiązanie do idei wolności, niezależności i godności ludzkiej, przynależnej każdemu obywatelowi bez względu na wiek. Obecnie w amerykańskiej debacie publicznej dominują takie zagadnienia, jak zapewnienie seniorom godnych warunków do życia, bezpieczeństwo osób starszych, zabezpieczenie finansowe na starość, łatwiejszy dostęp do opieki zdrowotnej i usług

5 R. Szarfenberg, *Teorie ekonomiczne i polityczne polityki społecznej*, s. 13, dostępne przez http://rszarf.ips.uw.edu.pl/tps/zaoczne/zaoczne02_w6.pdf (2.04.2013).

6 B. Ebbinghaus, *Can Path Dependence Explain Institutional Change? Two Approaches Applied to Welfare State Reform*, Max Planck Institute for the Studies of Societies, Discussion Paper 05/2, Cologne 2005.

(na przykład transportowych), zdrowa dieta, aktywność fizyczna, utrzymywanie kontaktów z otoczeniem i przyjaciółmi, zaangażowanie w wolontariat, starzenie się w społeczności (*aging in community*) i inne.

W nomenklaturze Unii Europejskiej polityka społeczna wobec starzenia się ludności sprowadza się przede wszystkim do aktywizacji zawodowej i podniesienia wskaźnika zatrudnienia w Europie. Starzenie się populacji rozpatrywane jest jako przeszkoda na drodze do stabilnego wzrostu gospodarczego i realizacji celów zawartych w *Strategii Lizbońskiej* oraz strategii *Europa 2020*. Stąd też powtarzające się w dokumentach unijnych rekomendacje dotyczące podniesienia wieku emerytalnego, upowszechnienia modelu zatrudnienia typu *flexicurity*, realizacji koncepcji kształcenia ustawicznego, przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na wiek na rynku pracy i inne. Uważam, że polityka starzenia się realizowana w państwach członkowskich Unii Europejskiej powinna położyć większy nacisk na wymiar humanitarny, etyczny i moralny związany ze starością, przeznaczyć więcej środków na podnoszenie jakości opieki, zadbać o to, by pracownicy socjalni i opiekunowie osób starszych dysponowali odpowiednią wiedzą z zakresu gerontologii, psychologii i psychiatrii, a sami seniorzy byli zaangażowani w procesy decyzyjne.

W ciągu ostatniej dekady w Polsce zauważalny jest znaczny postęp w zakresie inicjatyw i polityk skierowanych pod adresem osób starszych. Część z nich zainspirowana została w 2012 roku w toku konferencji, projektów i debat zorganizowanych w ramach obchodów Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Tym, co zbliża Polskę do standardów zachodnich, jest przede wszystkim: (a) przyjęcie *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020*, (b) wzrost liczby oddolnych inicjatyw i zaangażowanie trzeciego sektora w realizację zadań polityki społecznej wobec starzenia się, w tym działania w ramach *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych*, (c) sformułowanie projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, przewidującego realne wsparcie dla nieformalnych opiekunów, takie jak czeki opiekuńcze, urlopy wytchnieniowe i dostęp do szkoleń, (d) podjęcie działań na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych pokolenia 50+. Problemy, które wciąż wymagają rozwiązania, to między innymi: (a) ubóstwo seniorów, (b) niski wskaźnik aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym, (c) ageizm na rynku pracy, (d) kulturowo zakorzeniony kult młodości legitymizujący postawy gerontofobiczne, (e) rozwój kształcenia ustawicznego, (f) rozwój „srebrnego rynku” i „srebrnej gospodarki”, (g) zwiększenie liczby

specjalistów z zakresu geriatry i gerontologii, (h) dostrzeżenie heterogeniczności odbiorców programów i usług dla seniorów.

Mimo że Polska znajduje się na dobrej drodze do dalszego dostosowania legislacji do zmieniających się realiów demograficznych, sformułowana przeze mnie lista dwudziestu czterech rekomendacji świadczy o konieczności uwzględnienia wielu aspektów życia w planowanym projekcie krajowej polityki senioralnej. Na wzór amerykański potrzebne jest wzmocnienie struktury rządowych i pozarządowych organów reprezentujących interesy seniorów, popularyzacja koncepcji „starzenia się w społeczności” (*aging in community*), upowszechnienie wolontariatu. Przykład Stanów Zjednoczonych pokazał, jak istotne znaczenie dla relacji społecznych i jakości życia seniorów ma rozwój społeczeństwa obywatelskiego.

Wzorem Szwecji zaś polskie władze powinny dołożyć wszelkich starań, by polityka w zakresie zapobiegania negatywnym skutkom zmian demograficznych realizowana była w perspektywie długofalowej i w sposób kompleksowy, równoległe do zmian w polityce imigracyjnej, rodzinnej, edukacyjnej, polityce rynku pracy i innych obszarach. Szwecja stanowi wzór dla Polski również w dziedzinie harmonijnego łączenia rozbudowanej struktury zinstytucjonalizowanych placówek opiekuńczych dla osób starszych z szerokim zakresem wsparcia świadczonym nieformalnym opiekunom i członkom rodzin seniorów. Być może o skuteczności niektórych polityk aktywizacyjnych w USA i Szwecji świadczy podłoże ideologiczne społeczeństw protestanckich, które łatwiej i chętniej reagują na propozycje wydłużenia okresu aktywności zawodowej lub inne formy społecznej użyteczności. Oba kraje stanowią dobry przykład zastosowania nowych technologii i szerokiego spektrum technologii asystujących w służbie seniorom. Przebudowa przestrzeni publicznej pod kątem potrzeb osób starszych oraz pełna inkluzja społeczna powinny stać się nadrzędnymi celami polskiej polityki senioralnej.

Nie należy zapominać, że mimo wyodrębnienia przykładów dobrych praktyk w zakresie polityki społecznej wobec osób starszych w USA i Szwecji oba kraje borykają się z własnymi problemami i systemowymi słabościami i nie powinny stanowić wzorca (*role model*) w znaczeniu idealnym. Brutalne prawa rynku rządzą amerykańskim sektorem opieki długoterminowej, którego usługi należą do najkosztowniejszych na świecie. Sprywatyzowany system opieki zdrowotnej i wysokie koszty leczenia stanowią najczęstszą przyczynę bankructw amerykańskich gospodarstw domowych. Zdecentralizowana

i zdeintegrowana siatka programów i usług oraz brak dostosowania charakteru usług do różnorodności rasowej, etnicznej i kulturowej społeczeństwa amerykańskiego utrudniają dotarcie z ofertą do klienta i przyczyniają się do pogłębiania różnic społecznych.

W odniesieniu do słabości systemu szwedzkiego wymienia się przypadki nadużyć ze strony pracowników socjalnych oraz nadmierny rozrost biurokracji względem praw jednostki. Zakres kompetencji pracowników socjalnych bywa krytykowany jako zbyt szeroki i ingerujący w dobro jednostki i rodziny. Ponadto przez zastąpienie „kontraktu międzypokoleniowego” – „kontraktem społecznym” w drodze rozwoju szwedzkiego *welfare state* opieka nad seniorami nabrała charakteru formalnego, a rodzinne relacje międzypokoleniowe uległy osłabieniu. Jak widać, inspirację dla innych krajów stanowią mogą jedynie wybrane elementy polityki społecznej, a w szczególności drobne, lokalne inicjatywy, niepociągające za sobą dużych nakładów finansowych, łatwe do zaadoptowania, takie jak „wioski opiekuńcze” w USA lub założenia projektu „Pasja dla życia” realizowanego w Szwecji.

