

ANNA JANISZEWSKA

Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk Geograficznych
Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami

PROBLEM JAKOŚCI ŻYCIA LUDZI STARYCH W DOKUMENTACH MIĘDZYNARODOWYCH I KRAJOWYCH

1

THE ISSUE OF THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN THE INTERNATIONAL AND NATIONAL DOCUMENTS

Artykuł wpłynął do redakcji 20.10.2015; po recenzjach zaakceptowany 11.05.2016.

Janiszewska A., 2015, *Problem jakości życia ludzi starych w dokumentach międzynarodowych i krajowych*, [w:] Janiszewska A. (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space – Society – Economy”, 14, Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 63–81.

*Dr hab. Anna Janiszewska, Uniwersytet Łódzki, Katedra Studiów Ludnościowych i Badań nad Usługami, ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź;
e-mail: anna.janiszevska@geo.uni.lodz.pl*

Zarys treści

W opracowaniu dokonano przeglądu wybranych dokumentów organizacji i instytucji międzynarodowych i wykazano, że problem poprawy jakości życia obywateli był podnoszony już od lat 50. ubiegłego wieku. Zwracano w nich uwagę na godziwe życie, zapewniające mieszkańcom naszego globu zaspokojenie podstawowych potrzeb egzystencjalnych. W ostatnim z przytaczanych dokumentów, tj. w *Agendzie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030* podnoszona jest kwestia promocji szeroko rozumianego dobrobytu dla wszystkich ludzi w każdym wieku. Dużo miejsca w dokumentach organizacji i instytucji międzynarodowych i krajowych zajmuje kwestia stanu

zdrowia osób starszych i jego poprawy. Szczególną uwagę zwraca się w tym przypadku na upowszechnianie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu. Celem opracowania jest wskazanie działań i rozwiązań, jakie są wyznaczane i podejmowane w inicjatywach międzynarodowych, unijnych i krajowych skierowanych do ludzi starszych i zmierzające do poprawy ich jakości życia.

Słowa kluczowe

Dokumenty ONZ, WHO, UE, jakość życia, stan zdrowia.

1.1. WPROWADZENIE

Społeczność międzynarodowa dostrzega już od wielu lat problem jakości życia ludzi niezależnie od ich wieku. Znajduje to potwierdzenie w wielu dokumentach wydawanych przez różne instytucje i organizacje światowe. Każdy człowiek ma prawo do życia (to jest prawo niezbywalne). Chcemy żyć dobrze, godziwie i dostatnio, inaczej mówiąc chcemy mieć wszystko, czego potrzebujemy, by być zdrowymi i szanowanymi, kochać i być kochanym. Istotna dla poczucia zadowolenia z życia jest także możliwość podejmowania działań, które sprawiają nam radość, przyjemność lub satysfakcję. Wszystko to wpływa na poziom i jakość naszego życia. Celem ludzkiej egzystencji jest więc dążenie do poprawy warunków życia, zarówno w sferze materialnej, społecznej, duchowej, a także w wymiarze ekologicznym.

Zapewnienie prawa do życia swoim obywatelom powinno być głównym zadaniem każdego państwa¹. Podjęcie badań naukowych nad problematyką jakości życia człowieka wynika m.in. z konieczności określenia jej stanu wyjściowego w celu poprawy warunków życia. Te ostatnie są definiowane jako stan zaspokojenia wszelkich potrzeb wynikających z otoczenia (środowiska), życia i działania. Do mierników, które mogą służyć wartościowaniu tych warunków zaliczany jest poziom życia i jakość życia (Liszewski 2004).

Analiza jakości życia obywateli jest więc konieczna i potrzebna, ponieważ jest kryterium racjonalności procesów gospodarowania i polityki gospodarczej państwa. Zainteresowanie badawcze tą problematyką to także efekt refleksji nad korzyściami i zagrożeniami jakie niesie dla człowieka postęp cywilizacyjny. Poddaje się bowiem analizie nie tylko poziom materialny życia, ale stan emocjonalny, psychiczny, duchowy czy moralny człowieka, który korzysta z różnych dobrodziejstw cywilizacji, ale także cierpi z powodu niekorzystnych zjawisk związanych z rozwojem społeczno-ekonomicznym (np. zanieczyszczenie środowiska).

¹ Zwracali na to uwagę już w starożytności Platon, a potem Arystoteles, którzy twierdzili, że zadaniem państwa jest raczej czynić ludzi szczęśliwymi niż spełniać ich zachcianki. W czasach nowożytnych problem ten podejmowali E. Durkheim i J. Mill, według których testem jakości pracy państwa (rządu, władzy) jest jakość życia ich obywateli (Ostasiewicz 2004).

Według szacunków WHO, w latach 2000–2050 populacja ludzi w wieku 60 lat i więcej potroi się (z 600 mln do 2 mld). Problem starzejących się społeczeństw dotyka wszystkie kraje, ale najbardziej jest widoczny w państwach słabo rozwiniętych – tam liczba ludzi starszych wzrośnie z 400 mln w 2000 roku do 1,7 mld w 2050 roku. Ta zmiana demograficzna będzie miała znaczący wpływ na zdrowie publiczne. Zachowanie dobrego zdrowia w przypadku starszych ludzi jest niezwykle ważne, jeśli mają oni pozostać niezależni i być aktywnymi członkami swoich rodzin i społeczności (*World report on ageing and health* 2015).

W artykule dokonano przeglądu wybranych stanowisk zawartych w dokumentach organizacji i instytucji międzynarodowych, unijnych i krajowych, które odnoszą się do szeroko pojmowanej jakości życia ludzi, w tym osób starych. Dokumenty te mają charakter zarówno prawa „twardego”, jak i „miękkiego” i zawierają rozwiązania zmierzające do poprawy ich jakości życia. Szczególną uwagę zwrócono na dokumenty strategiczne i opracowania odnoszące się do stanu zdrowia, które jest bardzo istotnym czynnikiem warunkującym jakość życia osób w podeszłym wieku. Należy podkreślić, że w opracowaniu zaprezentowano wytyczne i rozwiązania widniejące w dokumentach programowych, które nie zawsze były i są, z różnych powodów, w pełni realizowane.

