

Sytuacja Seniorów

w województwie
lubelskim

Raport za
2024 r.

Lipiec, 2025 r.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską





Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie

ul. Diamentowa 2

20-447 Lublin

tel.: (81) 528 76 50

e-mail: rops@rops.lubelskie.pl

www.rops.lubelskie.pl

Opracowanie:

Lubelskie Obserwatorium Polityki Społecznej

tel.: (81) 528 76 20

e-mail: lops@rops.lubelskie.pl



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Spis treści

Wstęp.....	3
1. Problematyka starzenia się ludności	5
1.1. Charakterystyka starości i starzenia się	5
1.2. Identyfikacja problemów związanych z procesem starzenia się	10
1.3. Najważniejsze trendy i wyzwania dotyczące zmian demograficznych, w tym zjawiska starzenia się społeczeństwa	23
2. Zarys aktualnej sytuacji osób starszych w Polsce w świetle dostępnych danych statystyki publicznej	28
3. Osoby starsze w województwie lubelskim.....	37
3.1. Charakterystyka demograficzna na podstawie danych statystyki publicznej.....	37
3.2. Aktywność ekonomiczna i sytuacja finansowa	52
3.3. Usługi społeczne i infrastruktura społeczna dedykowana seniorom	65
4. Programy i świadczenia w województwie lubelskim poświęcone osobom starszym	78
4.1. Wojewódzki program na rzecz osób starszych	78
4.2. Polityka Senioralna EFS+	79
Bibliografia	82
Spis tabel, wykresów, rysunków i map	84

Wstęp

Postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa, stanowi jeden z kluczowych czynników determinujących zmiany w strukturze społeczno-gospodarczej Polski. Zmiany demograficzne z rosnącym odsetkiem osób starszych na czele, wymagają pogłębionej refleksji oraz dostosowania polityki społecznej do nowych wyzwań. W odpowiedzi na te potrzeby, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie przygotował publikację pt. „Sytuacja seniorów w województwie lubelskim. Raport za 2024 r.”, której celem jest kompleksowe przedstawienie sytuacji osób starszych w regionie.

Opracowanie rozpoczyna się od omówienia problematyki starzenia się ludności – zarówno w ujęciu teoretycznym, jak i praktycznym. W tej części przedstawiono charakterystykę starości, niektóre problemy związane z procesem starzenia się oraz najważniejsze trendy demograficzne, które wpływają na strukturę ludności w kraju. Kolejny rozdział publikacji zawiera analizę aktualnej sytuacji osób starszych w Polsce, opartą na danych statystyki publicznej. Szczególną jednak uwagę poświęcono seniorom z województwa lubelskiego – ich strukturze demograficznej, aktywności ekonomicznej, sytuacji finansowej, dostępności usług społecznych i infrastruktury wspierającej czy podejmowanym w regionie działaniom na rzecz osób starszych. (rozdział 3 i 4.).

Problematyka starzenia się ludności

1. Problematyka starzenia się ludności

1.1. Charakterystyka starości i starzenia się

Istotne zmiany demograficzne w większości krajów Europy i świata powodują, iż starość oraz starzenie się coraz częściej stanowią główny temat debaty publicznej. W obrębie tych zagadnień koncentrują się liczne badania, zaś współczesna literatura naukowa dostarcza wielu (często uzupełnianych o coraz to nowe fakty) teorii opisujących specyfikę starości i procesu starzenia. Trudno jednak wyłonić jedyną, właściwą koncepcję dotyczącą tej problematyki. Starość i starzenie się należą bowiem do zjawisk silnie zindywidualizowanych i zależnych od różnych czynników (pomimo swojego naturalnego, nieuchronnego oraz nieodwracalnego charakteru). Stąd też postulat o ich wielowymiarowe, interdyscyplinarne rozpatrywanie.

Starość definiuje się na ogół jako okres życia człowieka poprzedzonego dzieciństwem, młodością i wiekiem dojrzałym, który rozpatrywany jest w kategoriach zjawiska biologicznego (akcentującego jego inwolucyjny charakter), społecznego (związanego np. z momentem przejścia na emeryturę) i indywidualnego lub psychologicznego (dotyczącego zarówno zakresu przeobrażeń w sferze procesów psychicznych i osobowości, jak również osobistych granic jednostki i jej obrazu siebie jako osoby starszej) (Suwiński, 2018; Błachnio, Kuryś-Szyncel, Molesztak, 2017 za: Straś-Romanowska, 2003). Jest też końcowym etapem procesu starzenia się, stanowiącym w teorii cyklu życia tzw. fazę regresu (Rusek, 2021; Suwiński, 2018 za: Olszewski, 1998). Odwołując się do definicji wyłonionych przez psychologów i socjologów gerontologicznych, starość jest także jedną z faz życia, wyodrębnianą ze względu na obniżenie sił (...) fizycznych, jednak przy zachowaniu pełni sił duchowych, a nawet ich wzroście (por. Tokarczyk, 2019). Jej użytecznym wskaźnikiem może być z kolei wiek wyznaczający zarazem tzw. progi starości. Najczęściej spotykanymi ujęciami tej kategorii są: wiek demograficzny (chronologiczny), biologiczny, psychiczny, społeczny, ekonomiczny (emerytalny) oraz socjalny.

Wiek demograficzny (chronologiczny), to innymi słowy liczbowy wiek jednostki datowany od czasu jej urodzenia, na którego podstawie ustalane jest, czy znajduje się ona w fazie starości (Zych, 2019). W opracowaniach oraz dokumentach traktujących o starości, za moment przekroczenia jej progu uznaje się najczęściej 60. lub 65. rok życia dla obu płci. Przykładem może być Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015 poz. 1705) – definiująca osobę starszą jako

osobę, która ukończyła 60. rok życia, jak również publikacje Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) stosujących dla kobiet i mężczyzn jednolity wiek 65. lat. W demografii zastosowanie znajduje również kryterium tzw. wieku poprodukcyjnego, stanowiącego granicę ustawowego przejścia na emeryturę (w Polsce: 65 lat dla mężczyzn oraz 60 lat dla kobiet) (2019). Ze względu jednak na istotne zmiany demograficzne w krajach Unii Europejskiej (m.in. wzrost odsetka osób w wieku 65+ czy wzrost średniego dalszego życia), systemy świadczeń emerytalnych wydłużają czas pracy zarobkowej, przesuwając niejako próg starości „w górę” i zbliżając go do 70. roku życia¹. Biorąc natomiast pod uwagę fakt, iż osoby starsze nie stanowią jednolitej grupy pod względem m.in. zdrowia, sprawności, sytuacji życiowej, ekonomicznej i społecznej, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyróżnia tzw. podokresy starości. Są nimi: wiek podeszły (wczesna starość, *young old*) mieszczący się w przedziale od 65. do 75. roku życia, wiek starczy, czyli późna starość (*old old*) przypadającą na 75 – 90 lat oraz wiek sędziwy (długowieczność, *oldest old, long life*) początkiem, którego jest 90. rok życia (2019; Błachnio, Kuryś-Szyncel, Molesztak, 2017; Kocemba, 2000). W kontekście wieku demograficznego, starości oraz jej podokresów, można zetknąć się również z określeniami *trzeci wiek* i *czwarty wiek*. Pierwsze z nich używane jest najczęściej w stosunku do osób w wieku 65 lat i powyżej (Zych, 2019), drugie – utożsamiane bywa z późną starością lub z wiekiem sędziwym (2019).

W przypadku **wieku biologicznego**, mówi się o stopniu ogólnej kondycji i żywotności organizmu, określającego m.in. poziom sprawności życiowej (istotnej chociażby z punktu widzenia ewentualnej dalszej pracy zawodowej). Podstawę do jego określenia stanowią biologiczne i medyczne pomiary funkcjonowania organizmu człowieka (wyznaczone przez obniżenie funkcji życiowych oraz wszelkie zmiany w pracy narządów), na których to oparta jest wspomniana wcześniej periodyzacja wyróżniająca wczesną starość, starość dojrzałą czy też długowieczność (Błachnio, Kuryś-Szyncel, Molesztak, 2017; Fabiś, Wawrzyniak, Chabior 2019). Wiek biologiczny nie jest jednak jednoznacznym wskaźnikiem starości, ponieważ jakość starzenia się i jego tempo w dużym stopniu zdeterminowane są uwarunkowaniami indywidualnymi. Biologiczny aspekt starości ma jednak wpływ na sferę psychiczną, która ma z kolei duże znaczenie dla jakości życia czy postaw społecznych w wieku senioralnym (Zych, 2019).

¹ Po 2011 r. rozwiązania dotyczące podniesienia wieku emerytalnego do 67/68 lat wprowadziły m.in. Dania, Portugalia, Malta, Niemcy, Holandia, Hiszpania oraz Wielka Brytania (por. Uścińska, 2012, s. 32–37)

Wiek psychiczny (psychologiczny) określany jest poprzez badanie funkcji intelektualnych, sprawności niektórych zmysłów, sprawności psychomotorycznej oraz zdolności przystosowawczej. Osłabienie tych zdolności (stwierdzone za pomocą zastosowanych wcześniej, specjalistycznych testów) może być równoznaczne z symptomami procesu starzenia się. Psychologowie badający osoby starsze, wskazują na pewne cechy, które mogą stanowić składową ich „portretu”. Jest to np. „skłonność do unikania ryzyka, niechęć do zmian, zubożenie emocjonalne oraz ograniczenie zdolności twórczych” (Rudnik, 2016).

Odzwierciedleniem sytuacji jednostki związanej z jej miejscem w strukturze społecznej oraz pełnieniem przez nią określonych ról jest natomiast **wiek społeczny**. Starość, to najczęściej czas w którym (w rozumieniu systemu społecznego funkcjonowania) jednostka zaprzestaje pełnić role centralne na rzecz ról peryferyjnych i marginalnych. Zmiana ta, może natomiast nieść za sobą konsekwencje w postaci m.in. obniżenia statusu społecznego i ekonomicznego, zmiany stylu życia czy w końcu zmian w układzie ról rodzinnych. Role, jakie pełnią seniorzy zamykają się zwykle w kategoriach ról: rodzinnych (matka, babcia, prababcia, teściowa), formalnych (członek rad, stowarzyszeń, organizacji politycznych lub religijnych), nieformalnych (uczestnik grupy sąsiedzkiej, towarzyskiej), zawodowych (pracownik, wytwórca), społecznych (obywatel kraju, emeryt, użytkownik czasu wolnego). Wiek społeczny stanowi zatem wyraz oczekiwań dotyczących zachowania przedstawicieli danej grupy, który jest określony zwyczajowo, ale w dużej mierze też obyczajowo (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019). Zasadne w tym miejscu wydaje się jednak zwrócenie uwagi na fakt, iż pomimo oczekiwań od osób starszych stateczności jako cechy dominującej w ich stylu życia, to zmiany cywilizacyjne (głównie technologiczne) wymuszają będą zmianę tego podejścia. Wraz z nimi przekształceniu ulegają będą też kryteria starości oraz role przypisane seniorom. Jednakże już teraz liczne badania pokazują, że sposób pełnienia typowych dotychczas dla osób starszych ról uległ na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat dużym przemianom (ze względu chociażby na systematyczny wzrost liczby zdrowych i aktywnych osób powyżej 65. roku życia).

Z wiekiem społecznym integralnie łączą się kategorie wieku **ekonomicznego (emerytalnego)** oraz **socjalnego (prawny)**. Pierwsza z nich związana jest z zajmowanym przez człowieka miejscem w systemie społecznego podziału pracy oraz jest określana najczęściej takimi kategoriami, jak wiek przedprodukcyjny, produkcyjny czy poprodukcyjny. W tym ujęciu starość utożsamiać można

z momentem końca aktywności zawodowej i przejściem na emeryturę, a co za tym idzie – zmianą głównego źródła utrzymania. Ustawodawca wskazuje jego liczbowe określenie (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn), mając na uwadze takie parametry, jak zróżnicowanie przeciętnej długości życia mężczyzn i kobiet, różnice w stanie zdrowia oraz podejmowanych rolach społecznych, charakter pracy warunkujący możliwą długość jej wykonywania oraz uwarunkowania ekonomiczne państwa (Dz. U. 1998 Nr 162 poz. 1118). Należy jednak przywołać dwie nowelizacje ustawy emerytalnej, które stanowiły niejako odpowiedź na wydłużające się życie seniorów. Pierwsza z nich (wprowadzona ustawą z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz innych ustaw i wchodząca w życie 1 stycznia 2013 r.) dotyczyła podwyższenia i zrównania powszechnego wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn do 67 lat. Ustawodawca zdecydował jednak, że zmiana powinna następować stopniowo. Rozciągał zatem w czasie dochodzenie do podwyższonego wieku emerytalnego (co kwartał o miesiąc), wskazując granicę wieku odrębnie dla kobiet i mężczyzn oraz określając, jaki podwyższony wiek emerytalny obowiązuje dla ubezpieczonych urodzonych w poszczególnych przedziałach czasu. Ostatecznie, wiek wynoszący 67 lat planowano wprowadzić dla mężczyzn w 2020 r., zaś dla kobiet – w 2040 r. (obowiązywać miał wszystkie kobiety urodzone po 30 września 1973 r. i wszystkich mężczyzn urodzonych po 30 września 1953 r.) (Szlachta-Kisiel, 2021 za: Pątek, 2017). Przepisy tej nowelizacji obowiązywały do 30 września 2017 r., ze względu na drugą nowelizację wprowadzoną ustawą z dnia 16 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2017 poz. 38). Tym samym, przywrócony został zróżnicowany wiek emerytalny 60 lat dla kobiet oraz 65 lat dla mężczyzn. We wrześniu 2017 r., czyli ostatnim miesiącu obowiązywania przepisów o podwyższonym wieku emerytalnym, wynosił on 61 lat i 2 miesiące dla kobiet oraz 66 lat i 2 miesiące dla mężczyzn (Szlachta-Kisiel, 2021).

Kolejna kategoria wieku, tj. **wiek socjalny (prawny)** ustalany jest na podstawie analizy aktów prawnych odnoszących się do różnego rodzaju świadczeń socjalnych. W tej perspektywie, starość jest takim etapem życia, w którym można skorzystać z prawa do świadczeń „zagwarantowanych w związku z występowaniem swego „ryzyka”, jakim jest starość i związane z nią ograniczenia możliwości samodzielnego zapewnienia sobie środków utrzymania” (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006). W Polsce, osiągnięcie wieku socjalnego pozwala chociażby na skorzystanie z uprawnień emerytalnych (60 lat dla kobiet i 65 lat dla

mężczyzn), czy też zasiłku pielęgnacyjnego (75 lat), zniżek i zwolnień z różnych opłat, usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, przywilejów, pomocy, wsparcia, opieki, a także świadczeń pieniężnych dla kombatanów i weteranów wojennych oraz wdów po nich (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 lipca 2014 roku).

Jak widać, poszczególne kategorie wieku człowieka stanowią istotne rozróżnienie w charakterystyce starzenia jako procesu, który podobnie jak *starość* jest pojęciem wielowymiarowym i definiowanym odmiennie z punktu widzenia różnych nauk. Biorąc za przykład ujęcie medyczne *starzenie się oznacza naturalne, nieodwracalne i nasilające się z wiekiem zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji i regeneracji organizmu, a także przemian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów* (Zych, 2019). W gerontologii, wyróżnia się zaś kilka typologii starzenia się, które prezentuje poniższa tabela.

Tabela 1. Typologie starzenia się

Podział, w którym pod uwagę bierze się wiek chronologiczny i biologiczny	Podział, w którym pod uwagę bierze się czynniki mające bezpośredni wpływ na starzenie się	Podział według poszczególnych aspektów związanych z życiem człowieka
– starzenie się normalne (fizjologiczne): gdy wiek biologiczny i chronologiczny zgadzają się, a podstawą oceny wieku biologicznego są rezultaty porównania badanej jednostki ze standardami wyznaczonymi dla osób zdrowych w ustalonych przedziałach wiekowych; – starzenie patologiczne: gdy choroby i czynniki środowiskowe niekorzystnie wpływają na jednostkę, przyspieszając jej naturalne procesy biologiczne; – starzenie przedwczesne (geromorfizm): gdy dana jednostka ma wiek biologiczny znacznie wyższy niż chronologiczny.	– pierwotny proces starzenia się: zależny od nieuniknionych i uniwersalnych zmian fizjologicznych następujących wraz z wiekiem; – wtórny proces starzenia się: zależny od czynników, na które jednostka ma choćby pośredni wpływ, a które przyspieszają pierwotny proces starzenia się (np. stres, choroby, czynniki środowiskowe).	– starzenie się biologiczne: charakteryzujące się stopniowym wygaszaniem funkcji poszczególnych narządów i układów, przy jednoczesnym uruchamianiu mechanizmów kompensacyjnych, aby zachować względną równowagę organizmu; końcem starzenia się jest śmierć; – starzenie się psychologiczne: odnosi się m.in. do postrzegania, wartościowania i świadomości własnego starzenia się; – starzenie się społeczne: odnosi się do oczekiwań i ról człowieka, jego statusu, stylu życia, miejsca w społeczeństwie i przemian potrzeb, a także powiązań między jednostkowym a zbiorowym doświadczaniem starzenia się.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rusek, 2021

Gerontologia zwraca ponadto uwagę na teorie starzenia się akcentujące różne strategie adaptacji do zmian, jakie niesie ze sobą starość. Nie są one jednak wobec

siebie konkurencyjne, wręcz przeciwnie – wzajemnie się uzupełniają pozwalając na lepszy opis zjawiska i jego dynamiki (Rusek, 2021 za: Halik, 2002). Dodatkowo, są przydatnym narzędziem do zrozumienia złożoności zadania, jakim jest kształtowanie postaw wobec i w starości. Szczególną rolę odgrywa tu pięć koncepcji, tj. teoria: wycofania się, aktywności, kontynuacji, wymiany oraz selektywności, optymalizacji i kompensacji.

Zarysowane bogactwo oraz zakres problemów pojęciowych ukazują złożoność tematyki jaką jest starość i starzenie się. Biorąc zaś pod uwagę nieustanne wydłużanie się długości życia (mierzonego np. zwiększaniem się wskaźnika średniego dalszego średniego trwania życia) i liczne zmiany społeczno-kulturowe zachodzące w społeczeństwach (związanych np. z medykacją życia i rozwojem technologicznym), uznanie, iż dana jednostka staje się osobą starszą wydaje się być uproszczonym podejściem. Niemniej, przyjęte progi wiekowe pozwalają np. na porównywanie i analizę badań nad starością i starzeniem się, a także służą opisywaniu i wyjaśnianiu tego złożonego procesu w kontekście zjawisk społecznych, kulturowych, politycznych, gospodarczych czy w końcu indywidualnych oczekiwań, predyspozycji i możliwości.

1.2. Identyfikacja problemów związanych z procesem starzenia się

Kierując się przesłankami dotyczącymi specyfiki starości i procesu starzenia się, nietrudno zauważyć, że na tym etapie rozwojowym człowiek styka się z jego specyficznymi uwarunkowaniami. Te zaś, w znacznym stopniu determinują życie oraz nierzadko implikują szereg potrzeb. I choć liczne badania nad starością coraz częściej traktują o zagadnieniach związanych z jakością życia seniorów, ich dobrobytem czy pomyślnym starzeniem się, to jednak wyodrębniają też deficyty i problemy w okresie starości. Problemy identyfikowane w okresie starości obejmują m.in. **dyskryminację i marginalizację wykluczenie cyfrowe, uzależnienia, przemoc, wielochorobowość, choroby przewlekłe (w tym choroby otępienne)**, a także **samotność** czy **egzystencjalne troski** związane z bilansem życia, lękiem tanatycznym oraz utratą bliskich. Współczesna gerontologia społeczna nie tylko analizuje te zjawiska, ale także wskazuje na potrzebę systemowego wsparcia, edukacji gerontologicznej oraz działań profilaktycznych i terapeutycznych. W kontekście rosnącej liczby osób starszych w społeczeństwie, szczególnie istotne staje się więc rozpoznanie ich potrzeb – zarówno tych podstawowych, jak i „wyższych” – związanych z samorealizacją, duchowością czy uczestnictwem w kulturze (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019).

Dyskryminacja i marginalizacja

W wymiarze społecznym, seniorzy stają się ofiarami dyskryminacji, czyli nierównego traktowania w odniesieniu do innych ludzi czy grup społecznych (por. Leszczyńska-Rejchert, 2010). Dyskryminacja wobec osób starszych ze względu na to, iż jest stosowana wobec osób w określonym wieku, nazywana jest mianem *ageizmu* (ang. *ageism*), a więc terminu oznaczającego „niechęć do ludzi starszych opartą na przekonaniu, że starzenie się czyni ich nieatrakcyjnymi, nieinteligentnymi, niezdolnymi do pracy zawodowej czy słabymi” (Zych, 2019). Ageizm obejmuje postawy oraz przekonania oparte na stereotypach i uprzedzeniach dotyczących m.in. kompetencji, zdolności oraz przydatności ludzi ze względu na biologiczne zróżnicowanie i związany z tym proces starzenia się (Łuszczynska, 2019). Efektem postawy wymierzonej przeciwko seniorom z racji ich wieku może być przypisywanie im takich negatywnych cech, jak np.: spolegliwość, niezdolność do uczenia się, uprzykrzanie życia innym, naiwność, zaniedbanie bądź powolność. Jednakże takie kategoryzowanie osób starszych zniekształca rzeczywistość, w której są one niewątpliwie bardzo różnorodne – ze względu chociażby na swoje życiowe doświadczenia, wykształcenie, styl życia, zasoby rodzinne i finansowe, stan zdrowia i w końcu własne podejście do starości (2019).

Rysunek 1. Przejawy dyskryminacji seniorów w poszczególnych kategoriach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019

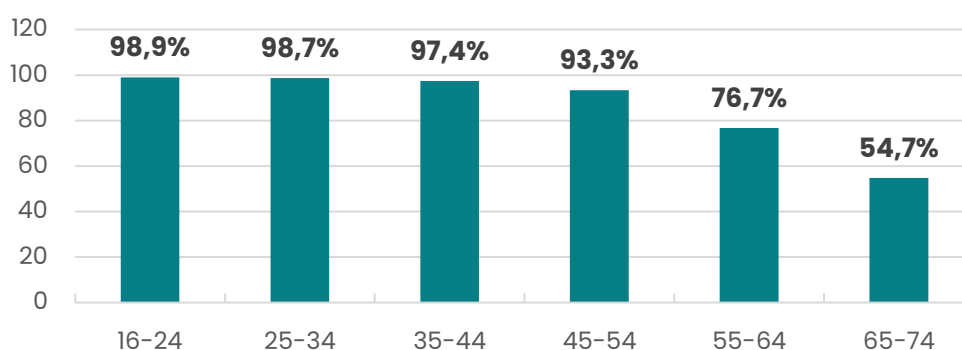
Opresyjne postawy wobec seniorów doprowadzają do marginalizacji, rozumianej m.in. jako wielopłaszczyznowe wykluczenie ze społeczeństwa (Trafiałek, 2003). Czynnikiem sprzyjającym zagrożeniu wykluczeniem zdaje się być m.in. niski status materialny połączony ze złym stanem zdrowia i/lub niepełnosprawnością bądź głęboko zakorzeniony stereotyp społeczny osoby starszej jako osoby nieciekawej, a często również gorszej oraz takiej, dla której ważna jest jedynie rodzina czy dom i Kościół (Łuszczynska, 2019 za: Orzechowska, 2006). Wykluczenie społeczne najbardziej dotyka osoby samotne, z niskim wykształceniem i niskimi dochodami, jednak wpływ na doświadczenie marginalizacji mają ponadto cechy indywidualne seniorów.

Warto również podkreślić, że zjawisko marginalizacji seniorów dotyczy głównie kobiet (dominujących w ogóle populacji seniorów). Praktyka życia codziennego dostarcza przykładów na to, iż dłuższe życie kobiet może być obarczone wieloma negatywnymi zjawiskami (kryzysami), takimi jak np.: wdowieństwo, pogorszenie się sytuacji materialnej, osamotnienie i samotność. Co więcej, mogą dołączyć do nich często niekorzystne okoliczności w postaci utraty dotychczasowej pozycji społecznej bądź niemożności lub nieumiejętności radzenia sobie z zachodzącymi w organizmie zmianami na skutek procesu starzenia się (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019).

Wykluczenie cyfrowe

Wykluczenie cyfrowe (e-wykluczenie, wykluczenie informacyjne / informatyczne) określa różnicę między osobami i społecznościami mającymi dostęp do technologii informacyjnej, a tymi, które takiego dostępu nie mają. Do wykluczenia cyfrowego prowadzi nie tylko brak dostępu np. do internetu, ale również brak umiejętności korzystania z technologii informacyjnej i cyfrowej (np. ze sprzętu komputerowego czy narzędzi multimedialnych) (por. Jedlińska, 2018). Problem wykluczenia cyfrowego w Polsce dotyczy przede wszystkim osób powyżej 65. roku życia, na co wskazują m.in. wyniki badania GUS z 2023 r.² i Krajowego Instytutu Mediów z 2025 r.³

Wykres 1. Odsetek osób w poszczególnych grupach wiekowych korzystających z internetu w ciągu ostatnich 3 miesięcy (dane za 2023 r.)



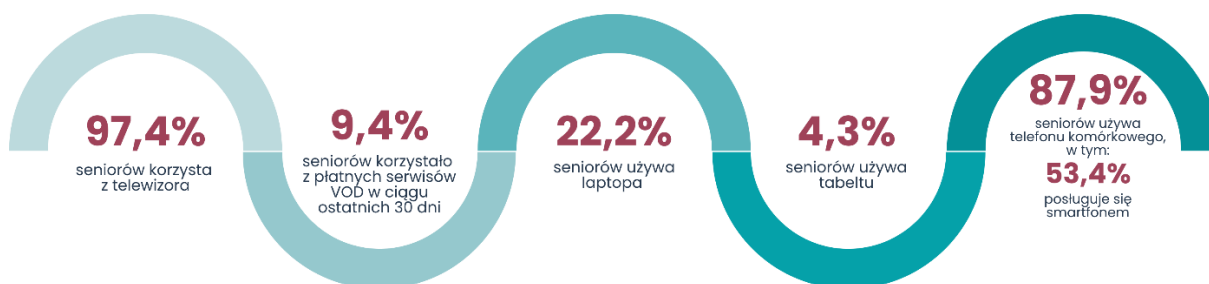
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

² Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w jednostkach administracji publicznej, przedsiębiorstwach i gospodarstwach domowych w 2023 roku (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/wykorzystanie-technologii-informacyjno-komunikacyjnych-w-jednostkach-administracji-publicznej-przedsiębiorstwach-i-gospodarstwach-domowych-w-2023-roku,3,23.html>) [dostęp: 26.05.2025 r.]

