



**UNIWERSYTET KARDYNAŁA
STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE**



WSPARCIE OSÓB STARSZYCH

Problemy w czasie pandemii i przykłady rozwiązań podejmowanych w różnych krajach

dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”
finansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki na podstawie Decyzji Nr 41/WFSN/2021

Celem tego opracowania jest wskazanie wybranych wyzwań polityki społecznej wobec osób starszych w ostatnich latach, a w szczególności w czasie pandemii COVID-19. Opracowanie ma charakter wstępnej oceny zagadnienia. O ile analizy działań podejmowanych na rzecz osób starszych są prowadzone systematycznie i doprowadziły do wielu cennych rekomendacji, jak na przykład postulat prowadzenia programów na rzecz aktywnego starzenia się, o tyle pandemia COVID-19 wywołała potrzebę nie tylko przewartościowania wcześniejszych badań, lecz również znacznego ich uzupełnienia. Pandemia postawiła nowe, i nieznane wcześniej w takiej skali, wyzwania dotyczące polityki społecznej (i gospodarczej) w kontekście całych społeczeństw, ale w sposób szczególny w odniesieniu do osób starszych. W opracowaniu sygnalizujemy ten problem oraz pokazujemy niektóre podjęte działania wobec osób starszych.

W krajach rozwiniętych funkcjonują rozbudowane systemy zabezpieczenia społecznego dla osób starszych: głównie systemy emerytalne i opieki długoterminowej. Pomimo wysokich kosztów ich utrzymania i udoskonalania są one często postrzegane jako niewystarczające wobec potrzeb osób starszych, tym bardziej że obciążenia budżetów państwowych prowadzą do ograniczania świadczeń pieniężnych. Dalej – dla ilustracji tego zjawiska – przedstawiamy pokrótce rozwiązania przyjęte w Niemczech i Szwecji, wskazując również na trudności w ich realizacji, a przecież dotyczy to państw, w których instytucje dla osób starszych są relatywnie hojne.

Pandemia COVID-19 przyniosła wiele negatywnych skutków dla gospodarek i społeczeństw, jednak osoby starsze zostały dotknięte przez tę chorobę ze szczególną siłą. Wyzwania związane z łagodzeniem lub odwracaniem tych negatywnych zjawisk wychodzą daleko poza reformy tradycyjnych instytucji. Dotyczą nie tylko świadczeń pieniężnych i usług opieki długoterminowej, ale w dużej mierze – ochrony zdrowia, a także dyskryminacji osób starszych.

Analizy wskazują również wiele innych charakterystyk związanych z trudną sytuacją osób starszych. W Europie osoby w różnym wieku doświadczały większego ryzyka problemów psychicznych, w najwyższym stopniu były to osoby młode oraz osoby powyżej 80 roku życia. Osoby starsze znacząco ograniczyły swoją aktywność fizyczną.

Jednym z istotnych postulatów dotyczących polityki społecznej jest zapewnienie elastycznego funkcjonowania systemów zabezpieczenia społecznego, pozwalającego szybko reagować na pojawiające się wyzwania. Dla osiągnięcia tego celu należy przeanalizować doświadczenia z okresu pandemii i wykorzystać je w przebudowie systemów zabezpieczenia

społecznego. Jest to, rzecz jasna, bardzo trudne zadanie nakładające się na wcześniejsze wyzwania, o których mowa w kolejnym punkcie opracowania.

Przedstawimy pokrótce uwarunkowania zmian w zabezpieczeniu społecznym osób starszych, podamy przykłady rozwiązań w dwóch wybranych krajach. Następnie omówimy koncepcję aktywnego starzenia się w kontekście trudności wprowadzania jej w życie w warunkach pandemii.

Przedstawimy też niektóre działania związane bezpośrednio z pandemią, dotyczące osób starszych.

UWARUNKOWANIA ZMIAN W ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM OSÓB STARSZYCH

W ostatnich dekadach w wielu (głównie rozwiniętych) krajach świata jednym z ważniejszych wyzwań dla systemów zabezpieczenia społecznego stało się starzenie ludności. Rośnie liczba osób starszych, potrzebujących wsparcia finansowego i usługowego, a w konsekwencji szeroko rozumiane koszty tego wsparcia.