Odwołując się do teorii Margaret Mead, we wszystkich badanych przeze mnie kontekstach – amerykańskim, skandynawskim i polskim – dostrzec można symptomy stopniowej transformacji z kultury postfiguratywnej w konfiguratywną i prefiguratywną. Oznacza to, że istotnym zmianom ulegają relacje międzypokoleniowe, a współczesne społeczeństwa nie reprezentują już tak zwanej kultury nieocenionych przodków, w której życiowa wiedza i mądrość przekazywane były wnukom przez pokolenie dziadków⁷. Ze względu na dynamiczny rozwój technologiczny i procesy globalizacyjne pokolenie ludzi starych przestało być darzone estymą tak jak w przeszłości. Mając na uwadze zmiany, jakim podlega kultura, a także zjawiska socjologiczne, takie jak przekształcenie struktury rodziny, wzrost liczby rodzin nuklearnych i związków nieformalnych, ludzie starsi powinni zostać objęci szczególną opieką, a odpowiednio dobrane instrumenty polityki społecznej powinny ułatwiać im egzystencję w zmieniającej się rzeczywistości.

7 M. Mead, *Culture and Commitment: The New Relationships Between the Generations in the 1970s*, Columbia University Press, New York 1978.

Bibliografia

- Achenbaum W.A., *Aging Policy (United States)*, [w:] *Encyclopedia of Social Welfare History in North America*, eds. J.M. Herrick, P.H. Stuart, Sage Publications, Thousand Oaks 2005, s. 25–27.
- Adema W., Ladaïque M., *How Expensive is the Welfare State? Gross and Net Indicators in the OECD Social Expenditure Database*, „OECD Social, Employment, and Migration Working Papers”, nr 92, OECD Publishing, Paris 2009.
- Administration on Aging, *National Family Caregiver Support Program (OAA Title III E)*, 2012, dostępne przez http://www.aoa.gov/aoa_programs/hcltc/caregiver/index.aspx.
- Alber J., *What the European and American Welfare States Have in Common and Where They Differ: Facts and Fiction in Comparisons of the European Social Model and the United States*, „Journal of European Social Policy” 2010, vol. 20(2), s. 102–125.
- Alber J., Köhler U., *Health and Care in an Enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2004.
- Alber J., *Is There a Crisis of the Welfare State? Crossnational Evidence from Europe, North America and Japan*, „European Sociological Review” 1988, vol. 4(3), s. 181–205.
- Alber J., Gilbert N., *United in Diversity? Comparing Social Models in Europe and America*, Oxford University Press, New York 2009.
- Alberts S., *U.S. Senate Set to Pass Obama Health-care Reforms*, „The National Post” 20.12.2010.
- Amenta E., *When Movements Matter: The Townsend Plan and the Rise of Social Security*, Princeton University Press, Princeton 2006.

Bibliografia

- American Association of Retired Persons, *AARP Annual Report: 2011*, Washington 2012, dostępne przez www.aarp.org.
- Anderson K.M., *Pension Reform in Sweden: Radical Reform in a Mature Pension System*, [w:] *Ageing and Pension Reform Around the World: Evidence from Eleven Countries*, eds. G. Bonoli, T. Shinkawa, Edward Elgar, Cheltenham–Northampton 2005, s. 94–115.
- Andersson G., *Demographic Trends in Sweden: An Update of Childbearing and Nuptiality up to 2002*, „Demographic Research” 2004, vol. 11(4), s. 95–110.
- Anioł W., *Europejska polityka społeczna. Implikacje dla Polski*, Wydawnictwo Aspra, Warszawa 2003.
- Anioł W., *Dywergencja i konwergencja w rozwoju europejskiej polityki społecznej*, „Studia Europejskie” 2010, nr 4, s. 29–62.
- Anttonen A., *Universalism and Social Policy: A Nordic-Feminist Reevaluation*, „NORA” 2002, vol. 10(2), s. 71–80.
- Anxo D., *European Employment Observatory Review: Employment Policies to Promote Active Ageing 2012: Sweden*, European Employment Observatory, Birmingham 2012.
- Armstrong B.N., *Old Age Security Staff Report*, 1935, dostępne przez <http://www.ssa.gov/history/reports/ces/ces2armstaff.html>.
- Augustyn M., *Wstęp*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, red. M. Augustyn, Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielnosci przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, s. 6–15.
- Auleytner J., *Polska polityka społeczna. Ciągłość i zmiany*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2004.
- Auleytner J., *Polska polityka społeczna. Kreowanie ład społeczny*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2005.
- Barber D., *The Dawning of the ‘Third Age’*, „Management” 1998, vol. 45(5), s. 46–48.
- Beard R.L., Williamson J.B., *Social Policy and the Internal Dynamics of Senior Rights Movement*, „Journal of Aging Studies” 2011, vol. 25(1), s. 22–33.
- Béland D., Waddan A., *The Politics of Social Policy Reform in the United States: The Clinton and the W. Bush Presidencies Reconsidered*, „Social and Economic Dimensions of an Aging Population”, Research Paper no. 232, Hamilton 2008, dostępne przez <http://socserv.mcmaster.ca/sedap>.
- Bergh A., Erlingsson G.Ó., *Liberalization without Retrenchment: Understanding the Consensus on Swedish Welfare State Reforms*, „Scandinavian Political Studies” 2009, vol. 32(1), s. 71–93.
- Berry R., *Older People and the Internet. Towards a ‘System Map’ of Digital Exclusion*, The International Longevity Centre UK, London 2011.
- Binstock R.H., *From Compassionate Ageism to Intergenerational Conflict?*, „The Gerontologist” 2010, vol. 50(5), s. 574–585.
- Binstock R.H., Schulz J.H., *Aging Nation: The Economics and Politics of Growing Older in America*, John Hopkins University Press, Baltimore 2008.

- Błędowski P., *Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielnności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, s. 137–149.
- Błędowski P., *Przesłanki demograficzne wprowadzenia nowej formy organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielnności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, s. 16–32.
- Błędowski P., Wilmowska-Pietruszyńska A., *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7, s. 9–13.
- Błędowski P., Mossakowska M., Szybalska A., *Program badawczy PolSenior – cele i metoda*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, t. 9, nr 1, s. 156–158.
- Błędowski P., *Polityka wobec osób starych – cele i zasady*, „Studia BAS” 2012, nr 2(30), s. 201–216.
- Bromley D.B. *Psychologia starzenia się*, tłum. Z. Zakrzewska, PWN, Warszawa 1969.
- Bukowski M., Lewandowski P., *Czy należy się bać podniesienia wieku emerytalnego?*, „IBS Policy Paper”, nr 1, Instytut Badań Strukturalnych, Warszawa 2011.
- Castles F.G., Mitchell D., *Worlds of Welfare and Families of Nations*, [w:] *Families of Nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies*, ed. F.G. Castles, Wydawnictwo Dartmouth, Aldershot 1993, s. 93–128.
- CBOS, *Między młodością i starością*, Komunikat Centrum Badania Opinii Publicznej, Warszawa 2007, dostępne przez http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_022_07.pdf.
- Central Intelligence Agency, *The World Factbook. Country Comparison: Life Expectancy at Birth*, 2010, dostępne przez <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>.
- Central Intelligence Agency, *Country Comparisons: Life Expectancy at Birth 2012*, 2012, dostępne przez www.cia.gov.
- Cohen R., *Supportive Housing*, AARP Public Policy Institute, Washington 2010.
- Collins G.A., *Rethinking Retirement in the Context of an Aging Workforce*, „Journal of Career Development” 2003, vol. 30(2), s. 145–157.
- Commission of the European Communities, *Europe’s Response to World Ageing. Promoting economic and social progress in an ageing world – A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing*, COM (2002) 143, Communication from the Commission to the Council and the European Parliament, Brussels 2002.
- Cook I.G., Hallsal J., *Aging in Comparative Perspective: Processes and Policies*, Springer Science i Business Media LCC, New York 2012.
- Corporation for National and Community Service, *What is Senior Corps?*, 2012, dostępne przez www.seniorcorps.gov.