³ Usługi medialne i infrastruktura do ich odbioru w roku 2024, Usługi medialne i infrastruktura do ich odbioru w 2024 roku. Mieszkańcy Polski w wieku 4 lata i więcej (<https://kim.gov.pl/wyniki-badan/>) [dostęp: 29.07.2025 r.]

I choć osoby starsze z roku na rok coraz częściej sięgają po technologie informacyjne, to są one jednak „mało nowoczesne”. Najpopularniejszym medium wśród nich pozostaje telewizor (97,4% osób 65+ deklaruje jego powszechne wykorzystanie). Zaledwie 32,5% korzysta zaś z odbiornika z funkcją SMART TV, czyli z wbudowaną funkcją dostępu do internetu, a zaledwie 22,2% seniorów deklaruje korzystanie z laptopa (KIM, 2025).

Rysunek 2. Odsetek osób 65+ korzystających z poszczególnych mediów w 2024 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KIM

Dla większości polskich seniorów głównym, wykorzystywanym na co dzień medium pozostaje telewizor. Wykorzystanie laptopów czy tabletów w niewielkim stopniu może ograniczać możliwości dwustronnej komunikacji ze światem zewnętrznym z wykorzystaniem technologii informacyjnych. Z drugiej strony, postępująca cyfryzacja usług (w tym społecznych) nastawiona jest na wykorzystanie najnowocześniejszych technologii, gdzie dostęp do internetu poprzez smartfon stanowi niezbędne minimum (Czarnecka, Kelm, Koczur, 2023).

Funkcjonowanie osób starszych w „świecie nowych technologii” może być także utrudnione przez liczne bariery, które mogą z kolei przyczyniać się do wykluczenia cyfrowego.

Tabela 2. Bariery uniemożliwiające i/lub przeszkadzające seniorom w efektywnym korzystaniu z technologii informacyjnych

Bariery wynikające z braku wiedzy i motywacji do korzystania	Bariery związane z brakiem dostępu i możliwości korzystania	Bariery związane z brakiem umiejętności pozwalających na efektywne korzystanie
– brak wiedzy o możliwościach jakie stwarza komputer i dostęp do Internetu oraz brak świadomości tego, w jaki sposób użycie tych technologii może pomagać w rozwiązywaniu problemów czy rozwoju zainteresowań, – brak interesujących usług i treści, co jest naturalną konsekwencją braku ofert w sieci, przystosowanych do możliwości i potrzeb osób z grup zagrożonych wykluczeniem, a więc na przykład seniorów, osób z niepełnosprawnościami – bariery natury psychologicznej, a więc głównie strach i obawy (często nieuzasadnione) przed uzależnieniem i utratą danych, obawa o bezpieczeństwo swoich transakcji internetowych, a także przekonanie o tym, że korzystanie z nowych technologii jest przyczyną niebezpiecznego promieniowania, – autowykluczanie się ze świata nowych technologii, które bardzo często związane jest z niechęcią do wszelkich nowości, zmian oraz przekonaniem, że nauka trwa w życiu człowieka tylko do ukończenia przez niego określonego wieku; osoby autowykluczające się bardzo często opisują swoje wykluczenie słowami typu: <i>to nie jest dla mnie, to nie jest mój świat</i>.	– bariery dotyczące zasięgu, czyli brak technicznych możliwości podłączenia Internetu w miejscu zamieszkania oraz brak innych lokalizacji, w których możliwe byłoby swobodne korzystanie z niego; zaliczamy tutaj także niską jakość dostępu, która znacznie ogranicza możliwości korzystania, – bariery finansowe, które nie pozwalają na zakup sprzętu i oprogramowania oraz pokrycie kosztów dostępu do internetu, – bariery sprzętowe, czyli niedostosowanie sprzętu i oprogramowania do umiejętności i możliwości użytkowników, co dotyczy w szczególności osób starszych i niepełnosprawnych, ze względu na ich potrzeby wywołane niepełną sprawnością. Barierą może być tutaj brak odpowiedniego rozstawienia klawiszy na klawiaturze, rozdzielczość ekranu, wielkość czcionki, budowa i stopień skomplikowania interfejsów użytkownika itd.	– brak umiejętności korzystania z nowych technologii oraz problemy w ich nabywaniu, – ograniczona wiedza na temat zasobów i usług dostępnych w sieci, która przekłada się na pobieżne wykorzystanie dostępnych możliwości.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Cyrklaff, 2016 za: Batorski, Płoszaj, 2012

Uzależnienia

Proces starzenia się organizmu wiąże się z licznymi zmianami zachodzącymi m.in. w układzie nerwowym. Te, wpływają natomiast na funkcje poznawcze oraz zwiększają wrażliwość na wszelkie substancje psychoaktywne, takie jak np. alkohol i leki, których nadużywanie stanowi z kolei główną przyczynę uzależnień wśród osób w okresie późnej dorosłości (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019 za: Hanć, Komorowska, Ziółkowska, 2007). Substancje z obu wspomnianych kategorii są w dla seniorów równie niebezpieczne dla zdrowia co w młodości, jednak „zachowują się” nieco inaczej: trudniej jest usunąć je z organizmu oraz dłuższy jest czas ich rozkładu spowodowany tempem procesów metabolicznych oraz spadkiem objętości wody i tkanki tłuszczowej. Wskutek tego, nawet taka sama dawka będzie działać u seniora mocniej i szybciej, a jej wpływ na organizm będzie utrzymywać się dłużej w porównaniu z osobą młodą (2019, za: Seńczuk, 1994).

Ze względu na to, iż problematyka uzależnienie od alkoholu wśród osób 65+ jest łatwiejsza do rozpoznania, znacznie częściej podejmowane są badania w tym zakresie. Za główne przyczyny sięgania po alkohol przez osoby starsze uznaje się specyfikę starości i związanej z nią sytuacji psychologicznej kreowanej przez kryzysogenny charakter tego etapu życia. Do najistotniejszych symptomów problemów z alkoholem u osób starszych zalicza się:

- niepokój,
- zawroty głowy, utraty świadomości,
- pobudzenie lub depresję,
- dużą zmienność nastroju,
- dezorientację,
- upadki, siniaki, oparzenia,
- problemy rodzinne, finansowe,
- bóle głowy,
- zaniki pamięci,
- zaniedbania w higienie osobistej,
- niedożywienie,
- zaburzenia snu/bezsennaść,
- izolację społeczną,
- nietypową reakcję na przyjmowane leki (2019).

Wśród uzależnionych osób starszych wyróżnić można dwie grupy: pierwszą stanowią ci, którzy nadużywają alkoholu do wczesnych lat i udaje im się dożyć

starości mimo chorób i różnego rodzaju dolegliwości; do drugiej, mniej licznej – zaliczają się osoby rozpoczynające „picie problemowe” w wieku senioralnym. U ludzi z tej grupy rzadziej występują problemy zdrowotne z nadużywaniem alkoholu, a ich objawy są niejako „maskowane” przez oznaki starości. Ważną kwestią jest również częstsze popadanie w uzależnienie w fazie starości przez kobiety niż przez mężczyzn (2009, za: Blow, Barry, 2002).

Wielochorobowość jako jedna z cech mogących charakteryzować starość, powoduje konieczność ciągłego zaangażowania w leczenie, zaś farmakoterapia jest jednym z kluczowych jego sposobów. Osoby starsze nadużywają jednak często środków farmakologicznych, co może być efektem nieodpowiedniego kompleksowego leczenia pacjentów – zdanych jedynie na lekarza pierwszego kontaktu i innych specjalistów, bez lekarza koordynującego całość specyficznego procesu leczenia starszego pacjenta, tj. geriatry. Co więcej, nadużywanie leków może nastąpić wskutek podejmowanego przez seniorów samoleczenia, którzy zrezygnowani po niesatysfakcjonujących wizytach u lekarzy przejmują leczenie samych siebie. Do takiego procederu, zachęceni są również przez wszechobecne reklamy środków medycznych i paramedycznych, a także kuszenie ofertami promocji i niskimi cenami paramedykamentów czy suplementów diety w aptekach i innych punktach sprzedaży (2019).

Ze względu na postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa, także biznes hazardowy coraz częściej świadomie zwraca się ku seniorom. Operatorzy gier, poszerzają swoją ofertę o bardziej przystępne i atrakcyjne dla tej grupy wiekowej rozrywki, przyczyniając się tym samym do patologicznego uprawiania hazardu wśród seniorów. Wyniki badań CBOS z 2015 roku dotyczących uprawiania hazardu w Polsce, naświetlają zjawisko zmniejszenia się skali problemu u graczy najmłodszych, zaś zwiększenia go u graczy najstarszych, czyli osób po 65. roku życia (Lelonek-Kuleta, 2015). Hazardziści w wieku 65+ stanowili w 2014 roku 36,7% wszystkich badanych z tej grupy wiekowej (w 2012 roku 18,3% osób w wieku 65+ uprawiało hazard) i stanowią 18,8% ogółu graczy (w 2012 było to 15,1%) (Lelonek-Kuleta, Chuchra, Sak, 2017). Wśród czynników ryzyka uzależnienia osób starszych od hazardu wymienia się:

- poczucie samotności i opuszczenia,
- brak satysfakcjonujących relacji społecznych,
- trudną sytuację finansową lub poprawiającą się sytuację finansową,
- problemy zdrowotne,

- niechęć do szukania pomocy – tendencja do ukrywania problemów,
- wzrost oferty gier hazardowych skierowanych do osób starszych, działania promocyjne nakierowane na tę grupę,
- łatwy dostęp do gier niestrategicznych wybieranych częściej przez osoby starsze (np. automaty losowe) (Lelonek-Kuleta, 2015).

Przemoc

Przemoc wobec seniorów jest zjawiskiem występującym zarówno w środowisku domowym, jak i w instytucjach opiekuńczych, leczniczych. Odsetek osób starszych doświadczających przemocy oscyluje wokół 6%, ofiarami są nierzadko osoby z niepełnosprawnościami, w większości kobiety. Jak podaje PolSenior (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019 za: Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012), spośród seniorów zgłaszających choć raz przemoc wobec siebie, doświadcza jej kilka razy w tygodniu jeden na stu ankietowanych. Dwukrotnie więcej doznaje przemocy kilka razy w roku. Najczęściej przemoc wynika ze zjawiska nadużycia władzy i/lub nadużycia zaufania. Sprawcami przemocy wobec osób starszych bywają także inni seniorzy – współmieszkańcy. Czasami rozróżnienie agresora i ofiary jest niemożliwe, gdyż uczestnicy konfliktu przybierają obie role.

Tabela 3. Formy przemocy bezpośredniej wobec seniorów

Forma przemocy bezpośredniej	Rodzaje aktów przemocy
Przemoc fizyczna i seksualna	- bicie, obezwładnianie, popychanie, zmuszanie do jedzenia, ograniczanie przestrzeni fizycznej, nadmierne podawanie leków w celu uspokojenia, zaniedbywanie czynności pielęgnacyjnych, pozostawianie bez opieki, zabranianie niektórych czynności, np. śpiewania, wykorzystywanie seksualne, zabranianie praktyk seksualnych.
Przemoc psychiczna / emocjonalna	- nieposzanowanie godności i prywatności, agresja słowna, grożenie, obrażanie, wyzywanie, rozkazywanie, lekceważenie, wyśmiewanie, drwienie, obrażanie, straszenie, grożenie zerwaniem więzi (i osamotnieniem), ignorowanie, krytykowanie, poniżanie – także w obecności innych osób, domaganie się posłuszeństwa we wszystkich dziedzinach życia rodzinnego, szantaż emocjonalny, zmuszanie do czynności, które są upokarzające i/lub wstydlive, unikanie kontaktu, dyscyplinowanie, zaniedbywanie potrzeb emocjonalnych, kulturalnych i oświatowych.
Przemoc ekonomiczna	- niewłaściwe rozporządzanie majątkiem, kradzież, niesprawiedliwe dysponowanie współwłasnością, wyłudzenie, ograniczanie dostępu do swobodnego dysponowania własnością, zaniedbanie materialne, nadużycia materialne, które mogą polegać na wyłudzeniu, oszustwach, zawłaszczanie majątku lub oszczędności

Przemoc systemowa: Uwarunkowania systemowy wpływające negatywnie na opiekę nad osobami starszymi	- nieadekwatna polityka społeczna wobec osób starszych, złe rozwiązania systemowe w opiece ambulatoryjnej, brak wsparcia rodzinnych opiekunów osób starszych ze strony odpowiednich instytucji, nieodpowiednie uregulowania prawne: karne administracyjne, ministerialne, samorządowe itp., niedostateczne dofinansowanie leków/zabiegów przeznaczonych dla osób starszych, nieodpowiedni system szkolenia i profesjonalizacji kadr wspomagających seniorów, niesprawiedliwe decyzje sądów, urzędów krzywdzące osoby starsze, nieadekwatne dofinansowanie rehabilitacji i inne.
Przemoc kulturowa: Postawy społeczne utrudniające realizację potrzeb osób starszych	- przyjęte wzorce kulturowe, idee, przyzwolenie społeczne, kanony, system wartości, które negatywnie warunkują postawy innych wobec osób starszych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019

Poruszając problematykę przemocy, należy zwrócić uwagę na kwestię, która nie jest często dostrzegana ani traktowana poważnie w życiu codziennym, a ma duże znaczenie dla poprawności relacji międzypokoleniowych, międzyludzkich oraz dla samopoczucia osób starszych tj. poczucie wartości. W przypadku seniorów jest ono głównie kreowane przez czynniki zewnętrzne, uwarunkowane w dużym stopniu najbliższym otoczeniem – zwłaszcza w przypadku osób zależnych od innych w sprawach opieki i pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Poczucie to może być zachwiane przez zwracanie się do seniorów per „babciu”, „dziadku” np. przez pracowników ochrony zdrowia, opiekunów bądź pracowników socjalnych; mówienie o nich jak o osobach trzecich, nieobecnych oraz ignorowanie przy tym ich obecności i zaangażowania w temat rozmowy, który bezpośrednio ich dotyczy. Dlatego też, zwroty o charakterze lekceważącym w pracy urzędników oraz pracowników służb społecznych/państwowych są poważnym zaniedbaniem (2019).

Choroby otępienne

Zjawiska demograficzne w Polsce ze starzejącym się społeczeństwem na czele mają także wpływ na rosnącą liczbę osób z chorobami otępiennymi, ponieważ w dużej mierze (choć nie tylko) dotyczą one osób starszych. Zachorowalność wzrasta z wiekiem, który stanowi najlepiej udokumentowany czynnik ryzyka rozwoju wielu chorób otępiennych, w tym tej najczęściej występującej – choroby Alzheimera. W 2022 r. największa liczba osób chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce należała do grupy wiekowej powyżej 85 lat, z istotną przewagą kobiet (ponad 115 tys. kobiet i ponad 26 tys. mężczyzn; wśród chorych w przedziałach wiekowych 75–84 lata i 65–74 lata także dominowały kobiety)⁴

⁴ NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne

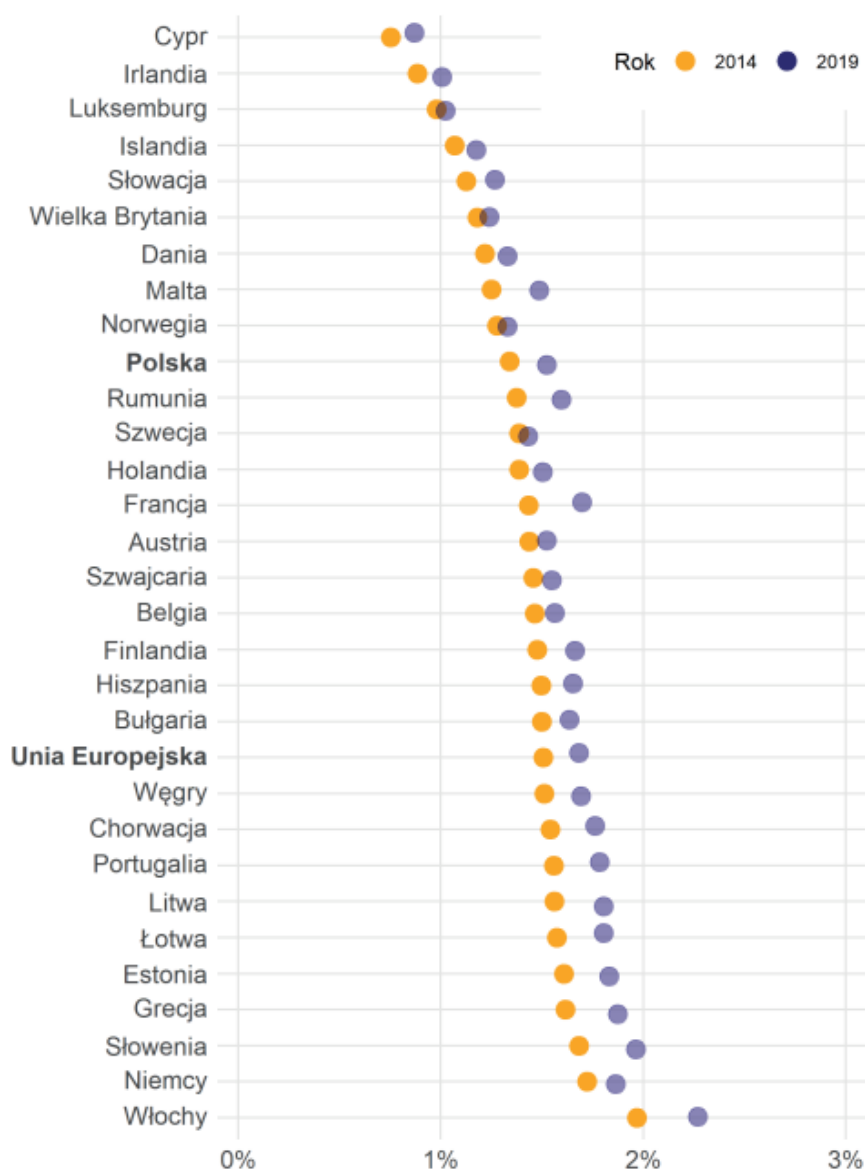
Według raportu OECD (Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) pt.: *Care Needed, Improving the lives of people with dementia*, szacuje się, że w 2018 r. choroby otępienne dotknęły w Polsce ok. 4% osób w wieku 60 lat i więcej, tj. ponad 375 tys., a w 2040 r. wskaźnik ten może osiągnąć 6%, tj. ponad 772 tys. osób (średnia dla 28 krajów OECD to odpowiednio – 7% i 8%). Z kolei według informacji zawartych w raporcie NIZP-PZH PIB pt.: „Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania” z 2020 r., w 2019 r. choroba Alzheimera znalazła się na 10. pozycji w „Rankingu obciążenia chorobowego z powodu różnych problemów zdrowotnych u obu płci w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1990 i 2019” na podstawie surowych wartości DALY na 100 tys. mieszkańców. To oznacza znaczącą zmianę w stosunku do 1990 r., w którym ta choroba znajdowała się na 23. miejscu.

W 2021 r. opublikowano raport pt. „PolSenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”, w którym oceniono m.in. częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych oraz sytuację zdrowotną i społeczną osób chorych. Wyniki te wskazują, że średnio co szósta osoba po 60 r.ż. w Polsce prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia. Wykazano wyraźne narastanie częstości podejrzenia otępienia od 12,2% w najmłodszej grupie wiekowej (60–64 lata), aż do ponad połowy populacji osób w wieku 90 i więcej lat. Wyniki badania „PolSenior 2”, w porównaniu do wyników projektu „PolSenior 1”, wskazują, że na przestrzeni dekady wzrosła w starszej populacji nie tylko częstość podejrzenia otępienia ogółem, ale wzrost ten dotyczył również bardziej zaawansowanych etapów choroby (umiarkowanego i znacznego) – z 3,6% do 4,2%. Wzrost ten obserwowano zwłaszcza wśród kobiet.

Wzrost rozpowszechnienia chorób otępiennych stanowi coraz większe wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej oraz polityki społecznej, bowiem koszty leczenia i opieki nad chorym z otępieniem wzrastają bardzo wyraźnie wraz z postępem choroby, a wydatki te należą obecnie do największych, po wydatkach na leczenie i opiekę nad chorymi z nowotworami, chorobami sercowonaczyniowymi oraz udarami mózgu.

Według danych NFZ (rysunek 3.), zawartych w opracowaniu „NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne”, opracowanym w 2022 r. i zaktualizowanym w kwietniu 2023 r., odsetek chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce w 2019 r. wynosił 1,5% populacji i nie różnił się znacząco od odsetka chorych w UE (1,7%).

Rysunek 3. Szacowany odsetek chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce na tle państw Unii Europejskiej w latach 2014 i 2019



Źródło: Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025–2030 za: NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne (2023)

W przywołanym wyżej raporcie NFZ wskazano, że według danych *Institute for Health Metrics and Evaluation*, w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne chorowało 585 tys. osób (1,5% populacji, o 0,2 p.p. więcej niż w 2014 r.). Wśród chorych było 415 tys. kobiet i 170 tys. mężczyzn. Standaryzowany wiekiem odsetek chorych na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne był w 2019 r.

na zbliżonym poziomie do odnotowanego w 2014 r. i nie różnił się znacząco od standaryzowanego wiekiem odsetka dla UE⁵.

Zjawisko wydłużania się życia a opieka nieformalna

Ze względu na stały wzrost populacji osób starszych (w tym seniorów u których proces starzenia się przebiega patologicznie), zapewnienie im wsparcia i opieki staje się jedną z najistotniejszych kwestii dla polityki społecznej, organizacji i instytucji pomocowych, ochrony zdrowia, a przede wszystkim – dla ich rodzin oraz bliskich. Wyniki przeprowadzonych w krajach Unii Europejskiej badań wskazują bowiem, że to właśnie członkowie rodziny seniora i najbliższy mu krąg osób w zdecydowanej mierze sprawuje nad nim opiekę i zapewnia odpowiednie wsparcie (66%). Dla porównania, pomoc w ramach systemów publicznych stanowi 13% ogółu świadczonej nad seniorami opieki, 11% wywodzi się z usług prywatnych, zaś 3% – wolontariatu (Krzyszkowski, 2011). Fakt ten, może być podyktowany chociażby realizacją jednego z podstawowych w kontekście obowiązujących norm społecznych zadań rodziny jakim jest zapewnienie bytu i opieki członkom, którzy ze względu na wiek lub stan zdrowia nie są w stanie samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb (Szluz, 2021). Jednakże przyjmuje się też, że najkorzystniejszą sytuacją z punktu widzenia osoby starszej jest to, aby etap *jesieni życia* przebiegał w gronie najbliższych jej osób.

⁵ Krajowy Program Działań wobec Chorób Ośrodkowych na lata 2025–2030

1.3. Najważniejsze trendy i wyzwania dotyczące zmian demograficznych, w tym zjawiska starzenia się społeczeństwa

Współczesne społeczeństwa stoją w obliczu dynamicznych i głębokich przemian demograficznych, których jednym z najbardziej znaczących przejawów jest proces starzenia się populacji. Zjawisko to, obserwowane zarówno w krajach wysoko rozwiniętych, jak i w państwach rozwijających się, staje się jednym z kluczowych wyzwań społecznych, ekonomicznych i kulturowych XXI wieku. Wydłużenie średniej długości życia, spadek dzietności oraz zmiany w strukturze rodzinnej i zawodowej prowadzą do przekształcenia dotychczasowego modelu społeczeństwa – z młodego i dynamicznego w coraz bardziej dojrzałe i zróżnicowane wiekowo.

Depopulacja

Polska znajduje się obecnie u progu dość dynamicznego procesu depopulacji. W latach 2010–2020 liczba mieszkańców kraju zmniejszyła się o 264,9 tys. osób, tj. o 0,7%. Spadek liczby ludności Polski będzie postępował i pogłębiał się w kolejnych latach, na co wskazują również nawet najbardziej optymistyczne prognozy demograficzne. Według GUS i Eurostat liczba mieszkańców Polski do 2050 roku zmniejszy się o ponad 10%, czyli do poziomu ok. 34 milionów. Niemniej, najbardziej pesymistyczne scenariusze demograficzne ONZ zakładają, iż populacja Polski zmniejszy się nawet do 30,7 milionów osób, co oznacza spadek o blisko 20% w perspektywie najbliższych trzydziestu lat. Ponadto, prognozuje się, że Polska będzie należała do jednych z najbardziej wyludniających się państw UE. Większą dynamikę spadku zaludnienia osiągają jedynie Łotwa, Litwa, Rumunia, Bułgaria, Chorwacja i Grecja (Dziemianowicz, Jurkiewicz, 2023).

Zmiana modelu rodziny (zmniejszająca się liczba małżeństw)

Cechą charakterystyczną polskiej rodziny po 1989 r. jest wyraźne oparcie na instytucji małżeństwa. Chociaż obecnie małżeństwo nie stanowi już warunku zalegalizowania prokreacji, to cechą charakterystyczną polskiej rodziny jest wyraźne oparcie na instytucji małżeństwa. Według Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 wśród ludności w wieku 15 lat i więcej ok. 54% pozostawało w prawnie zawartych związkach małżeńskich. W Polsce małżeństwo jest główną bazą tworzenia rodziny. W 2022 r. prawie 72 % dzieci urodziło się w rodzinach tworzonych przez prawnie zawarte związki małżeńskie.