1.2. STANOWISKO ORGANIZACJI NARODÓW ZJEDNOCZONYCH

Prawa człowieka zostały formalnie uznane za jeden z priorytetów społeczności międzynarodowej ponad 70 lat temu, w grudniu 1948 roku, kiedy przyjęto Powszechną Deklarację Praw Człowieka. Zyskały one wówczas miano uniwersalnych zasad obejmujących wszelkie aspekty życia ludzkiego. Ostatecznie prawa człowieka – obywatelskie, polityczne, ekonomiczne, społeczne i kulturalne – zostały ujęte w formie dwóch dokumentów Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich (Osobistych) i Politycznych oraz Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych². Oba Pakty zostały przyjęte w 1966 roku i weszły w życie w roku 1976. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich (Osobistych) i Politycznych oraz Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych wraz z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka, tworzą Międzynarodową Kartę Praw Człowieka³ (*Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, <http://www.unic.un.org.pl/>).

² Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich (Osobistych) i Politycznych ratyfikowało 168 państw, natomiast Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ratyfikowało 150 państw, https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-4&chapter=4&lang=en (dostęp: 21.07.2015).

³ Karel Vasak francuski prawnik pod koniec lat 70. zaproponował wyodrębnienie praw człowieka i podzielił ich na trzy generacje (kategorie). Prawa I generacji to podstawowe (fundamentalne), wynikające z natury ludzkiej, niezależne od stanu prawnego obowiązującego w państwie (prawa związane z egzystencją ludzką, wolnością światopoglądu, egzystencją prawną człowieka oraz prawa obywatelskie). Prawa II generacji to prawa

W dokumentach ONZ odnajdujemy odniesienia do praw człowieka w zakresie stopy życiowej i poziomu życia.

Artykuł 25, p. 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka stanowi:

Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny.

W artykule 11 p. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych czytamy:

Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do odpowiedniego poziomu życia dla niego samego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież i mieszkanie oraz do stałego polepszania warunków bytowych. Państwa Strony podejmą odpowiednie kroki w celu zapewnienia realizacji tego prawa, uznając w tym celu zasadnicze znaczenie współpracy międzynarodowej opartej na zasadzie dobrowolności.

Prawa człowieka są uniwersalnymi zasadami wolności i uprawnień jednostek i grup, które są chronione przez prawo. Należą do nich prawa obywatelskie i polityczne takie, jak prawo do życia, a także prawa społeczne, gospodarcze i kulturalne, które obejmują prawa do zdrowia, ubezpieczeń społecznych i mieszkań. Prawa człowieka nie mogą być odebrane ze względu na wiek lub stan zdrowia danej osoby. Artykuł 1 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych zakazuje dyskryminacji ze względu na status jednostki, w tym wiek (*International Covenant... 1966*). Z definicji, prawa człowieka mają zastosowanie do wszystkich osób, w tym osób starszych, nawet gdy nie ma bezpośredniego odniesienia w tekście do starszych grup wiekowych lub starzenia.

Problemy warunków życia ludzi zostały uwzględnione w Raporcie Milenijnym Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych podczas sesji 27 marca 2000 roku. W piątej części Raportu *W trosce o przyszłe warunki życia na Ziemi* zapisano:

W naszych działaniach musimy zawsze stawiać na pierwszym planie dobro ludzi. To najważniejsza zmiana, jaka musi nastąpić w naszym myśleniu i postępowaniu. Nie ma bardziej szlachetnego i odpowiedzialnego zadania niż tworzenie warunków umożliwiających mężczyznom, kobietom i dzieciom w miastach i wioskach całego świata poprawę standardów życiowych. Dopiero wtedy, gdy zapoczątkujemy ten proces, będziemy pewni, że globalizacja staje się naprawdę powszechna i może dać szansę wszystkim mieszkańcom globu.

ekonomiczne, socjalne i kulturalne, zapewniają jednostce rozwój fizyczny, duchowy i bezpieczeństwo socjalne. Nakładają na państwo obowiązki ekonomiczne i socjalne wobec obywatela. Źródłem praw II generacji jest m.in. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych z 1966 roku. Prawa III generacji to prawa kolektywne, solidarnościowe, czyli uprawnienia przysługujące grupom, zbiorowościom, narodom, odnoszące się do jakości ich życia (Michałowska 2007).

Podczas Szczytu Zrównoważonego Rozwoju, który odbył się w Nowym Jorku w dniach 25–27 września 2015 roku kraje przyjęły nową Agendę na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030. Dokument ten inaczej Agenda na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030 (inaczej *Agenda Post-2015*) jest planem rozwoju dla świata, zakładającym w perspektywie do 2030 roku eliminację ubóstwa, godne życie dla wszystkich ludzi oraz zapewnienie pokoju. Agenda Rozwoju zastępuje przyjęte w 2000 roku *Milenijne Cele Rozwoju (Millennium Development Goals)*, których ostateczny termin realizacji został wyznaczony na rok 2015.

Agenda zawiera 17 Celów Zrównoważonego Rozwoju (*Sustainable Development Goals*) oraz powiązanych z nimi 169 zadań (*targets*), monitorowanych odpowiednimi wskaźnikami. Zarówno Agenda, jak i cele i zadania mają powszechny charakter, bowiem dotyczą zarówno krajów rozwijających się, jak i rozwiniętych. Dotyczą one wszystkich ludzi, w centrum uwagi znajdują się takie kwestie, jak poprawa jakości życia ludzi, ochrony socjalnej i środowiska, w którym żyją. W celu nr 3 zapisano zadanie dotyczące zapewnienia życia w zdrowiu oraz promocję dobrobytu dla wszystkich ludzi w każdym wieku.

W raporcie *World Report on Ageing and Health* z 2015 roku podkreślono, że od połowy XX wieku podejmowano wiele działań skierowanych na ochronę praw człowieka, w tym również ludzi starszych. Świadectwem tego jest wydanie kilku międzynarodowych traktatów i dokumentów odnoszących się do starzenia się i starszych osób, w których zapisano wolność od dyskryminacji starszych kobiet, starszych migrantów i osób starszych z niepełnosprawnością.

Wyrazem zainteresowania problematyką osób starszych w wymiarze międzynarodowym od połowy XX wieku były liczne spotkania i fora dyskusyjne w znacznym stopniu inicjowane i nadzorowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych. Efektem kolejnych spotkań były ustalenia dotyczące strategii działań mających na celu rozwiązywanie najważniejszych problemów osób starszych. Pierwsze forum dyskusyjne z inicjatywy ONZ poświęcone problemom starzenia się ludności w wymiarze światowym odbyło się w Argentynie w 1948 roku, drugie zostało zwołane na Malcie w 1969 roku. Opublikowany w 1950 roku raport *Welfare of the Aged: Old Age Rights* nie spowodował podjęcia dalszych działań w kierunku rozwiązywania kwestii osób starszych, ponieważ w połowie ubiegłego wieku starzenie się ludności nie było traktowane jeszcze jako ważny problem społeczny (Mikołajczyk 2012).

