

MAŁOPOLSKIE STUDIA REGIONALNE

nr 2-3 / 19-20 / 2010

MAŁOPOLSKA DLA PRZYSZŁOŚCI

**Wyzwania Małopolski w kontekście
starzenia się społeczeństwa.
Podejście strategiczne**



Małopolska

MAŁOPOLSKIE STUDIA REGIONALNE

nr 2–3 / 19–20 / 2010



Departament Polityki Regionalnej
URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

Kraków, październik 2010

Raport opracowany w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego
Do 2008 roku ukazywał się pod tytułem: *Rozwój Regionalny w Małopolsce*.

Adres redakcji:
Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego
Departament Polityki Regionalnej
30-552 Kraków, ul. Wielicka 72
tel.: 012 29-90-700, fax.: 012 29-90-726
redakcja@malopolska.mw.gov.pl

Projekt składu:
Pracownia Register
Druk:
Drukarnia UNIDRUK

Kraków, październik 2010

ISSN 2080-8151

PRZY PUBLIKACJI DANYCH Z RAPORTU MAŁOPOLSKIE STUDIA REGIONALNE PROSIMY O PODAWANIE ŹRÓDŁA

Nakład: 500 egz. Raport dostępny także w formie elektronicznej na stronie internetowej
<http://www.malopolskie.pl/RozwojRegionalny/Wydawnictwa>

WYZWANIA MAŁOPOLSKI W KONTEKŚCIE STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

PODEJŚCIE STRATEGICZNE



MAŁOPOLSKA DLA PRZYSZŁOŚCI



Innovation
People
for Societal Change



European Union
European Regional Development Fund

Opracowanie przygotowane na zlecenie Departamentu Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego przez Stanisławę Golinowską

na podstawie ekspertyz:

- Benio M. (2010), *Kapitał finansowy i majątek oraz rozwój rynku finansowego w Małopolsce. Biznes i przedsiębiorczość w Małopolsce*, Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
- Cebula I. (2010), *Transport i komunikacja*, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego
- Dubiel M. (2010), *Potrzeby opieki geriatrycznej i długoterminowej: aspekt medyczny i aspekt socjalny. Ogólne kierunki działań w odniesieniu do osób starszych w dziedzinie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej*, Wydział Lekarski Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
- Kocot E. (2010), *Prognoza starzenia się ludności w Małopolsce. Przegląd prognoz krajowych i europejskich. Projekcja własna. Wnioski dla polityki rozwoju*, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński
- Krzaczyński T., Szuliborska-Łukasiewicz J., Majkowska A. (2010), *Oferata kulturalna i uczestnictwo w kulturze osób starszych w Małopolsce. Aktywizacja kulturalna*, Muzeum Lotnictwa Polskiego w Krakowie, Uniwersytet Jagielloński, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego
- Labus A. (2010), *Starzejące się społeczeństwo Małopolski a odnowa miejska – rekomendacje*, Wydział Architektury, Politechnika Śląska
- Mikos M. (2010), *Kapitał społeczny – potencjał organizacji społecznych w Małopolsce*, SCANMED S.A.
- Mrozek M. (2010), *Ośrodki uzdrowiskowe w Małopolsce*, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński
- Perek-Białas J., Feliks M. (2010), *Zasoby i oferta usług samorządu lokalnego (ze szczególnym uwzględnieniem pomocy społecznej) dla osób starszych w Małopolsce*, Uniwersytet Jagielloński, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie
- Ponikło W. (2010), *Zasoby opieki długoterminowej: placówki i kadry w sektorze ochrony zdrowia*, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera
- Ponikło W. (2010), *Zasoby opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej (placówki i kadry) w Małopolsce. Potencjał i potrzeby własne a „eksport” usług*, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera
- Szczerbińska K. (2010), *Kierunki rozwoju opieki długoterminowej w Małopolsce*, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński
- Zadka P. (2010), *Kapitał ludzki i potencjał edukacyjny Małopolski. Edukacja szkolna i uczelnia, edukacja przez całe życie i uniwersytety III wieku*, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński
- Zaniewska H. (2010), *Przyjazna osobom starszym struktura osiedleńcza i mieszkaniowa*, Instytut Rozwoju Miast, Kraków

z udziałem:

- Ewy Kocot (redakcja techniczna),
Anety Widak (koordynacja prac),
Jacka Woźniaka (akceptacja).

Dla potrzeb opracowania został powołany przez Zarząd Województwa Małopolskiego Zespół Zadaniowy w składzie:

- I. Podzespół autorski
 - a. Stanisława Golinowska, prof. dr hab., Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński – Przewodnicząca Zespołu,
 - b. Marek Benio, Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie,
 - c. Marzena Dubiel, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytet Jagielloński,
 - d. Ewa Kocot, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński – sekretarz Zespołu,
 - e. Marcin Mikos, Pełnomocnik Zarządu ds. Rozwoju, SCANMED S.A.,
 - f. Jolanta Perek Białas, Instytut Socjologii, Uniwersytet Jagielloński,
 - g. Witold Ponikło, Z-ca Dyrektora ds. Infrastruktury i Techniki Medycznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera.
- II. Podzespół wspierający
 - a. Jacek Woźniak, Dyrektor Departamentu Polityki Regionalnej UMWM,
 - b. Joanna Urbanowicz, Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Regionalnej, UMWM,
 - c. Krzysztof Jakóbk, Dyrektor Urzędu Statystycznego w Krakowie,
 - d. Alina Paluchowska, Zastępca Dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie,
 - e. Krzysztof Markiel, Dyrektor Departamentu Kultury i Dziedzictwa Narodowego, UMWM,
 - f. Urszula Sanak, Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej, UMWM,
 - g. Wioletta Wilimska, Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie,
 - h. Anna Mlost, Naczelnik Wydziału Zarządzania PO KL, Departament Polityki Regionalnej, UMWM,
 - i. Katarzyna Lekka, Kierownik Zespołu Planowania i Analiz Regionalnych, Departament Polityki Regionalnej, UMWM,
 - j. Aneta Widak, Kierownik Zespołu Europejskiej Współpracy Terytorialnej, Departament Polityki Regionalnej, UMWM – sekretarz Zespołu,
 - k. Magdalena Klimczyk, Zespół Europejskiej Współpracy Terytorialnej, Departament Polityki Regionalnej, UMWM.