W ostatnich latach nastąpił jednak wzrost liczby związków niemałżeńskich/niesformalizowanych (*kohabitacja*) oraz związków typu LAT (*Living Apart Together*). Biorąc pod uwagę typy rodzin należy zauważyć, iż w porównaniu z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 znacznie obniżyła się liczba małżeństw (zarówno z dziećmi, jak i bez dzieci) – w 2021 r. było ich ok. 7 156 193, tj. ponad 67 % ogółu rodzin (w 2011 r. – odpowiednio 8 153 180, co stanowiło 74,3 % ogółu rodzin). W przypadku związków niesformalizowanych, nastąpił niemalże 3-krotny wzrost ich liczby: w 2021 odnotowano 895 443 takich związków, w 2011 r. – odpowiednio 316 505 (GUS, 2023).

Opóźnienie wieku urodzenia pierwszego dziecka przez kobiety i zmniejszenie deklaratywnej oraz rzeczywistej liczby posiadanego potomstwa

Prognoza demograficzna na lata 2023–2060 opisuje wyraźny spadek liczby urodzeń jako konsekwencję malejącej liczby kobiet w wieku prokreacyjnym. Przewiduje się, że pomiędzy 2022 r. a 2060 r. ich liczba spadnie z 8,7 do 6,3 mln w scenariuszu wysokim i do 4,8 mln w niskim (GUS, 2023). W konsekwencji należy się spodziewać mniejszego niż dotychczas i obecnie udziału ludzi młodych w populacji, co będzie prowadzić do dalszego ograniczenia liczebności przyszłych potencjalnych matek i urodzonych przez nie dzieci, nawet gdyby odnotowano istotnie znaczący wzrost dzietności.

W 2021 r. udział urodzeń pierwszych wyniósł jedynie 44%, natomiast urodzeń drugich 34%, a trzecich ponad 15%. Obecnie kobiety w grupie wieku 25–29 lat zazwyczaj rodzą pierwsze dziecko, a w drugiej połowie XX wieku najczęściej rodziły już drugie. Podobne przesunięcie można zaobserwować w przypadku starszych grup wieku. Kobiety w wieku 35–39 lat rodzą najczęściej drugie dziecko, podczas gdy w latach 60. i 70. rodziły już piąte z kolei. (2023).

Stały spadek liczby dzieci i młodzieży oraz ich udziału w ogólnej liczbie ludności

Stały spadek liczby dzieci i młodzieży oraz ich udziału w ogólnej liczbie ludności w Polsce jest wynikiem długotrwałych zmian demograficznych, w tym spadku płodności, zmian w zachowaniach prokreacyjnych oraz migracji zagranicznych. Zjawisko to, ma istotne konsekwencje dla struktury wieku ludności, systemu edukacji oraz rynku pracy. W latach 1989–2020 liczba dzieci i młodzieży (osób w wieku 0–17 lat) zmniejszyła się z 11,2 mln do 7,0 mln, co oznacza spadek o około 4,2 mln osób. Dodatkowo, udział dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności spadł z 29,5% w 1989 roku do 18,2% w 2020 roku (Kotowska, 2021)

Przyspieszenie procesu starzenia się ludności

Proces starzenia się ludności Polski postępuje równolegle z systematyczną depopulacją. W latach 2010–2020 odsetek mieszkańców w wieku 65 i więcej lat wzrósł w Polsce z 13,5% do 18,7%. Odsetek ludności w wieku senioralnym w Polsce na koniec 2020 roku kształtował się na poziomie nieco niższym niż przeciętnie w Europie (19,1%) – niemniej wyższym niż średnio w państwach Europy Wschodniej (16,8%). W ciągu najbliższych trzydziestu lat proces starzenia się ludności Polski ulegnie widocznemu zaawansowaniu.

W 2050 roku blisko co trzeci mieszkaniec Polski będzie liczył co najmniej 65 lat. Polska będzie jednym z najstarszych demograficznie państw nie tylko w Europie, ale również na całym świecie (6. miejsce w Europie i 13. miejsce na świecie pod względem odsetka ludności w wieku 65 i więcej lat). Zaawansowanie procesu starzenia się ludności w Polsce charakteryzuje się silnym zróżnicowaniem w wymiarze przestrzennym. Najbardziej zaawansowany jest on na obszarach silnie odpływowych, które jednocześnie cechują się niską dzietnością. Wskaźnik obciążenia demograficznego w Polsce najwyższe wartości osiąga w południowo-wschodniej części województwa podlaskiego, subregionie chełmsko-zamojskim, w regionie Sudetów i Opolszczyzny, w północnej części województwa śląskiego oraz na przeważającym obszarze województwa świętokrzyskiego. Relatywnie najmłodsze są dynamicznie rozwijające się obszary metropolitalne Warszawy, Trójmiasta, Poznania i Wrocławia (zwłaszcza ich strefy podmiejskie) (KRK 2050, 2023)

Niska dzietność w Polsce

Zmiany demograficzne stanowią jedno z najważniejszych długoterminowych wyzwań dla Polski, innych państw Unii Europejskiej oraz większości krajów rozwiniętych. Kluczowym problemem jest niska dzietność, która prowadzi do starzenia się populacji oraz prognozowanego spadku liczby ludności.

Obecnie poziom rozrodczości w Polsce jest rekordowo niski: współczynnik dzietności teoretycznej (TFR), który określa, ile dzieci urodziłaby przeciętna kobieta w ciągu swojego życia przy zachowaniu obecnego poziomu płodności, wskazuje na poważne problemy demograficzne. W całym okresie powojennym, z wyjątkiem krótkookresowych wahań, dzietność malała. Już w połowie lat 60. XX wieku osiągnęła poziom zbliżony do wartości TFR gwarantującej prostą zastępowalność pokoleń, czyli 2,1, co oznacza, że pokolenie dzieci będzie liczebnie mniejsze od pokolenia rodziców, a w długim okresie populacja kraju zacznie się kurczyć.

Ostatni raz Polska osiągnęła ten poziom w 1988 roku. W 2023 roku TFR wyniósł zaledwie 1,16.

Lowest-low fertility

Wartości współczynnika dzietności oscylujące wokół 1,3 (w latach 2001–2007), a nawet 1,2 (2002–2005) wskazują na zjawisko tzw. *lowest-low fertility*, czyli najniższego poziomu dzietności rejestrowanego kiedykolwiek w historii ludzkości. W okresie 2005–2010 Polska znalazła się wśród 10 krajów o najniższej płodności na świecie, zajmując siódme miejsce od końca. Przy utrzymaniu się takiego poziomu płodności, populacja Polski zmniejszyłaby się o 50% w ciągu 45 lat.

Globalne prognozy demograficzne

Najczęściej cytowane źródło prognoz demograficznych, *World Population Prospects*, opracowywane co dwa lata przez specjalną agendę ONZ, prognozowało w lipcu 2022 roku, że globalny wskaźnik dzietności w 2023 roku wyniesie 2,31. Jest to wartość nieznacznie przekraczająca poziom zastępowalności pokoleń, który zapewnia utrzymanie światowej populacji na stałym poziomie. Jednak według zaktualizowanych danych, już w 2021 roku wskaźnik ten wyniósł 2,3, co oznacza szybsze tempo spadku, niż przewidywały prognozy – podał Polski Instytut Ekonomiczny (PIE).

ONZ szacuje, że globalny wskaźnik dzietności powinien wynosić 2,2–2,3, czyli nieco więcej niż 2,1, co stanowi granicę standardowo określaną dla krajów rozwiniętych. Ta różnica wynika z większej śmiertelności oraz praktyk tzw. aborcji selektywnej stosowanych w niektórych państwach. Według ONZ, globalny wskaźnik dzietności obniży się poniżej poziomu zastępowalności pokoleń pomiędzy 2040 a 2050 rokiem. Liczba ludzi na świecie ma osiągnąć szczytowy poziom 10,43 miliarda w 2086 roku, a następnie zacznie spadać.

Szybszy spadek dzietności

W 2017 roku, kiedy globalny wskaźnik dzietności wynosił 2,5, przewidywano, że do końca trzeciej dekady XXI wieku spadnie on do 2,4. Pojawiły się jednak analizy, które pokazują, że wskaźniki dzietności w poszczególnych krajach spadają szybciej, niż zakładały prognozy, a globalny wskaźnik dzietności może już teraz utrzymywać się poniżej poziomu zastępowalności. Według zaktualizowanych szacunków, już w 2021 roku wyniósł on 2,3 – wskazał PIE.

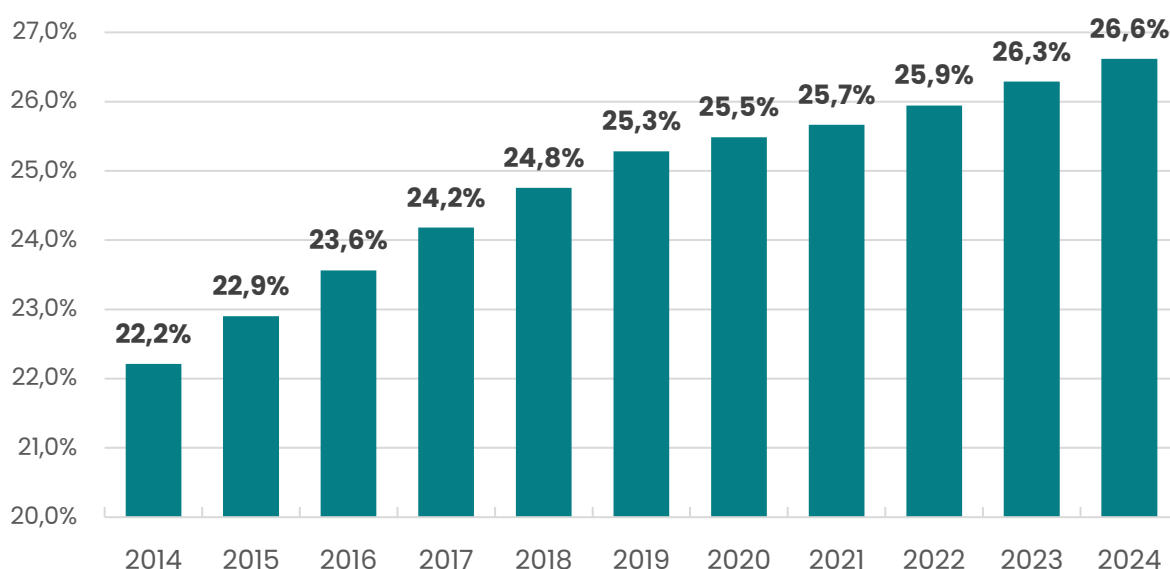
**Zarys aktualnej sytuacji osób
starszych w Polsce
w świetle dostępnych
danych statystyki publicznej**

2. Zarys aktualnej sytuacji osób starszych w Polsce w świetle dostępnych danych statystyki publicznej

Polska (podobnie jak wiele innych krajów Europy) doświadcza dynamicznych przemian demograficznych. Zmiany w strukturze wiekowej ludności Polski wynikające z wydłużającej się długości życia jej mieszkańców czy spadek liczby urodzeń, prowadzą do systematycznego wzrostu odsetka osób w wieku senioralnym. W świetle aktualnych danych statystyki publicznej możliwe jest uchwycenie skali i dynamiki tych przemian, co stanowi z kolei punkt wyjścia do dalszej analizy sytuacji seniorów zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego.

Na koniec 2024 r. liczba ludności Polski wyniosła 37 489 087 osób i była o 0,4% niższa w porównaniu z 2023 r. Zaobserwowano również dalsze zmiany w strukturze wieku, które wynikają z postępującego zjawiska starzenia się ludności. Podobnie jak w latach poprzednich, nastąpił wzrost liczby mieszkańców Polski powyżej 60. roku życia. Populacja osób starszych na koniec grudnia 2024 r. wyniosła **9 978 984** i w stosunku do poprzedniego roku zwiększyła się o 0,9%. Od 2014 r. odnotowuje się stały wzrost udziału osób starszych w populacji Polski; w 2014 r. udział ten wyniósł 22,2%, natomiast w 2024 r. ukształtował się na poziomie **26,6%**.

Wykres 2. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej ludności Polski w latach 2014–2024

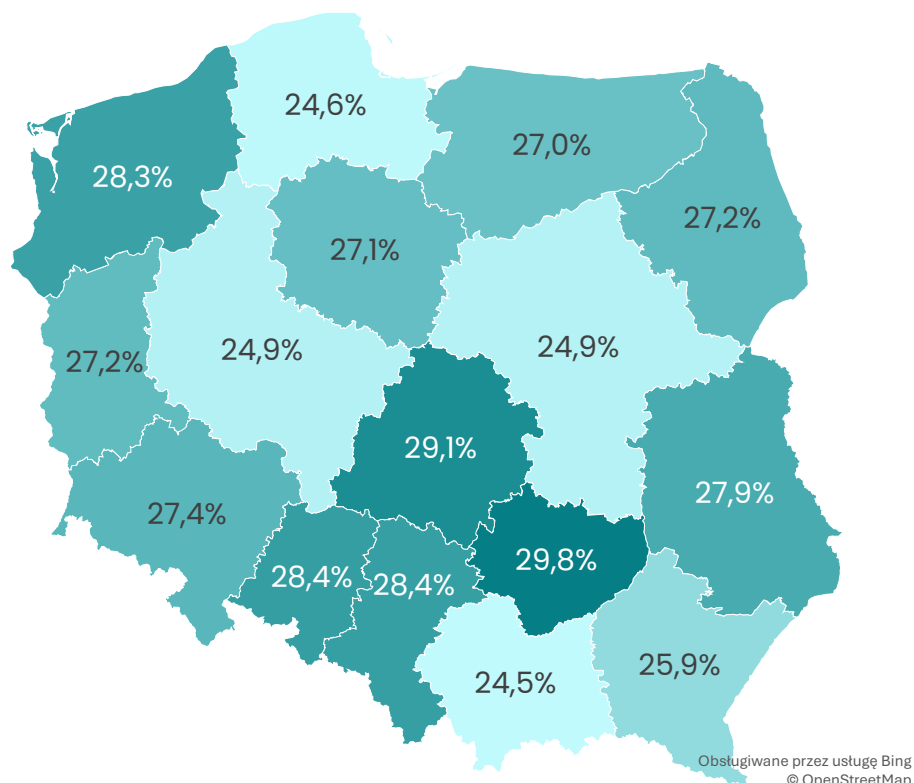


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Udział seniorów w poszczególnych grupach wiekowych

Starzenie się ludności obserwowane jest z różnym natężeniem w poszczególnych województwach. W 2024 r. najwyższy udział osób w wieku 60 lat i więcej odnotowano w województwie świętokrzyskim (29,8%), natomiast najniższy – w województwie małopolskim (24,5%). W województwie lubelskim wynosi on 27,9%, co odpowiada 557 010 osobom w wieku powyżej 60. roku życia.

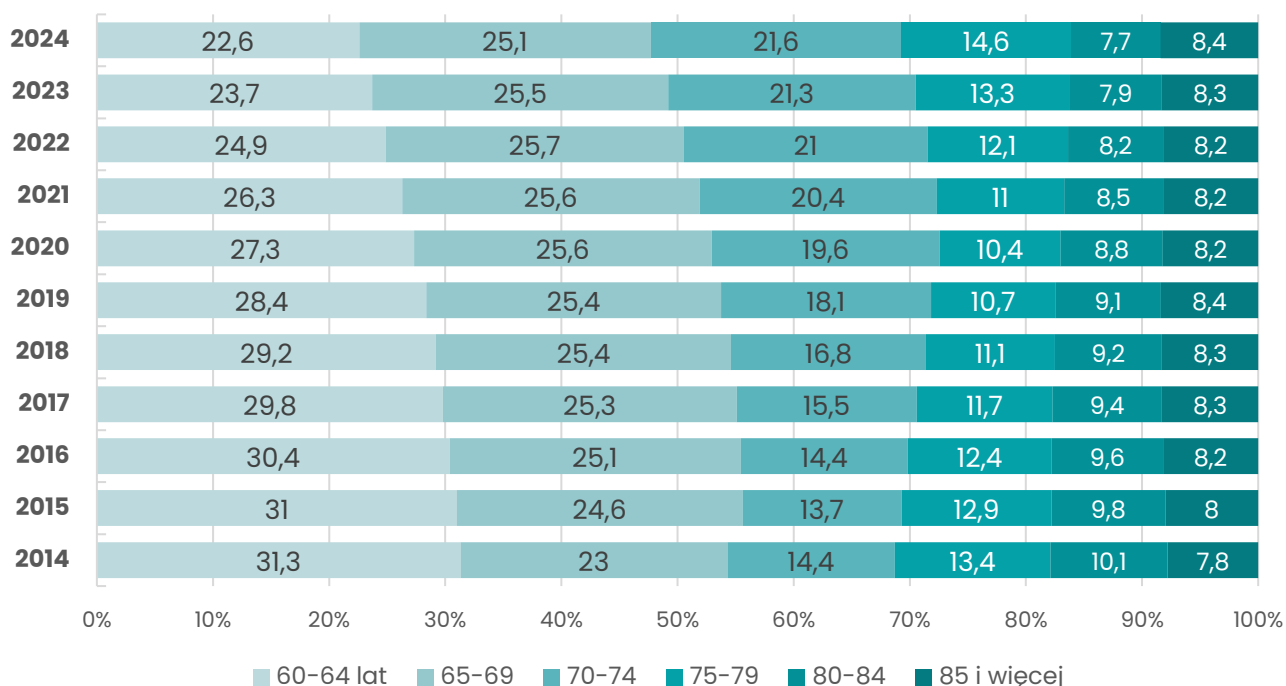
Mapa 1. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w poszczególnych województwach w 2024 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Najliczniejszą grupę wiekową seniorów w 2024 r. w całej subpopulacji osób powyżej 60. roku życia stanowiły osoby w wieku 65–69 lat (**25,1%**). Najmniej liczną grupę stanowiły zaś osoby w grupie wiekowej 80–84 lat oraz ci wszyscy, którzy osiągnęli wiek 85 lat i więcej (odpowiednio **7,7%** oraz **8,4%**).

Wykres 3. Struktura osób w wieku 60 lat i więcej według poszczególnych grup wieku w Polsce w latach 2014–2024 (w %)



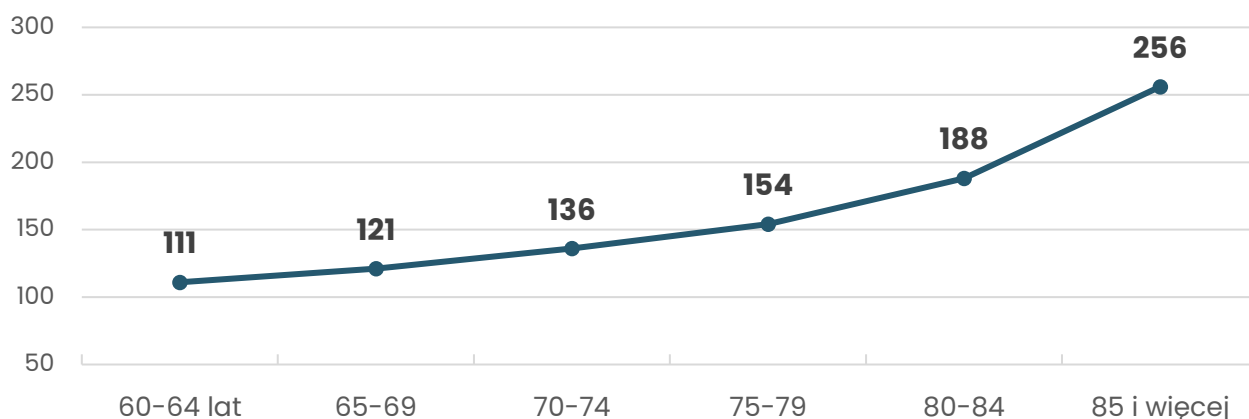
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Współczynnik feminizacji

W zbiorowości osób starszych, większość stanowią kobiety. Podobnie jak rok wcześniej, stanowiły one **58,0%** ogółu. Na 100 mężczyzn przypadało ich natomiast **138** (przy wskaźniku feminizacji dla ludności Polski ogółem równym 107). Wskaźnik ten utrzymał się na tym samym poziomie jak w roku 2023.

Warto zauważyć, iż przewaga liczebna kobiet wzrastała wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku. Biorąc za przykład grupę wiekową 60–64 lata, kobiety w 2024 r. stanowiły w niej 52,6% ogółu, zaś współczynnik feminizacji osiągnął wartość równą 111. Wśród osób co najmniej 85-letnich, 71,9% to kobiety, których na 100 mężczyzn przypadało 256.

Wykres 4. Współczynnik feminizacji w poszczególnych grupach wiekowych w Polsce w 2024 r.

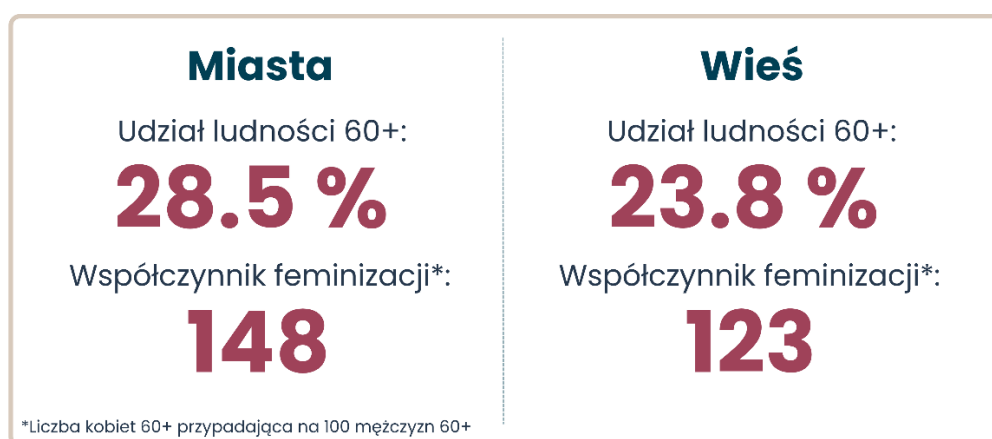


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Poziom zróżnicowania międzypłciowego wśród osób 60+ zależy od miejsca ich zamieszkania. Na koniec 2024 r. współczynnik feminizacji w grupie osób w wieku senioralnym mieszkających w miastach wyniósł **148**, natomiast na wsi – **123**. Jedynie w najstarszej grupie wiekowej, tj. 85 lat i więcej współczynnik feminizacji na wsi jest wyższy niż w mieście i wyniósł odpowiednio 264 i 252.

W 2024 r. udział ludności w wieku senioralnym w ogólnej liczbie mieszkańców miast wyniósł **28,5%** (wobec 28,2% w roku poprzednim). Na terenach wiejskich udział ten ukształtował się na poziomie **23,8%** (czyli o 0,4 p.p więcej niż 2023 r.).

Rysunek 4. Udział ludności w wieku 60 lat i więcej oraz współczynnik feminizacji w miastach i wsiach w Polsce w 2024 r.



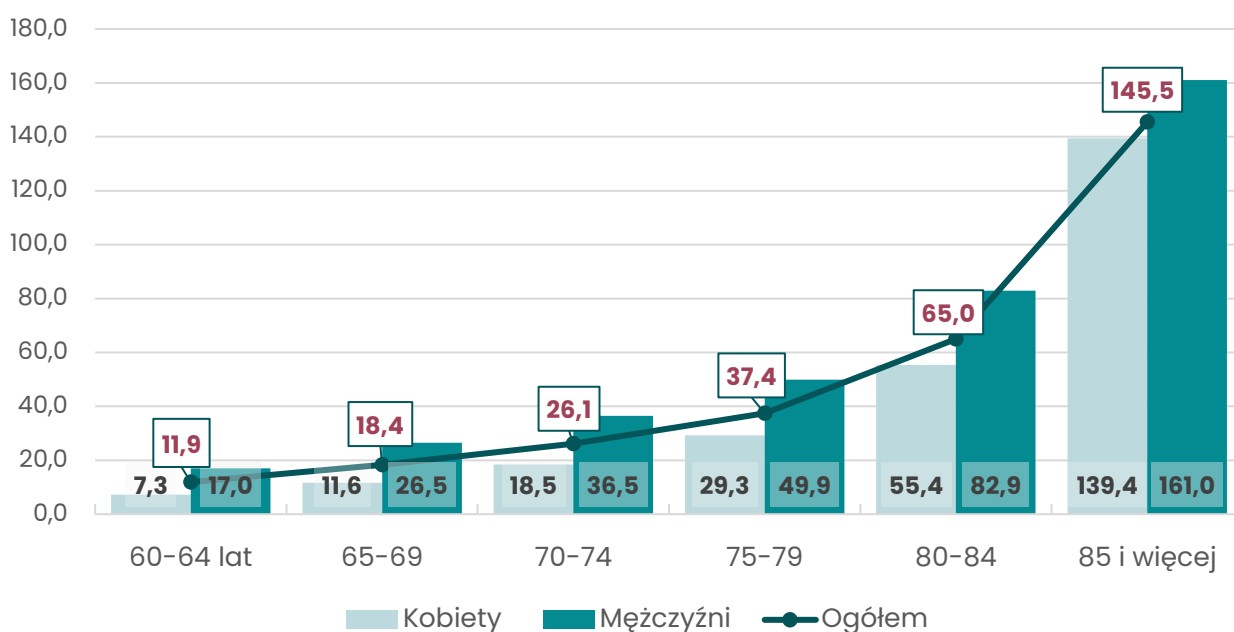
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Długość przeciętnego dalszego trwania życia⁶ i współczynnik zgonów

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

W 2024 r. liczba zgonów osób w wieku 60 lat i więcej przypadająca na 1000 osób w tej grupie wiekowej wyniosła 35,6, co oznacza spadek w zestawieniu z rokiem 2023 o 0,4. Warto przy tym zaznaczyć, iż umieralność wśród mężczyzn była wyraźnie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasilał się wraz z wiekiem. Współczynnik zgonów wśród mężczyzn w wieku senioralnym w 2024 r. wyniósł 40,6 (dla porównania, w 2023 r. osiągnął on wartość równą 41,2), zaś wśród kobiet ukształtował się na poziomie 32,0 (wobec 32,3 w 2023 r.).

Wykres 5. Współczynnik zgonów ludności w wieku 60 lat i więcej ogółem oraz z podziałem na płeć w Polsce w 2024 r.