Jednak przejawy i następstwa zmian demograficznych na świecie zaczęły niepokoić i absorbować organizatorów życia gospodarczego oraz organizacje międzynarodowe, w tym także ONZ. Kolejne posiedzenie zwołane przez ONZ odbyło się w Wiedniu w 1982 roku. Było to Pierwsze Światowe Zgromadzenie na Temat Osób Starszych. Efektem obrad wiedeńskich był raport określający międzynarodowy plan działania dotyczący problemów starszego pokolenia oraz *Deklaracja Zasad Narodów Zjednoczonych*, zwana także *Deklaracją Wiedeńską*,

w odniesieniu do ludzi starszych. Plan wiedeński zachęcał do regionalnej i globalnej współpracy oraz zawierał 62 zalecenia dla krajów członkowskich dotyczące działań na rzecz osób starszych (Golinowska, Mazurkiewicz 1999).

W 1991 roku, czyli w dziewięć lat po zaaprobowaniu Planu Wiedeńskiego, Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych. Zasady określone w *Deklaracji* dotyczyły następujących pięciu kwestii: niezależności ludzi starszych, współdecydowania, opieki, samorealizacji i godności (Studen 2011).

Zgodnie z zasadą niezależności osoby starsze powinny mieć prawo do odpowiedniego zaopatrzenia, życia w warunkach, które zapewniają bezpieczeństwo i mogą być dostosowane do indywidualnych preferencji, prawo do opieki zdrowotnej, możliwości powiększania dochodów, możliwości podejmowania pracy oraz współdecydowania o jej zaprzestaniu, możliwości doksztalcania oraz korzystania z różnych programów edukacyjnych i szkoleniowych podnoszących jakość życia, a także możliwość zamieszkania w domu rodzinnym tak długo, jak długo jest to możliwe. W myśl zasady uczestnictwa osoby starsze powinny utrzymywać bliską więź ze społeczeństwem, brać aktywny udział w formułowaniu i realizacji programów, które mają bezpośredni wpływ na ich warunki bytowe, powinny dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem z młodszym pokoleniem, powinny mieć możliwość korzystania z różnych form służby na rzecz swoich środowisk oraz zatrudnienia w charakterze wolontariuszy w zakresie zgodnym z zainteresowaniami i możliwościami, powinny także mieć możliwość zakładania organizacji lub stowarzyszeń. Zasada opieki stanowi, że osobom starszym należy się opieka ze strony rodziny i społeczeństwa oraz ochrona zgodna z systemem wartości kulturowych poszczególnych narodów. Osoby starsze powinny mieć: dostęp do opieki medycznej służącej utrzymaniu lub odzyskaniu optymalnego poziomu aktywności fizycznej i umysłowej, jak również zapobieganiu chorobom; dostęp do usług socjalnych i prawnych dla umocnienia swojej niezależności i odpowiedniej ochrony oraz opieki; mieć możliwość korzystania z właściwych form opieki instytucjonalnej zapewniającej rehabilitację zdrowotną i społeczną, umysłową aktywizację w otaczającym środowisku; możliwość korzystania z praw człowieka i podstawowych swobód w trakcie przebywania w instytucjach zapewniających schronienie, opiekę lub pomoc medyczną – poszanowaniem ich godności, przekonań, potrzeb, prywatności, a także prawa do decydowania o formie opieki i jakości swojego życia. Zasada samorealizacji stanowi o stwarzaniu osobom starszym możliwości ich dalszego rozwoju osobowego, duchowego i intelektualnego, możliwości dostępu do dóbr kulturalnych, edukacyjnych, duchowych i rekreacyjnych. Ostatnia z wymienionych zasad – godności dotyczy prawa ludzi starszych do szacunku, sprawiedliwego traktowania oraz poszanowania ich wartości i godności niezależnie od stanu zdrowia czy zasobów materialnych (Golinowska, Mazurkiewicz 1999).

W 1990 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ wyznaczyło dzień 1 października każdego roku jako Międzynarodowy Dzień Osób Starszych. W 1992 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ, chcąc zwrócić uwagę na położenie osób starszych, zmagających się z wieloma trudnymi problemami zdrowotnymi i cywilizacyjnymi, ustanowiło rok 1999 Międzynarodowym Rokiem Osób Starszych. Jego podstawę programową stanowiła Deklaracja Wiedeńska, promująca działania praktyczne na rzecz osób starszych w wymiarze międzynarodowym. Działania związane z organizacją Międzynarodowego Roku Osób Starszych wspierały międzynarodowe organizacje pozarządowe: Organizacja Narodów Zjednoczonych do Spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO), Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (WHO), Międzynarodowe Stowarzyszenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku (AIUTA). Tematem przewodnim obchodów Międzynarodowego Roku Osób Starszych była koncepcja społeczeństwa przyjaznego ludziom w każdym wieku, która dotyczyła: indywidualnego rozwoju człowieka w okresie całego życia, integracji wielopokoleniowej, wzajemnych relacji pomiędzy starzeniem się społeczeństw a rozwojem i sytuacją osób starszych (Mikołajczyk 2012).

Drugie Światowe Zgromadzenie na Temat Starzenia się Społeczeństw odbyło się w 2002 roku w Madrycie. Jego efektem było opracowanie Międzynarodowej Strategii Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw, uwzględniające następujące kwestie: zapewnienie bezpiecznej starości poprzez eliminację ubóstwa, stworzenie osobom starszym możliwości uczestnictwa w życiu społecznym i politycznym. Konieczne także stały się: dbałość o łagodne przechodzenie na emeryturę i umożliwienie pracy stosownie do potrzeb, zapobieganie dyskryminacji na rynku pracy; umożliwienie indywidualnego rozwoju i udziału w ustawicznym kształceniu, wykorzystanie nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych w celu włączenia osób starszych w rynek pracy, równe traktowanie kobiet i mężczyzn przez systemy społeczne (dotyczy to m.in. uprawnień emerytalnych), stworzenie systemów opieki zdrowotnej i pomocy. W Międzynarodowej Strategii Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw wyznaczono trzy priorytetowe kierunki działania:

- starość i rozwój,
- promowanie zdrowia i dobrostanu w okresie starzenia się,
- kształtowanie dostępnego, umacniającego i wspierającego środowiska (*Sprawozdanie z drugiego światowego zgromadzenia na temat starzenia się społeczeństw* 2002).