Członkowie Rady Konsultacyjnej:

1. Marek Nawara, Marszałek Województwa Małopolskiego
2. Wiesława Borczyk, Prezes Zarządu Stowarzyszenia Sądecki Uniwersytet Trzeciego Wieku w Nowym Sączu
3. Roman Ciepela, Wicemarszałek Województwa Małopolskiego
4. Karolina Domider, Uniwersytet Trzeciego Wieku w Oświęcimiu
5. Ks. Jan Dziasek, Proboszcz Parafii Św. Jadwigi Królowej w Krakowie
6. Tomasz Grodzicki, prof. dr hab., Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński
7. Jerzy Hausner, prof. dr hab., Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
8. Maria Kanior, Prezes Stowarzyszenia Uniwersytet Trzeciego Wieku w Tarnowie
9. Ks. Andrzej Liszka, Pełnomocnik biskupa tarnowskiego ds. chorągów kapłanów
10. Joanna Staręga-Piasek, dr, Instytut Rozwoju Służb Społecznych w Warszawie
11. Małgorzata Woźnicka, Jagielloński Uniwersytet Trzeciego Wieku w Krakowie

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	7
CZĘŚĆ I. PRZEMIANY DEMOGRAFICZNE I STARZENIE SIĘ POPULACJI	11
CZĘŚĆ II. POTRZEBY ZDROWOTNE, OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I OPIEKUŃCZE OSÓB STARSZYCH. MOŻLIWOŚCI I WARUNKI REALIZACJI W MAŁOPOLSCE	27
CZĘŚĆ III. POTRZEBY I ZASOBY MAŁOPOLSKI W DZIEDZINIE LECZENIA UZDROWISKOWEGO ORAZ REKREACJI I TURYSTYKI ZDROWOTNEJ	43
CZĘŚĆ IV. POTRZEBY MIESZKANIOWE, PRZESTRZENNE I TRANSPORTOWE OSÓB STARSZYCH	53
CZĘŚĆ V. POTENCJAŁ EDUKACYJNY I SPOŁECZNY MAŁOPOLSKI	61
CZĘŚĆ VI. POTENCJAŁ KULTURALNY I TURYSTYCZNY MAŁOPOLSKI	83
CZĘŚĆ VII. ZASOBY GOSPODARCZE W MAŁOPOLSCE	95
CZĘŚĆ VIII. WNIOSKI I REKOMENDACJE. PROMOCJA MAŁOPOLSKIEJ STRATEGII „SREBRNEJ GOSPODARKI”	109
SPIS TABEL	115
SPIS WYKRESÓW	117
SPIS ZESTAWIENÍ	119
SPIS MAP	121
BIBLIOGRAFIA	123

Wprowadzenie.

Koncepcja i metoda pracy

1. Koncepcja strategii

Podstawowym wyzwaniem dla polskich regionów na początku XXI wieku jest optymalne wykorzystanie potencjału rozwojowego w celu zapewnienia trwałego i zrównoważonego rozwoju, zwiększenia konkurencyjności gospodarki i spójności zarówno w wymiarze społeczno-gospodarczym, jak i przestrzennym, ale także sprostanie wyzwaniom globalnym, do których w pierwszym rzędzie należy starzenie się populacji.

Proces starzenia się jest procesem powszechnym, nieuniknionym i nieodwracalnym w perspektywie około trzech pokoleń. Wywołany został zmniejszającą się dzietnością oraz spadkiem umieralności prowadzącej do wydłużenia przeciętnego trwania życia.

Wyzwań rozwojowych w obecnych czasach jest wprawdzie więcej: globalizacja, rewolucja informacyjna i nowe technologie, zagrożenia ekologiczno-energetyczne, kryzysy finansowe, ale starzenie się populacji należy do najbardziej skontekstowanych społecznie.

Dokonyje się w warunkach i w związku ze zmienionymi zachowaniami ludzi. Na tle ogólnego wzrostu dobrobytu i sukcesów gospodarki rynkowej większego znaczenia nabierają wartości materialne i indywidualistyczne. Rozszerzanie się systemu demokratycznego zwiększa oczekiwanie, że dobrobyt będzie powszechny i jego efektem będzie większa równość i społeczna integracja, a nowe technologie staną się powszechnie dostępne.

Zmianom demograficznym towarzyszą dalsze zmiany w procesie formowania się rodziny oraz sposobu życia rodzin. Później zakłada się rodzinę i później podejmuje decyzje prokreacyjne. Dzieci są dłużej zależne od rodziców na skutek wydłużenia okresu kształcenia. Jednocześnie rodzice w okresie starości są znacznie częściej samodzielni i znacznie częściej niż kiedyś korzystają z opieki zewnętrznej (pozarodzinnej) – zarówno stacjonarnej, jak i domowej. Potencjał opiekuńczy rodzin będzie się zmniejszał i osoby starsze wymagające usług opiekuńczych oraz pielęgnacyjnych coraz częściej będą korzystały ze wsparcia instytucjonalnego.

Starzenie się ma bezpośredni wpływ na pracę i zabezpieczenie społeczne, gdyż zmiana struktur demograficznych z mniejszym dopływem młodych osób do zasobów pracy i większym odply-

wem starszych burzy dotychczasowe zasady uczestnictwa i podziału. Zmniejszenie proporcji między liczebnością osób w wieku aktywności zawodowej a liczebnością osób starszych prowadzi do wzrostu społecznego znaczenia ich potrzeb i zwiększenia wysiłku ekonomicznego ponoszonego na ich zaspokojenie. Rośnie redystrybucja dochodów na rzecz starszego pokolenia. Zagrożeń to utrzymaniu międzypokoleniowej solidarności na dotychczasowych zasadach.

Jak reagować na proces starzenia? Strategie, jakie są proponowane w wielu krajach i przez wielu polityków oraz ekspertów, sprowadzają się w zasadzie do trzech i można je uogólnić następująco:

- (1) Dostosowywanie jednostronne – polegające na projekcji potrzeb starzejącego się społeczeństwa i prowadzeniu takiej polityki i działań, które uwzględniłyby wzrost udziału i potrzeb ludzi starszych w różnych sferach życia przy niewielkich korektach w zasadach międzypokoleniowego podziału pracy i dochodów.
- (2) Dostosowanie kompleksowe – polegające na przygotowaniu społeczeństwa w ciągu całego życia do jego dłuższego trwania przez odpowiednią politykę edukacyjną, zdrowotną oraz wysokiej produktywności pracy, umożliwiającą dłuższą aktywność osób starszych, proporcjonalnie do dłuższego trwania życia, a jednocześnie kontrolowanie redystrybucji na rzecz osób starszych w celu podtrzymywania międzypokoleniowej solidarności.
- (3) Aktywne działania prewencyjne – ukierunkowane na zmianę struktury demograficznej ludności przez politykę prokreacyjną oraz imigracyjną.