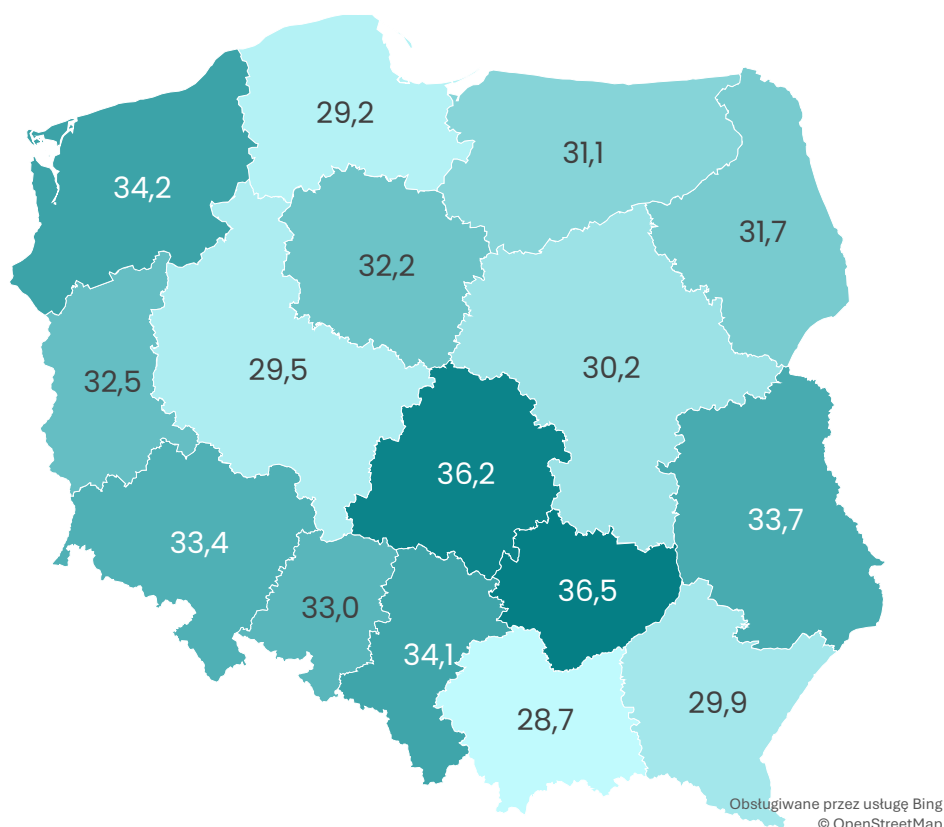
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

⁶ Ze względu na brak zasilonych danych dotyczących przeciętnego dalszego trwania życia w Banku Danych Lokalnych za 2024 rok, analiza wskaźnika dotyczy 2023 roku.

Współczynnik obciążenia demograficznego

Wzrost udziału seniorów w ogóle populacji Polski skutkuje wzrostem współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi, tj. liczby osób w wieku 65 lat i więcej przypadającej na 100 osób w wieku od 15 do 64 lat. W 2024 r. wskaźnik ten ukształtował się dla Polski na poziomie **31,8** (w roku poprzednim wyniósł on 30,9). Na poziomie wojewódzkim, najwyższy współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi odnotowano w województwach świętokrzyskim (36,5) oraz łódzkim (36,2). Najniższy odnotowano natomiast w województwach małopolskim (28,7) i pomorskim (29,2).

Mapa 2. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w poszczególnych województwach w 2024 r.



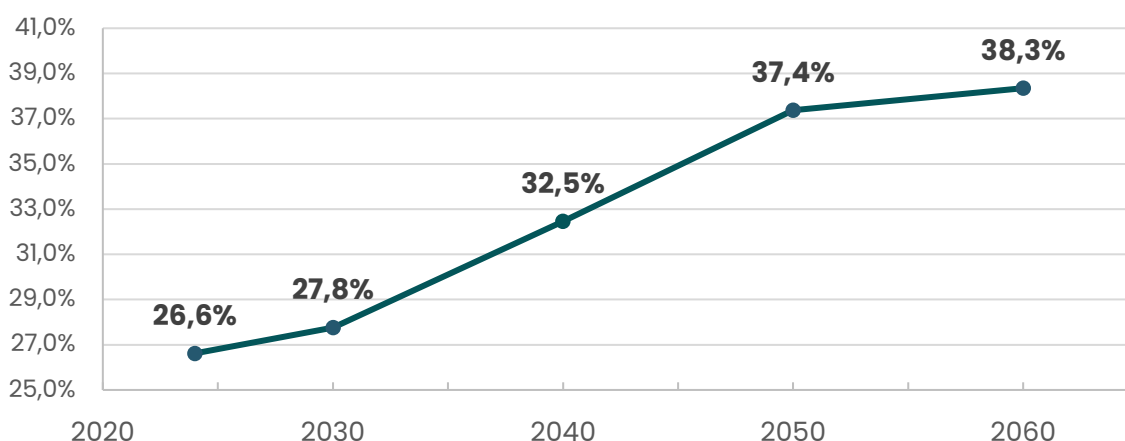
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Prognoza demograficzna w perspektywie do 2060 r.

Według prognozy demograficznej w perspektywie do roku 2060 populacja Polski będzie stawała się coraz starsza. Równolegle do przewidywanego spadku ludności do poziomu 30,9 mln osób w roku 2060, spodziewany jest stały wzrost liczby ludności w wieku senioralnym.

Liczba ludności w wieku 60 lat i więcej według prognozy GUS w roku 2030 ukształtuje się na poziomie 10 284 222 (wzrost o 3,1% w stosunku do roku 2024), w roku 2040 na poziomie 11 442 859 (wzrost o 14,7%), w 2050 r. na poziomie 12 408 395 (tj. o 24,3% więcej niż w 2024 r.). W 2060 r. w Polsce będzie mieszkać 11 859 835 osób starszych (czyli o 18,8% więcej niż w roku 2023) stanowiąc 38,3% ogółu ludności.

Wykres 6. Procentowy udział ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce (prognoza)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Kobiety w wieku 60 lat i więcej w 2060 r. będą stanowiły 21,7% ogółu ludności kraju, a mężczyźni – 16,7%. Udział kobiet w wieku 60 lat i więcej w populacji kobiet wzrośnie z 29,9% w 2024 r. do 41,7% w 2060 r., w przypadku mężczyzn wskaźnik ten wzrośnie z 23,2% w 2024 r. do 34,7% w 2060 r. W całym okresie prognozy obserwowana będzie większa liczba kobiet niż mężczyzn wśród ludności Polski, szczególnie w przypadku osób w wieku senioralnym. W zbiorowości osób starszych w 2030 r. na 100 mężczyzn przypadają 138 kobiet, a w 2060 r. wskaźnik ten osiągnie wartość 130.

Tabela 4. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem danej grupy według płci w Polsce (prognoza)

Wyszczególnienie	2024	2030	2040	2050	2060
Ogółem	26,6	27,8	32,5	37,4	38,3
Kobiety	29,9	31,0	38,6	43,9	41,7
Mężczyźni	23,2	24,3	26,7	31,4	28,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

W całym okresie prognozy obserwowana będzie większa liczba kobiet niż mężczyzn wśród ludności Polski, szczególnie w przypadku osób w wieku senioralnym. W zbiorowości osób starszych w 2030 r. na 100 mężczyzn przypadając będzie 138 kobiet, a w 2060 r. wskaźnik ten osiągnie wartość 130.

Tabela 5. Współczynnik feminizacji w Polsce (prognoza)

Wyszczególnienie	2030	2040	2050	2060
Ogółem	108	108	108	108
W tym osoby w wieku 60 lat i więcej	138	133	129	130

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Osoby starsze w województwie lubelskim

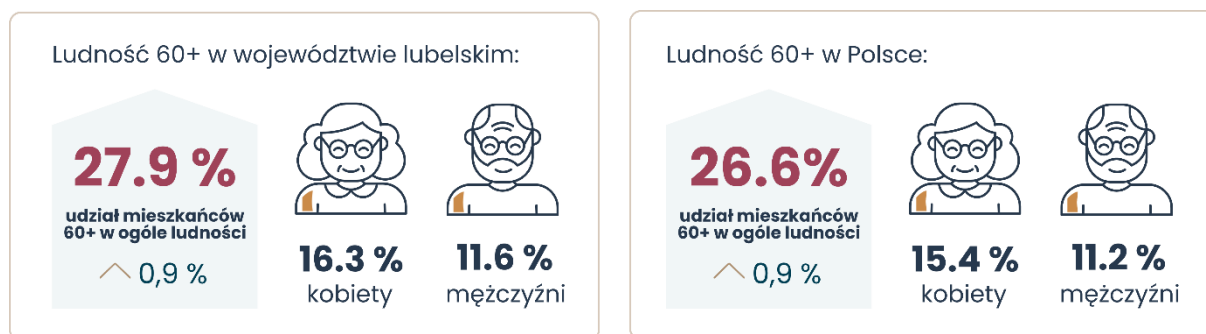
3. Osoby starsze w województwie lubelskim

3.1. Charakterystyka demograficzna na podstawie danych statystyki publicznej

Liczba ludności powyżej 60. roku życia w województwie lubelskim

Na koniec 2024 r. liczba ludności w województwie lubelskim wynosiła **1 996 440** osób (czyli 5,3% ludności w kraju). Udział osób powyżej 60. roku życia w ogólnej liczbie osób w regionie wyniósł **27,9%**, co odpowiadało **557 010** jego mieszkańcom. W Polsce osoby w tej grupie wiekowej stanowiły natomiast 26,6% ogółu ludności. Co więcej, w stosunku do 2023 r. liczba osób w wieku senioralnym w województwie lubelskim wzrosła o 5185, tj. o 0,9%.

Rysunek 5. Udział populacji w wieku 60 lat i więcej w ogólnej strukturze ludności w ujęciu regionalnym i krajowym



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące liczby mieszkańców w wieku 60 lat i więcej – zarówno w województwie lubelskim, jak i w skali kraju. Zaprezentowane zestawienie pozwala prześledzić dynamikę starzenia się społeczeństwa w analizowanym okresie.

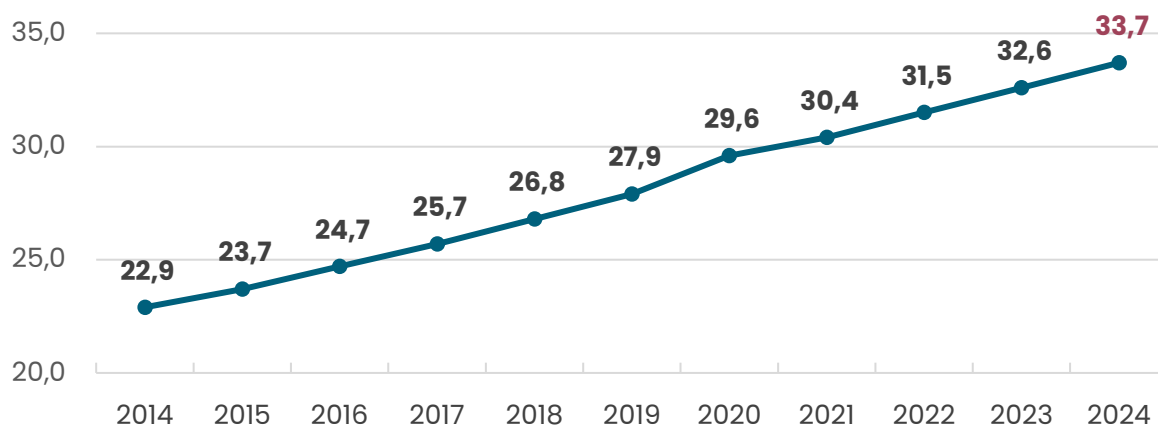
Tabela 6. Liczba mieszkańców powyżej 60 roku życia w kraju i województwie lubelskim w latach 2014 – 2024

Rok	województwo lubelskie	Polska
2014	485 594	8 547 781
2015	497 939	8 802 954
2016	510 184	9 055 216
2017	522 049	9 293 592
2018	532 507	9 508 393
2019	542 318	9 703 745
2020	546 184	9 800 233
2021	545 671	9 828 753
2022	546 452	9 797 710
2023	551 825	9 893 721
2024	557 010	9 978 984

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Spadek liczby ludności ogółem i wzrost liczby ludności w wieku senioralnym skutkuje wzrostem współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi⁷. W województwie lubelskim wskaźnik ten ukształtował się w 2024 r. na poziomie **33,7** (w Polsce na poziomie 31,8). Obserwuje się regularny wzrost współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi od 2014 r..

Wykres 7. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w województwie lubelskim w latach 2014 – 2024

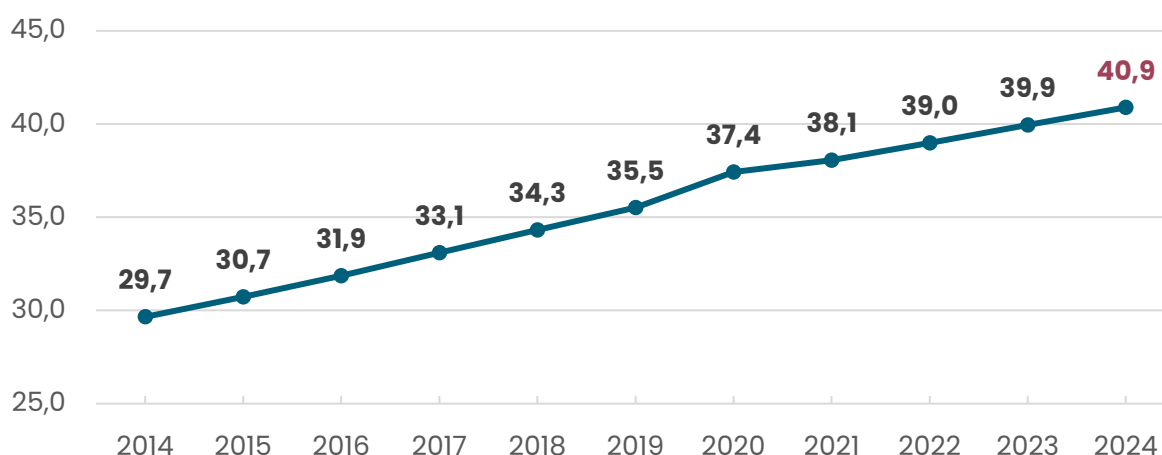


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

⁷ Główny Urząd Statystyczny definiuje współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi jako stosunek osób w wieku co najmniej 65 lat do osób w wieku 20–64 lat (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4668,pojecie.html>) [dostęp: 27.05.2025 r.]

Dynamiczny przyrost liczby osób starszych oznacza również, iż wzrasta liczba osób w wieku poprodukcyjnym⁸. W 2024 r. wskaźnik ludności w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym ukształtował się na poziomie **40,9** (w Polsce: 38,6), tj. o 1,0 wyższym niż w roku poprzednim i aż o 11,2 wyższym niż w roku 2014.

Wykres 8. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w województwie lubelskim w latach 2014 – 2024



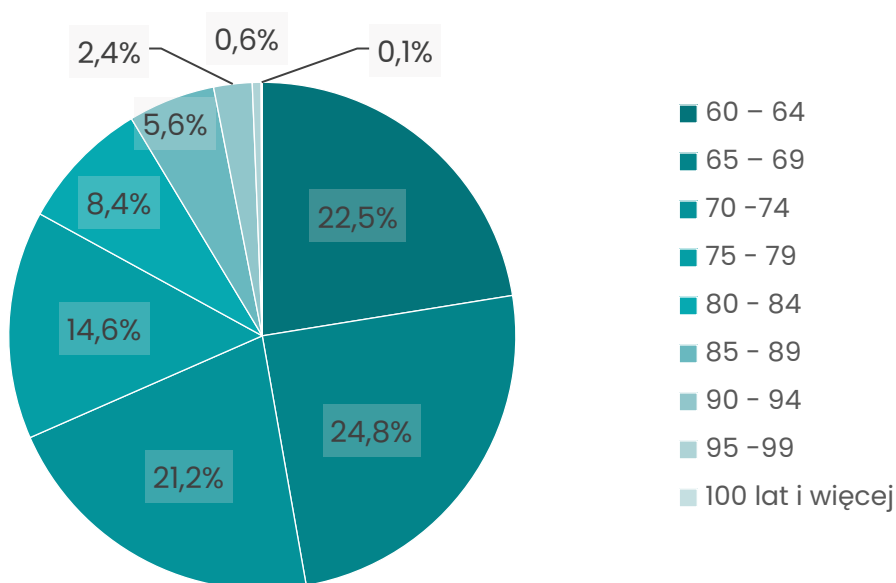
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Udział seniorów w poszczególnych grupach wiekowych

Najliczniejszą grupę w subpopulacji osób starszych stanowili seniorzy w grupie wiekowej 65 – 69 lat (**24,8%**). Jednakże w stosunku do roku poprzedniego ich udział w ogóle osób starszych zmniejszył się o 0,3 p.p.. Drugą pod względem liczebności grupę stanowiły osoby w wieku 60 – 64 lat, których udział wyniósł **22,5%**. W porównaniu z 2023 r. udział tej grupy wiekowej w ogóle mieszkańców Lubelszczyzny również spadł (o 0,9 p.p.). Procentowy wzrost udziału w stosunku do roku poprzedniego odnotowano natomiast w grupie seniorów w wieku 70 – 74 lat oraz 75– 75 lat (kolejno o 0,3 p.p. i 0,9 p.p.). Procentowy udział osób w wieku 60 i więcej lat w poszczególnych przedziałach wiekowych przedstawia poniższy wykres.

⁸ Wiek poprodukcyjny, to wiek, w którym osoby kończą zazwyczaj pracę zawodową, tj. dla mężczyzn – 65 lat i więcej, dla kobiet – 60 lat i więcej (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3947,pojecie.html>) [dostęp: 27.05.2025 r.]

Wykres 9. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w poszczególnych przedziałach wiekowych w województwie lubelskim w 2024 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Osoby starsze w województwie lubelskim nieco częściej zamieszkują tereny wiejskie niż miasta. W 2024 r. **14,0%** mieszkańców wsi stanowiły osoby powyżej 60. roku życia, z kolei w miastach wskaźnik ten osiągnął poziom **13,9%**. Zarówno na wsiach, jak i w miastach najliczniejszą grupę osób w wieku senioralnym stanowiły osoby w wieku 65 – 69 lat (**12,4%**).

Tabela 7. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogóle mieszkańców województwa lubelskiego według poci, miejsca zamieszkania oraz grup wieku w 2024 r.

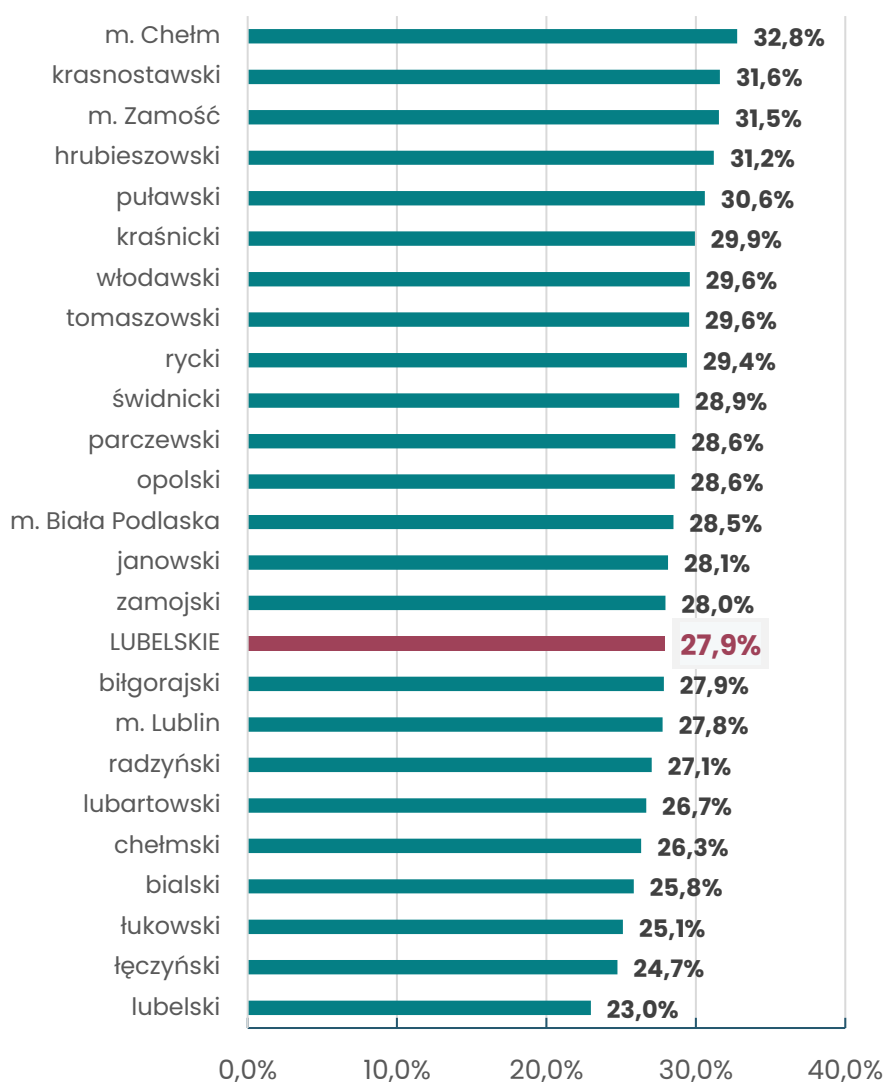
Grupy wieku	Ogółem (%)	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	Miasta (%)	Wieś (%)
60 lat i więcej	27,9	16,3	11,6	13,9	14,0
60 – 64	22,5	11,8	10,7	10,4	12,1
65 – 69	24,8	13,5	11,3	12,4	12,4
70 – 74	21,2	12,3	8,9	7,6	10,0
75 – 79	14,6	9,0	5,6	7,6	6,9
80 – 84	8,4	5,6	2,8	4,2	4,2
85 – 89	5,6	3,9	1,6	2,7	2,9
90 – 94	2,4	1,9	0,6	1,1	1,3
95 – 99	0,6	0,4	0,1	0,3	0,3
100 lat i więcej	0,1	0,1	0,02	0,04	0,03

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Biorąc zaś pod uwagę procentowy udział ludności w wieku 60 lat i więcej w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego, największy odsetek seniorów w wieku 60 lat i więcej wystąpił w mieście Chełm (**32,8%**), powiecie krasnostawskim (osoby starsze stanowiły tam **31,6%** ogółu populacji), mieście Zamość (**31,5%**), a także powiecie hrubieszowskim (**31,2%**) oraz puławskim (**30,6%**). Z kolei najniższy udział tej grupy zaznaczył się w powiatach: lubelskim (**23,0%**), łęczyńskim (**24,7%**), łukowskim (**25,1%**), białskim (**25,8%**) i chełmskim (**26,3%**).

Poniższy wykres prezentuje procentowy udział mieszkańców w wieku 60 lat i więcej w populacji powiatów województwa lubelskiego w 2024 roku. Zestawienie ukazuje terytorialne zróżnicowanie procesu starzenia się społeczeństwa w regionie.

Wykres 10. Procentowy udział ludności powyżej 60 roku życia w ogóle mieszkańców poszczególnych powiatów województwa lubelskiego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Struktura ludności według ekonomicznych grup

Liczba mieszkańców województwa lubelskiego w wieku produkcyjnym zmniejszyła się z 1 162 919 w 2023 roku do **1 149 752** w roku 2024, co oznacza spadek o 1,1%. Jednocześnie nastąpił wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym z 490 590 do **497 686**, co jest równoznaczne ze wzrostem o 1,4%.

Osoby w wieku poprodukcyjnym stanowiły z kolei **24,4%** ogółu mieszkańców województwa, a więc nieco mniej niż średnia krajowa, która w 2024 roku wyniosła 24,9%. Struktura tej grupy wiekowej wykazuje wyraźne zróżnicowanie ze względu na płeć. W województwie lubelskim kobiety stanowiły **65,4%** populacji osób w wieku poprodukcyjnym (325 666), natomiast mężczyźni – **34,6%** (172 020). Podobna proporcja występowała w skali kraju, gdzie wśród 8 910 009 osób w wieku poprodukcyjnym kobiety stanowiły 64,9% (5 786 067), a mężczyźni 35,1% (3 123 942).