1.3. STANOWISKO UNII EUROPEJSKIEJ

Pierwsze inicjatywy Unii Europejskiej związane ze starzejącym się społeczeństwem i starymi mieszkańcami krajów europejskich dotyczyły włączenia się w istniejące już propozycje organizacji międzynarodowych. Była to

np. współpraca od 1980 roku Komisji Europejskiej z Funduszem Ludnościowym ONZ oraz Narodowym Amerykańskim Instytutem ds. Starzenia. Polegała ona na prowadzeniu badań nad procesem starzenia się ludności w krajach europejskich. Zaowocowało to w latach 90. rozpoczęciem wspólnego projektu *Dynamics of Population Ageing*, w którym wykorzystano dane ze spisów ludnościowych przeprowadzonych w krajach europejskich, w tym także postradzieckich. Celem badań było ustalenie zaawansowania procesu starzenia się ludności w krajach europejskich.

Zainteresowanie Unii sprawami socjalnymi zapoczątkowało stanowisko Wspólnoty wobec osób starszych. Początkowo inicjatywy dotyczyły wyrównywania standardów socjalnych i praw pracowniczych, jak np. Socjalna Karta Pracowników (1989) i Porozumienie o Wspólnej Polityce Społecznej uzupełniające Układ z Maastricht (1992).

W ramach badawczej działalności Unii podjętych zostało wiele projektów i programów obejmujących studia nad starzeniem i osobami starszymi. Istotnym przedsięwzięciem był podjęty w Unii w 1991 roku projekt *Obserwacja procesu starzenia i osób starszych*, którego celem był ciągły monitoring procesu starzenia w krajach unijnych. Do innych inicjatyw początku lat 90. zaliczyć należy:

- program SENECA (badania nad sposobem żywienia osób starszych),
- program HELIOS (pomoc osobom starszym oraz niepełnosprawnym w uzyskaniu pełnej niezależności w społeczeństwie),
- program TIDE (maksymalizacja korzyści dla ludzi niepełnosprawnych i seniorów wynikająca z postępu technologicznego).

W kolejnych latach (1993–1994) przyjęto Białą Księgę na temat wzrostu konkurencyjności i zatrudnienia i Zieloną Księgę – Europejska polityka społeczna – alternatywy dla Unii. Oprócz postulatów wzmocnienia polityki społecznej, bodaj po raz pierwszy zwrócono w nich uwagę na starzenie się społeczeństw europejskich i na konieczność uwzględnienia ludzi starszych w życiu społecznym. Tak jak w innych politykach przyjęto zasadę subsydiarności. W Traktacie Amsterdamskim (1997) podtrzymano stanowisko wobec wspólnotowej polityki społecznej, konsekwentnie w Traktacie Nicejskim (2000), a w Traktacie ustanawiającym Wspólnotę Europejską (Traktat Lizboński 2009) wyszczególniono następujące cele: promowanie zatrudnienia, poprawę warunków życia i pracy tak, aby umożliwić ich wyrównanie z jednoczesnym zachowaniem postępu, odpowiednią ochronę socjalną, dialog między partnerami społecznymi, rozwój zasobów ludzkich pozwalający podnosić i utrzymać poziom zatrudnienia oraz przeciwdziałanie wykluczeniu⁴. Można podkreślić w tym miejscu, że autorzy artykułu odwołali się w nim także do innego dokumentu europejskiego – *Europejskiej Karty Społecznej Rady Europy*, przyjętej już w 1961 roku. Zakazuje ona wszelkiej dyskryminacji, w katalogu nie wymieniono jednak wieku. Ponownie zapisy jedynie pośrednio

⁴ Art. 151.

odnoszą się do ludzi starszych. Kwestia dyskryminacji była także fundamentalnym zapisem *Traktatu Lizbońskiego*. Artykuł 10 brzmi:

Przy określaniu i realizacji swoich polityk i działań Unia dąży do zwalczania wszelkiej dyskryminacji ze względu na płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną⁵.

Zapisy dotyczące osób starszych odnaleźć można w dołączonej do *Traktatu Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej*⁶. Po pierwsze wprowadza⁷ ona zasadę niedyskryminowania, w tym ze względu na wiek, po drugie uznaje prawa osób w podeszłym wieku (art. 21). Artykuł 25 mówi: „Unia uznaje i szanuje prawa osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym”. Ponadto podeszły wiek wymieniony został także w katalogu przypadków, w których Unia gwarantuje zabezpieczenia i świadczenia społeczne (art. 34) – A. Janiszewska, E. Klima (2015).

Do tej pory chyba najbardziej spektakularnym wydarzeniem przeprowadzonym pod patronatem Komisji Europejskiej był *Europejski Rok 2012 Aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej*. Komisja Europejska mówiąc o celu tej inicjatywy wskazywała przede wszystkim na konieczność podniesienia świadomości Europejczyków na temat wkładu ludzi starszych w życie społeczeństw. Aktywność rozumiana była jako: zatrudnienie, zaangażowanie społeczne i niezależność. Rok Europejski wpisywał się w inicjatywy Europejskiego programu walki z ubóstwem w latach 2010–2012. W latach 2013–2015 zaplanowano i realizuje się kolejne działania. Należą do nich: promowanie celowych wydatków z EFS skierowanych m.in. do osób starszych, wymiana turystyczna Calypso (tzw. turystyka socjalna) oraz innowacje społeczne w zakresie aktywnego starzenia⁸.

1.4. STANOWISKO ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Raport Marca Lalonde’a opublikowany w roku 1974 zainicjował nową erę postrzegania zdrowia publicznego proponując szersze rozumienie zdrowia jako stanu, który nie może być osiągalny dla większości populacji tylko przez koncentrację funduszy dla poszerzania infrastruktury i świadczeń medycyny naprawczej.

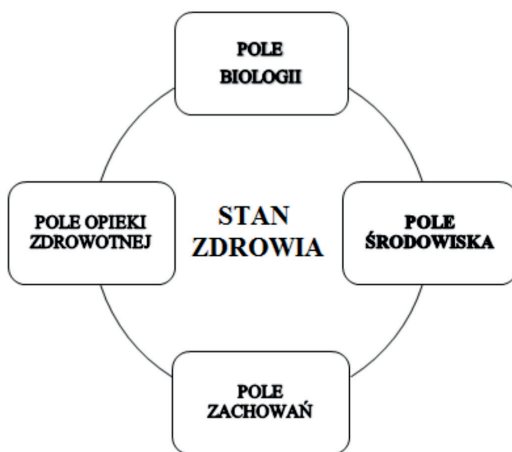
⁵ Dz.U., 2009, nr 203, poz. 1569, *Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską*, sporządzony w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 roku, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20092031569> (dostęp: 21.07.2015).