Bibliografia

- Cumming E., Henry W., *Growing Old: The Process of Disengagement*, Basic Books, New York 1961.
- Czyżacki R., Klóska R., *Wpływ czynników społeczno-politycznych na działalność Otwartych Funduszy Emerytalnych*, [w:] *Marketing przyszłości. Trendy, strategie, instrumenty. Marketing w działalności podmiotów rynkowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2011, nr 662, s. 33–42.
- Dahl H.M., *NPM, Disciplining Care and Struggles about Recognition*, „Critical Social Policy” 2009, vol. 29(4), s. 634–654.
- Dahl H.M., Rasmussen B., *Paradoxes in Elderly Care: The Nordic Model*, [w:] *Elderly Care in Transition. Management, Meaning and Identity at Work. A Scandinavian Perspective*, eds. A. Kamp, H. Hvid, Copenhagen Business School Press, Frederiksberg 2012, s. 29–49.
- Demystifying the Myths of Ageing*, ed. A. Ritsatakis, World Health Organisation, Copenhagen 2008.
- Derejczyk J., Bień B., Paszkot-Kokoszka J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008, nr 16(3), s. 149–159.
- Deschner K., *Moloch. Krytyczna historia Stanów Zjednoczonych*, tłum. A. Baniukiewicz, Wydawnictwo Uraeus, Gdynia 1996.
- Dowd J., *Stratification Among the Aged: An Analysis of Power and Democracy*, Brooks & Cole Publishing Company, Belmont 1980.
- Dubé L.E., *Removing the Cap – Eliminating Mandatory Retirement Under the ADEA*, „Employment Relations Today” 1988, vol. 15(3), s. 199–204.
- Dziubińska-Michalewicz M., *System emerytalno-rentowy w Stanach Zjednoczonych*, Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych, Biuro Studiów i Ekspertyz, Kancelaria Sejmu, Warszawa 2005.
- Ebbinghaus B., *Can Path Dependence Explain Institutional Change? Two Approaches Applied to Welfare State Reform*, Max Planck Institute for the Studies of Societies, Discussion Paper 05/2, Cologne 2005.
- Edebalk P.G., *From Poor Relief to Universal Rights – On the Development of Swedish Old-age Care 1900–1950*, Working Paper Serien 3, Lund University, Lund 2009.
- Edebalk P.G., *Ways of Funding and Organising Elderly Care in Sweden*, [w:] *Population Ageing – A Threat to the Welfare State? Demographic Research Monographs*, ed. T. Bengtsson, Springer-Verlag, Berlin–Heidelberg 2010, s. 65–80.
- Elderly Care in Transition. Management, Meaning and Identity at Work. A Scandinavian Perspective*, eds. A. Kamp, H. Hvid, Copenhagen Business School Press, Frederiksberg 2012.
- Elger G., *SmartBo – A Smart House for People with Disabilities*, 2013, dostępne przez http://deafblindinternational.org/review1_h.html.
- Eng C., Pedulla J., Eleazer G.P., McCann R., Fox N., *Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing*, „Journal of the American Geriatrics Society” 1997, vol. 45(2), s. 223–232.

- Esping-Andersen G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge 1990.
- Esping-Andersen G., *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*, SAGE Publications, London 1996.
- Esping-Andersen G., *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, tłum. R. Włoch, seria: „Współczesna polityka społeczna”, t. 1, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2010.
- Essén A., *The Emergence of Technology Based Service Systems. A Case Study of a Telehealth Project in Sweden*, „Journal of Service Management” 2009, vol. 20(1), s. 98–121.
- European Commission, *Pension Schemes and Projection Models in EU-25 Member States*, „European Economy Occasional Papers”, nr 35, The Economy Policy Committee and Directorate-General for Economic and Financial affairs, Brussels 2007, s. 11–371.
- European Commission, *The e-Learning Academy for Seniors. Final Report*, Projekt Grundtvig, 134561-2007-DE-Grundtvig-GMP, Education, Audiovisual & Executive Agency, Institute for Innovation in Learning, University of Erlangen-Nuremberg, Nuremberg 2010.
- Eurostat, *Active Ageing and Solidarity Between Generations: A Statistical Portrait of the European Union 2012*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2011.
- Eurostat, *Median Age on 1 January of Selected Years*, 2011, dostępne przez <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.
- Eurostat, *Percentage of Population Aged 65 Years and Over on 1 January of Selected Years*, 2011, dostępne przez <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.
- Eurostat, *Population Projections*, 2011, dostępne przez http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections.
- Eurostat, *Employment Statistics*, 2012, dostępne przez http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Employment_statistics.
- Eurostat, *Average exit age from the labour force – annual data*, 2013, dostępne przez http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsi_exi_a&lang=en.
- Eurostat, *Migration and migrant population statistics*, 2014, dostępne przez http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics.
- Eurostat, *Employment rates for selected population groups 2003–13*, 2014, dostępne przez http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/extensions/EurostatPDFGenerator/getfile.php?file=195.74.51.139_1410355877_73.pdf.
- Eurostat, *Europe in Figures. Eurostat Yearbook 2014*, Luxembourg 2015.
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, *Older Americans 2008. Key Indicators of Well-Being*, U.S. Government Printing Office, Washington 2008.
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, *Older Americans 2012. Key Indicators of Well-Being*, U.S. Government Printing Office, Washington 2012.