Od powstania koncepcji podstawowych ryzyk socjalnych (Konwencja Nr 102 MOP) w społeczeństwie i na rynku pracy nastąpiło wiele zmian, które zmodyfikowały zadania stojące przed całym systemem zabezpieczenia społecznego, w tym zabezpieczenia osób starszych.

Do podstawowych czynników (wzajemnie powiązanych) tego zabezpieczenia należy zaliczyć:

- starzenie się ludności
- zmiany na rynku pracy
- zmiany w strukturze rodziny
- migracje

W ostatnich dekadach wymienione wyżej czynniki sprawiły, że tradycyjne zabezpieczenie emerytalne nie odpowiada, lub odpowiada w niewystarczającym stopniu, na potrzeby osób starszych. Świadczenia oceniane są jako zbyt niskie, a jednocześnie prognozy wskazują na możliwe dalsze ich obniżanie. Wskazywane drogi poprawy w tym zakresie, na przykład przez szeroko upowszechniane systemy dodatkowe, na razie nie przynoszą oczekiwanych efektów.

Równoległe coraz ważniejsza staje się potrzeba zapewnienia (głównie osobom starszym) świadczeń opieki długoterminowej. Są one bardzo kosztowne i rządy zdają sobie sprawę, że takie świadczenia nie powinny obciążać rodzin ze względu na ryzyko katastroficzne (trudne do przewidzenia i wymagające bardzo wysokich wydatków).

Systemy emerytalne a potrzeba ograniczenia dynamiki wzrostu wydatków

W krajach rozwiniętych już od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku sygnalizowana jest potrzeba zmian w systemach emerytalnych w celu obniżenia zobowiązań finansowych dla budżetów. Proponowano różne kierunki działań – zmniejszanie świadczeń lub późniejsze przechodzenie na emeryturę. Poziom świadczeń systematycznie zmniejszał się. Dodatkowe zabezpieczenie emerytalne – wciąż promowane – nie wydaje się zapewniać odpowiedniego uzupełnienia poziomu świadczeń emerytalnych.

Jednym słowem zabezpieczenie dochodowe dla osób starszych staje się coraz niższe i mniej adekwatne. Podstawowy wymiar adekwatności wymieniany od lat w literaturze przedmiotu to zapobieganie ubóstwu i zapewnienie kontynuacji wcześniejszego poziomu życia. W ostatnich latach częściej mówi się już o samym zapobieganiu ubóstwu.

Równolegle pojawia się coraz pilniejsze zapotrzebowanie na świadczenie opieki długoterminowej. Niski i obniżający się poziom świadczeń emerytalnych nie jest wystarczający dla finansowania tych świadczeń. Rodzina, w obecnej dobie coraz mniej liczna z przyczyn naturalnych czy procesów migracyjnych, ale także w sytuacji pracy zawodowej potencjalnych opiekunów, nie ma możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki swoim starszym krewnym. Ponadto rośnie liczba osób samotnych, bez rodziny, które też muszą polegać na pomocy.

Poniżej przedstawiamy zmiany w instytucjach zabezpieczenia społecznego w dwóch krajach europejskich – Niemczech i Szwecji, które stosowały różne rozwiązania w instytucjach zabezpieczenia społecznego dla osób starszych: systemach emerytalnych i opieki długoterminowej.

PRZYKŁADY ROZWIĄZAŃ KRAJOWYCH W ZAKRESIE INSTYTUCJI ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO DLA OSÓB STARSZYCH

Niemcy

System emerytalny

System emerytalny w Niemczech składa się z kilku elementów:

- system ubezpieczenia emerytalnego – obowiązkowy dla wszystkich pracowników oraz niektórych kategorii pracujących na własny rachunek
- pracownicy służby publicznej są objęci osobnym systemem
- systemy dodatkowe

- zróżnicowane programy zawodowe
- indywidualne ubezpieczenia emerytalne

Wysokość świadczenia zależy od długości kariery zawodowej oraz poziomu zarobków, od których pobierane są składki.

Dodatkowe systemy przybierają zróżnicowane formy organizacyjne i finansowe. Przyznawane są różne subsydia lub zwolnienia podatkowe jako zachęta do uczestnictwa. W 2019 roku 90% populacji powyżej 65 roku życia otrzymywało świadczenia z podstawowego filaru zabezpieczenia (w tym renty rodzinne).