Nie są to strategie wykluczające się; zwykle stosowane są jednocześnie. Mają jednak różny horyzont uzyskiwania efektów. Nie znaczy to jednak, że działania o dłuższym oczekiwaniu na efekty, jak te zawarte w strategii drugiej, należy odkładać. Przeciwnie – działania te należy rozpocząć jak najwcześniej. One przyniosą bowiem efekt najtrwalszy.

Starzenie się populacji nie jest procesem przebiegającym jednolicie w różnych krajach i regionach świata oraz Europy; w jednym z opóźnieniami, w innych ze znacznym przyspieszeniem. To może stanowić czynnik sprzyjający wykorzystaniu regionalnych

zasobów w ukierunkowaniu ścieżek rozwoju tak, aby z procesu starzenia się uczynić czynnik dynamizacji regionalnej strategii rozwoju. Popyt wynikający ze zmian struktury demograficznej może być motorem rozwoju produkcji i usług nie tylko na potrzeby jednego regionu, lecz także na 'eksport', jeśli istnieją odpowiednie zasoby.

Zwrócenie uwagi na konsekwencje gospodarcze starzenia się populacji w sposób aktywny i pozytywny nawiązuje do koncepcji tzw. srebrnej gospodarki (*silver economy*). Jej cechy i kierunki rozwoju zostały przedstawione przez grupę ekspertów i przyjęte jako tzw. Bońska Deklaracja, wskazując, że aktywne przygotowanie gospodarki do nowych proporcji demograficznych jest szansą na poprawę jakości życia, wzrost ekonomiczny i konkurencyjną Europę (*Bonn Declaration for the Silver Economy as an Opportunity for Quality of Life, Economic Growth and Competitiveness in Europe*), www.silvereconomy-europe.org. Cele deklaracji oraz ruchu 'srebrnej gospodarki' zostały sformułowane następująco:

- Uświadamianie i budowanie wiedzy o szansach starzejącego się społeczeństwa.
- Poparcie dla działań regionalnego przemysłu i usług ukierunkowanych na rozwój srebrnej gospodarki.
- Inicjowanie i stymulowanie wymiany doświadczeń na temat srebrnej gospodarki i rozwijanie regionalnych sieci na jej rzecz.
- Tworzenie europejskich ośrodków wiedzy na temat usługowego (obsługowego) wymiaru srebrnej gospodarki oraz problemów społecznych i politycznych z nią związanych.
- Popieranie członków sieci w rozwoju regionalnych inicjatyw i globalnego marketingu w odniesieniu do produktów i usług srebrnej gospodarki.
- Promocja inicjatyw politycznych na poziomie europejskim w celu przygotowania europejskich programów srebrnej gospodarki i europejskiego przywództwa w ich wprowadzeniu na świat.
- Udzielanie wszechstronnego poparcia politycznego dla inicjatyw w ramach koncepcji srebrnej gospodarki na każdym poziomie: narodowym, regionalnym i europejskim.

Uwzględnienie koncepcji srebrnej gospodarki w strategiach i programach rozwoju regionu nie musi wynikać z wyprzedzających zmian demograficznych, czyli większego zaawansowania procesu starzenia się w danym regionie. Przeciwnie. Srebrna gospodarka jako koncepcja rozwoju powinna być rozważona raczej w regionach 'młodszych', w których istnieje potencjał jej uruchomienia. Decydujące są posiadane w regionie zasoby ludzkie, charakter lokalnej gospodarki i szeroka akceptacja strategii.

Dostrzeżono, że **województwo małopolskie posiada takie zasoby i to w większym stopniu niż inne regiony kraju, a nawet Europy.** Małopolska jest relatywnie najmłodszym regio-

nem Europy, a jej gospodarka jest już ukierunkowana na rozwój usług. Pod tym względem jest bardziej atrakcyjna dla inwestorów niż ze względu na rozwój przemysłu i budownictwa, co potwierdzają wieloletnie analizy Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową na temat atrakcyjności inwestycyjnej województw i podregionów kraju (IBnGR: Kalinowski i inni 2008). Decydujące o tym czynniki to liczne i wysokiej jakości zasoby pracy oraz rozwinięta tzw. infrastruktura społeczna (życie kulturalne, gastronomia, hotele).

Strategia rozwoju Małopolski mogłaby zostać ukierunkowana na sprostanie wyzwaniom starzejącej się populacji jako czynnika motorycznego, biznesowego i 'eksportowego', jeśli zostałyby szeroko zinternalizowana społecznie oraz politycznie i co więcej – jeśli w jej realizację zaangażowali się liczni partnerzy życia politycznego, społeczeństwa obywatelskiego, mediów oraz biznesu. Tym bardziej, że **strategia rozwoju ukierunkowana na potrzeby starzejącej się populacji jest strategią przyjazną wszystkim grupom ludności.** Sprzyja tworzeniu wygodniejszych warunków życia, szczególnie w dziedzinie mieszkalnictwa, w rozwoju urbanistycznym i osiedleńczym, w transporcie i komunikacji. Sprzyja rozwojowi usług zdrowotnych i rehabilitacyjnych oraz zdrowia publicznego, nastawionych na realizację koncepcji zdrowego starzenia się od najwcześniejszych lat życia. Zwiększa wymagania w korzystaniu z usług kultury i rekreacji, czyniąc je bardziej dostępnymi i kompleksowymi. Sprzyja procesom społecznej integracji i solidarności pokoleń dzięki takim rozwiązaniom opiekuńczym osób starszych, które nie będą ich izolować od reszty społeczeństwa. Z tą myślą i nadzieją rozpoczęto prace nad przygotowaniem strategii rozwoju Małopolski ukierunkowanej na podjęcie wyzwań związanych ze starzeniem się populacji.

Celem strategii jest więc wizja takiej ścieżki rozwoju regionu¹, w której produkty i usługi dla starzejącej się populacji staną się jego dobrem także „eksportowym”, przyczyniając się do zdynamizowania rozwoju lokalnych gospodarek w regionie, wzbogacenia ilościowego i jakościowego regionalnego rynku pracy oraz udostępnienia zasobów naturalnych i wyspecjalizowanych sposobów ich wykorzystania na potrzeby zdrowia i dobrego życia także osób starszych.