Bibliografia

- Feinberg L., Reinhard S.C., Houser A., Choula R., *Valuing the Invaluable: 2011 Update. The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving*, AARP Public Policy Institute, Washington 2011.
- Findahl O., *Swedes and the Internet 2010*, The Internet Infrastructure Foundation, Stockholm 2010.
- Fineman H., *Obama's Health-Care Gamble*, „Newsweek” 11.01.2010.
- Foster R.S., *Estimated Financial Effects of the Patient Protection and Affordable Care Act as Amended*, Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010, dostępne przez <http://graphics8.nytimes.com/packages/pdf/health/oactmemo1.pdf>.
- Friedan B., *How to Live Longer, Better, Wiser*, „Parade” 1994, 20 March, s. 4.
- Gall L., *Bismarck: The White Revolution*, cz. I, Unwin Hyman, London 1986.
- Gallie D., *The Quality of Working Life: Is Scandinavia Different?*, „European Sociological Review” 2003, nr 19(1), s. 61–79.
- Gelfand D.E., *The Aging Network: Programs and Services*, Springer Publishing Company, New York 2006.
- Gielewska A., *Zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn to zrównanie praw*, wywiad z Agnieszką Kozłowską-Rajewicz, Pełnomocniczką Rządu ds. Równego Traktowania, „Dziennik Gazeta Prawna” 1.03.2012.
- Gilbert N., *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, Oxford–New York 2002.
- Gleckman H., *Village Groups Help Seniors Remain in Their Homes as They Grow Older*, „The Washington Post” 9.02.2010.
- Głąbicka K., *Integracja socjalna z perspektywy członkostwa Polski w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2008.
- Gober P., *The Retirement Community as a Geographical Phenomenon: The Case of Sun City, Arizona*, „Journal of Geography” 1985, vol. 84(5), s. 189–198.
- Golinowska S., *Europejski model socjalny i otwarta koordynacja polityki społecznej*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 11–12, s. 3–14.
- Góra M., *Kilka uwag o reformie systemu emerytalnego*, „Infos” 2007, nr 20, s. 1–4.
- Grabek A., Ćwiek J., *Bon, czyli lekarstwo na starość*, „Rzeczpospolita” 3.12.2012, dostępne przez <http://www.rp.pl/arttykul/957622.html>.
- Gratton B., *Old Age and the Search for Security: An American Social History*, Indiana University Press, Bloomington 1994.
- Grewiński M., *Integracja czy dezintegracja usług społecznych w Europie? Konsekwencje dla wielosektorowej polityki społecznej*, [w:] *Integracja socjalna z perspektywy członkostwa Polski w Unii Europejskiej*, red. K. Głąbicka, Wydawnictwo PTPS Politechnika Radomska, Radom 2008.
- Guardiancich I., *Current Pension System: First Assessment of Reform Outcomes and Output, Country Report: Sweden*, European Social Observatory, Brussels 2010.
- Gubrium J.F., *The Myth of the Golden Years: A Socio-Environmental Theory of Aging*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield 1973.

- GUS, *Prognoza ludności na lata 2003–2030*, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2002.
- GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2009.
- GUS, *Mediana wieku ludności (wiek środkowy ludności) według płci*, 2009, dostępne przez http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/opole/ASSETS_10w05_07.pdf.
- GUS, *Trwanie życia*, 2013, dostępne przez <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia,1,1.html>.
- GUS, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2014.
- GUS, *Trwanie życia w 2013 roku*, Warszawa 2014.
- GUS, „Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku”, materiał informacyjny na konferencję prasową w dniu 30 stycznia 2014 roku.
- GUS, *Rocznik Demograficzny 2014*, Warszawa 2014.
- Gustafsson R., Szebehely M., *Outsourcing of Elder Care Services in Sweden: Effects on Work Environment and Political Legitimacy*, [w:] *Paid Care in Australia: Politics, Profits, Practices*, eds. D. King, G. Meagher, Sydney University Press, Sydney 2009, s. 81–112.
- Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, ed. F. Colombo, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris 2011.
- Hjalmarsson M., *New Technology in Home Help Services – A Tool for Support or an Instrument of Subordination?*, „Gender, Work, and Organization” 2009, nr 16(3), s. 368–384.
- Hoem J.M., *Social Policy and Recent Fertility Change in Sweden*, „Population and Development Review” 1990, nr 16, s. 735–748.
- Hooyman N.R., Kiyak H.A., *Social Gerontology. A Multidisciplinary Perspective*, Allyn & Bacon Publishing, Boston 2007.
- Houser A., Fox-Grage W., Ujvari K., *Across the States. Profiles of Long-Term Services and Supports*, AARP Public Policy Institute, Washington 2012.
- Hudson R.B., *The Future of Age-Based Public Policy*, The John Hopkins University Press, Baltimore–London 1997.
- Inglot T., *Welfare States w Europie Środkowo-Wschodniej w latach 1919–2004*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2010.
- International Telecommunication Union, *Measuring the Information Society 2012*, 2012, dostępne przez <http://www.itu.int/ITU-D/ict/publications/idi/>.
- Irwin N., *Five Economic Lessons from Sweden, the Rock Star of the Recovery*, „The Washington Post” 24.06.2011.
- Jacob J., *Fun City: An Ethnography of a Retirement Community*, Holt, Rinehart and Winston, New York 1974.
- Jegermalm M., Jeppsson Grassman E., *Helpful Citizens and Caring Families: Patterns of Informal Help and Caregiving in Sweden in a 17-year-perspective*, „International Journal of Social Welfare” 2012, nr 21, s. 422–432.

Bibliografia

- Johansson L., Long H., Parker M.G., *Informal Caregivers for Elders in Sweden: An Analysis of Current Policy Developments*, „Journal of Aging & Social Policy” 2011, nr 23(4), s. 335–353.
- Johansson L., Sundström G., *Policies and Practices in Support of Family Caregivers – Filial Obligations Redefined in Sweden*, „Journal of Aging & Social Policy” 2006, vol. 18(3/4), s. 7–26.
- Kaczmarek M., Szwed A., *Natura i osobliwości starzenia się*, „Forum Akademickie” 1999, nr 12, s. 48–50.
- Kassner E., *Home and Community-Based Long-Term Services and Supports for Older People*, AARP Public Policy Institute, Washington 2011.
- Nordic Welfare States in the European Context*, eds. M. Kautto, J. Frithzell, B. Hviden, J. Kvist, H. Uusitalo, Routledge, London–New York 2001.
- Kettunen P., *The Power of International Comparisons. A Perspective on the Making and Challenging of the Nordic Welfare State*, [w:] *The Nordic Model of Welfare: A Historical Reappraisal*, eds. N.F. Christiansen, K. Petersen, N. Edling, P. Haave, Museum Tusulanum Press, Copenhagen 2005, s. 31–65.
- Komisja Europejska, *Zielona Księga. Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami*, KOM (2005) 94, Bruksela 2005.
- Komisja Europejska, *Demograficzna przyszłość Europy – przekształcić wyzwania w nowe możliwości* KOM (2006) 571, Bruksela 2006.
- Komisja Europejska, *Odnowiona Agenda Społeczna. Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku*, KOM (2008) 412, Bruksela 2008.
- Komisja Europejska, *Wkład UE w propagowanie aktywnego starzenia się i solidarności między pokoleniami*, Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego, Luksemburg 2012.
- Kotlikoff L.J., Burns S., *The Coming Generational Storm: What You Need to Know about America's Economic Future*, MIT Press, Cambridge 2004.
- Kotowska I., *Proces starzenia się ludności Polski do 2030 r. – opis i jego percepcja społeczna*, [w:] *Niebieskie Księgi/Rekomendacje 2004: Później na emeryturę?*, red. I. Wóycicka, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2004, s. 12–35.
- Kowalak T., *Problemy społeczne Stanów Zjednoczonych*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Warszawa 1996.
- Kröger T., *The Dilemma of Municipalities: Scandinavian Approaches to Child Day-care Provision*, „Journal of Social Policy” 1997, vol. 26(4), s. 485–508.
- Krupa B., *Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna*, „Nowiny Lekarskie” 2012, nr 81(1), s. 36–43.
- Kruse A., *A Stable Pension System: The Eighth Wonder*, [w:] *Population Ageing – A Threat to the Welfare State?*, ed. T. Bengtsson, Demographic Research Monographs, Springer-Verlag, Berlin–Heidelberg 2010, s. 47–64.
- Kruszewska X., *Kontrowersyjna reforma Obamy*, „Gazeta Bankowa” 2010, czerwiec, nr 7–8.
- Laroque P., *Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse*, Paris 1962.