Wiek emerytalny jest i będzie stopniowo podwyższany w latach 2012-2031 z 65 do 67 lat. Po osiągnięciu statutowego wieku emerytalnego świadczeniobiorcy mogą uzyskiwać dochody z pracy bez ograniczeń.

Adekwatność dochodów osób starszych, liczona w relacji do dochodów osób w wieku produkcyjnym (18-64 lata), spadła w latach 2008-2019 z 0,87 do 0,84. *Gender gap* wynosił 36,1% w 2019 roku (średnio w UE 29,5%). Różnice spowodowane krótszym stażem pracy i niższymi zarobkami kobiet są częściowo rekompensowane przez uwzględnienie okresów wychowywania dzieci.

System opieki długoterminowej

System opieki długoterminowej został wprowadzony w Niemczech w 1995 roku jako osobny filar zabezpieczenia społecznego. Obejmuje świadczenia odpowiadające głównie na potrzeby związane z opieką nad osobami wymagającymi wsparcia osób trzecich jako warunku ich funkcjonowania.

Jednym z bezpośrednich powodów powołania nowej gałęzi zabezpieczenia społecznego był znaczący wzrost kosztów pomocy społecznej ponoszonych przez kraje związkowe, a związanych właśnie z rosnącą potrzebą opieki nad osobami starszymi. Instytucja pomocy społecznej, finansowana na poziomie krajów związkowych, nie była przygotowana na tak wysokie wydatki. Zanim podjęto decyzję o wprowadzeniu systemu ubezpieczenia LTC pojawiało się wiele różnych propozycji systemowej odpowiedzi na potrzebę opieki długoterminowej.

System ubezpieczenia LTC jest powszechny i obowiązkowy: wszyscy zamieszkujący w Niemczech są zobowiązani do płacenia składek i uprawnieni do szerokiego spektrum świadczeń, pod warunkiem spełnienia odpowiednich kryteriów niesamodzielności. W praktyce, wypłaty z systemu publicznego tylko częściowo pokrywają stale rosnące koszty

świadczeń i usług. Pozostałą część pokrywają sami beneficjenci, ich rodziny lub pomoc społeczna.

Od czasu powołania LTCI system poddawany był wielu reformom dotyczącym zarówno finansowania, jak i dostępności pomocy. Dostępność świadczeń LTCI była poszerzana w ostatnich latach przede wszystkim w kierunku uwzględnienia potrzeb osób z zaburzeniami demencyjnymi (w tym coraz częściej występującej choroby Alzheimera).

Reforma, która weszła w życie w 2017 roku znacząco poszerzyła dostęp do opieki długoterminowej, wprowadzając pięć stopni niesamodzielności. Problemem jest koszt dostępnych świadczeń, który może stanowić znaczące obciążenie dla indywidualnych budżetów osób uprawnionych, ich rodzin lub – ponownie – pomocy społecznej.

Szwecja

System emerytalny

Przeciętny poziom dochodów emerytalnych wynosił w 2019 roku 81% wcześniejszych dochodów. Szwedzki system zbudowany jest z kilku elementów. Pierwszy, najważniejszy, składa się z dwóch części: finansowanej *pay -as – you-go (income pension)* i funduszowej (*premium pension*). Drugi element to gwarantowana emerytura przyznawana z tytułu obywatelstwa.

Ponadto funkcjonują systemy emerytalne dodatkowe, których zasady są ustalane w ramach negocjacji związkowych. Należy podkreślić, że ich poziom, jakkolwiek zróżnicowany, jest istotnym elementem dochodów emerytalnych.

Szwedzki system emerytalny przez wiele lat był jednym z najbardziej hojnych systemów. Wysokie świadczenia oraz proces starzenia się ludności doprowadziły do znacznych wydatków emerytalnych, które szczególnie w dalszej perspektywie czasowej mogły nadmiernie obciążać budżet państwa. Zaczęto więc szukać rozwiązania, które pozwoliłoby zachować wypłacalność systemu w przyszłości. W 1999 roku wprowadzono reformę systemu emerytalnego, która ściśle powiązała wysokość świadczeń emerytalnych z wpłacanymi składkami. Model szwedzki przedstawiany był jak bezpieczny zarówno pod względem wypłacalności finansowej, jak również zachowania adekwatności i zapobiegania ubóstwu. Z czasem zaczęto podważać realizację tej drugiej funkcji. O ile po wprowadzeniu reformy 1999 roku monitorowano funkcjonowanie systemu pod względem jego wypłacalności i adekwatności świadczeń, o tyle z czasem uznano, że konieczna jest poważniejsza interwencja, w szczególności dotycząca zapobiegania ubóstwu. W grudniu 2017 roku przyjęto *new deal* w sferze funkcjonowania