1 Pojęcie regionu używane w tym dokumencie jest pojęciem geograficzno-kulturowym. Oznacza to, że wyodrębniony obszar (terytorium) ma wspólne cechy o charakterze naturalnym, historyczno-kulturowym oraz gospodarczym, różniącym go od innych obszarów. W klasyfikacjach statystycznych UE, stosujących podział trójdzielnny: NUTS I, NUTS II i NUTS III, termin regionu (NUTS I) jest stosowany dla identyfikacji obszarów większych, obejmujących dwa lub trzy polskie województwa. NUTS II – odpowiada obszarom polskich województw, a NUTS III – stosowany jest wobec obszarów większych niż powiaty, nazywanych subregionami. Zgodnie z tą klasyfikacją Małopolska wraz ze Śląskiem jest jednym regionem – Południowym Polski. Z wielu względów połączenie to jest niefortunne. Oba województwa różnią się istotnie: pod względem naturalnym, historyczno-kulturowym oraz cech lokalnej gospodarki. Z tego powodu kategoria regionu jest dość nieadekwatna. W prezentowanym dokumencie regionem jest Małopolska i kategoria regionu będzie synonimem dla województwa.

2. Metoda przygotowania strategii

Opracowanie strategii „Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne” obejmuje dwa kierunki rozpoznania. Po pierwsze – **rozpoznanie tendencji starzenia się i potrzeb starzejącej się populacji w różnych wymiarach ludzkiego życia**. Po drugie – **rozpoznanie regionalnych zasobów umożliwiających zaspokajanie potrzeb starzejącej się populacji** na poziomie i w skali pozwalającej uczynić z Małopolski region nie tylko przyjazny osobom starszym, ale wykorzystujący obecne tendencje przemian demograficznych w ukierunkowaniu jego rozwoju społecznego oraz ekonomicznego.

Struktura podjętych zagadnień i akcenty zawarte w przygotowanej strategii wynikały z przyjęcia założenia o wzroście znaczenia wybranych potrzeb na skutek zmiany demograficznej. Dlatego potrzeby grup demograficznych z akcentem na potrzeby starszych grup ludności stanowiły główne kryterium strukturyzacji pracy i w końcowym efekcie – powstałego dokumentu. Rozpoznanie potrzeb rozpoczynają się od zdrowotnych i socjalnych, następnie mieszkaniowych i związanych z przestrzenią (fizyczne warunki społecznej integracji) oraz uczestnictwem w życiu społecznym i kulturalnym. Odrębne miejsce w pracy stanowi rozpoznanie zasobów, jakimi dysponuje region, aby mogły być realizowane dla siebie i na ‘eksport’. Uwaga została skoncentrowana na trzech rodzajach potrzebnego kapitału: ludzkim, społecznym i finansowym.

Główną metodą prac nad strategią jest **wykorzystanie doświadczeń wyniesionych z pracy nad innymi i podobnymi strategiami oraz specjalnie przygotowane ekspertyzy i debata**. Na potrzeby strategii wykonano też kilka oryginalnych prac: przygotowano nowe projekcje demograficzne w odniesieniu do regionu, przeprowadzono nowe rozpoznania w zakresie problemów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Małopolsce, czy spraw na temat zachowań instytucji kulturalnych wobec seniorów.

Uwzględnienie doświadczeń z pracy nad innymi dokumentami o charakterze strategicznym dotyczących rozwoju w kontekście zmiany demograficznej wymagało przestudiowania licznych opracowań i raportów przygotowanych na wielu poziomach, których listę ilustruje poniższe zestawienie. Wzięto też pod uwagę sugestie niektórych instytucji międzynarodowych oraz *think tanków*. Wśród nich należy wymienić opracowanie opublikowane przez Komitet Regionów UE i przetłumaczone już na język polski pt. „Strategie regionalne a starzenie się społeczeństwa”, w którym zawarty jest zestaw narzędzi służących uwzględnianiu zagadnień związanych z wiekiem społeczeństwa (*Age Proofing Toolkit*). Opracowanie to, przygotowane przez autorów z Wielkiej Brytanii (Martina Ferry z Uniwersytetu w Strathclyde i Richarda Baker z organizacji Age Concern England) w 2006 r., bazuje na doświadczeniach angielskich i zorientowane jest głównie na cele związane z aktywizacją starszego pokolenia oraz uwzględnianie jego potrzeb w planach rozwoju regionu. Ten rodzaj podejścia można by zaliczyć do grupy charakteryzującej się raczej dostosowaniem jednostronnym. Tezy zawarte w opracowaniu nie prezentują oficjalnego stanowiska Komitetu Regionów UE.

Zestawienie 1. Strategiczne dokumenty na temat przyszłego rozwoju w kontekście zmiany demograficznej

Poziom	Strategiczne dokumenty
Globalny	Madrid International Plan of Action on Aging (2002) Aging Watch at the UN
Europejski	<i>Regions 2020. An Assessment of Future Challenges for EU Regions</i> ; dokument Komisji Europejskiej 2008 <i>Agenda Socjalna 2000</i> , element Strategii Lizbońskiej <i>Bonn Declaration for the Silver Economy</i> (Deklaracja Bońska 2005) <i>Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe – EU health policy in the context of demographic change</i> (2007) <i>Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013</i> (2007) Europa 2020 (2010)
Narodowy	Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013. <i>Praca i zabezpieczenie społeczne</i> (2005) <i>Polska 2030. Wyzwania rozwojowe</i> (2009) Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020
Regionalny	Projekt Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego 2011–2020 (2010)
Lokalny	Gminne i miejskie strategie rozwoju i rozwiązywania problemów społecznych

Przygotowanie strategii poprzedzono także analizą dokumentów opracowywanych w okresie wejścia Polski do UE, co związane było z przyjęciem przez kraje członkowskie specyficznej metody wspólnego planowania rozwoju w zakresie niektórych dziedzin, a mianowicie metody otwartej koordynacji (*Open Method of Coordination*). Przygotowane wówczas strategie w sferze społecznej dotyczyły: zatrudnienia (Krajowa Strategia Zatrudnienia), zwalczania ubóstwa i wykluczenia społecznego (Narodowa Strategia Integracji Społecznej), emerytur oraz opieki zdrowotnej i długoterminowej, a w końcu całościowej koncepcji polityki społecznej (Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013). Także na szczeblu regionu powstawały dokumenty o charakterze strategicznym bądź programowym. W województwie małopolskim przykładem może być *Program Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006*, *Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2001–2005* i następnie *na lata 2006–2013* czy *Kierunki rozwoju turystyki dla województwa małopolskiego na lata 2008–2013*.

W przygotowaniu licznych ekspertyz na potrzeby niniejszego dokumentu uczestniczyli akademicy, będący czołowymi znawcami odcinkowych zagadnień, oraz urzędnicy – specjaliści małopolskiego samorządu terytorialnego. Systematyczne spotkania poświęcone szczegółowym kwestiom przygotowywanej strategii organizował Departament Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego. W debacie i konsultacjach uczestniczyli także przedstawiciele innych departamentów Urzędu Marszałkow-

skiego, Regionalnego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz Urzędu Statystycznego w Krakowie.