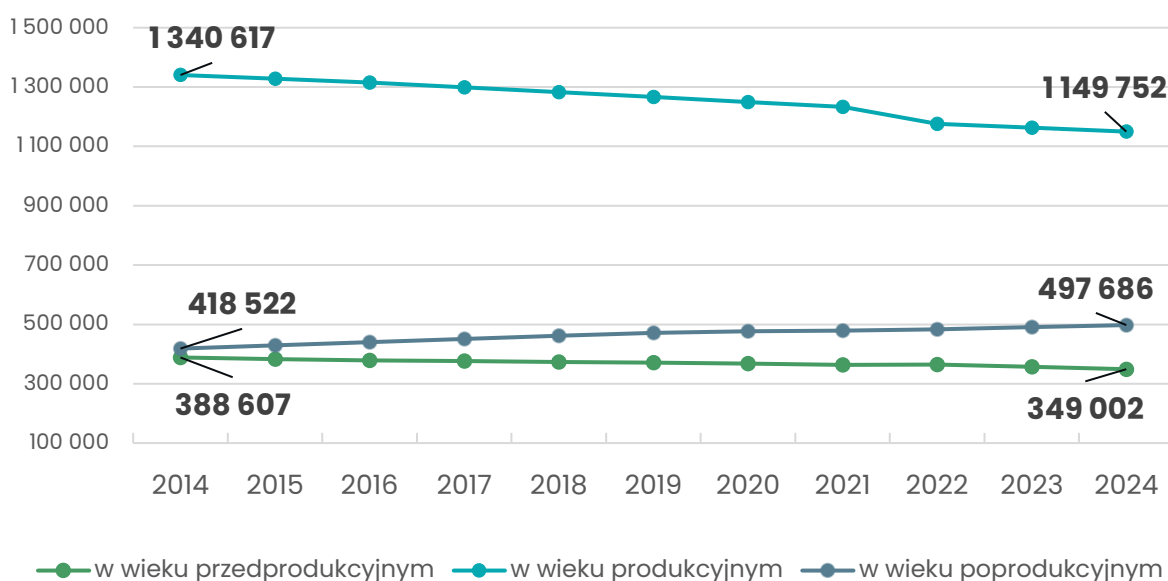
Rysunek 6. Struktura ludności według ekonomicznych grup w województwie lubelskim w 2024 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

W strukturze ludności według ekonomicznych grup wieku obserwuje się przewagę liczebną mężczyzn w populacji osób w wieku przedprodukcyjnym oraz produkcyjnym. Odmienna sytuacja występuje w grupie osób w wieku poprodukcyjnym, w której dominują kobiety – stanowią one **65,4%** tej zbiorowości. Zmianę liczby ludności województwa wg ekonomicznych grup ludności w latach 2014 – 2024 prezentuje poniższy wykres:

Wykres 11. Zmiana liczby ludności według ekonomicznych grup ludności w województwie lubelskim w latach 2014–2024



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Współczynnik feminizacji

W populacji osób 60+ regionu większość stanowią kobiety. W 2024 r. (podobnie jak rok wcześniej) stanowiły one **58,5%** ogółu seniorów. Na 100 mężczyzn przypadało ich **141**, a przewaga liczebna kobiet wzrastała wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wiekowych. I tak na przykład w grupie 60–64 lata kobiety w 2024 r. stanowiły **52,6%** zbiorowości, zaś współczynnik feminizacji wyniósł **111**. Wśród osób starszych o 20 lat (a więc znajdujących się w grupie wiekowej 80–84 lat) **66,2%** to kobiety, których na 100 mężczyzn przypadało **196**. Poziom zróżnicowania międzyplciowego zależy od miejsca zamieszkania. W miastach współczynnik feminizacji w grupie seniorów wyniósł **153**, natomiast na wsi – **130**.

Poniższa tabela prezentuje współczynnik feminizacji w 2024 r. w poszczególnych grupach wiekowych ogółem oraz w miastach i na terenach wiejskich. Jedynie w grupach wiekowych takich jak 80 – 84, 85 – 89 oraz 90 – 94 współczynnik feminizacji na wsi jest wyższy niż w mieście i wyniósł odpowiednio 201, 256 i 349. Rosnący wraz z wiekiem udział kobiet w populacji seniorów jest konsekwencją dłuższego przeciętnego życia kobiet oraz nadumieralności⁹ mężczyzn.

⁹ Nadumieralność definiowana jest jako wyraźnie wyższa umieralność osób w porównaniu do umieralności innej grupy lub kilku grup ludności, Główny Urząd Statystyczny (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3926,pojecie.html>) [dostęp: 26.05.2025 r.]

Tabela 8. Współczynnik feminizacji w 2024 r. w województwie lubelskim w poszczególnych grupach wiekowych

Grupy wieku	Ogółem	Miasta	Wieś
Ogółem	107	114	101
w tym: 60 lat i więcej	141	153	130
60 – 64	111	127	98
65 – 69	120	127	106
70 – 74	138	152	124
75 – 79	162	166	157
80 – 84	196	190	201
85 – 89	244	233	256
90 – 94	321	293	349
95 – 99	405	451	369
100 lat i więcej	366	424	311

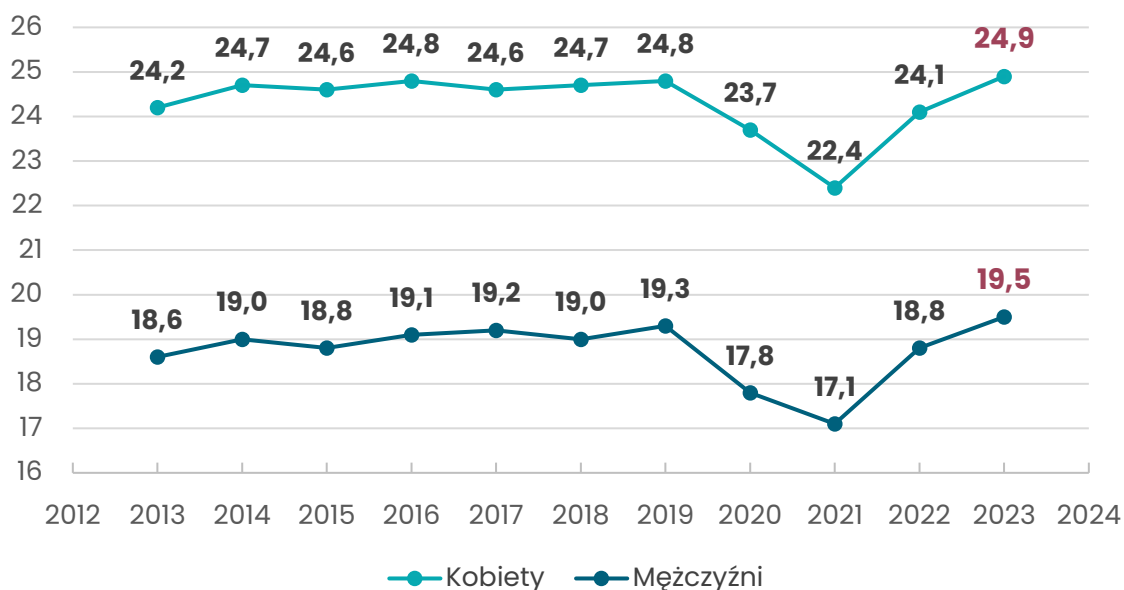
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Długość przeciętnego trwania życia¹⁰

W 2023 roku przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w województwie lubelskim wynosiło **74,3** roku, zaś płci żeńskiej – **82,7** (w Polsce odpowiednio 74,7 i 82,0). Oznacza to, iż w stosunku do roku poprzedniego wskaźniki te wzrosły odpowiednio o 1,1 i 1,0 roku. Kobiety osiągnące wiek 60 lat w 2023 r. miały przed sobą ponad 5 lat więcej dalszego trwania życia niż mężczyźni. W 2023 r. 60-letni mężczyzna miał przed sobą średnio jeszcze **19,5** roku życia, natomiast kobieta – **24,9**. Stopniowe wygaszanie epidemii COVID-19 spowodowało, że wskaźnik ten wzrósł w stosunku do roku 2022. W przypadku mężczyzn o 0,7 roku, natomiast kobiet – o 0,8 roku. Co więcej, w porównaniu z rokiem 2013 przeciętne trwanie życia osób w wieku 60 lat wydłużyło się o 0,9 dla mężczyzn oraz 0,7 roku dla kobiet.

¹⁰ Ze względu na brak zasilonych danych dotyczących przeciętnego dalszego trwania życia w Banku Danych Lokalnych za 2024 rok, analiza wskaźnika dotyczy 2023 roku.

Wykres 12. Przeciętne trwanie życia osób w wieku 60 lat według płci w województwie lubelskim w latach 2013 – 2023

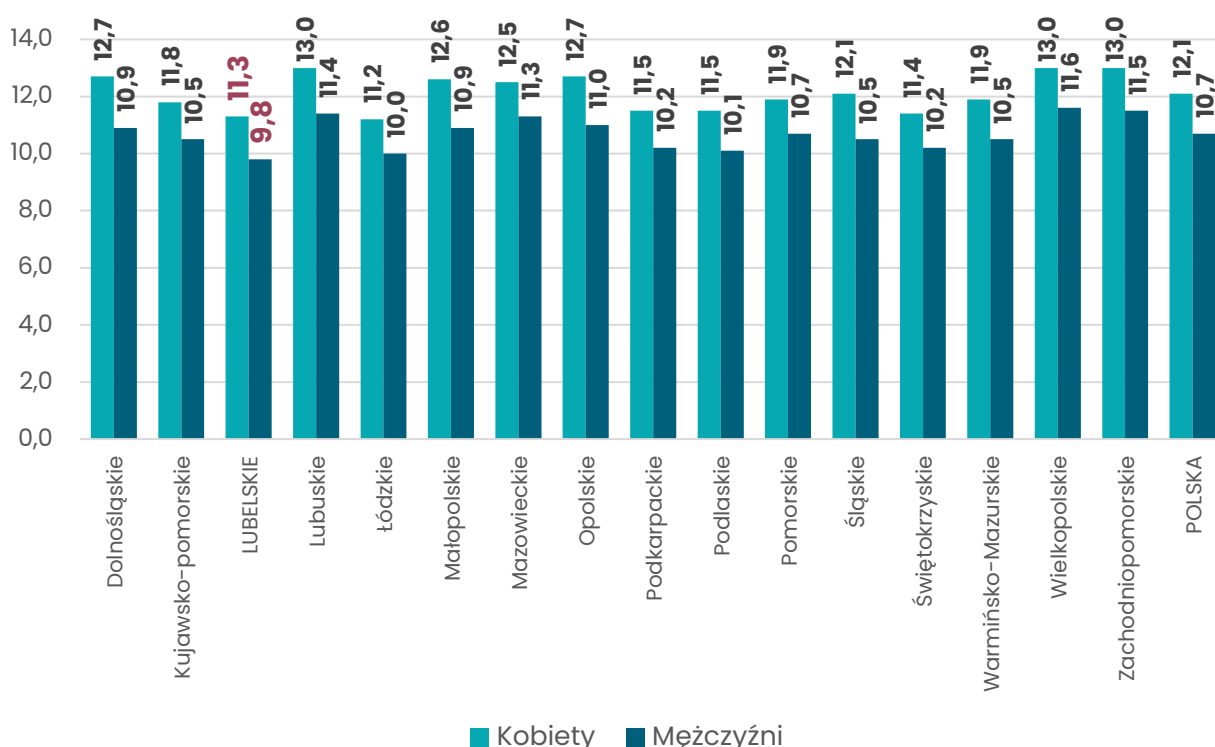


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Długość przeciętnego trwania życia zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet jest zróżnicowana ze względu na miejsce zamieszkania. W 2023 r. mężczyzna w wieku 60 lat mieszkający w mieście miał przed sobą średnio o 1,3 roku życia więcej niż mężczyzna mieszkający na wsi. W przypadku kobiet różnica ta wynosiła 0,4 roku.

Ze wskaźnikiem przeciętnego trwania życia związany jest wskaźnik oczekiwanego trwania życia w zdrowiu. W województwie lubelskim w 2023 roku, wskaźnik ten dla noworodka płci męskiej ukształtował się na poziomie 59,3 roku, a dla płci żeńskiej – 62,9 (w Polsce odpowiednio: 61,3 roku oraz 64,6 roku). Mężczyzna w wieku 60 lat miał przed sobą przeciętnie 9,8 roku w zdrowiu, natomiast kobieta w tym samym wieku – 11,3 roku.

Wykres 13. Przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu osób w wieku 60 lat według płci oraz województw w 2023 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

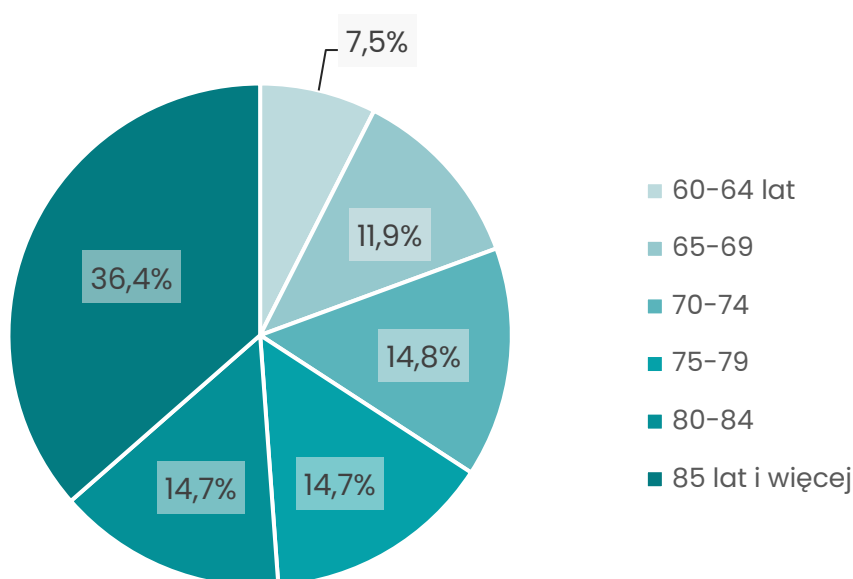
Dla porównania, najwyższym wskaźnikiem oczekiwanego dalszego trwania w zdrowiu zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn w wieku 60 lat charakteryzowało się województwo wielkopolskie, w przypadku którego wskaźnik ten był zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn wyższy od średniej dla kraju o 0,9. Najgorszą sytuację zaobserwowano w województwie lubelskim, w którym przeciętne trwanie życia w zdrowiu dla kobiet było o 0,8, a mężczyzn 0,9 niższe niż średnie w Polsce.

Umieralność osób w wieku 60 lat i więcej

W 2024 roku liczba zgonów osób w wieku 60 lat i więcej w województwie lubelskim wyniosła 19 469, co stanowi 86,9% ogółu zgonów w regionie w analizowanym okresie. W porównaniu z poprzednim rokiem, liczba zgonów osób 60+ spadła o 405, tj. o 2,0 p.p.. Ich udział w ogólnej liczbie zgonów wzrósł zaś o 0,2 p.p.. Udział zgonów kobiet w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie zgonów kobiet wyniósł 93,3%. Analogiczny wskaźnik w przypadku mężczyzn wyniósł z kolei 81,0%.

W 2024 r. w strukturze zgonów osób starszych dominowały zgony osób w grupie 85 lat i więcej. Ich udział w strukturze zgonów wzrósł z 36,2% w 2023 r. do 36,4% w roku 2024. Jednakże najwyższy wzrost udziału (o 0,5 p.p.) w strukturze zgonów seniorów odnotowano w grupie osób w wieku 75 – 79 lat.

Wykres 14. Struktura zgonów osób w wieku 60 lat i więcej według grup wieku w województwie lubelskim w 2024 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Współczynnik zgonów¹¹ w populacji mieszkańców województwa lubelskiego w wieku 60 lat i więcej ukształtował się w 2024 r. na poziomie 35,0 wobec 36,0 w roku poprzednim. Umieralność wśród mężczyzn była zdecydowanie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasilał się wraz z wiekiem. Współczynnik zgonów wśród mężczyzn w wieku senioralnym w analizowanym okresie wyniósł 40,6, natomiast wśród kobiet – 30,9. Biorąc pod uwagę poszczególne grupy wiekowe, najwyższym współczynnikiem zgonów charakteryzowała się grupa seniorów w wieku 85 lat i więcej, dla której współczynnik ten wyniósł 147,6. W zbiorowości osób starszych najniższe natężenie zgonów występuje natomiast wśród kobiet w wieku 60 – 64 lata (w 2024 r. współczynnik zgonów dla tej grupy ukształtował się na poziomie 6,3). Tabela 4. przedstawia współczynnik zgonów osób w wieku 60 lat i więcej w poszczególnych grupach wiekowych i z podziałem na płeć.

¹¹ Współczynnik zgonów wyraża się poprzez stosunek liczby zgonów w danym okresie (najczęściej roku) do liczby ludności według stanu na środek okresu lub do średniej liczby ludności z tego okresu – wyrażony w ‰, tj. na 1000 ludności, Główny Urząd Statystyczny (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3960,pojecie.html>) [dostęp: 26.05.2025 r.]

Tabela 9. Współczynnik zgonów osób w wieku 60 lat i więcej według grup wieku i płci w województwie lubelskim w 2024 r.

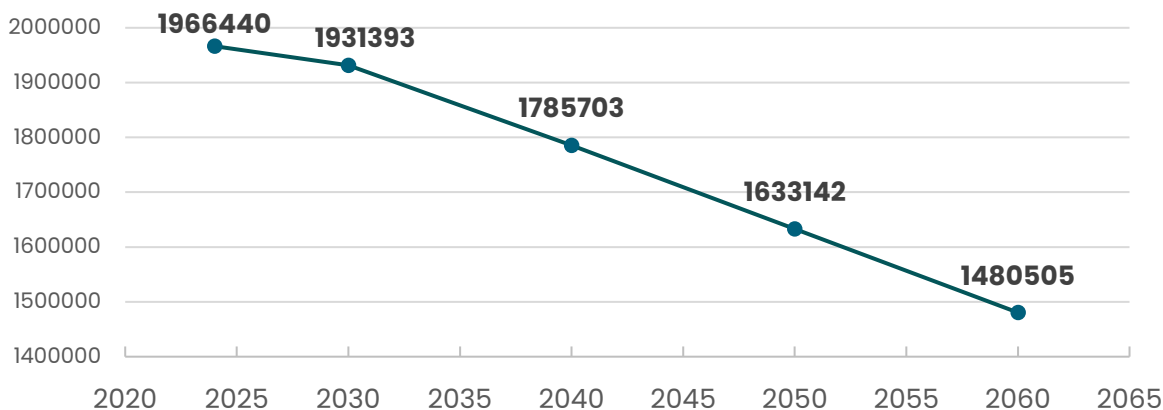
Grupy wieku	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
60 lat i więcej	35,0	30,9	40,6
60 – 64	11,6	6,3	17,6
65 – 69	16,8	9,5	25,6
70 – 74	24,4	15,7	36,3
75 – 79	35,2	27,0	48,4
80 – 84	61,3	51,3	80,9
85 lat i więcej	147,6	140,0	168,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Prognoza demograficzna w perspektywie do 2060 r.

Wyniki analiz GUS wskazują na postępujący proces starzenia się ludności zarówno w Polsce, jak i na terenie województwa lubelskiego. Przewiduje się wyraźny ubytek mieszkańców województwa lubelskiego do 2060 r.: w scenariuszu głównym (średnim)¹² nastąpić ma spadek z 1 966 440 osób w 2024 r. do **1 480 505** osób (w scenariuszach alternatywnych: w niskim do 1 287 712, w wysokim do 1 662 990).

Wykres 15. Prognoza ludności dla województwa lubelskiego według scenariusza głównego

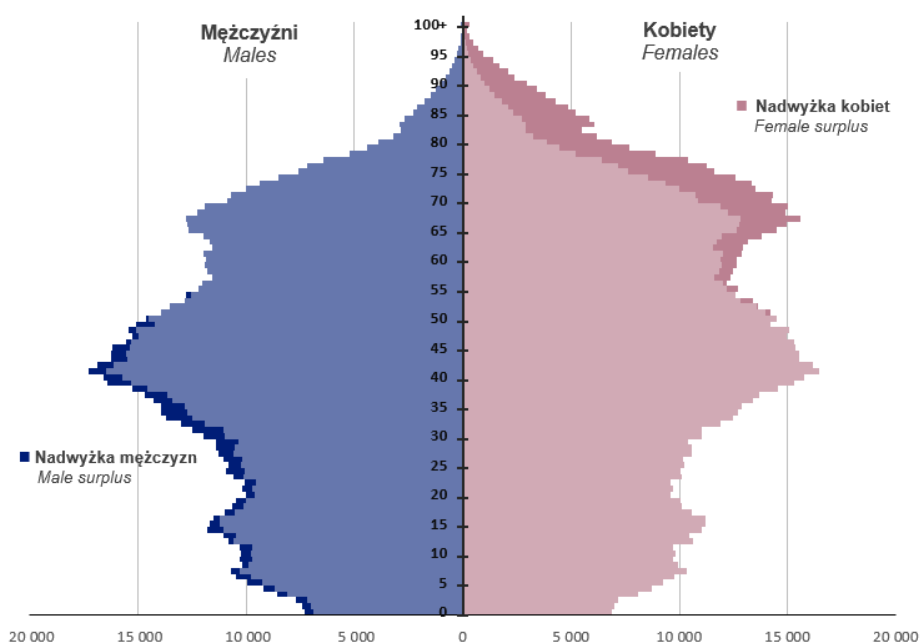


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Równoległe do przewidywanego spadku ludności do poziomu 1 480 505 osób w 2060 r. w województwie lubelskim, spodziewany jest stały wzrost liczby ludności w wieku senioralnym.

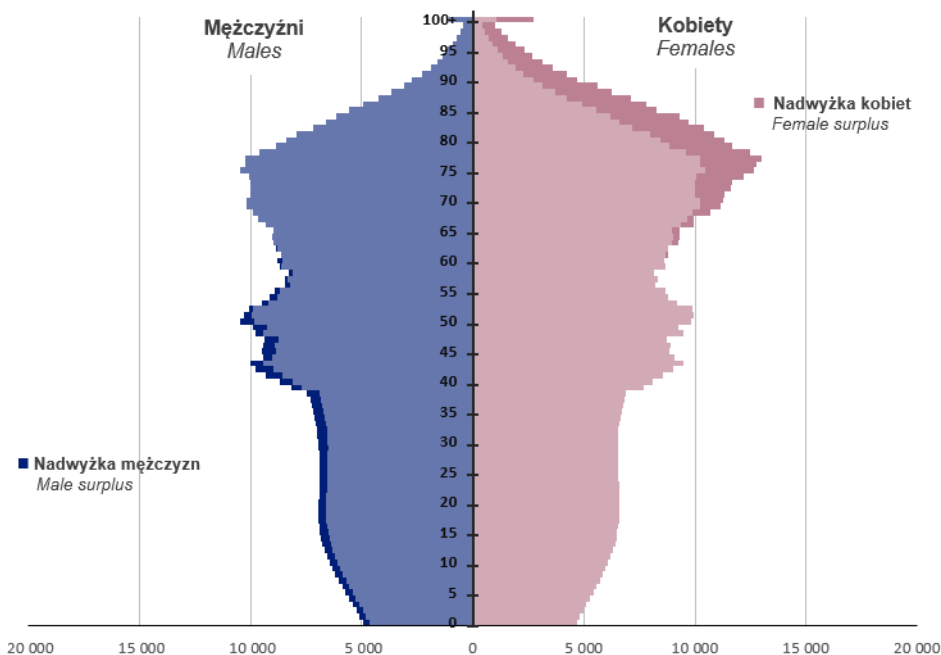
¹² Tzw. scenariusz główny (średni) uznany jest przez ekspertów z Rządowej Rady Ludnościowej za najbardziej prawdopodobny; pozostałe scenariusze mają pokazywać alternatywne ścieżki rozwoju demograficznego, jakie mogą być obserwowane w przyszłości (por. Urząd Statystyczny w Lublinie, materiały pokonferencyjne dot. prognozy ludności na lata 2023 – 2060 dla województwa lubelskiego z uwzględnieniem powiatów)

Rysunek 7. Piramida ludności województwa lubelskiego w 2024 r. według scenariusza głównego



Źródło: GUS, Prognoza ludności na lata 2023–2060

Rysunek 8. Piramida ludności województwa lubelskiego w 2060 r. według scenariusza głównego

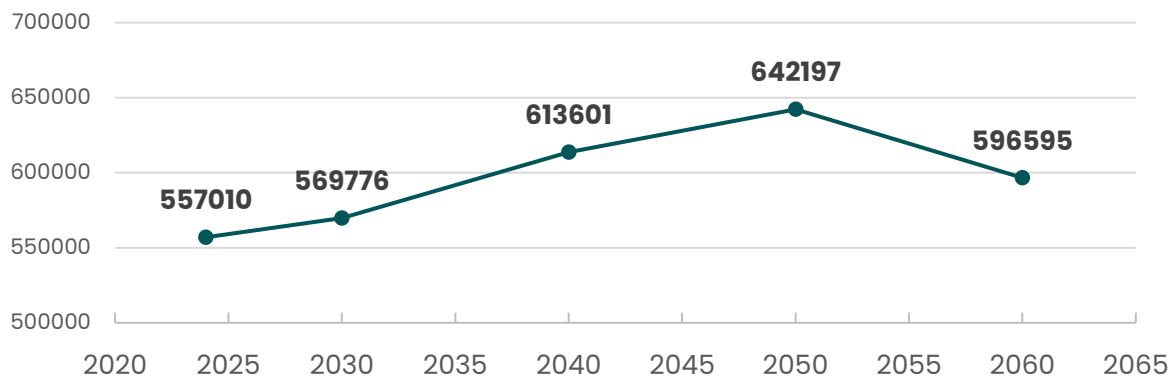


Źródło: GUS, Prognoza ludności na lata 2023–2060

Liczba ludności Lubelszczyzny w wieku 60 lat i więcej według prognozy GUS w roku 2030 ukształtuje się na poziomie 569 776 osób (wzrost o 2,3% w stosunku do 2024 r.), w roku 2040 na poziomie 613 601 (wzrost o 10,2%), a w 2050 r. ma poziomie 642 197 (czyli o 15,3 % więcej niż w 2024 r.). W 2060 r. w województwie Lubelskim będzie

mieszkać 596 595 seniorów (tj. o 7,1 % więcej niż w 2024 r.) stanowiąc 40,3% ogółu ludności regionu.

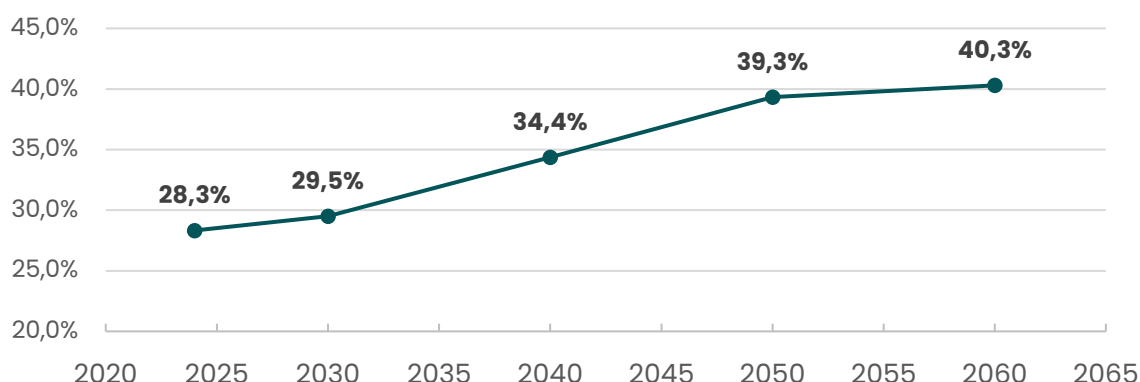
Wykres 16. Prognoza ludności 60+ dla województwa lubelskiego według scenariusza głównego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Co więcej, zwiększy się procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogóle populacji Lubelszczyzny. W 2060 r. nastąpi wzrost udziału seniorów w całej populacji regionu o **12 p.p.**

Wykres 17. Procentowy udział ludności 60+ w liczbie ludności ogółem w województwie lubelskim (prognoza)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Kobiety w wieku 60 lat i więcej w 2060 r. stanowić będą 43,6% ogółu mieszanek województwa lubelskiego, zaś mężczyźni – 36,8% ogółu mieszkańców regionu. Oznacza to, iż w stosunku do 2024 r. udział kobiet 60+ w ogóle populacji tej płci wzrośnie o 12 p.p.. W przypadku udziału mężczyzn 60+ w ogóle populacji mężczyzn, prognozuje się wzrost o 12,9 p.p..