systemu emerytalnego. Priorytetem stała się ochrona osób najuboższych. W ramach działań na rzecz walki z ubóstwem podniesiono bazową emeryturę gwarantowaną o 20 euro miesięcznie, a także w lutym 2020 roku dodatek mieszkaniowy dla osób starszych wzrósł z 5560 do 6540 koron szwedzkich. Prawo do zatrudnienia zostanie w 2023 roku przedłużone do 69 roku życia. Wprowadzono też podwyżki dla osób o niskich i średnich świadczeniach: maksimum 60 euro miesięcznie. Chodzi o podwyższenie świadczeń dla osób z długą karierą zawodową, ale o niskich dochodach.

Ogólnie rzecz ujmując zróżnicowanie świadczeń nie jest wysokie, choć wzrosło po wprowadzeniu reformy 1999 roku, która wyeliminowała redystrybucję.

Opieka długoterminowa

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku w Szwecji funkcjonował dobrze rozwinięty system finansowany z podatków i w większości obsługiwany przez publicznych dostawców, który obejmował osoby starsze (powyżej 65 roku życia) oraz osoby młodsze z niepełnosprawnościami. Ten model był zgodny z zasadami uniwersalnego zabezpieczenia społecznego, które stanowiły podstawę funkcjonowania polityki społecznej.

Opieka nad osobami starszymi została później ograniczona; zmniejszył się jej zasięg na rzecz osób z większymi potrzebami. To doprowadziło do zwiększenia zakresu opieki nieformalnej. Jednocześnie pojawił się trend urynkowania (*marketization*) tego pola polityki społecznej, czego skutkiem było pojawienie się dużych, korporacyjnych dostawców, nastawionych na zysk.

W Szwecji termin *opieka długoterminowa* nie jest stosowany. Raczej mówi się o opiece nad starszymi osobami wymagającymi wsparcia (*frail elderly*). Ten obszar działań zalicza się do opieki socjalnej (*social care*). Warto zaznaczyć, że członkowie rodziny nie są zobowiązani do świadczenia opieki długoterminowej.

Za organizację i funkcjonowanie opieki nad starszymi odpowiadają gminy (*municipalities*), które mają znaczną swobodę pobierania podatków. Z tego też powodu kryteria dostępu, a także świadczenia różnią się między sobą

AKTYWNE I ZDROWE STARZENIE SIĘ

Aktywne starzenie się (*active aging*) już od dawna postrzegane jest jako droga do poprawy jakości życia w sytuacji wzrostu długowieczności.

Active aging zostało zdefiniowane przez Światową Organizację Zdrowia jako proces

optymalizujący zdrowie, zapewniający udział w życiu społecznym i bezpieczeństwo. Określenie *aktywne* odnosi się do stałego udziału w życiu społecznym, ekonomicznym, kulturalnym i duchowym.

Z kolei Komisja Europejska definiuje aktywne starzenie się jako politykę pomagającą osobom w zachowaniu kontroli nad swoim życiem, jak długo jest to możliwe w procesie starzenia się i, jeśli to możliwe, uczestnictwo w życiu gospodarczym i społecznym.

Ostatnio WHO przedstawiła szerszą definicję aktywnego starzenia się jako rozwoju i podtrzymania możliwości funkcjonowania, które przyczyniają się do dobrostanu osób starszych. Ważne jest podejście holistyczne, które uwzględnia elementy życia wysoko oceniane przez osobę. *Healthy aging* uwzględnia więc z jednej strony motywację osoby starszej, z drugiej zaś wsparcie i możliwości zapewnione przez społeczeństwo.

Indeks aktywnego starzenia się (Active Aging Index – AAI) – narzędzie do mierzenia potencjału aktywnego starzenia się osób na krajowym poziomie.

AAI to wielowymiarowa koncepcja uwzględniająca różne działania i możliwości, dzięki którym osoby starsze mogą uczestniczyć w życiu społecznym, gospodarczym i politycznym: przez płatną lub niepłatną pracę, prowadzenie zdrowego stylu życia nawet w zaawansowanym wieku. W celu określania poziomu AAI stosuje się 22 wskaźniki w czterech domenach.