⁶ Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej podpisano w Nicei w 2000 roku, powtórnie z małymi zmianami została przyjęta na szczycie w Lizbonie. Traktat Lizboński nadaje jej moc wiążącą.

⁷ W Polsce, Czechach i Wielkiej Brytanii Karta nie została podpisana.

⁸ *European platform against poverty and social exclusion*, European Commission, 2013.

Punktem wyjścia dla koncepcji obszarów zdrowia Marca Lalonde'a była następująca definicja zdrowia: zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną. M. Lalonde wyróżnił następujące grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności, czyli obszary zdrowia: obszar biologii i genetyki, zachowań i stylu życia, środowiskowy (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz obszar organizacji systemu ochrony zdrowia (rys. 1). Według koncepcji Lalonde'a największy wpływ na stan zdrowia ma pole zachowań/styl życia – np. aktywność fizyczna, dieta, używki, zachowania seksualne, sposób spędzania wolnego czasu.



Rys. 1. Pola zdrowia Lalonde'a

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Lalonde (1974, s. 33)

W maju 1977 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję WHO wskazującą, że głównym celem ŚÓZ i jej państw członkowskich w najbliższych dekadach powinno być uzyskanie przez wszystkich obywateli świata takiego poziomu zdrowia, który umożliwiłby im prowadzenie ekonomicznie i społecznie produktywnego życia (*will permit them to live a socially and economically productive life*). Te działania ŚÓZ oraz rezolucja Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z listopada 1977 roku określająca zdrowie jako jeden z zasadniczych elementów rozwoju ludzkości stworzyły podstawę i dały impuls do wielu globalnych, regionalnych i krajowych przedsięwzięć realizowanych pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” (*Health for All by the Year 2000* – skróto HFA 2000). Strategia HFA 2000 stanowiła kompleksowy program WHO i państw członkowskich, którego główne kierunki były następujące:

- propagowanie i upowszechnianie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu;
- zmniejszenie częstości występowania chorób i zaburzeń zdrowia, którym można zapobiegać przez obniżanie poziomu czynników ryzyka i ochronę środowiska;
- zapewnienie (podstawowej) opieki zdrowotnej, która byłaby odpowiednia do potrzeb, dostępna i akceptowana przez wszystkich (Wysocki, Miller 2003).

W listopadzie 1986 roku odbyła się w Ottawie pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia, która zakończyła się opublikowaniem tzw. Karty Ottawskiej (*Ottawa...* 1987). Uczestnicy tego spotkania nawiązując do Strategii HFA podkreślili, że wyniki konferencji są ich udziałem w ruchu na rzecz Nowego Zdrowia Publicznego, którego jednym z podstawowych elementów powinna być promocja zdrowia. Karta Ottawska precyzowała podstawowe uwarunkowania zdrowia; wskazywała kierunek działań promocji zdrowia oraz metody ich realizacji. Jako warunki podstawowe dla osiągnięcia zdrowia wskazano: zapewnienie pokoju i bezpieczeństwa, dostęp do edukacji, zaopatrzenie w wodę i żywność, zabezpieczenie środków do życia, utrzymanie stabilnego ekosystemu oraz zagwarantowanie sprawiedliwości i równości społecznej. Kierunkami działań rekomendowanymi jako podstawowe w utrzymaniu pożądanego standardu zdrowia były: tworzenie i ochrona warunków niezbędnych do utrzymania zdrowia, umożliwianie działań niezbędnych dla rozwijania potencjału zdrowotnego oraz pośredniczenie w godzeniu różnych interesów w imię nadrzędnego interesu, jakim jest ochrona zdrowia.

Światowa Deklaracja Zdrowia została przyjęta przez światową społeczność zajmującą się problematyką zdrowotną na XXXI Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 roku. W ramach Zdrowie 21 – *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* wyznaczono 21 celów polityki zdrowotnej Krajów Członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia. Jeden z nich bezpośrednio odnosił się do zdrowia ludzi starszych: do 2020 roku ludzie w wieku powyżej 65 lat powinni mieć możliwość cieszenia się pełnym potencjałem zdrowotnym oraz spełniać czynną rolę w społeczeństwie.

Pod koniec lat 90. XX wieku Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła w sferę polityki i gospodarki koncepcję aktywnego starzenia się (*active ageing*). Stanowi ona próbę nowego ujęcia procesu starzenia się i starości. Kształtuje nowy wizerunek osoby starszej (Kalachea, Kickbusch 1997). Aktywne starzenie się jest procesem optymalizacji szans zdrowotnych oraz związanych z uczestnictwem i bezpieczeństwem, w celu polepszenia jakości życia, kiedy ludzie się starzeją (*Active ageing...* 2002). Oznacza zachowanie sprawności fizycznej i możliwości wykonywania pracy zawodowej przez osoby starsze możliwie jak najdłużej, a także ich czynny udział w życiu społecznym, ekonomicznym, kulturowym i cywilnym.

Nowa, powszechna polityka *Zdrowie 2020* została uzgodniona w 2012 roku przez 53 państwa członkowskie Europejskiego Regionu światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Wspólnie ustalone cele zakładają:

- znaczącą poprawę stanu zdrowia i dobrostanu ludności,
- zmniejszenie nierówności zdrowotnych,
- wzmocnienie zdrowia publicznego,
- zapewnienie systemów ochrony zdrowia zorientowanych na pacjenta, które są powszechne, równe, trwałe i wysokiej jakości.

Polityka *Zdrowie 2020* przewiduje cztery priorytetowe obszary działań:

- inwestowanie w zdrowie w oparciu o podejście uwzględniające uwarunkowania zdrowia w cyklu życia i upodmiotowienie człowieka,
- zapobieganie i zwalczanie chorób niezakaźnych i zakaźnych będących istotnym wyzwaniem zdrowotnym w Europejskim Regionie WHO,
- wzmocnienie systemów ochrony zdrowia zorientowanych na człowieka, zdolności zdrowia publicznego i reagowania na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowych, systemów nadzoru i reagowania,
- budowanie elastycznych i adaptujących się do zmieniających się warunków życia społeczności i środowisk wspierających zdrowie.