Tabela 10. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem danej grupy według płci (prognoza)

Wyszczególnienie	2024	2030	2040	2050	2060
Ogółem	27,9	29,5	34,4	39,3	40,3
Kobiety	31,6	33,1	37,9	42,7	43,6
Mężczyźni	23,9	25,6	30,6	35,7	36,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

W całym okresie prognozy ludności, na terenie województwa lubelskiego obserwowany będzie większy udział kobiet niż mężczyzn – szczególnie w przypadku osób w wieku senioralnym. W zbiorowości osób starszych w 2030 r. na 100 mężczyzn przypadac będzie średnio 138 kobiet, natomiast w 2060 r. wskaźnik ten osiągnie wartość 126.

Tabela 11. Współczynnik feminizacji w województwie lubelskim (prognoza)

Wyszczególnienie	2030	2040	2050	2060
Ogółem	107	107	106	106
W tym osoby w wieku 60 lat i więcej	138	133	127	126

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

3.2. Aktywność ekonomiczna i sytuacja finansowa

Ludność aktywna zawodowo, współczynnik aktywności zawodowej oraz ludność bierna zawodowo według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL)¹³

Wyniki BAEL wskazują, że w 4. kwartale 2024 r. ludność aktywna zawodowo w wieku 55–89 lat¹⁴ zamieszkująca województwo lubelskie liczyła **183 000** osoby, czyli o **8,9%** więcej niż w tym samym okresie poprzedniego roku. Osoby aktywne zawodowo w wieku 55–89 lata stanowiły tym samym **20,0%** ogółu aktywnych zawodowo osób w wieku 15–89 lat (wobec **18,3%** w roku poprzednim). Warto zwrócić uwagę, iż wśród aktywnych zawodowo seniorów przeważali mężczyźni, których odsetek w 2024 r. w analizowanej grupie wieku wyniósł **53,0%**.

Współczynnik aktywności zawodowej według BAEL (tj. udział aktywnych zawodowo wg BAEL (danej kategorii) w ogólnej liczbie ludności wg BAEL (danej kategorii)¹⁵ w grupie wieku 55–89 lat w 2024 r. wyniósł z kolei **27,6%**, co w zestawieniu z 2023 r. oznacza wzrost tego wskaźnika o 1,4 p.p.. Wskaźnik zatrudnienia dla analizowanej grupy wiekowej ukształtował się w 2024 r. na poziomie **27,0%** (wobec 26,0% w 2023 r.)¹⁶.

Liczba osób biernych zawodowo¹⁷ w województwie lubelskim w grupie wiekowej 55–89 lat wyniosła **481 000**, czyli **71,2%** ogółu populacji w tym wieku w regionie. W zestawieniu z rokiem 2023, zarówno liczba osób biernych zawodowo w wieku 55–89 lat, jak również ich udział w ogólnej liczbie ludności województwa wzrósł o tą samą wartość procentową, tj. o 0,5 p.p..

¹³ W związku z wdrożeniem w Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności zmian metodologicznych, dane BAEL od 2021 r. nie mogą być porównywane z poprzednimi okresami.

¹⁴ Stan ludności aktywnej zawodowo według BAEL (tj. osób w wieku 15–89 lat uznanych za pracujących lub bezrobotne) może być podawany dla takich grup wiekowych jak 15–24 lata, 25–34 lata, 35–44 lata, 45–54 lata, 55–64 lata oraz 65–89 lata, dlatego też niniejsza analiza uwzględnia osoby od 55. do 89. roku życia.

¹⁵ Główny Urząd Statystyczny (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4573,pojecie.html>) [dostęp: 14.07.2025 r.]

¹⁶ Aktywność ekonomiczna ludności w województwie lubelskim. Stan w 4. kwartale 2024 r. (<https://lublin.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/praca-wynagrodzenie/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-w-wojewodztwie-lubelskim-stan-w-4-kwartale-2024-r-,3,52.html>) [dostęp: 14.07.2025 r.]

¹⁷ Populacja biernych zawodowo obejmuje:

- a) osoby w wieku 15–89 lat, które nie zostały zaklasyfikowane jako pracujące lub bezrobotne, które w badanym tygodniu:
 - nie pracowały, nie miały pracy i jej nie poszukiwały;
 - nie pracowały, poszukiwały pracy, ale nie w aktywny sposób lub poszukiwały pracy aktywnie, ale nie były zdolne (gotowe) do jej podjęcia w ciągu dwóch tygodni następujących po tygodniu badanym;
 - nie pracowały i nie poszukiwały pracy, ponieważ już ją znalazły i oczekiwały na jej rozpoczęcie w okresie dłuższym niż:
 - 3 miesiące,
 - do 3 miesięcy, ale nie były gotowe tej pracy podjąć,
- b) wszystkie osoby w wieku 90 lat i więcej (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4561,pojecie.html?pdf=1>) [dostęp: 14.07.2025 r.]

Tabela 12. Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 55-89 lat według płci w województwie lubelskim w 2024 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Aktywni zawodowo – razem (w tys.). Dane kwartalne			
Ogółem	915	422	493
w tym osoby w wieku 55-89 lat	183	86	97
Współczynnik aktywności zawodowej (w %). Dane kwartalne			
Ogółem	56,7	50,4	63,5
w tym osoby w wieku 55-89 lat	27,6	22,9	33,8
Wskaźnik zatrudnienia (w %). Dane kwartalne			
Ogółem	54,3	48,1	61,1
w tym osoby w wieku 55-89 lat	27,0	22,2	33,8
Bierni zawodowo (w tysiącach). Dane kwartalne			
Ogółem	698	416	283
w tym osoby w wieku 55-89 lat	481	x	x

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Pracujący emeryci

Ważnym ogniwem rynku pracy w starzejącym się społeczeństwie stanowią pracujący emeryci, czyli osoby z ustalonym prawem do emerytury. Według informacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na koniec 2024 r., 872 600 osób z ustalonym prawem do emerytury w kraju podlegało ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu innego niż bycie emerytem. Spośród tych osób, **556 800** podlegało również ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym.

W ciągu ostatnich dziewięciu lat liczba pracujących emerytów w Polsce wzrosła o **51,7%**. Jednakże, nie zmieniła się istotnie proporcja liczby emerytów podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu do podlegających także ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym – liczba pracujących emerytów podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu jest ok. 1,5-krotnie większa od liczby emerytów podlegających ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym¹⁸.

Tabela 13. Liczba osób z ustalonym prawem do emerytury podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu i emerytalno-rentowym w Polsce w latach 2015-2024 (w tys.)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Pracujący emeryci podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu	575,5	595,9	689,4	747,0	794,0	776,6	812,9	826,0	854,0	872,6
w tym: podlegający także ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym	371,9	388,7	453,7	494,4	526,5	502,5	527,1	536,3	549,7	556,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Tabela 14. Liczba osób z ustalonym prawem do emerytury podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu i emerytalno-rentowym w Polsce w 2024 r. (w tys.)

	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Pracujący emeryci podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu	872,6	507,2	507,2
w tym: podlegający także ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym	556,8	344,4	344,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

¹⁸ Pracujący emeryci – XII 2024, Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Wśród pracujących emerytów przeważały kobiety, które stanowiły 58,1% tej populacji. Prawie 96,4%, to osoby w wieku 60/65 lat i więcej. Średni wiek pracujących emerytów wyniósł 67,5 roku (dla mężczyzn – 69,2 roku, dla kobiet – 66,3 roku)¹⁹.

Tabela 15. Struktura osób z ustalonym prawem do emerytury podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu według wieku i płci w Polsce w 2024 r.

Grupy wieku	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
50 lat i mniej	0,3	0,0	0,7
51 – 54	0,8	0,0	1,9
55 – 59	1,2	0,0	2,9
60 – 64	28,6	47,1	3,0
65 – 69	40,8	32,7	52,0
70 – 74	19,6	14,4	26,7
75 i więcej	8,6	5,7	12,7
Średni wiek	67,5	66,3	69,2

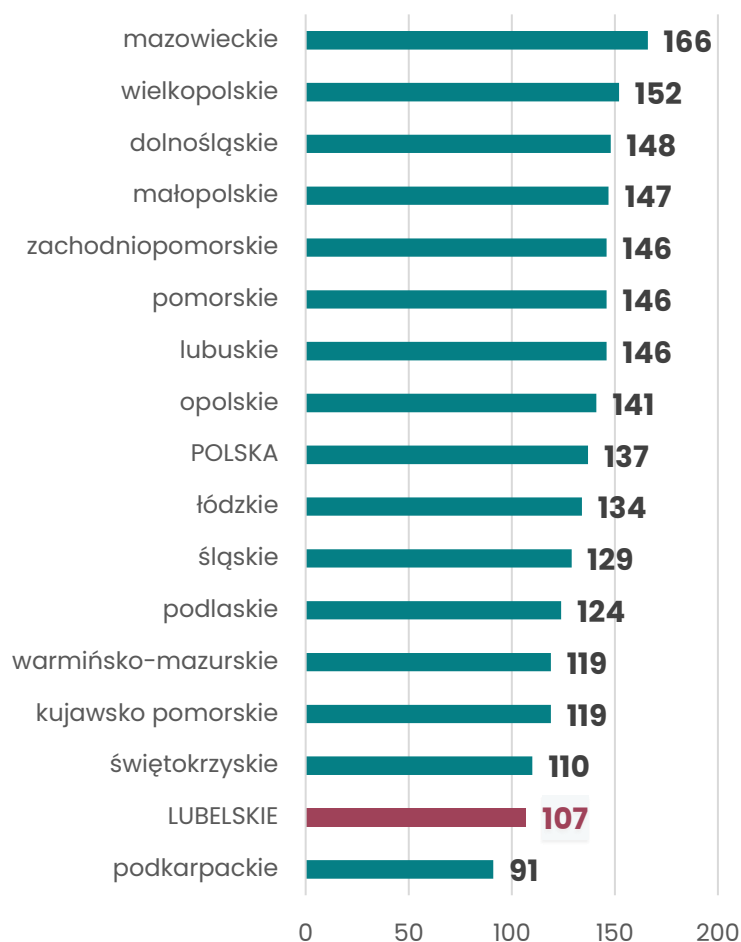
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Najwięcej pracujących emerytów mieszkało w województwie mazowieckim (16,4%) i śląskim (14,1%), natomiast najmniej – w województwie opolskim (2,3%). Województwo śląskie było z kolei jedynym województwem, w którym wśród pracujących emerytów przeważali mężczyźni (stanowili oni 52,7% tej populacji).

Średnio na 1000 osób pobierających emeryturę 137 osób to pracujący emeryci. Najwięcej pracujących emerytów na 1000 osób pobierających emeryturę zamieszkiwało województwa mazowieckie (166) i wielkopolskie (152), najmniej – województwa podkarpackie (91) i lubelskie (107).

¹⁹ Tamże

Wykres 18. Liczba osób z ustalonym prawem do emerytury podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu w przeliczeniu na 1000 emerytów w poszczególnych województwach w 2024 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Wśród pracujących emerytów podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu największą grupą są osoby zatrudnione na umowę o pracę (stanowią one **38,4%** ogółu pracujących emerytów). Osoby prowadzące pozarolniczą działalność stanowią zaś **29,6%** ogółu, a osoby pracujące na umowę zlecenie – **26,0%**. W przypadku pracujących emerytów podlegających także ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, zdecydowanie przeważają osoby pracujące na umowę o pracę – stanowią one **59,2%**, a osoby pracujące na umowę zlecenie – **35,1%**.

Tak jak w 2023 r., najwięcej pracujących emerytów (**16,2%**) pracuje u płatników zaliczających się do sekcji Q (według Polskiej Klasyfikacji Działalności – PKD z 2007 r.) – *Opieka zdrowotna i pomoc społeczna*²⁰. We wszystkich 16 województwach

²⁰ Zasady metodyczne Polskiej Klasyfikacji Działalności – zastawienie grupowań PKD, por. https://www.gofin.pl/klasyfikacje/pkd2025/1_Zasady_metodyczne.pdf [dostęp: 15.07.2025 r.]

udział emerytów pracujących w tej sekcji był największy i wahał się od 14,4% do 20,5%.

W przypadku kobiet, najwięcej emerytek pracuje u płatników z sekcji Q (według PKD z 2007 r.) – *Opieka zdrowotna i pomoc społeczna* – **23,9%**. Udział pracujących tej sekcji kobiet był największy w każdym z województw i wynosił od 20,2% w województwie mazowieckim do 30,2% w województwie świętokrzyskim. Największy odsetek mężczyzn (**14,8%**) pracował natomiast u płatników z sekcji C (PKD 2007) – *Przetwórstwo przemysłowe*. Ta sekcja dominowała w większości województw, poza województwami lubelskim i mazowieckim, w których najwięcej emerytów pracowało w sekcji G (PKD 2007) – *Handel hurtowy i detaliczny; naprawa pojazdów samochodowych, włączając motocykle* (odpowiednio 13,6% i 13,0%)²¹.

Podobnie kształtuje się zatrudnienie emerytów podlegających ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym – największy udział ma sekcja Q (PKD 2007) – *Opieka zdrowotna i pomoc społeczna* (pracowało w niej **16,8%** emerytów). Sekcja ta dominowała w 13 z 16 województw. W przypadku emerytów zamieszkałych w województwach mazowieckim, pomorskim i wielkopolskim dominowała sekcja P (PKD 2007) – *edukacja* (odpowiednio: 17,8%, 16,6% oraz 14,9%). Kobiety emerytki najczęściej pracowały u płatników z sekcji Q (PKD 2007) – *Opieka zdrowotna i pomoc społeczna* – odsetek emerytek zatrudnionych w tej sekcji stanowił **24,3%**. Dominację tej sekcji zauważyć można było w każdym z większości województw, poza mazowieckim – tam najwięcej emerytek pracowało w sekcji P (PKD 2007) – *edukacja* (20,9%). W przypadku mężczyzn emerytów największy ich odsetek pracował u płatników z sekcji C (PKD 2007) – *Przetwórstwo przemysłowe* (**16,6%**). Sekcja ta dominowała w 12 z 16 województw. W przypadku emerytów zamieszkałych w województwach dolnośląskim, lubuskim, mazowieckim i zachodniopomorskim dominowała sekcja N (PKD 2007) – *Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca* (odpowiednio 16,6%, 15,5%, 15,6% i 15,9%).

²¹ Pracujący emeryci – XII 2024, Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Nieco odmiennie wygląda ranking sekcji PKD, w których zatrudnionych jest najwięcej emerytów w przeliczeniu na 1000 osób pracujących w gospodarce narodowej. W Polsce, średnio na 1000 osób pracujących w gospodarce narodowej przypada **64** emerytów podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pracy zarobkowej. Najwięcej, bo 205 pracujących emerytów przypada na 1000 osób pracujących w sekcji L (PKD 2007) – *Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości*, mimo, że udział emerytów pracujących w tej sekcji jest stosunkowo niewielki (4,2%). Najmniej emerytów w przeliczeniu na 1000 pracujących zatrudnionych jest w sekcjach J (PKD 2007) – *Informacja i komunikacja* oraz D (PKD 2007) – *Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych* (odpowiednio 15 i 19).

Osoby bezrobotne powyżej 50. roku życia

Na mocy ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2025 poz. 214) osoby bezrobotne w wieku 50 lat i więcej mogą na zasadach ogólnych korzystać z usług, a także instrumentów rynku pracy takich jak np. pośrednictwo pracy, poradnictwo zawodowe, szkolenia, staże, skierowanie do pracy na refundowane stanowiska pracy czy dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej.

Ponadto, osoby pozostające bez pracy powyżej 50 roku życia uznaje się za osoby w szczególnej sytuacji na rynku pracy. W związku z tym, przysługuje im pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w programach specjalnych, które umożliwiają zastosowanie niestandardowych rozwiązań mających doprowadzić uczestników do zatrudnienia.

Przywołana wcześniej ustawa przewiduje dodatkowo szereg instrumentów kierowanych do pracodawców, mających stanowić zachętę do zatrudnienia osób w wieku senioralnym i wydłużania tym samym okresu aktywności zawodowej tych osób, w ramach których:

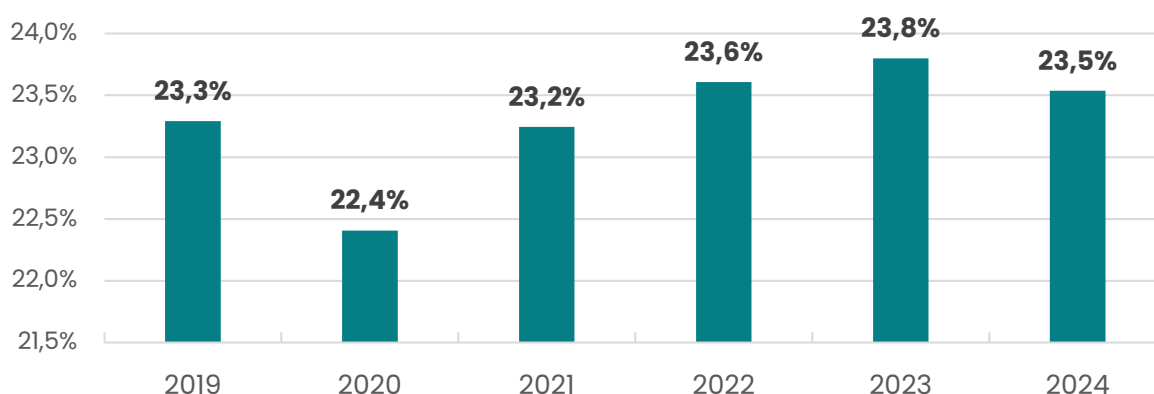
- pracodawca, do którego w ramach prac interwencyjnych został skierowany bezrobotny, który ukończył 50 rok życia, otrzymuje refundację wynagrodzenia i składek na ubezpieczeni społeczne za tę osobę;
- pracodawcy i inne jednostki organizacyjne, zatrudniające osoby, które ukończyły 50 rok życia, są zwolnieni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

Na koniec grudnia 2024 r. liczba zarejestrowanych osób bezrobotnych na terenie województwa lubelskiego mających 50 lat i więcej wynosiła **13 128** osób (w tym 4 532 kobiet, czyli 34,5% analizowanej zbiorowości), a w skali roku ich liczba spadła o 530 osób, tj. 3,9% (przy zmniejszeniu się ogólnej liczby bezrobotnych na Lubelszczyźnie o 2,8%). W odniesieniu do ogólnej liczby bezrobotnych, subpopulacja osób w wieku 50 lat i więcej stanowiła **23,5%**.

Wśród bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy na koniec 2024 r., **3 019** osób (tj. **5,4%** bezrobotnych ogółem w regionie) stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. W zastawieniu z 2023 r. ich liczba zmniejszyła się o 7,4%, zaś z 2014 r. – aż o 27,3%²².

Wśród grupy wiekowej 50+ najliczniejszą kategorię pod względem czasu pozostawania bez pracy stanowiły osoby pozostające bez pracy powyżej 24 miesięcy (40,7%). Biorąc natomiast pod uwagę poziom wykształcenia, najliczniejsze kategorie stanowiły osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym/branżowym I stopnia (34,8%) oraz gimnazjalnym i niższym (34,1%). Najmniej osób legitymowało się wykształceniem średnim ogólnokształcącym (4,8%). W ewidencji osób pozostających bez pracy powyżej 50. roku życia dominowały osoby ze stażem pracy 10–20 lat (22,2%) oraz 5–10 lat (16,7%) oraz 1–5 lat (16,6%)²³.

Wykres 19. Udział osób w wieku 50 lat i więcej w ogólnej liczbie bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy w województwie lubelskim w latach 2019–2024 (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Lublinie

²² Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie (<https://wuplublin.praca.gov.pl/bezrobotni-wg-wieku-wyksztalcenia>) [dostęp: 14.07.2025 r.]

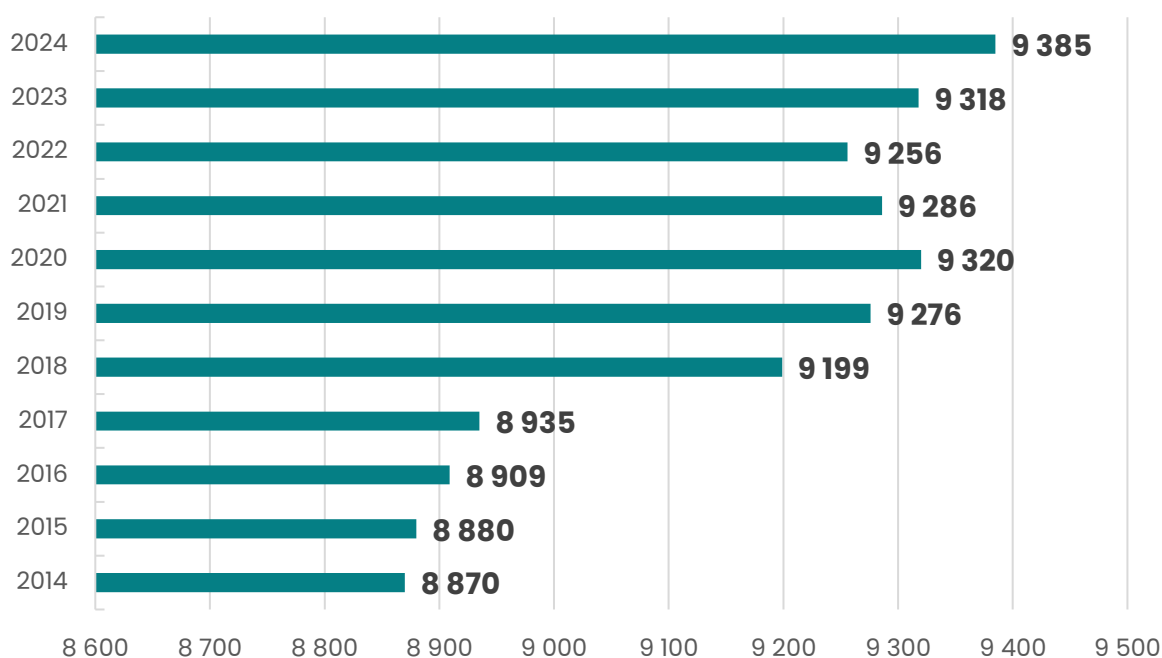
²³ Kwartał w liczbach według stanu na 31 grudnia 2024 roku, Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie

Sytuacja finansowa i przeciętna wysokość świadczeń emerytalnych z ZUS i KRUS

Przejsie na emeryturę lub rentę wiąże się z istotną zmianą w strukturze dochodów, która często oznacza ich obniżenie w stosunku do wcześniejszych zarobków. W tym kontekście wysokość świadczeń pieniężnych staje się podstawowym wyznacznikiem możliwości zaspokajania codziennych potrzeb w ogóle, dostępu do usług zdrowotnych, opiekuńczych oraz uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym.

W 2024 r. łączna liczba emerytów i rencistów w Polsce wyniosła 9 384 579 osób i była o 0,7% wyższa w stosunku do poprzedniego roku. Zestawienie łącznej liczby emerytów i rencistów korzystających ze świadczeń na przestrzeni 10 ostatnich lat pokazuje, iż obecnie ta grupa społeczno-ekonomiczna, choć z minimalnymi odchyleniami – stale rośnie.

Wykres 20. Liczba emerytów i rencistów w Polsce w latach 2014–2024 (w tys. osób)

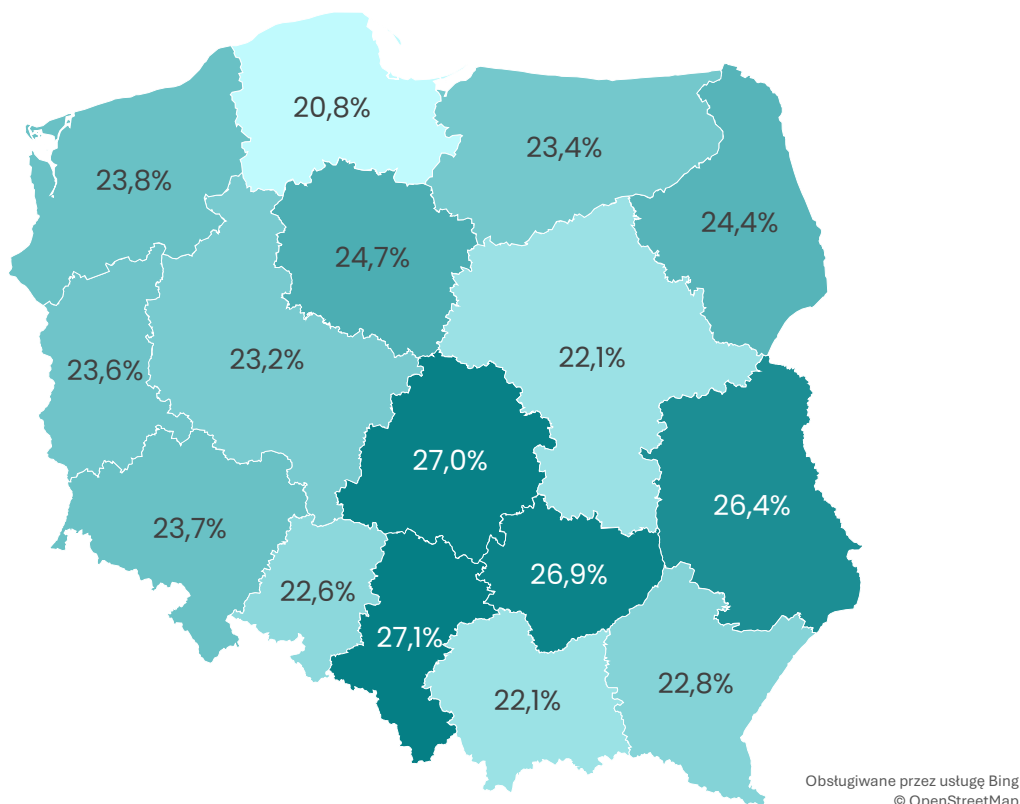


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Udział emerytów i rencistów pobierających w 2024 r. świadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) w populacji każdego województwa przedstawia Mapa. 3.. Najwyższą liczbę emerytów i rencistów odnotowano w województwach: mazowieckim (1 215 501) oraz śląskim (1 163 801), natomiast najniższą – w województwach: opolskim (209 855) i lubuskim (228 423). Najwyższy odsetek emerytów i rencistów w ogólnej liczbie

ludności wynoszący 27,1% odnotowano w województwie śląskim, nieco niższy w województwach: łódzkim (27,0%), świętokrzyskim (26,9%) oraz lubelskim (26,4%), zaś najniższy – w województwie pomorskim (20,8%).