ZNACZENIE PANDEMII COVID-19 DLA SYTUACJI OSÓB STARSZYCH

Pandemia COVID-19 ujawniła wiele trudności, z którymi muszą mierzyć się osoby starsze. Pokazała dysfunkcje w wielu sferach i miejscach; w szczególności w domach opieki nad starszymi. Koncepcja aktywnego starzenia się musi więc uwzględnić problemy ujawnione przez pandemię.

W czasie pandemii okazało się, że ryzyko zachorowania i śmierci jest w przypadku osób starszych znacznie większe niż w innych grupach wiekowych.

Osoby starsze były narażone na szczególnie ciężki przebieg choroby. Stopa zgonów była znacznie wyższa w tej grupie: wśród osób powyżej 80 lat pięciokrotnie przekraczała średnią światową. Negatywne skutki pandemii są wielowymiarowe i dotyczą na przykład odmowy pomocy medycznej w przypadku innych schorzeń niż COVID-19.

Ryzyka, przed którymi stoją osoby starsze

Ryzyko śmierci jest znacznie wyższe wśród osób starszych. Poza tym ok. 66% osób

powyżej 70 roku życia cierpi na co najmniej jedną chorobę współistniejącą, a to oznacza, że ich zagrożenie zdrowotne związane z COVID-19 jest większe.

Osoby starsze mogą również spotkać się z dyskryminacją ze względu na wiek w przypadku terapii ratujących życie. Seniorzy często doświadczają naruszenia ich ludzkich praw i potrzeb, co ujawnia się w aspekcie bezbronności. Odnotowano w czasie pandemii wiele przykładów zaniedbań i złego traktowania.

Spoleczny i ekonomiczny dobrostan. Wirus stanowi zagrożenie życia i bezpieczeństwa, ale również narusza sieci społeczne, utrudnia dostęp do ochrony zdrowia, pracy i świadczeń emerytalnych. Długie okresy izolacji mają bardzo negatywny wpływ na stan zdrowia psychicznego.

Kluczowe, ogólne priorytety polityk dla osób starszych według WHO

- decyzje dotyczące osób starszych powinny być podejmowane z poszanowaniem godności tych osób oraz ich prawa do zdrowia
- wzmocnienie społecznej integracji i solidarności podczas obowiązywania ograniczeń społecznych, w tym zachowania fizycznego dystansu
- pełne zintegrowanie działań na rzecz osób starszych ze społeczno-ekonomiczną i humanitarną odpowiedzialnością na COVID-19; chodzi o podjęcie problemów osób starszych zarówno w czasie kryzysu, jak i w okresie wychodzenia z niego
- rozszerzenie udziału osób starszych w procesach wypracowywania decyzji i rozwiązań społecznych, w tym w sprawach ich dotyczących

Stan zdrowia i prawo do opieki długoterminowej dla osób starszych

W czasie pandemii przeciążone szpitale i inne ośrodki zdrowia muszą podejmować trudne decyzje co do wykorzystania ograniczonych zasobów. Te bariery często uderzają w osoby starsze. Niekorzystny dla osób starszych jest fakt ograniczenia dostępu do niezwiązanych z pandemią procedur, takich jak opieka paliatywna, rehabilitacja i inne. Osoby starsze często wymagają stałej opieki w swoim środowisku.

Pandemia dotknęła w szczególności mieszkańców domów pomocy społecznej. Pensjonariusze zarażali się od siebie, a liczba zmarłych była bardzo wysoka. W domach dla seniorów we Francji zmarło 7,5 tys. osób (1/3 wszystkich zgonów na COVID-19), w USA co piąty zgon nastąpił w domu opieki. Wysoka stopa zgonów wynikała z koncentracji mieszkańców.

W trudnej sytuacji pandemicznej rządy wystosowały apel do starszych pracowników służby zdrowia, aby w związku z pojawiającymi brakami kadrowymi zgłaszali się do pracy. Osoby te również były narażone na zachorowania, jeśli nie otrzymały odpowiednich środków ochronnych (co było dość częste).

Osoby starsze, głównie kobiety, były też niejednokrotnie obiektem ataków i złego traktowania – zjawiska pogłębionego w warunkach izolacji.