W pracach nad strategią wykorzystano doświadczenia regionalnych strategii z innych krajów europejskich, a przede wszystkim

z Wielkiej Brytanii i Hiszpanii (Andaluzja). Dzięki projektowi *PEOPLE Innovation for Societal Change* prowadzonemu w ramach europejskiego programu INTERREG IVC szczególnie zainteresowanie wzbudziła strategia regionu Południowo-Wschodniej Anglii zorientowana na zdrowie publiczne.

Część I.

Przemiany demograficzne i starzenie się populacji

Dynamika procesu starzenia się jest różna w różnych regionach świata. Proces ten najwcześniej zaczął się w Europie Zachodniej, później w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, ale z wyższą dynamiką. Kraje rozwijające się dopiero wchodzą w tę fazę rozwoju demograficznego, ale niektóre z nich od razu z bardzo wysoką dynamiką, np. najludniejszy kraj świata – Chiny.

Małopolska w proces starzenia się wchodzi z opóźnieniem. Analizy i prognozy w odniesieniu do województwa małopolskiego zostaną przedstawione na tle kraju oraz Europy. Do tego celu wykorzystano dane GUS (prognoza 2008), Eurostatu (prognoza EuroPop2008) oraz własne prognozy, przygotowane na podstawie modułu populacyjnego, stanowiącego integralną część aktuarialnego modelu budżetu socjalnego Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO), stosowanego do prognozowania przychodów i wydatków publicznych systemów zabezpieczenia społecznego w krajach współpracujących z ILO. Zastosowanie populacyjnego modułu tego modelu umożliwiło przygotowanie prognozy demograficznej dla województwa małopolskiego do 2050 roku.

1. Przemiany i prognozy demograficzne w Polsce i w Małopolsce

Proces starzenia się ma w Polsce wysoką dynamikę, mimo że polskie społeczeństwo należy jeszcze do relatywnie młodych. Sytuacja ulegnie przyspieszonym zmianom w ciągu kolejnych trzech dekad. Współczynnik dzietności co prawda ma w następnych latach wzrastać (do 1,36 w 2010 r., po 2020 r. do poziomu ok. 1,45), jednak są to wartości znacznie mniejsze od dzietności zapewniającej zastępowalność pokoleń (2,1). Następować będzie wyraźna poprawa wskaźników umieralności we wszystkich grupach wiekowych i w związku z tym wzrost średniego oczekiwanego trwania życia (LE). W Polsce dokonał się pod tym względem znaczny postęp i mimo odstawania od krajów starej Europy, wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej wskaźniki LE w Polsce i w Czechach należą obecnie do najwyższych w tej części Europy. W okresie prognozy wartości tego wskaźnika zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet będą wzrastać – początkowo

nadal nadrabiane będą „straty” w porównaniu do starych krajów UE (szczególnie w odniesieniu do mężczyzn), potem wzrost będzie już wolniejszy.

Nie wszystkie regiony kraju będą starzeć się w tym samym tempie – Małopolska w wolniejszym niż pozostałe województwa.

Zmniejszanie się wielkości populacji

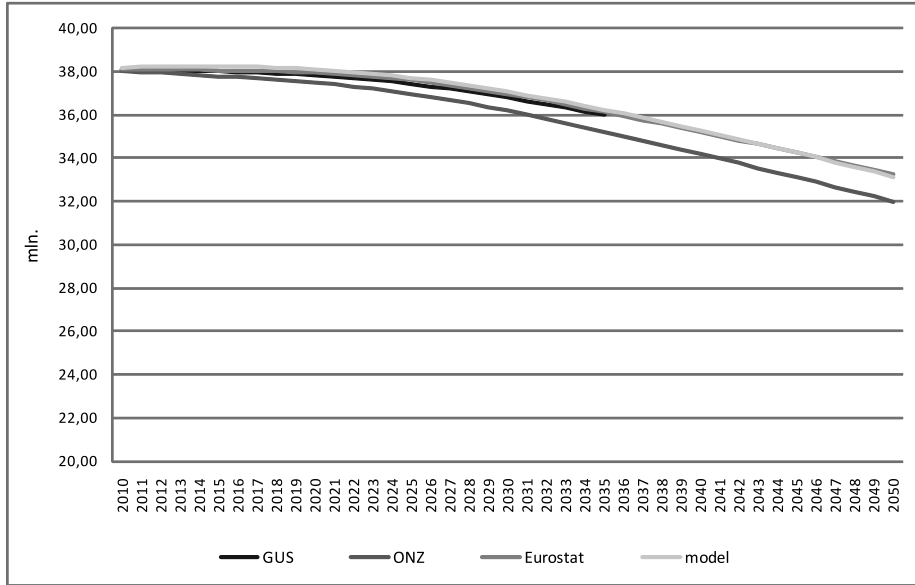
Zgodnie ze wszystkimi prognozami populacja Polski w ciągu następnych 40 lat wyraźnie zmaleje (wykres 1). Do 2022 r. będzie jeszcze stabilna, ale już w następnych latach liczba ludności zdecydowanie się zmniejszy. Prognoza ONZ wykazuje szybszy spadek wielkości populacji w porównaniu z pozostałymi, które zgodnie przewidują zmniejszenie ludności kraju do 2050 r. o ponad 4 mln obywateli.

Liczba ludności województwa małopolskiego zgodnie ze wszystkimi analizowanymi prognozami także będzie się zmniejszać. W 2050 r. do poziomu 3 106 tys., czyli o 5,5% w porównaniu z rokiem 2008. Spadek ten nie będzie przebiegał równomiernie – w najbliższym czasie zaobserwujemy jeszcze okres wzrostu populacji: o 2,6% w latach 2008–2020, a następnie coraz szybszy jej spadek: o 1% w latach 2020–2030 oraz 2,9% i 4,2% odpowiednio w następnych dziesięcioleciach (wykres 2).

Województwo małopolskie jest czwartym województwem Polski pod względem wielkości populacji. Należy do nielicznych regionów o rosnącej liczbie mieszkańców, jednak wzrost ten w latach 2010–2030 będzie niewielki, zaledwie o 0,5%. Jedynie w czterech województwach (mazowieckie, wielkopolskie, małopolskie i pomorskie) przewidywać można zwiększenie liczby ludności. Wzrost ten nie będzie jednak na tyle istotny, by zapewnić wzrost całej populacji kraju. Liczba mieszkańców w Polsce zmniejszy się o ok. 3%.