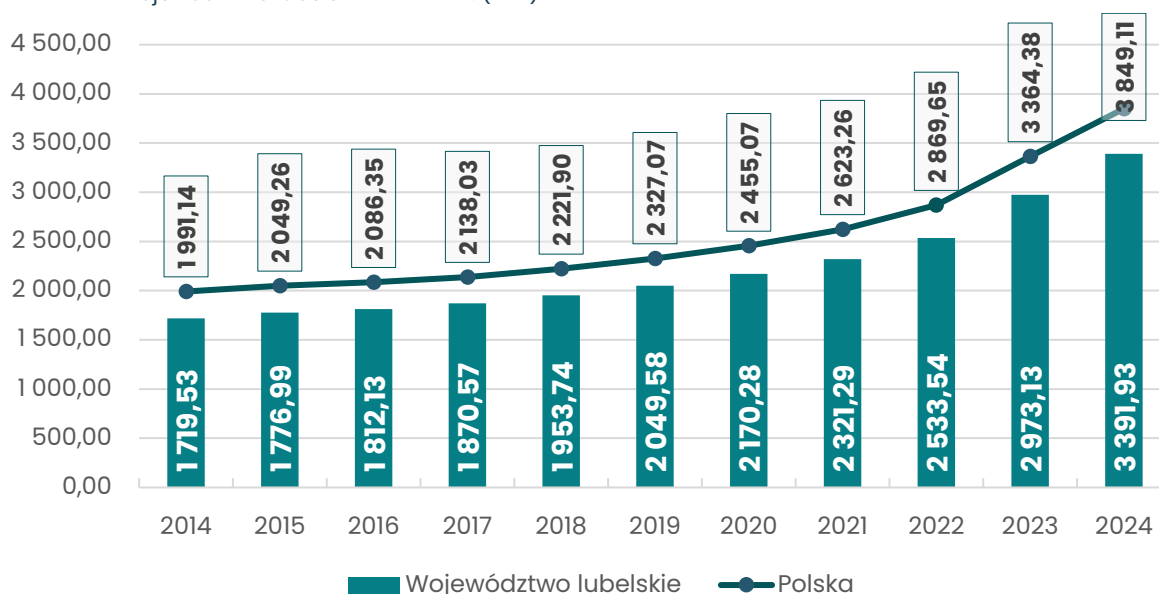
Mapa 3. Procentowy udział emerytów i rencistów w ogóle mieszkańców poszczególnych województw w 2024 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Biorąc pod uwagę przeciętną miesięczną emeryturę brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w latach 2014–2024, można zauważyć jej sukcesywny wzrost. Tendencja ta utrzymywała się zarówno w przypadku średniej krajowej, jak i średniej miesięcznej emerytury brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w województwie lubelskim.

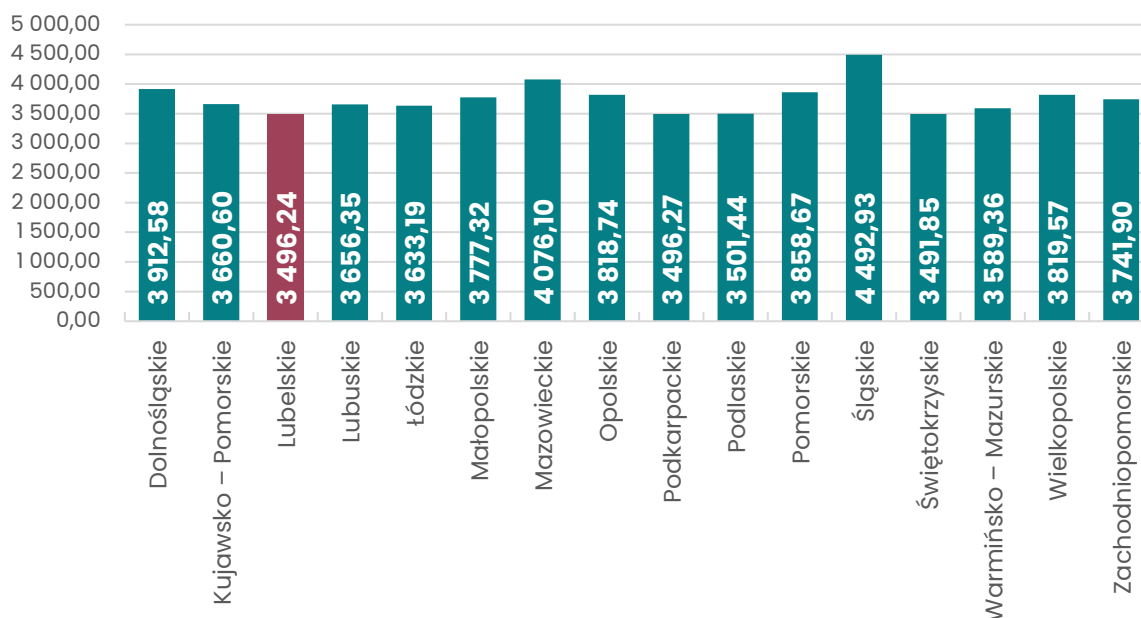
Wykres 21. Przeciętna miesięczna emerytura brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce i w województwie lubelskim w 2024 r. (w zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Przeciętna miesięczna emerytura brutto z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wyniosła w 2024 r. wyniosła 3 986,33 zł brutto i wzrosła w porównaniu z rokiem poprzednim o 14,1%. Najwyższa jej wartość wystąpiła w województwie śląskim (4 492,93 zł), a najniższa w województwie świętokrzyskim (3 491,85 zł).

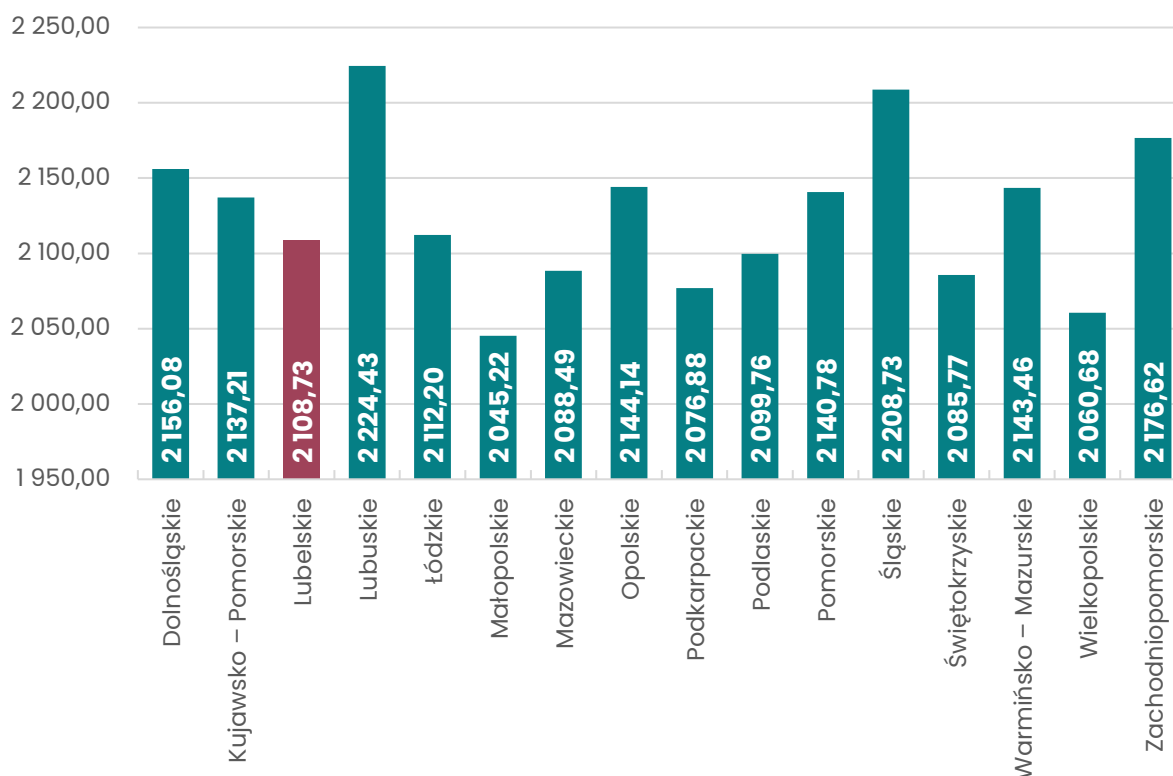
Wykres 22. Przeciętna miesięczna emerytura brutto z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według województw w 2024 r. (w zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Przeciętna emerytura brutto z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wyniosła w 2024 r. 2 111,34 zł, czyli o 13,6% więcej w zestawieniu z 2023 r. Najwyższe przeciętne miesięczne świadczenia emerytalno-rentowe odnotowano w województwie lubuskim (2 224,43 zł), zaś najniższe – w województwie małopolskim (2 045,22 zł).

Wykres 23. Przeciętne miesięczne świadczenia emerytalno-rentowe Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2024 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (<https://www.gov.pl/web/krus/2024-r2>) [dostęp: 16.07.2025 r.]

Dodatkowym źródłem dochodów osób starszych, w przypadku seniorów wymagających pomocy finansowej, są różnego rodzaju świadczenia pieniężne otrzymywane z pomocy społecznej. Podstawowe z nich to zasiłki stałe.

W 2023 r.²⁴ zmalała zarówno liczba seniorów korzystających z tego rodzaju wsparcia, jak i kwota wypłaconych im świadczeń. Z zasiłków stałych skorzystało 71,5 tys. osób w wieku 60 lat i więcej, z czego większość, podobnie jak w latach poprzednich, to seniorzy samotnie gospodarujący (88,4%). Wartość zasiłków stałych wypłaconych osobom starszym w 2023 r. wyniosła 369,9 mln zł, z czego 95,6% trafiło do seniorów w 1-osobowych gospodarstwach domowych. W porównaniu z rokiem

²⁴ Ze względu na brak zasilonych za 2024 rok, analiza wskaźnika dotyczy 2023 roku.

poprzednim liczba osób w wieku 60 lat i więcej pobierających zasiłki stałe zmniejszyła się o 5,4%, a kwota wypłaconych im świadczeń o 5,5%. Podobnie jak rok wcześniej, w populacji seniorów najwyższy udział osób pobierających zasiłki stałe wystąpił w województwie lubuskim i pomorskim (odpowiednio 98 i 97 seniorów na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lat i więcej). Najmniej seniorów pobierających zasiłki stałe w stosunku do ogólnej liczby seniorów było w województwie śląskim i wielkopolskim, w których na 10 tys. mieszkających w nich osób starszych przypadło 56 pobierających zasiłki stałe.

3.3. Usługi społeczne i infrastruktura społeczna dedykowana seniorom

W dobie licznych przeobrażeń demograficznych takich jak starzenie się społeczeństwa czy zmian w obrębie rodziny, usługi społeczne stanowią coraz to ważniejszy komponent polityki senioralnej. Udostępniane i organizowane w sposób profesjonalny, prowadzą do poprawy stanu psychofizycznego osób w sensie indywidualnym i zbiorowym lub do zmiany ich sytuacji życiowej (a więc realnie wpływają na podniesienie jakości życia). Zgodnie ze Strategią Rozwoju Usług Społecznych są one dedykowane wszystkim, jednak w sposób szczególny tym odbiorcom, którzy z racji swoich indywidualnych cech i szeroko rozumianych uwarunkowań mogą być narażeni na jakikolwiek przejaw wykluczenia społecznego czy dyskryminacji. Dotyczy to m.in. osób starszych i osób z niepełnosprawnościami, w tym osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu²⁵.

Wsparcie instytucjonalne

Osoby, które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie w środowisku domowym i jednocześnie nie można zapewnić im niezbędnej pomocy w formie usług środowiskowych, mogą liczyć na wsparcie instytucjonalne m.in. domów pomocy społecznej czy rodzinnych domów pomocy.

Domy pomocy społecznej

Jedną z placówek dostarczających wsparcie instytucjonalne na terenie województwa lubelskiego jest działający w oparciu o Ustawę o pomocy społecznej **dom pomocy społecznej (DPS)**. Jest to instytucja dedykowana osobom wymagającym całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę

²⁵ Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.). Załącznik do uchwały nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. (M.P. poz. 767),) (<https://isap.sejm.gov.pl>) [dostęp: 16.07.2025]

lub niepełnosprawność i zapewniająca całodobową opiekę oraz niezbędne potrzeby: bytowe, edukacyjne, społeczne czy religijne na poziomie obowiązującego standardu. Organizacja, zakres i poziom usług świadczonych przez DPS uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.

Działaniem wymagającym wzmocnienia i zaakcentowania jest opracowanie oraz rozwój pośrednich form wsparcia zapewniających opiekę w domach pomocy społecznej zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji (np. poprzez wprowadzenie formy rodzin wspierających lub zaprzyjaźnionych z mieszkańcem DPS, rozwój wolontariatu w ośrodkach, opieki wytchnieniowej lub świadczenie przez dom usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w nim niezamieszkujących), tak aby zapewnić usługi zindywidualizowane do potrzeb, nastawione na wzmocnienie autonomii, podmiotowości i godności mieszkańca, a także tworzenie kameralnych mikrospołeczności w miejscu domów ze znaczą liczbą mieszkańców²⁶.

Zgodnie z danymi otrzymanymi ze sprawozdania Ocena Zasobów Pomocy Społecznej wynika, że w 2024 roku w województwie lubelskim funkcjonowało **45 domów pomocy społecznej**. Należy podkreślić, że spośród wszystkich działających DPS-ów:

- 37 placówek prowadzonych było przez jednostki samorządu terytorialnego,
- 8 placówek prowadzonych było przez organizacje pozarządowe.

W 2024 roku domy pomocy społecznej dysponowały łącznie **4 481** miejscami, natomiast z ich usług skorzystało **4 864** osób, co oznacza wzrost o 124 osoby w porównaniu z rokiem 2023. Jednocześnie na umieszczenie w DPS oczekiwało 319 osób (dla porównania: w 2023 roku – 259 osób)²⁷.

Rodzinne domy pomocy

Rodzinne domy pomocy są natomiast ogniwem pośrednim w systemie pomocy społecznej między usługami opiekuńczymi świadczonymi w miejscu zamieszkania a całodobową placówką specjalistycznego wsparcia, jaką jest dom pomocy społecznej. Są to placówki stanowiące specjalną formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych przez osobę w miejscu jej zamieszkania

²⁶ Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.). Załącznik do uchwały nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. (M.P. poz. 767), (<https://isap.sejm.gov.pl>) [dostęp: 16.07.2025]

²⁷ Ocena Zasobów Pomocy Społecznej za 2024 rok, ROPS Lublin 2025

(w ramach działalności gospodarczej) dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie. Jako kameralne placówki wpisują się one w realizowanie idei deinstytucjonalizacji usług pomocy społecznej, dlatego też rozwój tego typu placówek jest szczególnie pożądany²⁸.

W 2024 roku na terenie województwa lubelskiego funkcjonowały **4** rodzinne domy pomocy. Trzy z nich zlokalizowane były w Józefowie (powiat biłgorajski), zaś 1 – w mieście Biała Podlaska. Placówki te dysponowały łącznie 32 miejscami, z których w ciągu roku skorzystały **32** osoby.

Wsparcie w środowisku zamieszkania

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania są podstawowymi usługami społecznymi skierowanymi do osoby samotnej, która ze względu na wiek, choroby lub też inne przyczyny wymaga wsparcia. Pomoc ta przyznawana jest, gdy osoba pozbawiona jest wsparcia innych osób lub rodzina nie może tego wsparcia zapewnić. **Usługi opiekuńcze** obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, **specjalistyczne usługi specjalistyczne** dostosowane są natomiast do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności.

W 2024 r. z pomocy w formie **usług opiekuńczych** w ramach zadań własnych gminy skorzystało ogółem **4 946** osób, z **usług specjalistycznych 119** osób. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych spadła o 76. W przypadku usług specjalistycznych liczba osób nimi objętych spadła o 3²⁹.

Do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminę należy organizowanie i świadczenie **specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi** w miejscu ich zamieszkania. W 2024 r. z tej formy pomocy skorzystały **582** osoby – o 39 osób mniej niż w 2023 r.

²⁸ Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.). Załącznik do uchwały nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. (M.P. poz. 767), (<https://isap.sejm.gov.pl>) [dostęp: 16.07.2025]

²⁹ Ocena Zasobów Pomocy Społecznej za 2024 rok, ROPS Lublin 2025

Usługi opieki wytchnieniowej

Zaangażowanie w opiekę nad osobą zależną nierzadko utrudnia realizację zadań związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego czy funkcjonowaniem rodziny. Dodatkowo, może ono w dłuższej perspektywie przyczyniać się do pogorszenia kondycji zdrowotnej opiekuna, co z kolei przekłada się na mniejszą skuteczność samej opieki. W przeciwdziałaniu negatywnych jej skutków, mogą pomóc **usługi opieki wytchnieniowej**. Ich głównym celem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób wymagających intensywnego wsparcia poprzez pomoc w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa w ich wykonywaniu. Usługi opieki wytchnieniowej mogą również służyć okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków (np. z powodu pobytu w szpitalu)³⁰.

W 2023 roku na obszarze województwa lubelskiego program resortowy Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej (MRiPS) pn.: „Opieka wytchnieniowa” realizowany był w 93 jednostkach samorządu terytorialnego (w 87 gminach, w tym w 4 miastach na prawach powiatu oraz w 6 z 20 powiatów ziemskich). Łączna kwota dofinansowania dla JST z woj. lubelskiego wyniosła blisko 10,4 mln zł (10 399 015 zł).

Usługi asystencji osobistej

Do katalogu usług społecznych realizowanych w miejscu zamieszkania zaliczyć można również **usługi asystencji osobistej**, które są formą ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Ten rodzaj usług stymuluje osobę z niepełnosprawnością do podejmowania aktywności, umożliwia realizację prawa do niezależnego życia czy też przeciwdziała dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność³¹.

Na terenie województwa lubelskiego w 2023 r. program resortowy MRiPS pn.: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” był realizowany w 118 jednostkach samorządu terytorialnego (w 112 gminach, w tym 4 miastach na prawach powiatu, a także w 6 z 20 powiatów ziemskich). Łączna kwota dofinansowania dla JST z woj. lubelskiego wyniosła ponad 47 mln zł (47 425 260 zł).

³⁰ Program „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2024

³¹ Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024

Usługi sąsiedzkie

W nowelizacji ustawy o pomocy społecznej z dn. 28 lipca 2023 r. doprecyzowano zapisy dotyczące **usług sąsiedzkich**. Wprowadzenie ich do oferty usług społecznych stanowi m.in. odpowiedź na ograniczenie zasobów kadry opiekuńczej i obejmuje pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgniacyjną czy (w miarę potrzeb i możliwości) zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Na dzień 26 sierpnia 2024 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubelskiego opublikowane zostały łącznie 43 uchwały (12 w 2023 r. oraz 31 w 2024 r.) w sprawie szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi sąsiedzkie. Z informacji zawartych w Sprawozdaniu półrocznym z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach za I–VI 2024 r. wynika, iż na terenie 10 gmin zrealizowano usługi sąsiedzkie dla łącznie 50 osób.

Poradnictwo specjalistyczne

Usługi w postaci **poradnictwa specjalistycznego** (w szczególności prawnego, psychologicznego i rodzinnego) są z kolei świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub też wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu problemów życiowych bez względu na posiadany dochód. **Poradnictwo prawne** realizowane jest poprzez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego czy ochrony praw lokatorów. **Poradnictwo psychologiczne** realizuje się przez procesy diagnozowania i terapii, zaś **poradnictwo rodzinne** obejmuje problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opieki nad osobą z niepełnosprawnością oraz terapię rodzinną.

W 2024 r. na obszarze województwa lubelskiego poradnictwem specjalistycznym ośrodki pomocy społecznej objęły **3 576** rodzin, tj. o 661 rodzin więcej niż w 2023 r.³².

Dzienne domy pomocy społecznej

Do podmiotów świadczących środowiskowe usługi społeczne należą m.in. **dzienne domy pomocy społecznej**. Obejmują one wsparciem osoby samotne, starsze, przewlekłe chore oraz z niepełnosprawnościami, które wymagają pomocy innych osób (stałej lub okresowej) w prowadzeniu samodzielnego życia, a zwłaszcza – wymagających świadczenia usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych,

³² Ocena Zasobów Pomocy Społecznej za 2024 rok, ROPS Lublin 2025

a także usług aktywizujących oraz integracyjnych. Te lokalne ośrodki wsparcia oferują m.in. codzienne wyżywienie, zajęcia terapeutyczne (np. plastyczne, informatyczne, teatralne czy muzyczne) i przeciwdziałają poczuciu osamotnienia i izolacji społecznej poprzez organizację wszelkiego rodzaju uroczystości lub spotkań okolicznościowych.

W województwie lubelskim funkcjonuje **49** dziennych domów pomocy z których usług korzysta ponad 1 511 osób³³. Jednakże samorządy zgłaszają potrzebę tworzenia kolejnych tego typu placówek.

Kluby seniora

Jednostkami, które oferują codzienne wsparcie osobom starszym są także tzw. kluby seniora, koła lub kluby zainteresowań (działające najczęściej przy świetlicach wiejskich lub ośrodkach pomocy społecznej). Należy zaznaczyć, iż są one systematycznie rozwijającą się formą usług dedykowaną osobom starszym.

Aktualnie w województwie lubelskim funkcjonuje 475 klubów i innych miejsc spotkań seniorów, a placówek tego typu sukcesywnie przybywa³⁴.

Mieszkania treningowe i wspomagane

Działające na mocy ustawy o pomocy społecznej mieszkania treningowe i wspomagane stanowią formę pomocy społecznej, która przy wsparciu specjalistów przygotowuje osoby w nich przebywające do prowadzenia niezależnego życia oraz wspiera w codziennym funkcjonowaniu. W **mieszkaniu treningowym** świadczone są usługi bytowe, praca socjalna, nauka w obszarze rozwijania i utrwalania niezależności, sprawności w zakresie samoobsługi czy pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną w celu umożliwienia prowadzenia niezależnego życia. **Mieszkanie wspomagane** w głównej mierze przeznaczone jest dla osób z niepełnosprawnościami, w tym osób z niepełnosprawnością fizyczną, osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych. Rozwój mieszkalnictwa treningowego i wspomagane wychodzi naprzeciw deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz jest alternatywą dla wsparcia instytucjonalnego (np. w domach pomocy społecznej).

³³ Tamże

³⁴ Tamże

W 2024 roku na terenie województwa lubelskiego funkcjonowało łącznie **105** mieszkań treningowych i wspomaganych. Z tej formy wsparcia skorzystało **321** osób, co oznacza wzrost o 34 osoby w porównaniu do roku 2023.

Struktura podmiotów prowadzących mieszkania przedstawiała się następująco:

- 68 mieszkań prowadzonych było przez gminy,
- 31 mieszkań prowadzonych było przez powiaty,
- 6 mieszkań prowadzonych było przez organizacje pozarządowe³⁵.

Centra opiekuńczo-mieszkalne

Centra opiekuńczo-mieszkalne stanowią z kolei formę wsparcia dedykowaną dorosłym osobom z niepełnosprawnościami z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44. z późn. zm.) oraz orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ww. ustawy³⁶. Centra opiekuńczo-mieszkalne tworzą otoczenie nawiązujące cechami do środowiska domowego i oferują pomoc w formie pobytu całodobowego lub dziennego. Dodatkowo, obok różnorodnego wsparcia adekwatnego do potrzeb osób w nich przebywających (np. w zakresie czynności życia codziennego, w tym higienicznych, związanych z przygotowywaniem i spożywaniem posiłków czy przemieszczaniem się), stwarzają możliwość niezależnego, samodzielnego i godnego funkcjonowania.

W 2024 r. na obszarze województwa lubelskiego funkcjonowało 5 centrów opiekuńczo-mieszkalnych, które zapewniały 60 miejsc na pobyt dzienny oraz 33 miejsca na pobyt całodobowy.

Opieka hospicyjno-paliatywna

Opieka paliatywna to wszechstronna i całościowa opieka nad osobami z nieuleczalnymi, postępującymi i ograniczającymi życie chorobami. Opieka ta ma na celu poprawienie jakości życia chorych, zapobieganie lub uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych oraz łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. W Polsce ruch hospicyjny rozwijał się dynamicznie już w latach 90-tych ubiegłego wieku, zaś od 2009 r. jest odrębnym gwarantowanym

³⁵ Tamże

³⁶ Program „Centra opiekuńczo-mieszkalne” – edycja 2024

świadczeniem zdrowotnym finansowanym ze środków publicznych. W ostatnich latach opieką paliatywną i hospicyjną co roku obejmowano około 90 tys. osób.

Według Oceny Zasobów Pomocy Społecznej za 2024 rok w minionym roku na terenie województwa lubelskiego funkcjonowało 11 hospicjów stacjonarnych.