Każdego roku 7 kwietnia obchodzony jest Światowy Dzień Zdrowia. Światowy Dzień Zdrowia to globalna kampania, zachęcająca wszystkich do skoncentrowania się na jednym, wybranym problemie zdrowia, którego skutki odczuwalne są w skali całego świata. Skupiając się na nowych, dopiero pojawiających się kwestiach zdrowotnych, Światowy Dzień Zdrowia daje możliwość rozpoczęcia zbiorowych działań na rzecz ochrony zdrowia i dobrostanu ludzi. W 2012 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła Dzień pod hasłem „Starzenie się i Zdrowie. Więcej Zdrowia i Więcej Życia”.

Wspieranie dobrego stanu zdrowia w całym cyklu życia przynosi zysk w postaci zwiększającej się średniej długości życia w zdrowiu oraz długości życia, co przekłada się na istotne korzyści społeczno-ekonomiczne i indywidualne. Zachodzące w wielu krajach zmiany demograficzne powodują konieczność wdrożenia strategii cyklu życia, która ma nadać priorytet nowym podejściom i metodom promowania zdrowia i profilaktyki chorób. Poprawa poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu rozpoczyna się w życiu płodowym i w okresie wczesnego rozwoju dziecka. Zdrowe dzieci lepiej się uczą; zdrowi dorośli są bardziej produktywni; zdrowe starsze osoby mogą nadal aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym. Zdrowe i aktywne starzenie się stanowi ważny priorytet dla polityki, jak również prowadzonych badań. W przypadku osób starszych korzystne dla zdrowia i jakości życia będą różnorodne inicjatywy na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się (*Zdrowie... 2012*).

1.5. KRAJOWE STRATEGIE I PROGRAMY A JAKOŚĆ ŻYCIA LUDZI STARYCH

1.5.1. Krajowe dokumenty strategiczne

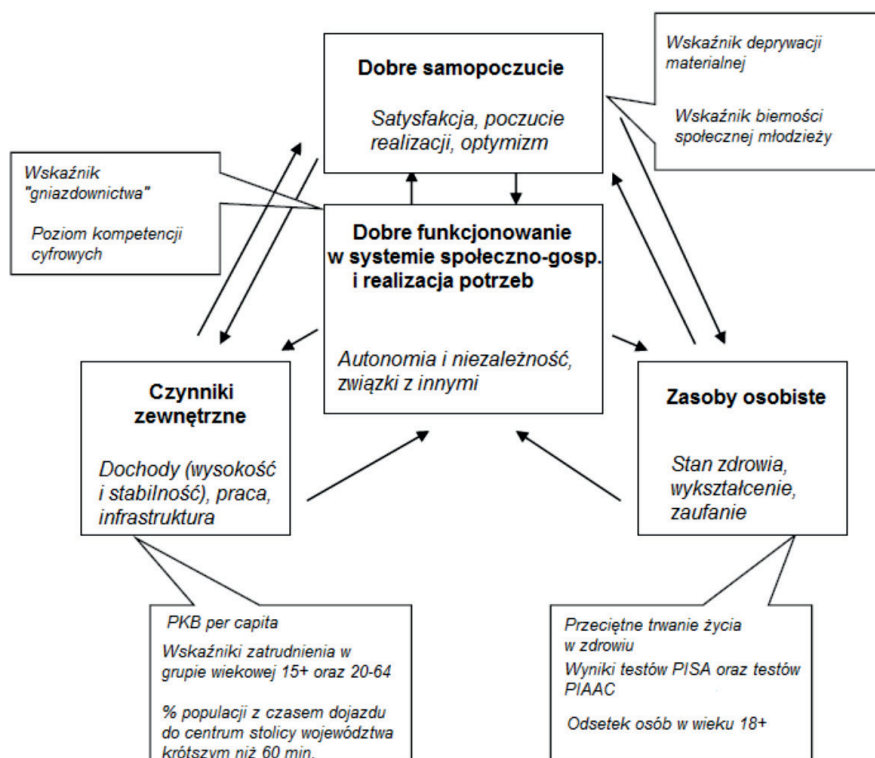
Do dokumentów strategicznych, na podstawie których prowadzona jest polityka rozwoju naszego kraju należą: długookresowa strategia rozwoju kraju – DSRK (*Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*), określająca główne trendy, wyzwania oraz koncepcję rozwoju kraju w perspektywie długookresowej, średniookresowa strategia rozwoju kraju – ŚSRK (*Strategia Rozwoju Kraju 2020*) – najważniejszy dokument w perspektywie średniookresowej, określający cele strategiczne rozwoju kraju do 2020 roku, kluczowy dla określenia działań rozwojowych, w tym możliwych do sfinansowania w ramach przyszłej perspektywy finansowej UE na lata 2014–2020 oraz 9 zintegrowanych strategii służących realizacji założonych celów rozwojowych.

Celem *Polski 2030. Trzeciej fali nowoczesności. Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju* jest przyspieszenie procesu modernizacji Polski. Modernizacja ta rozumiana jest szeroko, nie tylko jako mechanizm służący wzrostowi poziomu jakości życia ludzi, ale jako całościowy projekt cywilizacyjny wykraczający poza sferę czysto materialną i obejmujący takie wymiary, jak poziom wykształcenia obywateli, ich stan zdrowia czy zasoby kapitału społecznego i mający zastąpić wyzwania poprzednich dwudziestu lat transformacji ustrojowej.

Poprawa jakości życia jako celu rozwoju Polski jest konsekwencją kompleksowego rozumienia tego terminu jako *well-being*. W *Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju* dobrostan dotyczy różnych obszarów życia:

- długości życia w ogóle,
- długości życia w zdrowiu (co wiąże się z poprawą stanu zdrowia Polaków jako rezultatu międzysektorowych działań prozdrowotnych, a w szczególności sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia),
- większej satysfakcji z wykonywania pracy,
- lepszych warunków łączenia kariery zawodowej z życiem prywatnym i rodzinnym,
- sprawnej sieci bezpieczeństwa socjalnego nastawionej na pomoc, której celem jest zwiększenie szans na aktywność społeczną i zawodową i dbałość o przeciwdziałanie różnym formom wykluczenia,
- dostępności dóbr i usług publicznych (zdefiniowanych, standaryzowanych, efektywnie dostarczanych) bez względu na status rodzinny i miejsce zamieszkania,
- otwartych warunków uczestnictwa w życiu publicznym,

- bezpieczeństwa dochodów na starość,
- środowiskowego poczucia równowagi w odniesieniu do warunków krajobrazowych, naturalnego stanu otoczenia oraz żywności,
- udziału w kulturze (co jest ważne dla prorozwojowego potencjału kreatywności),
- poczucia satysfakcji z życia (rys. 2).