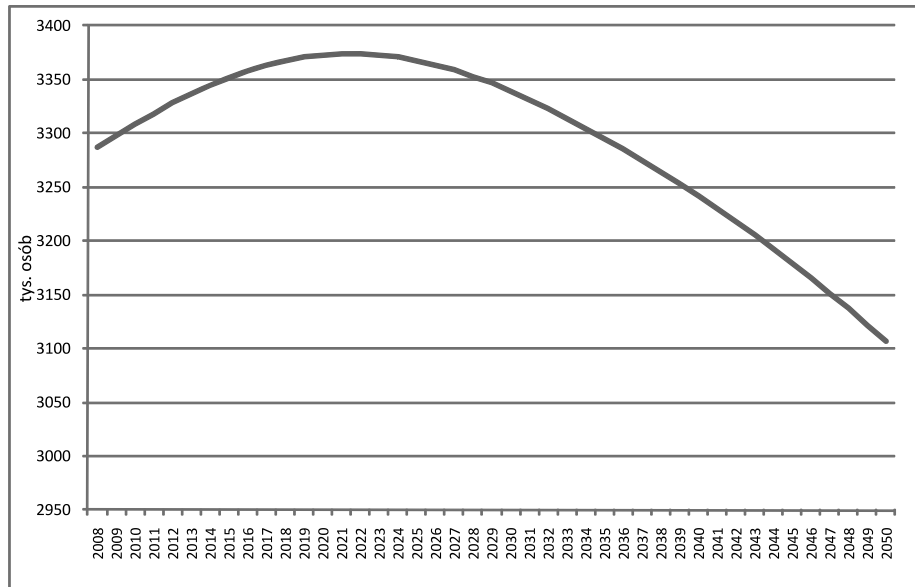
Według oceny Eurostatu niewielki wzrost liczby ludności w województwie małopolskim spowodowany będzie dodatnim saldem migracji, rekompensującym negatywne zmiany naturalne

Wykres 1. Porównanie prognoz wielkości ludności Polski



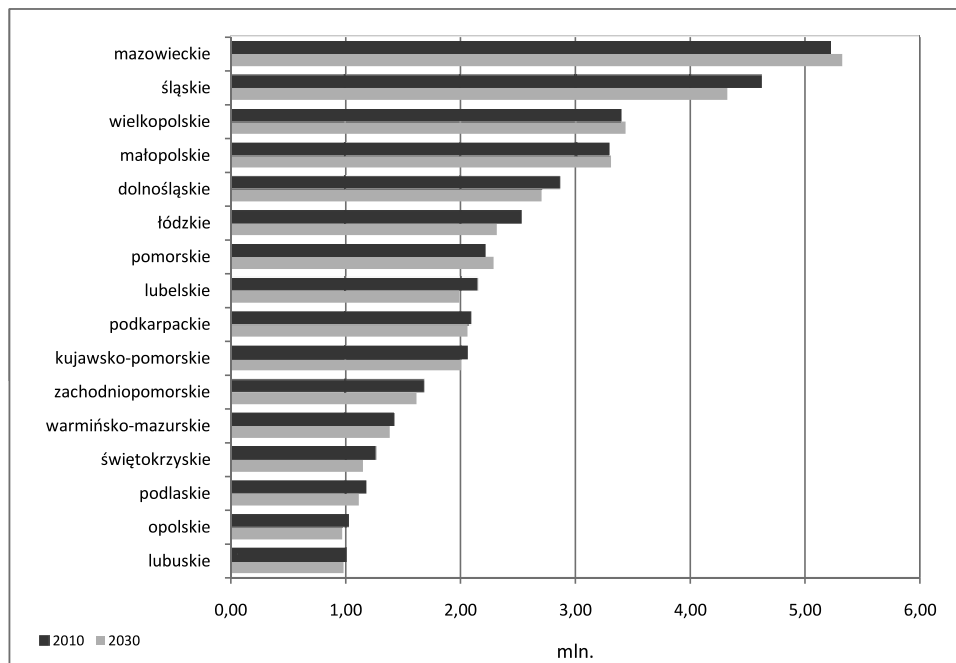
Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu, danych GUS, ONZ, Eurostat

Wykres 2. Prognozowana wielkość populacji województwa małopolskiego



Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 3. Całkowita liczba mieszkańców Polski wg województw – rok 2010 i 2030



Źródło: opracowanie własne na podstawie EuroPop2008

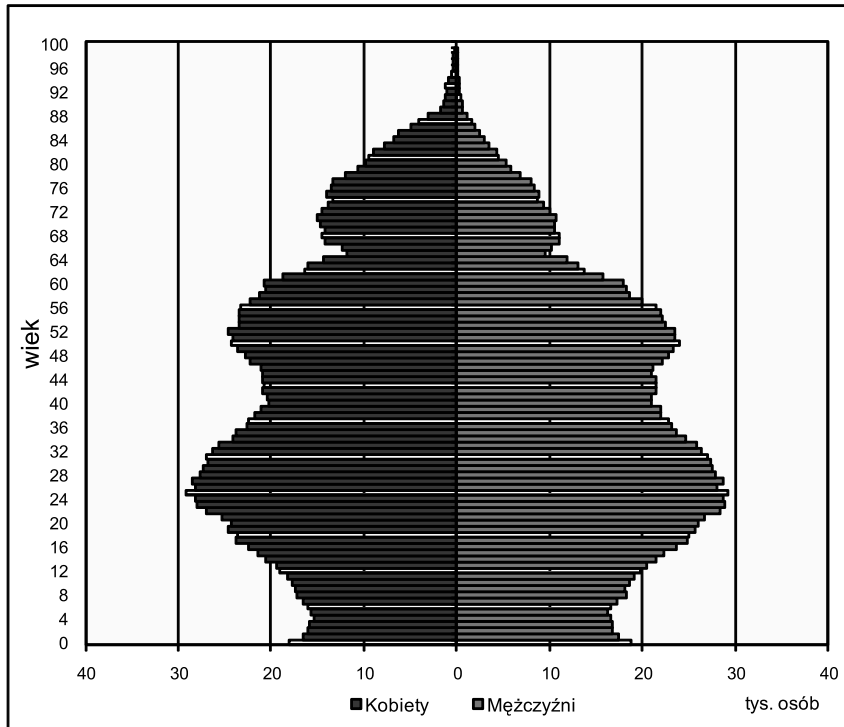
(większa liczba zgonów niż urodzeń). Jedynie w województwie pomorskim spodziewana jest nadwyżka urodzeń nad zgonami, co w połączeniu z dodatnim saldem migracji powoduje w tym regionie najwyższy wzrost ludności w kraju (ok. 3%).