- Leibfried S., *Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into a European Community*, [w:] *Social Policy in a Changing Europe*, eds. Z. Ferge, J.E. Kolberg, Campus Verlag, Frankfurt 1992, s. 245–280.
- Lindh T., *Social Investment in the Ageing Populations in Europe*, [w:] *Towards a Social Investment Welfare State. Ideas, Policies, Challenges*, eds. N. Morel, B. Palier, J. Palme, Policy Press, Bristol 2012, s. 261–284.
- Lipset S.M., *Wyjątkowość amerykańska – broń obosieczna*, tłum. B. Piasecki, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- Luhmann N., *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*, tłum. G. Skąpska i W. Lipnik, PWN, Warszawa 1994.
- Mackenzie G.A., *The Decline of the Traditional Pension. A Comparative Study of Threats to Retirement Security*, Cambridge University Press, Cambridge–New York 2010.
- Magnusson L., Hanson E., Nolan M., *The Impact of Information and Communication Technology on Family Carers of Older People and Professionals in Sweden*, „Ageing and Society” 2005, nr 25, s. 693–713.
- Marsh D., Stoker G., *Teorie i metody w naukach politycznych*, tłum. J. Tegnerowicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Marshall T.H., *Class, Citizenship, and Social Development*, Greenwood Press, Michigan 1964.
- Mcllwain J.K., *Housing in America. The Baby Boomers Turn 65*, Urban Land Institute, Washington 2012.
- Mead M., *Culture and Commitment: The New Relationships Between the Generations in the 1970s*, Columbia University Press, New York 1978.
- Meagher G., Szebehely M., *Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors and Consequences*, [w:] *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, eds. C. Ranci, E. Pavolini, Springer Science & Business Media, New York 2013, s. 55–78.
- Ministry of Health and Social Affairs, *National e-Health – the Strategy for Accessible and Secure Information in Health and Social Care*, Edita, Stockholm 2011.
- Mollica R., Simms-Kastelen K., Farnham J., Reinhard S., Accius J., *Building Adult Foster Care: What States Can Do*, AARP Public Policy Institute, Washington 2009.
- Mollica R., Houser A., Ujvari K., *Assisted Living and Residential Care in the States in 2010*, AARP Public Policy Institute, Washington 2012.
- Moody H.R., *Aging: Concepts and Controversies*, Pine Forge Press, Thousand Oaks 2010.
- Morris C.R., *The AARP: America's Most Powerful Lobby and the Clash of Generations*, Times Books, New York 1996.
- MPiPS, *Polska 2008. Raport o rynku pracy oraz zabezpieczeniu społecznym*. Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz, Warszawa 2008.
- MPiPS, *Sprawozdanie z realizacji programu Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+, 2011*, dostępne przez http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/Analizy/Sprawozdanie%20_50_plus_01_2011.pdf.

Bibliografia

- MPiPS, *Założenia do projektu Ustawy o pomocy społecznej i usługach socjalnych*, 2012, dostępne przez <http://barka.org.pl/content/zalozenia-do-projektu-ustawy-o-pomocy-spoleszcznej-i-uslugach-socjalnych>.
- MPiPS, *Urlop rodzicielski*, 2013, dostępne przez <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/nowe-rozwiazania-prorodzinne/urlop-rodzicielski/>.
- MPiPS, *Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*, program przyjęty uchwałą Rady Ministrów nr 239 z 24 grudnia 2013 roku.
- MSW, *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*, dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 31 lipca 2012 roku.
- Munnel A.H., Soto M., *Sorting Out Social Security Replacement Rates*, „Just the Facts on Retirement Issues”, nr 19, Center for Retirement Research, Boston College 2005, s. 1–6.
- National Alliance for Caregiving, *Caregiving in the U.S. 2009*, MetLife Foundation 2009.
- National Commission on Social Security Reform, *Report of the National Commission on Social Security Reform*, „Social Security Bulletin” 1983, vol. 46(2), dostępne przez <http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v46n2/v46n2p3.pdf>.
- Neugarten B.L., Havighurst R.J., Tobin S.S., *Disengagement and Patterns of Aging*, [w:] *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*, ed. B.L. Neugarten, University of Chicago Press, Chicago 1968.
- Niemiec L., *O opłatach za lekarstwa*, „Monitor – Polski Tygodnik Informacyjno-Ogłoszeniowy” 4.10.2006, nr 122.
- Nilsson A., *Passion för Livet. Projektrapport*, Kulturm, Jönköping 2006.
- Nordic Social Attitudes in a European Perspective*, eds. H. Ervasti, K. Ringdal, T. Fridberg, M. Hjerm, Edward Elgar, Cheltenham 2008.
- Nordic Welfare States in the European Context*, eds. M. Kautto, J. Frithzell, B. Hviden, J. Kvist, H. Uusitalo, Routledge, London–New York 2001.
- Obama B., *Obama Administration Record for Seniors*, 2010, dostępne przez http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/seniors_record_0.pdf.
- Obinger H., Schmitt C., Starke P., *Policy Diffusion and Policy Transfer in Comparative Welfare State Research*, „Social Policy & Administration” 2013, nr 47(1), s. 111–129.
- OECD, *Net Replacement Rates and Unemployment Insurance Benefit Duration in 26 OECD Countries, 2004, 2006*, dostępne przez <http://www.oecd.org/about/publishing/36965805.pdf>.
- OECD, *Employment Rates by Age Group*, [w:] *OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics*, 2010, dostępne przez www.oecd-ilibrary.org.
- OECD, *Employment and Labour Markets: Key Tables from OECD*, 2011, dostępne przez www.oecd-ilibrary.org.
- OECD, *Life Expectancy at Birth*, 2011, dostępne przez <http://www.oecd.org/els/family>.
- OECD, *OECD Family Database*, 2011, dostępne przez www.oecd.org/social/family/database.