Rys. 2. Determinanty subiektywnego dobrostanu jednostki i wybrane wskaźniki je opisujące

Źródło: *Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju*, 2013, Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Warszawa

Dokument *Polska 2030* podkreśla, że realizacja założonych celów będzie możliwa dzięki powiązaniom między różnymi czynnikami i zjawiskami:

Z jednej strony konsekwencją zmian demograficznych, w szczególności starzenia się społeczeństwa, będą nowe wyzwania w obszarze zdrowia, wymagające ponoszenia wyższych nakładów na system ochrony zdrowia (przy potrzebie efektywniejszej niż obecnie dystrybucji środków całościowo przeznaczanych na zdrowie przez podatników). Z drugiej natomiast strony, procesy demograficzne będą pozwalały zwiększać nakłady na edukację *per capita* i poprawiać jakość usług edukacyj-

nych bez wzrostu strumienia finansowego, gdyż w efekcie procesów demograficznych i obniżonej dzietności, zmniejszy się liczba odbiorców tych usług. W efekcie poprawa jakości życia osiągnana będzie różnymi sposobami” (*Polska 2030... 2013*, s. 43).

Celem głównym *Strategii Rozwoju Kraju 2020* (średniookresowej) jest wzmocnienie i wykorzystanie gospodarczych, społecznych i instytucjonalnych potencjałów zapewniających szybszy i zrównoważony rozwój kraju oraz poprawę jakości życia ludności (*Strategia... 2012*). Autorzy *Strategii* wskazują na rozwarstwienie społeczne, przebiegające w wielu wymiarach: dochodowym, generacyjnym, zdrowotnym, edukacyjnym, warunków mieszkaniowych, jak też terytorialnym. Bowiem zróżnicowanie warunków życia i dochodów ludności w Polsce ma wyraźny wymiar przestrzenny. Podstawowe osie dysproporcji dotyczą różnic między regionami południowo-zachodnimi a północno-wschodnimi oraz między obszarami metropolitalnymi a pozostałymi jednostkami osadniczymi.

W dokumencie podkreślono, że sytuacja demograficzna kształtuje ważne determinanty rozwoju gospodarczego: potencjalny popyt konsumpcyjny i potencjalną podaż zasobów pracy. Zwraca się także uwagę na fakt, że rynek pracy będzie ulegał dalszym przekształceniom nie tylko ze względu na starzenie się ludności Polski i pogarszającą się strukturę zasobów pracy. Starzenie się ludności Polski to także poważne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia – konieczne będzie m.in. dopasowanie podaży usług zdrowotnych do zmieniającego się, z uwagi na uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne, popytu oraz wprowadzenie rozwiązań systemowych w zakresie opieki farmaceutycznej osób starszych.

Wyzwania jakie stoją przed Polską w zakresie rozwoju kapitału ludzkiego obejmują poprawę sytuacji demograficznej, a jednocześnie zmiany systemu funkcjonowania państwa wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Do najważniejszych zadań polityki państwa w obszarze rozwoju kapitału ludzkiego obejmującego ludzi starych należą: zwiększenie liczby lat przeżywanego w zdrowiu oraz wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności zawodowej i społecznej (*Strategia... 2013*).

Podstawowym dokumentem odnoszącym się do zdrowia publicznego w Polsce jest Narodowy Program Zdrowia, który jest ustanawiany w drodze rozporządzenia Rady Ministrów zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym⁹. *Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* z maja 2015 roku wyznacza cele strategiczne i operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. Cele Projektu NPZ to przede wszystkim:

- wydłużenie życia Polaków,
- poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem,
- ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

⁹ *Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym*, Dz.U., 2015, poz. 1916, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150001916> (dostęp: 20.03.2016).

Jednym z celów operacyjnych zapisanych w Projekcie NPZ jest utrzymanie i poprawa zdrowia osób starszych. Jest to odpowiedź na brak wyraźnej poprawy stanu zdrowia tej grupy wiekowej. Jak wykazały analizy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, po okresie poprawy wskaźników zdrowotności (średnia długość życia, śmiertelność w obszarze chorób cywilizacyjnych) nastąpił okres stagnacji, poprawa jeśli następuje to jest to wzrost ledwo zauważalny. Natomiast dystans od średniej europejskiej ciągle jest ogromny. Także w sferze subiektywnych ocen stanu zdrowia w grupie osób w wieku 70 lat i więcej poprawa jest minimalna – zaledwie 2% (*Projekt...* 2015).

1.5.2. Polityka senioralna w Polsce – przykłady¹⁰

Przykładem pokazującym zaangażowanie państwa w sprawy ludzi w podeszłym wieku jest polityka senioralna. Polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się. *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* (ZDPS) są wykonaniem zobowiązania przewidzianego w *Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013* (Program ASOS). Program ASOS jest pierwszym ogólnopolskim programem przygotowanym na taką skalę, przeznaczonym dla osób starszych oraz współpracy międzypokoleniowej. Realizacja Programu ASOS pozwoliła na stworzenie podstaw polityki senioralnej w Polsce (polityki dotyczącej osób starszych oraz dla osób starszych).

W pracach nad założeniami polityki senioralnej wykorzystano koncepcję aktywnego starzenia się, które jest definiowane jako proces umożliwiający zarówno jednostkom, jak i grupom społecznym zagospodarowanie ich potencjału z perspektywy całego życia, zachowania zarówno dobrostanu psychicznego i fizycznego, jak i aktywności zawodowej, społecznej oraz niezależności i samodzielności.

Główne zidentyfikowane wyzwania dla polityki senioralnej, wokół których wypracowano kierunki interwencji, to:

- zwiększający się udział osób starszych w populacji i przygotowanie się na wiele społecznych i ekonomicznych konsekwencji tego zjawiska,
- wydłużenie okresu aktywności zawodowej,
- włączenie potencjału osób starszych w obszar aktywności społecznej i obywatelskiej,
- zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające osobom pracującym w wieku 50+ na godzenie życia zawodowego z rodzinnym (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi)¹¹.

¹⁰ Fragment ten pochodzi z opracowania A. Janiszewska (2015, s. 227–245).