WHO wskazuje następujące rozwiązania i rekomendacje w kwestii zachowania zdrowia osób starszych:

- identyfikacja wszystkich starszych osób narażonych na zachorowanie, w szczególności tych z chorobami współwystępującymi i podjęcie działań na ich rzecz
- podejmowanie decyzji medycznych na podstawie zindywidualizowanej oceny klinicznej, potrzeb medycznych i najlepszych dostępnych dowodów medycznych (*science evidence*)
- testowanie populacji
- kontynuacja adekwatnych usług medycznych dla osób starszych, takich jak opieka psychiatryczna, paliatywna i geriatryczna
- dokładne monitorowanie zachorowań i zgonów w domach opieki
- wzmocnienie usług mających na celu zapobieganie i ochronę osób starszych, w szczególności kobiet
- realizowanie takich polityk wizyt, które zapewnią równowagę pomiędzy ochroną innych a potrzebą kontaktu

Negatywne skutki społecznego dystansu i stygmatyzowania osób starszych

W czasie pandemii pogłębiło się zjawisko stygmatyzacji osób starszych.

Rozwiązania i rekomendacje w tej dziedzinie to:

- zapewnienie środowiskowych usług i wsparcia dla osób starszych, w tym pomocy prawnej
- ocena potrzeb osób starszych w szczególności tych, którzy są bardziej odizolowani lub tych z ograniczonymi możliwościami przemieszczania się, aby zapewnić im odpowiednią pomoc psychiatryczną i psychospołeczną
- wsparcie dla osób starszych i opiekunów, w tym zapewnienie dostępu do komunikacji cyfrowej oraz innych alternatywnych kanałów kontaktu z bliskimi
- zapewnienie dostępu do informacji o metodach ochrony oraz odpowiednich usługach

- rozszerzenia zakresu usług mobilnych dla odizolowanych osób starszych
- praca ze społecznościami i wykorzystanie różnych metod, jak np. audycje radiowe, drukowane ulotki, aby dotrzeć z informacjami do osób starszych
- używanie określeń, które nie stygmatyzują osób starszych

DZIAŁANIA NA RZECZ OSÓB STARSZYCH W EUROPIE – PRZYKŁADY Z RÓŻNYCH KRAJÓW

Przedstawione poniżej działania dotyczące osób starszych w czasie pandemii nie mają systemowego charakteru podejmowane były *ad hoc*, w związku z potrzebami zdrowotnymi oraz materialnymi.

Szczepienia

Na Litwie mieszka ponad 270 tys. osób w wieku powyżej 75 lat. W okresie pandemii 64% wszystkich zgonów stanowiły zgony osób powyżej 75 lat, 20% wszystkich zgonów przypadło na grupę 65–74 lata.

Władze Litwy przyznały osobom starszym – powyżej 75 lat – dodatek do emerytury za zaszczepienie się podwójną dawką lub dawką przypominającą (do marca 2020 roku) w wysokości 100 euro. Decyzja ta wynikała z niewystarczającej efektywności działań na rzecz upowszechnienia szczepień wśród osób starszych. Wypłata świadczenia odbywa się automatycznie, bez konieczności składania wniosku. Świadczenie dodatkowe nie będzie miało wpływu na wypłatę innych należnych świadczeń.

Instytucja zabezpieczenia społecznego SODRA podjęła akcję bezpośredniego namawiania do szczepień wśród seniorów. Centrum Informacyjne wykonuje telefony do 112 tys. seniorów, którzy nie zostali zaszczepieni.

Prewencja

W Austrii osoby starsze powyżej 65 roku życia (1,8 miliona) otrzymały bezpłatnie po 10 masek FFP2. Ich koszt wraz z wysyłką wyniósł 14 mln euro.

W Belgii na jesieni 2021 roku szczepienia trzecią dawką szczepionki typu mRNA osób powyżej 65 roku życia zostały zatwierdzone w pierwszej kolejności. Rząd już wcześniej ustalił, że dodatkowa dawka szczepionki może być podana mieszkańcom domów opieki, osobom z osłabionym układem odpornościowym oraz wszystkim osobom powyżej 65 roku życia.