- OECD, *Employment Rates by Age Group*, [w:] *OECD Factbook 2011: Economic, Environmental and Social Statistics*, 2011, dostępne przez www.oecd-ilibrary.org.
- OECD, *Life Expectancy*, [w:] *OECD Factbook 2011–2012: Economic, Environmental and Social Statistics*, 2012, dostępne przez www.oecd-ilibrary.org.
- ONZ, *Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw*, 2002, dostępne przez <http://www.un.org/pl/ageing/wstep.php>.
- ONZ, *World Population Prospects. The 2004 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, New York 2005.
- Palczyński T., *Współczesne społeczeństwo amerykańskie w perspektywie socjologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Palmer E., *Swedish Pension Reform: How Did It Evolve, and What Does It Mean for the Future?*, [w:] *Social Security Pension Reform in Europe*, eds. M. Feldstein, H. Siebert, University of Chicago Press, Chicago 2002, s. 171–210.
- Parlamentarny Zespół ds. Osób Starszych, *Plan pracy na 2013 rok Parlamentarnego Zespołu do Spraw Osób Starszych przyjęty na posiedzeniu Zespołu dnia 20 marca 2013 roku*, 2013, dostępne przez http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k8/senat/zespoly/starsi/wpmosur.pdf.
- Peters G., *Institutional Theory in Political Science: The "New Institutionalism"*, Pinter, London 1999.
- Pierson P., *The New Politics of the Welfare State*, „World Politics” 1996, vol. 48(2), s. 143–179.
- PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Terimedia Wydawnictwa Medyczne oraz Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie, Poznań 2012.
- Polska: zarys systemu ochrony zdrowia. Systemy ochrony zdrowia w okresie przemian*, red. S. Golinowska, European Observatory on Health Systems and Policies, tłum. M. Jabłońska, Warszawa 2012.
- Poteraj J., *Systemy emerytalne w Europie. Przypadek Szwecji*, „Współczesna Ekonomia” 2008, nr 2(8), s. 19–35.
- Prasznicki U., *Ewolucja podstawowych funkcji systemu zabezpieczenia społecznego rolników*, „Materiały Informacyjne ZUS”, nr 8 (sierpień), Warszawa 1995, s. 10–17.
- Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Raport*, red. M. Barcikowska, A. Członkowska, J. Derejczyk, T. Garbyelewicz, A. Gębska-Kuczerowska, G. Hereczyńska, H. Sienkiewicz-Jarosz, A. Józwiak, M. Narusiewicz, G. Opala T. Parnowski, M. Pawińska-Proniewska, M. Radzikowska, A. Rajska-Neumann, M. Rószkiewicz, D. Ryglewicz, K. Wieczorowska-Tobis, B. Witkowska, T. Zdrojewski, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2006, nr 15(3), s. 203–211.
- Prohaska T.R., Anderson L.A., Binstock R.H., *Public Health for an Aging Society*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2012.

Bibliografia

- Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym z dnia 21 listopada 2014 roku, dostępne przez <http://mieczyslawaugustyn.pl/wp-content/uploads/2014/12/projekt-21-11-2014.pdf>.
- Przeworski A., Teune H., *The Logic of Comparative Social Inquiry*, Wiley Interscience, New York 1970.
- Quinn J., Burtless G., *Is Working Longer an Answer for an Aging Workforce?*, Center for Retirement Research, Boston College, Boston 2002.
- Raław M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy*, [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hryniewicz, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 71–82.
- Rapacz A., *Rozmowa z dr Marzeną Brezą, pracownikiem Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej*, 2012, dostępne przez <http://www.tvp.pl/krakow/aktywni-50/wywiady/marzena-breza/8810201>.
- Rauch D., *Is There Really a Scandinavian Social Service Model? A Comparison of Childcare and Elderly Care in 6 European Countries*, „Acta Sociologica” 2007, vol. 50(3), s. 249–269.
- Rimlinger G., *Welfare Policy and Industrialization in Europe, America, and Russia*, Wiley, New York 1971.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U. Nr 217, poz. 1837.
- Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013*, załącznik do uchwały nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 roku.
- Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020*, załącznik do uchwały nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku.
- Saffiotti A., Pecora F., *SOFTEC: The Swedish Open Facility for Technology in Elderly Care*, Center for Applied Autonomous Sensor Systems, Örebro University 2011.
- Scharlach A.E., *Aging, Family, and the Welfare State*, [w:] *Aging in Perspective and the Case of China. Issues and Approaches*, eds. S. Chen, J.L. Powell, Nova Science Publications, Liverpool 2011, s. 87–102.
- Scharlach A.E., Lehning A.J., *Government's Role in Aging and Long-Term Care*, [w:] *Shared Responsibility, Shared Risk: Government, Markets and Social Policy in the Twenty-First Century*, eds. J. Hacker, A. O'Leary, Oxford University Press, New York 2012, s. 229–252.
- Scharlach A., Graham C., Lehning A., *The Village Model: A Consumer Driven Approach for Aging in Place*, „The Gerontologist” 2012, vol. 52(3), s. 418–427.
- Schlesinger A.M., *The Coming of the New Deal*, Houghton Mifflin, Boston 1959.
- Scommegna P., *U.S. Growing Bigger, Older, and More Diverse*, Population Reference Bureau, 2004, dostępne przez <http://www.prb.org>.
- Senior Service America, *The Senior Community Service Employment Program*, 2012, dostępne przez <http://www.seniorserviceamerica.org/site/our-programs/scsep>.
- Shrestha L.B., *Age Dependency Ratios and Social Security Solvency*, Congressional Research Service Report for Congress, The Library of Congress 2006.

- Shrestha L.B., *Life Expectancy in the United States*, Congressional Research Service Report for Congress, The Library of Congress 2006.
- Shrestha L.B., *The Changing Demographic Profile of the United States*, Congressional Research Service Report for Congress, The Library of Congress 2006.
- Siaroff A., *Work, Welfare and Gender Equality: A New Typology*, [w:] *Gendering Welfare States*, ed. D. Sainsbury, SAGE, London 1994, s. 82–100.
- Skocpol T., *The Politics of American Social Policy, Past and Future*, [w:] *Individual and Social Responsibility: Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America*, ed. V.R. Fuchs, University of Chicago Press, Chicago 1996, s. 309–340.
- Slocum J.W., Cron W.L., *Job Attitudes and Performance During Three Career Stages*, „Journal of Vocational Behavior” 1985, nr 26, s. 126–145.
- Social Security Administration, *Retirement Benefits*, broszura informacyjna, 2010, dostępne przez <http://www.ssa.gov/pubs/10035.pdf>.
- Social Security Administration, *The Townsend Plan Movement*, 2012, dostępne przez <http://www.ssa.gov/history/towns5.html>.
- Social Security Administration, *Retirement Planner: Getting Benefits While Working*, 2013, dostępne przez <http://www.ssa.gov/retire2/whileworking.htm>.
- Socialdepartementet, *Regeringens proposition 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen*, Stockholm 1997.
- Socialstyrelsen, *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010*, Stockholm 2011.
- Socialstyrelsen, *Care and Services to Elderly Persons 1 April 2012*, Official Statistics of Sweden, Stockholm 2012.
- Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+*, program przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 17 października 2008 roku.
- Statistics Sweden, *Immigrant and Emigrants by Country of Emi/Immigration and Sex. Year 2000–2011*, 2011, dostępne przez www.scb.se.
- Statistics Sweden, *Demographic Reports. The Future Population of Sweden 2012–2060*, Stockholm 2012.
- Statistics Sweden, *Labour Force Surveys*, Stockholm 2012.
- Stolt R., Blomqvist P., Winblad U., *Privatization of Social Services: Quality Differences in Swedish Elderly Care*, „Social Science & Medicine” 2011, nr 72, s. 560–567.
- Stone R.I., Benson W.F., *Financing and Organizing Health and Long-Term Care Services for Older Populations*, [w:] *Public Health for an Aging Society*, eds. T.R. Prohaska, L.A. Anderson, R.H. Binstock, The John Hopkins University Press, Baltimore 2012, s. 53–73.
- Strategia Rozwoju Kraju 2020. Aktywne społeczeństwo, konkurencyjna gospodarka, sprawne państwo*, Załącznik do uchwały nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 roku, „Monitor Polski. Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej” 2013, poz. 882, s. 2–239.
- Sundström G., Johannson L., Hassing L., *The Shifting Balance of Long-term Care in Sweden*, „Gerontologist” 2002, vol. 42(3), s. 350–355.