Struktura ludności według wieku

Duże zmiany nastąpią w strukturze populacji według wieku. Piramidy wieku dla województwa małopolskiego w 2008 r. i 2050 r.

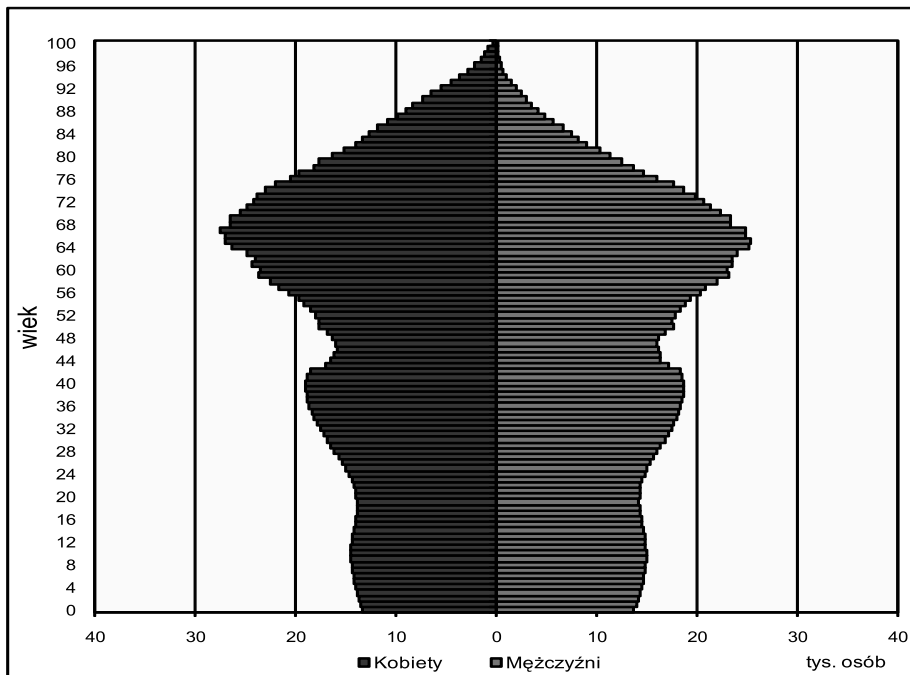
mają kształt charakterystyczny dla wszystkich starzejących się społeczeństw. Grupa populacji o najwyższej liczebności, którą obecnie stanowią osoby w wieku 20–30 lat, w perspektywie najbliższych 40 lat przesunie się do grupy wiekowej 60–70. Jednocześnie niski przyrost naturalny spowoduje małą liczebność grup młodszych. Stąd piramida wieku zmienia stopniowo swój kształt na charakterystycznie poszerzony w górnej części i wąski u podstawy.

Wykres 4. Piramida wieku dla województwa małopolskiego – rok 2008



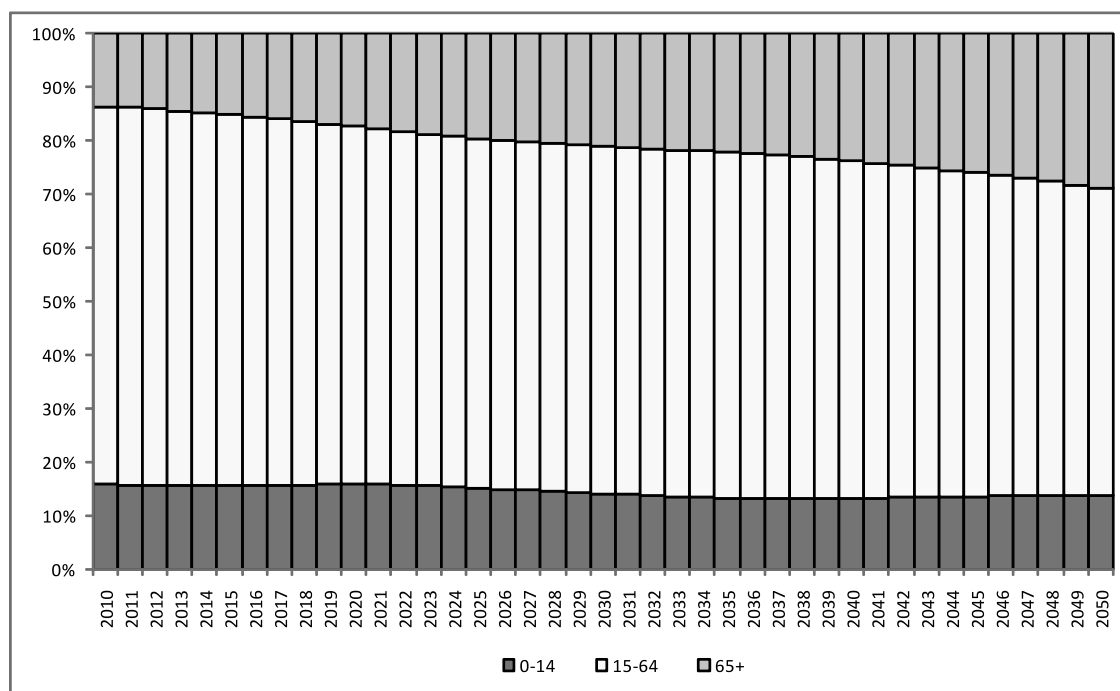
Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 5. Piramida wieku dla województwa małopolskiego – rok 2050



Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 6. Prognoza struktury wiekowej populacji województwa małopolskiego