¹¹ *Uchwała nr 238 RM z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020*, Dz. Urz., 4 lutego 2014,

W ramach polityki senioralnej Rada Ministrów w dniu 17 marca 2015 roku przyjęła program wieloletni „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020. Celem strategicznym Programu jest wsparcie seniorów poprzez dofinansowanie działań jednostek samorządu terytorialnego w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior-WIGOR”¹², ze szczególnym uwzględnieniem jednostek samorządu, charakteryzujących się niskimi dochodami lub wysokim odsetkiem seniorów w populacji ogółem lub brakiem infrastruktury pomocy społecznej służącej do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania. Celem Programu jest w szczególności zapewnienie wsparcia seniorom (osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60+) poprzez umożliwienie korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywizacji, w tym oferty prozdrowotnej, obejmującej także usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej, w zależności od potrzeb stwierdzonych w środowisku lokalnym. W ramach Programu przewiduje się udostępnienie seniorom infrastruktury pozwalającej na aktywne spędzanie czasu wolnego, a także zaktywizowanie i zaangażowanie seniorów w działania samopomocowe i na rzecz środowiska lokalnego¹³.

1.6. PODSUMOWANIE

Ewolucja stanowisk zawartych w dokumentach międzynarodowych odnoszących się do jakości życia ludzi, w tym pośrednio do osób starszych jest wynikiem postępującego procesu starzenia na świecie od połowy ubiegłego wieku. W początkowym etapie starzenie się ludności objęło społeczeństwa krajów rozwiniętych gospodarczo. Współcześnie proces ten rozszerza się na kraje, których gospodarki rozwijają się i trudno jest im zapewnić wysoki poziom życia swoim obywatelom, w tym coraz większej grupie osób starszych.

Przegląd wybranych dokumentów społeczności międzynarodowej wskazuje, że problem poprawy jakości życia obywateli był podnoszony już od lat 50. ubiegłego wieku. Zwracano w nich uwagę na godziwe życie, zapewniające mieszkańcom naszego globu zaspokojenie podstawowych potrzeb egzystencjalnych. W ostatnim z przytaczanych dokumentów, tj. w *Agendzie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030* podnoszona jest kwestia promocji szeroko rozumianego

poz. 118, <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>, Oficjalna Strona Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (dostęp: 31.07.2015).

¹² Do 2020 roku Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przeznaczy 370 mln zł na utworzenie dziennych domów seniora. Planuje się, że w 2015 roku powstanie lub zostanie doposażonych ok. 100 placówek z ok. 20 miejscami dla seniorów każda.

¹³ <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/seniorzy/art,7245,senior-wigor-opieka-wiedza-aktywnosc.html>, Oficjalna strona Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (dostęp: 31.07.2015).

dobrobytu dla wszystkich ludzi w każdym wieku. Dużo miejsca w dokumentach organizacji i instytucji międzynarodowych i krajowych zajmuje kwestia stanu zdrowia osób starszych i jego poprawy. Szczególną uwagę zwraca się w tym przypadku na upowszechnianie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu.

Krajowe strategie i programy, z uwagi na rosnący udział osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce, także coraz więcej uwagi poświęcają na rozwiązania i działania skierowane dla osób starszych. Sytuacja demograficzna w naszym kraju niejako „wymusza” wprowadzanie do polityki społecznej nowych programów, które mają polepszać jakość życia osób starszych.

LITERATURA

- Active ageing. A policy framework*, 2002, World Health Organization, Madrid, http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf (dostęp: 1.06.2015).
- Golinowska S., Mazurkiewicz P., 1999, *Ku godnej, aktywnej starości: Raport o Rozwoju Społecznym Polska 1999*, NHDR, Warszawa.
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 1966, ONZ, New York, <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf> (dostęp: 7.06.2015).
- Janiszewska A., 2015, *Polityka społeczna w Polsce a współczesne problemy demograficzne*, [w:] Maj J., Kwiatkiewicz P., Szczerbowski R. (red.), *Między ewolucją a rewolucją – w poszukiwaniu strategii energetycznej*, t. 1, Polityka – Gospodarka – Technika – Transport, Wydawnictwo Fundacja na Rzecz Czystej Energii, Poznań, s. 227–245.
- Janiszewska A., Klima E., 2015, *Polityka społeczna dla starzejących się społeczeństw krajów europejskich*, [w:] Maj J., Kwiatkiewicz P., Szczerbowski R. (red.), *Między ewolucją a rewolucją – w poszukiwaniu strategii energetycznej*, t. 1, Polityka – Gospodarka – Technika – Transport, Wydawnictwo Fundacja na Rzecz Czystej Energii, Poznań, s. 247–265.
- Kalachea A., Kickbusch I., 1997, *A global strategy for healthy ageing*, „World Health”, July–August 1997, s. 4–5.
- Lalonde M., 1974, *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Government of Canada, Ottawa.
- Liszewski S., 2004, *Rola i zadania geografii w badaniach zróżnicowania przestrzennych warunków życia mieszkańców miast. Założenia teoretyczne i program badań*, [w:] Jażdżewska I. (red.), *Zróżnicowanie warunków życia ludności w mieście*, XVII Konwersatorium Wiedzy o Mieście, Łódź.
- Mikołajczyk B., 2012, *Międzynarodowa ochrona praw osób starszych*, Monografie Lex, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
- Michałowska G., 2007, *Ochrona praw człowieka w Radzie Europy i w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Ostasiewicz W. (red.), 2004, *Ocena i analiza jakości życia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
- Ottawa Charter for Health Promotion; Health Promotion*, 1987, 1, s. 382–384.
- Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju*, 2013, Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Warszawa.

- Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020*, 2015, Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z drugiego światowego zgromadzenia na temat starzenia się społeczeństw*, 2002, Madryt, <http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/organizacja-narodow-zjednoczonych/madryckiplanziaaniawkwestiistarzeniasipoecestw/> (dostęp: 12.07.2015).
- Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, 2013, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Strategia Rozwoju Kraju 2020*, 2012, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa.
- Studen S., 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- World report on ageing and health*, 2015, WHO, <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> (dostęp: 10.06.2015).
- Wysocki M.J., Miller M., 2003, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 57, s. 505–512.
- Zdrowie 2020. Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka*, 2012, Europejski Komitet Regionalny WHO, Malta.

Abstract

The work presents an overview of selected documents prepared by international organizations and institutions which shows that the issue of improving the inhabitants' quality of life has been approached numerous times since the 1950s. The documents focused on the issue of decent living meant to fulfil people's basic existential needs. The last of the documents quoted, the 2030 Agenda for Sustainable Development, discusses the issue of the promotion of the broadly-understood prosperity for all people of all ages. The issues of the health of the elderly and the improvements thereto are also frequently discussed in the documents of international organizations and institutions. A particular attention, in this case, is paid to the promotion of a healthy lifestyle and health-improving behaviours. The purpose of the work is to determine the actions and solutions undertaken by international, national and EU initiatives directed at the elderly and intended to improve their quality of life.

Key words

Documents of UN, WHO, EU, quality of life, health state.