Bibliografia

- Surface Transportation Policy Project, *Aging Americans: Stranded Without Options*, dostępne przez www.transact.org.
- Sveriges Officiella Statistik, *Population Statistics. Life Expectancy 1751–2011*, Stockholm 2012.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Care of the Elderly in Sweden Today: 2006*, Ordfrörrådet AB, Stockholm 2007.
- Szarfenberg R., *Reformy welfare state w świetle ilościowych badań porównawczych*, 2009, dostępne przez http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/reformy_ws.pdf.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2000.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra–Jr, Warszawa 2006.
- Szatur-Jaworska B., *Polityka społeczna wobec starzenia się ludności – propozycja konceptualizacji pojęcia*, referat wygłoszony 3 października 2014 roku na I Międzynarodowej Konferencji ESPAnet Polska „Nowe horyzonty w polityce społecznej”, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu.
- The Encyclopedia of Aging*, eds. R. Schulz, L.S. Noelker, K. Rockwood, R. Sprott, 4th ed., Springer Publishing Company, New York 2006.
- The Handbook of Social Policy*, eds. J. Midgley, M.B. Tracy, M. Livermore, Sage Publications, Thousand Oaks 2000.
- The Nordic Model. Embracing Globalization and Sharing Risks*, eds. T.M. Andersen, B. Holmström, S. Honkapohja, S. Korkman, H.T. Söderström, J. Vartiainen, The Research Institute of the Finnish Economy, Taloustieto Oy, Helsinki 2007.
- Timonen V., *Restructuring the Welfare State. Globalization and Social Policy Reform in Finland and Sweden*, Edward Elgar, Cheltenham Northampton 2003.
- Titmuss R., *Social Policy. An Introduction*, Allen and Unwin, London 1974.
- Tocqueville A. de, *Democracy in America*, Vintage, New York 1945.
- Tornstam L., *Gerotranscendence. A Developmental Theory of Positive Aging*, Springer Publishing Company, New York 2005.
- Torres-Gil F., *The New Aging. Politics and Change in America*, Auburn House, New York 1992.
- Torres-Gil F., Villa V., *Social Policy and the Elderly*, [w:] *The Handbook of Social Policy*, eds. J. Midgley, M.B. Tracy, M. Livermore, Sage Publications, Thousand Oaks 2000, s. 209–220.
- United Nations Economic Commission for Europe, *Main Conclusions and Recommendations of the Research Forum of Ageing at the UNECE Ministerial Conference in León (Spain)*, 5–8 November 2007, dostępne przez http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2007/AGE_2007_MiCA07_DeclrResearFor.pdf.
- U.S. Census Bureau, *65+ in the United States*, U.S. Government Printing Office, Washington 1996.

- U.S. Census Bureau, *Population by Age, Sex, Race, and Hispanic or Latino Origin for the United States: 2000*, 2000, dostępne przez <http://www.census.gov/population/www/cen2000/briefs>.
- U.S. Census Bureau, *Labor Force Participation Rate of People 65 Years and Older: 2008 American Community Survey*, 2009, dostępne przez <http://www.census.gov/prod/2009pubs/acsbr08-9.pdf>.
- U.S. Census Bureau, *Projections of the Population and Components of Change by Net International Migration Series for the United States: 2010 to 2050*, Population Division, 2009, dostępne przez <http://www.census.gov/population/www/projections/2009cnmsSumTabs.html>.
- U.S. Census Bureau, *Births, Deaths, Marriages and Divorces: Life Expectancy*, 2012, dostępne przez http://www.census.gov/compendia/statab/cats/births_deaths_marriages_divorces/life_expectancy.html.
- U.S. Census Bureau, *State and County Quick Facts*, 2012, dostępne przez <http://quickfacts.census.gov>.
- U.S. Census Bureau, *U.S. and World Population Clocks*, 2012, dostępne przez <http://www.census.gov/main/www/popclock.html>.
- U.S. Department of Health and Human Services, *Aging Under the Microscope: A Biological Quest*, National Institute on Aging, Bethesda 2006.
- U.S. Department of Health and Human Services, *Why Population Aging Matters: A Global Perspective*, National Institute on Aging, Baltimore 2007.
- U.S. Department of Health and Human Services, *A Profile of Older Americans: 2011*, Administration on Aging, Washington 2011.
- U.S. Department of Health and Human Services, *Long-term care*, 2012, dostępne przez <http://www.healthcare.gov/using-insurance/medicare-long-term-care/long-term-care>.
- U.S. Department of Health and Human Services, *Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual*, 2012, dostępne przez <http://www.cms.gov/Medicare/HealthPlans/pace/downloads/R1SO.pdf>.
- U.S. Department of Housing and Urban Development, *Section 202: Supportive Housing for Elderly People*, dostępne przez portal.hud.gov.
- U.S. Department of Labor, *About Senior Community Service Employment Program*, dostępne przez www.doleta.gov.
- U.S. Department of State, *Background Note: Sweden*, Bureau of European and Eurasian Affairs, dostępne przez <http://www.state.gov>.
- U.S. General Accounting Office, *Elderly Americans: Health, Housing, and Nutrition Gaps between the Poor and Nonpoor*, Government Printing Office, Washington 1992.
- United States Congress, *Inequities Toward Women in the Social Security System*, House Task Force on Social Security and Women, Government Printing Office, Washington 1983.
- United States Congress, *Social Security Act*, ustawa z dnia 14 sierpnia 1935 roku.

Bibliografia

- United States Congress, *The Patient Protection and Affordable Care Act*, ustawa z dnia 23 marca 2010 roku.
- Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej, Dz.U. z 1923 roku Nr 92, poz. 726.
- Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dz.U. z 1933 roku Nr 51, poz. 396.
- Ustawa z dnia 13 marca 2003 roku o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, Dz.U. z 2003 roku Nr 90, poz. 844.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz.U. z 2004 roku Nr 64, poz. 593.
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego, brzmienie z 1 stycznia 2012 roku, Dz.U. z 2011 roku Nr 75, poz. 398.
- Vis B., *States of Welfare or States of Workfare? Welfare State Restructuring in 16 Capitalist Democracies, 1985–2002*, „Policy & Politics” 2007, vol. 35(1), s. 105–122.
- Vroom B. de, *Age-arrangements, Age-culture and Social Citizenship: A Conceptual Framework for an Institutional and Social Analysis*, [w:] *Ageing and the Transition to Retirement. A Comparative Analysis of European Welfare States*, eds. T. Maltby, E. Øverbye, Ashgate Publishing, Aldershot–Burlington 2004, s. 6–17.
- Wehler C., Madell T., *SSGIs in Sweden: With a Special Emphasis on Education*, [w:] *Social Services of General Interest in the EU*, eds. U. Neergaard, E. Szyszczak, J.W. van de Gronden, M. Krajewski, Springer-Verlag, The Hague 2013, s. 461–496.
- White House Conference on Aging, *The Booming Dynamics of Aging. From Awareness to Action*, Report to the President and Congress, Washington 2005.
- Witkowska B., *Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia, stan obecny – zadania na przyszłość*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niezależności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, s. 53–85.
- Wóycicka I., *Wprowadzenie*, [w:] *Później na emeryturę?*, red. I. Wóycicka, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2004, s. 5–7.
- Wybrane aspekty międzynarodowej polityki społecznej – pomoc społeczna i aktywna integracja*, red. J. Krzyszkowski, M. Grewiński, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2012.
- Zabezpieczenie Społeczne i Integracja Społeczna na lata 2008–2010*, program przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 16 grudnia 2008 roku.
- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, Załącznik do Uchwały nr 238 Rady Ministrów z 24 grudnia 2013 roku (poz. 118).
- Zapędowska-Kling K., *Polityka starzenia się w Polsce i na świecie – wyzwania, bariery, rekomendacje*, [w:] *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, red. D. Kałuża, P. Szukalski, Biblioteka Press, Łódź 2010, s. 108–119.
- Zapędowska-Kling K., *Polityka społeczna wobec osób starszych w krajach skandynawskich – przykłady dobrych praktyk*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia

- Oeconomica. Starzenie się ludności – między demografią a polityką społeczną” 2013, red. D. Kałuża-Kopias, P. Szukalski, nr 291, s. 33–44.
- Zapędowska-Kling K., *Eldercare Services in Sweden and the United States: Comparative Perspective and Examples of Best Practice*, „Poznań University of Economics Review” 2014, vol. 14(2), s. 31–42.
- Zapędowska-Kling K., *Reformy emerytalne a międzypokoleniowy kontrakt*, [w:] *Starzenie się ludności a solidarność międzypokoleniowa*, red. P. Szukalski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014, s. 53–62.
- Zapędowska-Kling K., *Nowe technologie w służbie seniorom*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2015, vol. 315(4), s. 203–215.
- Zieger A., *Democrats File Bill Addressing Geriatric Provider Shortage*, 2009, dostępne przez www.fiercehealthcare.com.
- ZUS, *Charakterystyka systemu emerytalnego w Szwecji*, Departament Współpracy Międzynarodowej, 2011, dostępne przez www.zus.pl/files/szwecja.pdf.
- Zych A.A., *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
- Żukowski M., *Reformy emerytalne w Europie*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2006.

Strony internetowe

- American Association of Retired Persons, dostępne przez www.aarp.org.
- Beacon Hill Village, dostępne przez www.beaconhillvillage.com.
- Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012, dostępne przez www.europa.eu/ey2012.
- Krajowa Partia Emerytów i Rencistów, dostępne przez www.kpeir.org.
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, dostępne przez www.mpips.gov.pl.
- Narodowa Szwedzka Organizacja Emerytów i Rencistów, dostępne przez www.pro.se.
- National PACE Association, dostępne przez www.npaonline.org.
- Oficjalna strona internetowa rządu Szwecji, dostępne przez www.government.se.
- Parlamentarny Zespół ds. Osób Starszych, dostępne przez <http://www.senat.gov.pl/sklad/senatorowie/zespoły/parlamentarny,6,parlamentarny-zespol-ds-osob-starszych.html>.
- Passion för Livet, dostępne przez <http://www.lj.se/passionforlivet>.
- Polsenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i społeczne starzenia się ludzi w Polsce, dostępne przez <http://polsenior.iimcb.gov.pl/>.
- Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Krakowie, dostępne przez www.rops.krakow.pl.
- Sun City Arizona, dostępne przez <http://suncityaz.org>.
- Swedish Pension Agency, dostępne przez www.pensionsmyndigheten.se.
- U.S. Administration on Aging, dostępne przez www.aoa.gov.
- U.S. Census Bureau International Data Base, dostępne przez www.census.gov.
- Village to Village Network, dostępne przez www.vtvnetwork.org.

Spis tabel

Tabela 1.1. Średnia długość trwania życia w Stanach Zjednoczonych w latach 1900–2010	41
Tabela 1.2. Liczba osób w wieku 65+ w Stanach Zjednoczonych w latach 1900–2010 (w milionach) oraz procentowy udział osób starszych w ogóle populacji	43
Tabela 1.3. Procentowy udział populacji w wieku 65+ w poszczególnych stanach w 2013 roku	44
Tabela 1.4. Współczynnik obciążenia demograficznego w Stanach Zjednoczonych – prognoza do roku 2080	46
Tabela 1.5. Wydatki państw na cele społeczne brutto (jako procent PKB) – zestawienie sześciu państw o najwyższych i najniższych wskaźnikach według danych z 2005 roku	52
Tabela 1.6. Wydatki publiczne i prywatne na cele społeczne netto (jako procent PKB) – zestawienie sześciu państw o najwyższych i najniższych wskaźnikach według danych z 2005 roku	53
Tabela 1.7. Ogólnonarodowa struktura organów świadczących usługi seniorom na obszarze Stanów Zjednoczonych	85
Tabela 1.8. Porównanie dwóch wybranych form opieki długoterminowej nad osobami starszymi dostępnymi w Stanach Zjednoczonych (<i>Assisted Living</i> i <i>Adult Foster Care</i>)	97

Spis tabel

Tabela 1.9. Przegląd programów i usług skierowanych do osób starszych – oferta lokalnego Centrum Seniora w mieście Berkeley w stanie Kalifornia (według danych z 2012 roku)	115
Tabela 2.1. Średnia długość trwania życia w Szwecji w latach 1901–2010 (według płci)	140
Tabela 2.2. Procentowy udział osób w wieku 65+ w ogóle populacji Szwecji w latach 1960–2010 oraz prognoza na lata 2020–2060	141
Tabela 3.1. Porównanie Stanów Zjednoczonych i Szwecji – główne założenia, tendencje, kierunki i sposoby realizacji polityki społecznej wobec starzenia się populacji	227
Tabela 3.2. Przeciętna dalsza długość trwania życia w Polsce w chwili urodzenia w latach 1950–2010, według płci	234
Tabela 3.3. Udział ludności w wieku 65 lat i więcej w ogóle populacji w Polsce w latach 1950–2010	235
Tabela 3.4. Przewidywana średnia długość trwania życia kobiet i mężczyzn w Polsce – prognoza na lata 2015–2035	256

Spis wykresów

Wykres 1.1. Dywersyfikacja rasowa i etniczna populacji w wieku 65+ w Stanach Zjednoczonych – według danych z 2000 roku oraz prognozowana na rok 2050	39
Wykres 1.2. Dywersyfikacja źródeł dochodu osób w wieku 65+ w Stanach Zjednoczonych (w procentach, według danych z 2004 roku)	76
Wykres 2.1. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku okołoemerytalnym w Szwecji oraz UE27 – według grup wiekowych, w procentach	179

Od Redakcji



Kaja Zapędowska-Kling – doktor nauk społecznych, adiunkt w Katedrze Amerykanistyki i Mass Mediów na Wydziale Studiów Międzynarodowych i Politycznych Uniwersytetu Łódzkiego. Stypendystka Fulbrighta i Narodowego Centrum Nauki. Realizowała projekty badawcze na Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkeley (USA) oraz w Jönköping University w Szwecji. Członkini Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i *European Network for Social Policy Analysis*. Autorka licznych artykułów naukowych dotyczących problematyki osób starszych.

go i *European Network for Social Policy Analysis*. Autorka licznych artykułów naukowych dotyczących problematyki osób starszych.