W Estonii w październiku 2021 roku poziom szczepień był rekordowo niski – więcej osób przyjmowało drugą dawkę niż pierwszą. Zachętą do szczepień była m.in. obietnica rządowych dotacji dla domów opieki w wysokości 120 euro za każdego zaszczepionego pracownika takiego

domu. Działanie to bezpośrednio przekłada się na stan zdrowia mieszkańców domów pomocy społecznej; na ogół osób w bardzo zaawansowanym wieku.

Wsparcie finansowe/materialne

Na Litwie podjęto również decyzję o wypłacie świadczeń dla wszystkich osób samotnych, likwidując renty wdowie. Poszerzy to znacznie zakres pomocy dla wdów/wdowców. Rentę wdowią otrzymywało ok. 210 tys. osób, natomiast nowe świadczenie obejmie ok. 400 tys. osób. Jest ono *de facto* skierowane również jest do osób starszych, nawet jeśli nie zastosowano granicy wieku jego przyznania.

Litewski rząd podjął też decyzję o wypłacie, każdego roku, 13. emerytury.

W Bułgarii ponad 390 tys. emerytów, którzy otrzymują świadczenie na poziomie 300–369 lewów otrzyma bezwarunkowo jednorazowy dodatek 120 lewów, z przeznaczeniem na zakup produktów spożywczych.

W tym kraju od 1 stycznia 2021 roku podwyższono kwoty wypłacanych emerytur.

Zastosowano też pomoc rzeczową w postaci na przykład dostarczania ciepłych posiłków. Gminy, które realizują program *gorący obiad w domu w nagłych przypadkach*, otrzymują dofinansowanie rządowe.

W Czechach wypłacono jednorazowo kwotę 5 tys. koron dla emerytów.

W Słowenii przyznano jednorazowe świadczenie (*solidarity bonus*) emerytom w złej sytuacji materialnej. Osobom otrzymującym minimalną emeryturę przyznano 300 euro, natomiast tym, którzy mieli emerytury powyżej minimum, ale nadal niskie dodano od 130 do 230 euro.

Przyjęto też zasadę opłacania wszystkich składek ubezpieczeniowych dla osób tymczasowo zwolnionych z pracy. Podobnie w Chorwacji – rząd przejął opłatę składek.

Niektóre działania w czasie pandemii, nawet jeśli nie były bezpośrednio skierowane do osób starszych, to poprawiały także ich sytuację materialną. Na przykład w Słowenii koszty energii elektrycznej zostały ograniczone o 30% (w marcu 2020).

W Słowacji wprowadzono zamrożenie czynszów (*rent payment moratorium*). Podobnie w Chorwacji zawieszono opłaty w lokalach należących do państwa, jeśli niekorzystnie wpływały na sytuację mieszkańców.

PODSUMOWANIE

Od wielu lat sprawa zabezpieczenia społecznego i opieki nad osobami starszymi stanowi przedmiot szczególnego zainteresowania polityków społecznych. Znaczne grupy seniorów nie uzyskują odpowiednich dochodów, często barierą jest dostęp do usług opiekuńczych oraz ich jakość. Problemy dotyczą nie tylko zabezpieczenia społecznego, ale w ogóle podejścia do osób starszych i starzenia się. Stąd tak ważne jest promowanie idei aktywnego starzenia się. Pandemia spowodowała też konieczność przededefiniowania i rozwinięcia koncepcji zdrowego starzenia się i wskaźnika AAI (*active aging index*).

Pandemia wyeksponowała i wzmocniła problemy związane z zabezpieczeniem społecznym, ale także ujawniła dyskryminację wobec osób starszych wyrażającą się w sposób bezpośredni i pośredni.

Po pierwsze, nieproporcjonalnie duża liczba seniorów stała się ofiarami wirusa SARS-CoV-2. Po drugie, wiele osób starszych zostało dotkniętych ubóstwem.

Wyrazem bezpośredniej dyskryminacji starszych było częstsze występowanie zjawiska przemocy, nadużyć i zaniedbań (VAN – *violence, abuse, neglect*). Z kolei fakt trudniejszego dostępu do służby zdrowia niewątpliwie pośrednio dyskryminował osoby starsze, które częściej cierpią na różne choroby przewlekłe.

Wiele działań podejmowanych w poszczególnych krajach dla poprawy trudnej sytuacji osób starszych miało charakter działań doraźnych. Niewątpliwie pandemia powinna gruntownie i systemowo zmienić globalne podejście do polityki społecznej skierowanej do osób starszych.