Warunki udzielania świadczeń gwarantowanych w opiece paliatywnej i hospicyjnej:

Stacjonarne – w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej³⁷

W przypadku opieki stacjonarnej świadczeniobiorcom przysługują: świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu i innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłaniom, opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitacja, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej, zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia oraz opiekę wyręczającą, która polega na przyjęciu pacjenta do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

W 2023 roku w województwie lubelskim ze świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej czy hospicjum stacjonarnym skorzystało 2 742 osób.³⁸ Natomiast średni czas pobytu pacjenta pod opieką poszczególnych świadczeniodawców w ciągu 2023 roku wyniósł ponad 40 dni (w granicach od 16,63 do 114,95 dni).

Domowe – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia

W ramach opieki domowej pacjenci mogą skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarzy i pielęgniarki, świadczeń mających na celu leczenie bólu i innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłaniom, świadczeń rehabilitacyjnych oraz opieki psychologicznej zarówno nad świadczeniobiorcą, jak i jego rodziną. Jednakże pacjentom korzystającym z tego rodzaju świadczeń nie przysługują świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych oraz z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych

³⁷ Ze względu na brak zasilonych danych dotyczących opieki paliatywno-hospicyjnej za 2024 rok, analiza wskaźników dotyczy 2023 roku.

³⁸ Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Opieka paliatywna i hospicyjna, www.basiw.mz.gov.pl [dostęp: 16.07.2025] W zestawieniu uwzględnione zostały dane dot. świadczeń finansowanych przez NFZ.

i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych.

W 2023 roku w województwie lubelskim ze świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia skorzystało 2 801 osób, w tym 119 dzieci³⁹. Natomiast średni czas pobytu pacjenta pod opieką poszczególnych świadczeniodawców w ciągu 2023 roku wyniósł ponad 139 dni (w granicach od 17,36 do 294,12 dni).

Ambulatoryjne – w poradni medycyny paliatywnej

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy (w tym również porady dla osób, które nie zostały zakwalifikowane do hospicjum domowego), porady psychologa oraz świadczenia pielęgniarские w poradni lub w domu świadczeniobiorcy. W ramach porady pacjentom przysługują badania podmiotowe i przedmiotowe, zalecenia lekarza dotyczące ilości przyjmowanych leków (w tym leków przeciwbólowych), zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych oraz zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych, kierowanie do podmiotów leczniczych (w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych) oraz wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia.

W 2023 roku w województwie lubelskim z porad w poradni medycyny paliatywnej skorzystało 362 osoby⁴⁰.

Opieka długoterminowa⁴¹

Opiekę długoterminową obejmuje całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarской, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno–opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze adresowane są zarówno do osób dorosłych, jak i do dzieci.

³⁹ Tamże

⁴⁰ Tamże

⁴¹ Ze względu na brak zasilonych danych dotyczących opieki długoterminowej za 2024 rok, analiza wskaźnika dotyczy 2023 roku.

W Polsce publiczny system opieki długoterminowej opiera się na dwóch niezależnych od siebie filarach. Z uwagi na konieczność zabezpieczenia różnego rodzaju potrzeb osób niesamodzielnych opieka długoterminowa realizowana jest zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w systemie pomocy społecznej. System pomocy społecznej obejmuje usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby, która takiej opieki potrzebuje. Wyróżnia się również dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej oraz w rodzinnych domach pomocy, jak również usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku.

Warunki udzielania świadczeń w opiece długoterminowej:

domowe – udzielane przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie i w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej,

stacjonarne – udzielane w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO).

Zarówno w opiece domowej, jak i stacjonarnej świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej będą udzielane świadczeniobiorcom, którzy w ocenie skali opartą na skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. Na skalę Barthel składa się ocena 10 czynności dnia codziennego. Dzięki ocenie tych czynności można określić, które z nich i w jakim stopniu chory może wykonać samodzielnie, z czyjąś pomocą lub w ogóle. Im mniejsza liczba punktów, tym mniejsza samodzielność chorego. Maksymalna liczba punktów do uzyskania w skali Barthel wynosi 100.

Domowa opieka długoterminowa jest świadczona przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie oraz przez personel pielęgniarstwa opieki długoterminowej w domu osoby potrzebującej.

Pielęgniarstwą opieką długoterminową są objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia i opieki w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem POZ. W przypadku opieki domowej, podstawą objęcia chorego pielęgniarstwą opieką długoterminową jest: skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, kwalifikacja pielęgniarstwa do objęcia pielęgniarstwą opieką

długoterminową oraz pisemna zgoda pacjenta na objęcie taką opieką. Pielęgniarską opieką długoterminową domową mogą być objęci pacjenci, którzy: nie są objęci opieką przez hospicjum domowe; nie są objęci opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych; nie są objęci opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie; nie pozostają w ostrej fazie choroby psychicznej.

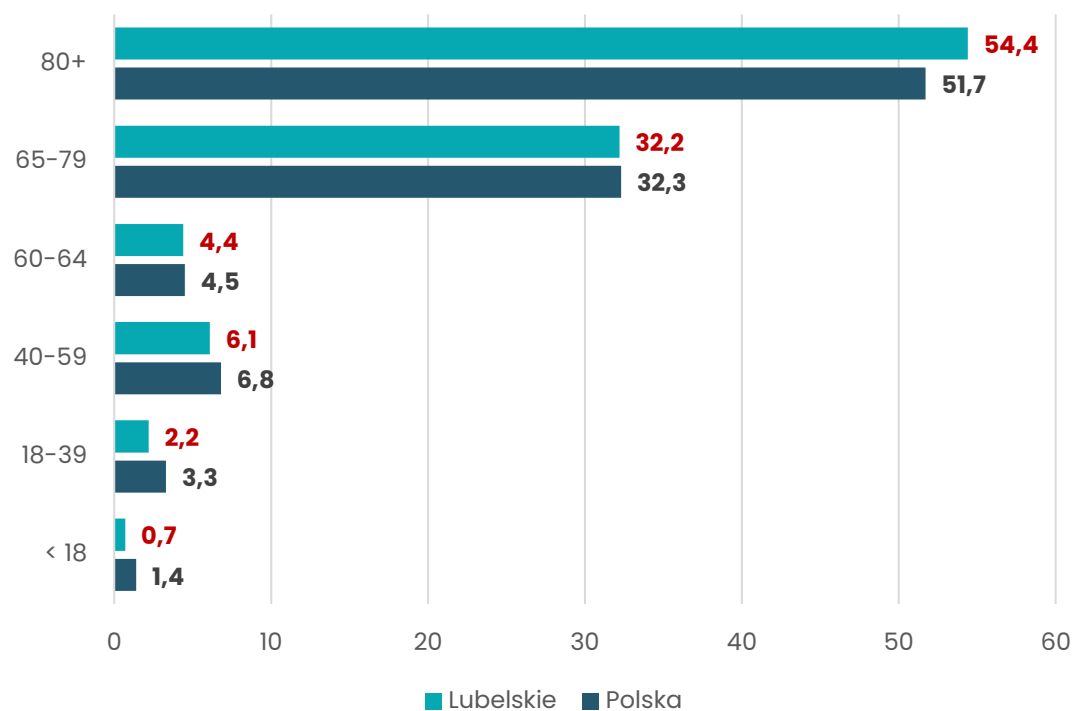
Świadczenia realizowane w warunkach domowych przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie są udzielane chorym z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającym stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora, bądź nieinwazyjnej, ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającym jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

W 2023 roku w województwie lubelskim z domowej opieki długoterminowej domowej skorzystało **4 701** osób.

Stacjonarna opieka długoterminowa jest udzielana pacjentom wymagającym ze względu na swój stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym. Celem takiej opieki jest rekonwalescencja i poprawa zdrowia pacjenta. Świadczenia te obejmują również dostęp do środków farmaceutycznych, materiałów medycznych, sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego oraz pomocy w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i psychicznych. Świadczenia gwarantowane realizowane przez zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze obejmują świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, rehabilitanta oraz psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne i dietetyczne, edukację zdrowotną oraz zaopatrzenie w niezbędne wyroby medyczne.

W 2023 roku w województwie lubelskim ze stacjonarnej opieki długoterminowej domowej skorzystało **3 599** osób.

Wykres 24. Struktura pacjentów objętych domową i stacjonarną opieką długoterminową w województwie lubelskim i Polsce w 2023 r. (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych

**Programy i świadczenia
w województwie lubelskim
poświęcone osobom
starszym**

4. Programy i świadczenia w województwie lubelskim poświęcone osobom starszym

4.1. Wojewódzki program na rzecz osób starszych

Zmiany demograficzne i społeczne zachodzące obecnie w Polsce i wynikające z nich zjawiska – wzrastająca liczba osób starszych oraz niska dzietność – stanowią wyzwanie dla samorządów i skłaniają do projektowania kierunków działań skierowanych na coraz bardziej liczną i aktywną grupę seniorów. Polska należy do krajów, w których ta zmiana będzie szczególnie dotkliwa. Z jednego z najmłodszych państw Unii Europejskiej, w 2060 roku stanie się jednym z najstarszych (Okólski 2010, s. 37–78). Odpowiedzią na te zmiany zachodzące również na Lubelszczyźnie jest Wojewódzki Program na Rzecz Osób Starszych na lata 2021 – 2025. Opracowany on został przez Zespół powołany Zarządzeniem Dyrektora Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie.

Działania zmierzające do poprawy jakości życia osób starszych zajmują szczególne miejsce w polityce społecznej Samorządu Województwa Lubelskiego. Głównym celem Wojewódzkiego Programu na Rzecz Osób Starszych jest poprawa jakości życia i funkcjonowania osób starszych oraz rozwój działań na rzecz integracji międzypokoleniowej i udziału osób starszych w życiu społecznym i zawodowym. Program realizuje cele i kierunki zawarte w obszarze „Starzejące się społeczeństwo” Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego na lata 2021 – 2030. Swoim zakresem obejmuje on pięć obszarów problemowych: zdrowie i profilaktyka, system wsparcia – infrastruktura i usługi społeczne, aktywność i udział w życiu społecznym osób starszych, aktywność zawodowa osób 50+ oraz bezpieczeństwo. W ramach wyżej wymienionych obszarów zostały wyznaczone cele strategiczne, cele operacyjne i kierunki działań. Program ma charakter interdyscyplinarny, a jego wdrażanie wymaga współpracy administracji rządowej i samorządowej oraz wielu partnerów społecznych tj.: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, instytucji naukowych, instytucji oświaty, kultury i edukacji, jednostek służby zdrowia, organizacji pozarządowych, a także podmiotów zajmujących się aktywizacją zawodową i społeczną osób starszych.

4.2. Polityka Senioralna EFS+

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie rozpoczął także realizację projektu partnerskiego pn. „Polityka Senioralna EFS+” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne Priorytetu VIII Zwiększenie Spójności Społecznej Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Projekt skierowany jest do seniorów, tj. osób w wieku 65 lat i więcej – w tym osób z niepełnosprawnościami oraz osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a także do opiekunów faktycznych osób w wieku 65 lat i więcej z województwa lubelskiego. Adresatami projektu jest także kadra bezpośrednio świadczącej usługi na rzecz seniorów, w społeczności lokalnej.

- Numer projektu: FELU.08.05-IZ.00-0001/23
- Całkowity koszt projektu: 27 268 186, 00 PLN
- Całkowita wartość dofinansowania: 25 904 776,70 PLN
- Okres realizacji projektu: 1 września 2023r. – 31 grudnia 2025 r.

Głównym celem projektu jest poprawa dostępu do usług społecznych i zdrowotnych dla 6986 seniorów w wieku 65 lat i więcej, w szczególności dla osób w niekorzystnej sytuacji oraz dla ich opiekunów z 36 gmin z terenu województwa lubelskiego.

Cel szczegółowy projektu to zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku 65 lat i więcej znajdujących się w niekorzystnej sytuacji oraz poprawa dostępności, w tym dla OzN, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej.

Cel zostanie osiągnięty poprzez realizację zintegrowanych usług społecznych, rozwój środowiskowych form pomocy i samopomocy, w tym rozwój i upowszechnienie form wsparcia środowiskowego w miejscu zamieszkania oraz tworzenie warunków do opieki domowej, m.in. funkcjonowania wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego. Projekt zakłada realizację

kompleksowych działań odpowiadających na zidentyfikowane potrzeby w zakresie wsparcia opiekunów faktycznych poprzez objęcie ich działaniami wspierającymi, doradczymi i szkoleniowymi mającymi na celu doskonalenie ich umiejętności warunkujących efektywną opiekę i tym samym podnoszących jakość życia opiekunów i podopiecznych.

Grupa docelowa projektu to trzy typy odbiorców:

1. Osoby starsze w wieku 65 lat i więcej, które wymagają wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym: OzN i chorobami wieku starczego, osoby samotne, osoby starsze potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wykluczone komunikacyjne, z utrudnionym dostępem do placówek medycznych, borykające się z problemami finansowymi oraz brakiem wsparcia ze strony rodziny/dzieci. Wśród ogólnej liczby osób ważną grupę stanowią OzN, to głównie odbiorcy usług opiekuńczych, asystenckich i sąsiedzkich, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób.
2. Opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych w wieku 65 lat i więcej, którzy sprawują opiekę bez obowiązku ustawowego zaspokajając codzienne potrzeby życiowe, zapewniając opiekę higieniczną, ułatwiając utrzymanie kontaktu z innymi w środowisku seniora.
3. Osoby stanowiące kadrę realizującą działania w obszarze usług społecznych.

Łącznie wsparciem w ramach projektu zostanie objętych 7 646 osób, w szczególności zamieszkujące obszary, z ograniczeniami w dostępie do usług społecznych, osoby w wieku 65 lat i więcej, w tym mieszkańcy gmin, na terenie których brakuje usług opiekuń. i/lub świadczone usługi są niewystarczające.

Przy doborze uczestników projektu(UP) będziemy stosować zasadę polityki równych szans, która zapewni obiektywny system doboru uczestników projektu na każdym etapie jego realizacji. Z efektów projektu będą korzystać wszyscy UP bez względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, religię, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną.

Grupa docelowa: osoby ze szczególnymi potrzebami m.in. w zakresie dostępu do wysokiej jakości spersonalizowanych usług świadczonych w środowisku lokalnym zapewniających odbiorcom możliwość niezależnego życia i włączenia społecznego zgodnie z art. 19 Konwencji o prawach OzN, Koment. ogólnym nr 5 do tej Konwencji i Uwagami Podsumowującymi Komitetu do spraw Praw ONZ.

Główny cel projektu zostanie osiągnięty poprzez realizację następujących działań:

1. Usługi opiekuńcze świadczone w społeczności lokalnej, w formach dziennych, w tym, rodzinne domy pomocy, dzienne domy pomocy.
2. Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej poprzez tworzenie warunków i usług w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia.
3. Wsparcie opiekunów faktycznych (nieformalnych) osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu m.in. poprzez poradnictwo psychologiczne i gerontologiczne.
4. Szkolenia kadry bezpośrednio świadczącej usługi na rzecz seniorów.
5. Pomoc prawna dla osób w wieku 65 lat i więcej.
6. Doradztwo w zakresie dostępności.
7. Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego.
8. Zakup opasek życia z systemem przywołującym i pakietów bezpieczeństwa dla seniorów.

Zadania realizowane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie:

1. Szkolenia kadry bezpośrednio świadczącej usługi na rzecz seniorów:
 - szkolenie dla opiekunów/opiekunek osób starszych dla 5 osób
 - szkolenie dla asystent osobisty osoby niepełnosprawnej dla 10 osób
 - szkolenie z pierwszej pomocy przedmedycznej dla 230 osób
 - szkolenia dla opiekunów świadczących usługi sąsiedzkie/wolontariackie dla 115 osób
 - szkolenia dla opiekunów faktycznych dla 300 osób
2. Pomoc prawna dla osób w wieku 65 lat i więcej – 1727 godzin dla 791 osób.
3. Doradztwo w zakresie dostępności – 360 godzin dla 36 gmin.
4. Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego – 12 wypożyczalni na terenie województwa lubelskiego
5. Zakup opasek życia z systemem przywołującym i pakietów bezpieczeństwa dla seniorów – 285 opasek dla 10 gmin

Bibliografia

- Błachnio A., Kuryś-Szyncel K., Molesztak A. (2017), *Psychologia starzenia się i strategie dobrego życia*, Difin, Warszawa
- Czarnecka M., Kelm H., Koczur W., *Wykluczenie cyfrowe seniorów w zakresie korzystania z usług społecznych w Polsce w dobie demograficznego starzenia się ludności*, „Optimum. Economic Studies”, 2023, nr 1(111), s. 89-106
- Cyrklaff M. (2016), *Wykluczenie cyfrowe osób w wieku 50+. Sygnalizacja problemu*, [w:] Gierańczyk W. (red.), *Starzenie się ludności jako wyzwanie XXI wieku. Ujęcie interdyscyplinarne*, Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu, Toruń
- Dziemianowicz W., Jurkiewicz I. (red.), 2023, *Megatrendy społeczno-gospodarcze w kontekście Koncepcji Rozwoju Kraju 2050. Trendy europejskie i krajowe*, Instytut Rozwoju Miast i Regionów, Warszawa-Kraków
- Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A. (2019), *Ludzka starość*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków
- Jedlińska R., *Wykluczenie cyfrowe w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej*, „Ekonomiczne Problemy Usług”, 2018, nr 2, s. 225-236
- Kocemba J. (2000), *Biologiczne wyznaczniki starości*, [w:] Szarota Z., Panek A. (red.), *Zrozumieć starość*, TEST, Kraków
- Krzyszowski J. (2011), *Osoby starsze* [w:] Szarfenberg R. (red.), *Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, WRZOS, Warszawa
- Koncepcja Rozwoju Kraju 2050, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
- Krajowy Program Działań wobec Chorób Ośrodkowych na lata 2025-2030
- Kotowska I.E. (2021), *Zmiany demograficzne w Polsce – jakie wyzwania rozwojowe przyniosą*, „Forum Idei” 2021, vol 9
- Krajowy Instytut Mediów (2025), *Usługi medialne i infrastruktura do ich odbioru w 2024 roku. Gospodarstwa domowe*, Warszawa
- Krajowy Instytut Mediów (2025), *Usługi medialne i infrastruktura do ich odbioru w 2024 roku. Mieszkańcy Polski w wieku 4 lata i więcej*, Warszawa
- Lelonek-Kuleta B., *Patologiczny Hazard wśród osób starszych*, „Świat Problemów” 2015, nr 9(272), s.37-41
- Lelonek-Kuleta B., Chuchra M., Sak J. (2017), *Raport z projektu badawczego „Hazard w życiu seniorów”*, KBPN i KUL, Lublin
- Łuszczńska-Rejchert A. (2010), *Człowiek starszy i jego wspomaganie. W stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn
- Łuszczńska M., *Prawa osób starszych przeciwko marginalizacji społecznej*, „Praca Socjalna” 2020, 34(5), s. 127-153
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie przyznawania komбатantom i innym osobom uprawnionym świadczenia w wysokości dodatku kombatanckiego, dodatku kompensacyjnego oraz ryczałtu energetycznego
- Rudnik A., *Wymiary starości i cechy ludzi starych w percepcji dzieci i młodzieży*, „POGRANICZE. Studia Społeczne” 2016, tom XXVIII, s. 201-219
- Rusek A. (2021), *Nowe podejście do starzenia się w Unii Europejskiej: na przykładzie rozwiązań polskich*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa
- Suwiński E., *Współczesny wymiar starzenia się i starości*, „21st Century Pedagogy” 2018, vol. II(11), s.49-66

- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa
- Szlachta-Kisiel K., *Wiek emerytalny na gruncie art. 184 ustawy emerytalnej*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2012, tom 148(1)
- Szluz B., *Problemy opiekunów rodzinnych osób z chorobą Parkinsona jako wyzwanie dla pracy socjalnej*, „Praca Socjalna” 2021, 36(1), s. 97–119
- Trafiałek E. (2003), *Marginalizacja ludzi starych a dylematy polityki społecznej* [w:] Kantowicz E., Olubiński A. (red.), *Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. 1998 Nr 162 poz. 1118
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593
- Ustawa z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2012 poz. 637
- Ustawa z dnia 16 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2017 poz. 38
- Zych A.A. (2019), *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków

Spis tabel, wykresów, rysunków i map

Tabele

Tabela 1. Typologie starzenia się	9
Tabela 2. Bariery uniemożliwiające i/lub przeszkadzające seniorom w efektywnym korzystaniu z technologii informacyjnych.....	15
Tabela 3. Formy przemocy bezpośredniej wobec seniorów	18
Tabela 4. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem danej grupy według płci w Polsce (prognoza)	35
Tabela 5. Współczynnik feminizacji w Polsce (prognoza)	35
Tabela 6. Liczba mieszkańców powyżej 60 roku życia w kraju i województwie lubelskim w latach 2014 – 2024	38
Tabela 7. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogóle mieszkańców województwa lubelskiego według płci, miejsca zamieszkania oraz grup wieku w 2024 r.	40
Tabela 8. Współczynnik feminizacji w 2024 r. w województwie lubelskim w poszczególnych grupach wiekowych	44
Tabela 9. Współczynnik zgonów osób w wieku 60 lat i więcej według grup wieku i płci w województwie lubelskim w 2024 r.	48
Tabela 10. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem danej grupy według płci (prognoza)	51
Tabela 11. Współczynnik feminizacji w województwie lubelskim (prognoza)	51
Tabela 12. Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 55–89 lat według płci w województwie lubelskim w 2024 r.	53
Tabela 13. Liczba osób z ustalonym prawem do emerytury podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu i emerytalno-rentowym w Polsce w latach 2015–2024 (w tys.)	54
Tabela 14. Liczba osób z ustalonym prawem do emerytury podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu i emerytalno-rentowym w Polsce w 2024 r. (w tys.)	54
Tabela 15. Struktura osób z ustalonym prawem do emerytury podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu według wieku i płci w Polsce w 2024 r.	55

Wykresy

Wykres 1. Odsetek osób w poszczególnych grupach wiekowych korzystających z internetu w ciągu ostatnich 3 miesięcy (dane za 2023 r.)	13
Wykres 2. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogóle ludności Polski w latach 2014–2024	28
Wykres 3. Struktura osób w wieku 60 lat i więcej według poszczególnych grup wieku w Polsce w latach 2014–2024 (w %).....	30
Wykres 4. Współczynnik feminizacji w poszczególnych grupach wiekowych w Polsce w 2024 r.....	31
Wykres 5. Współczynnik zgonów ludności w wieku 60 lat i więcej ogółem oraz z podziałem na płeć w Polsce w 2024 r.....	32
Wykres 6. Procentowy udział ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce (prognoza)	34
Wykres 7. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w województwie lubelskim w latach 2014 – 2024.....	38
Wykres 8. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w województwie lubelskim w latach 2014 – 2024	39
Wykres 9. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w poszczególnych przedziałach wiekowych w województwie lubelskim w 2024 r.	40
Wykres 10. Procentowy udział ludności powyżej 60 roku życia w ogóle mieszkańców poszczególnych powiatów województwa lubelskiego	41
Wykres 11. Zmiana liczby ludności według ekonomicznych grup ludności w województwie lubelskim w latach 2014–2024.....	43
Wykres 12. Przeciętne trwanie życia osób w wieku 60 lat według płci w województwie lubelskim w latach 2013 – 2023.....	45
Wykres 13. Przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu osób w wieku 60 lat według płci oraz województw w 2023 roku.....	46
Wykres 14. Struktura zgonów osób w wieku 60 lat i więcej według grup wieku w województwie lubelskim w 2024 r.	47
Wykres 15. Prognoza ludności dla województwa lubelskiego według scenariusza głównego	48
Wykres 16. Prognoza ludności 60+ dla województwa lubelskiego według scenariusza głównego	50
Wykres 17. Procentowy udział ludności 60+ w liczbie ludności ogółem w województwie lubelskim (prognoza)	50
Wykres 18. Liczba osób z ustalonym prawem do emerytury podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu w przeliczeniu na 1000 emerytów w poszczególnych województwach w 2024 r.	56
Wykres 19. Udział osób w wieku 50 lat i więcej w ogólnej liczbie bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy w województwie lubelskim w latach 2019–2024 (w %).....	60
Wykres 20. Liczba emerytów i rencistów w Polsce w latach 2014–2024 (w tys. osób)	61
Wykres 21. Przeciętna miesięczna emerytura brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce i w województwie lubelskim w 2024 r. (w zł)	63
Wykres 22. Przeciętna miesięczna emerytura brutto z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według województw w 2024 r. (w zł)	63
Wykres 23. Przeciętne miesięczne świadczenia emerytalno-rentowe Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2024 r.	64
Wykres 24. Struktura pacjentów objętych domową i stacjonarną opieką długoterminową w województwie lubelskim i Polsce w 2023 r. (w %)	76

Rysunki

Rysunek 1. Przejawy dyskryminacji seniorów w poszczególnych kategoriach.....	12
Rysunek 2. Odsetek osób 65+ korzystających z poszczególnych mediów w 2024 r.....	14
Rysunek 3. Szacowany odsetek chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce na tle państw Unii Europejskiej w latach 2014 i 2019.....	21
Rysunek 4. Udział ludności w wieku 60 lat i więcej oraz współczynnik feminizacji w miastach i wsiach w Polsce w 2024 r.	31
Rysunek 5. Udział populacji w wieku 60 lat i więcej w ogólnej strukturze ludności w ujęciu regionalnym i krajowym.....	37
Rysunek 6. Struktura ludności według ekonomicznych grup w województwie lubelskim w 2024 r.....	42
Rysunek 7. Piramida ludności województwa lubelskiego w 2024 r. według scenariusza głównego.....	49
Rysunek 8. Piramida ludności województwa lubelskiego w 2060 r. według scenariusza głównego.....	49

Mapy

Mapa 1. Procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w poszczególnych województwach w 2024 r.	29
Mapa 2. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w poszczególnych województwach w 2024 r.....	33
Mapa 3. Procentowy udział emerytów i rencistów w ogóle mieszkańców poszczególnych województw w 2024 r.....	62