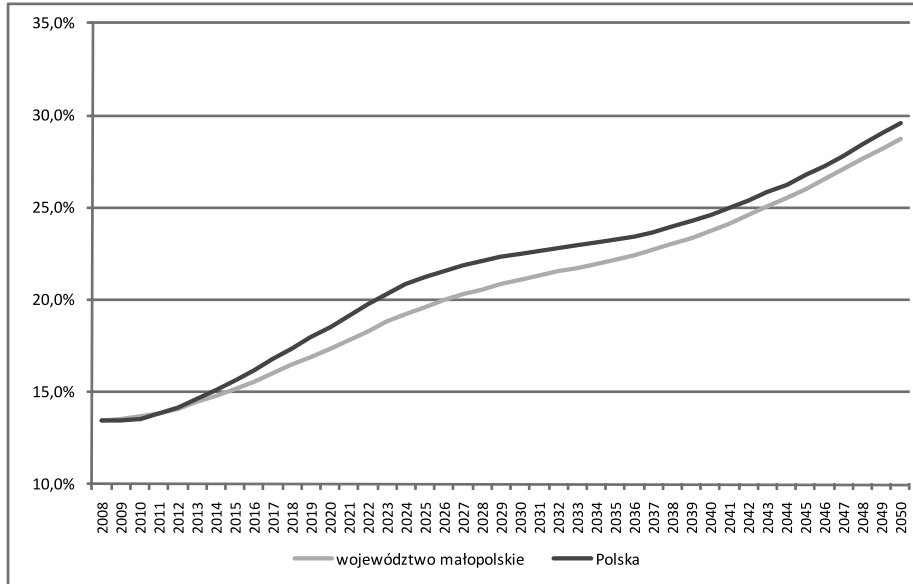


Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Najmniejsze zmiany pod względem procentowego udziału w populacji zachodzą w grupie osób najmłodszych (0–14 lat: z 15,9% do 13,9%). Udział osób w wieku produkcyjnym zmniejsza się już znacznie bardziej, bo o blisko 13 punktów procentowych. Stanowi to „ubytek” ponad 500 tys. osób w tej grupie wiekowej do 2050 roku, co będzie miało bardzo negatywny wpływ na rynek. Udział osób w wieku 65+ w województwie małopolskim stale rośnie, zwiększając swoją wartość z 13,5% w 2008 roku do 28,8% w roku 2050. Proces starzenia się społeczeństwa jest więc w latach prognozy bardzo zdecydowany (wykres 6).

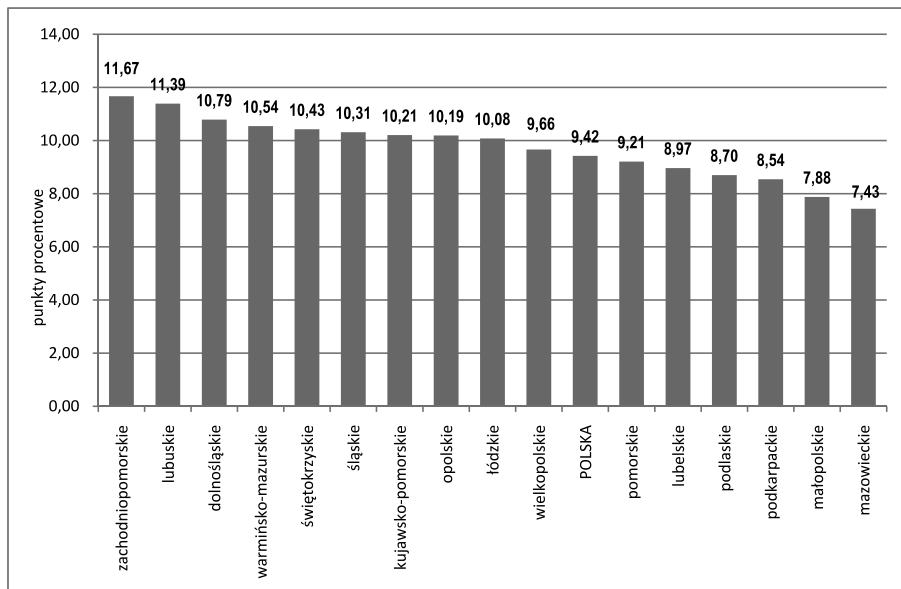
Obecnie, jak i w ciągu najbliższych kilku lat, udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji województwa małopolskiego jest bardzo zbliżony do sytuacji w Polsce (wykres 7). Jednak w następnych latach proces starzenia się Małopolski będzie nieco wolniejszy niż dla całego kraju – około roku 2025 różnica w określonym powyżej udziale osób starszych pomiędzy naszym regionem a Polską to ok. 1,5 punktu procentowego na korzyść Małopolski. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że obecnie w województwie małopolskim obserwujemy nieco większy niż w Polsce udział populacji młodszej, poniżej 40 roku życia, oraz nieco mniejszy populacji, która w tym właśnie okresie wejdzie w wiek powyżej 65 lat. Zbliżając się do końca okresu prognozy, różnica ta zmniejsza się, stabilizując od roku 2040 na poziomie ok. 1 punktu procentowego. W latach 2025–2040 proces starzenia się populacji ma mniej gwałtowny przebieg zarówno w Polsce, jak i w regionie małopolskim, ponieważ jest to okres wchodzenia w wiek 65+ osób z pokolenia niżowego (mających obecnie 35–50 lat).

Wykres 7. Udział osób w wieku 65+ w populacji województwa małopolskiego i Polski



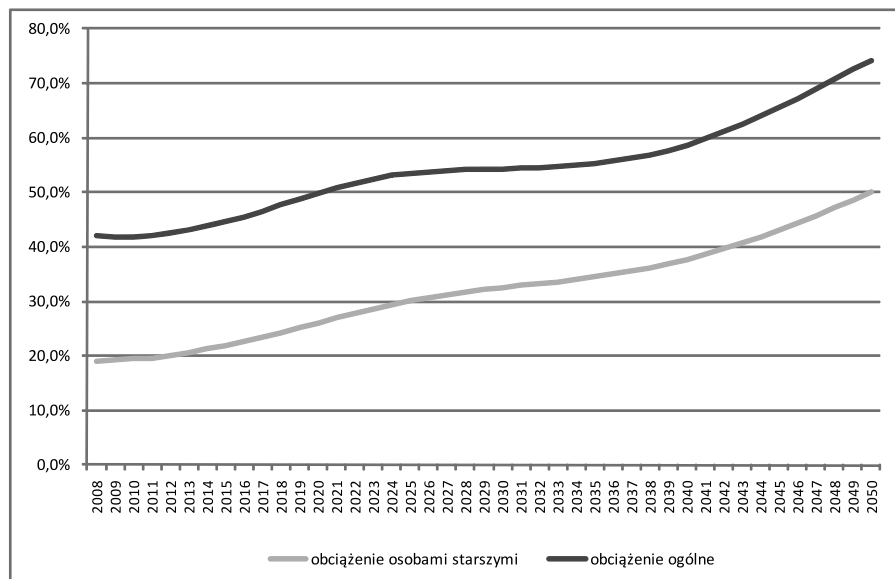
Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 8. Prognozowane zmiany udziału osób w wieku 65+ w populacji polskich województw w latach 2010–2030



Źródło: opracowanie własne na podstawie EuroPop2008

Wykres 9. Prognoza wartości wskaźników obciążenia demograficznego dla województwa małopolskiego



Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Przewidywane zmiany w latach 2010–2030 pod względem udziału osób starszych należą w województwie małopolskim w porównaniu do innych regionów europejskich do „najmłodszym” województwem w Polsce, podczas gdy w 2008 r. było jeszcze 8 województw o mniejszym udziale osób starszych w populacji.

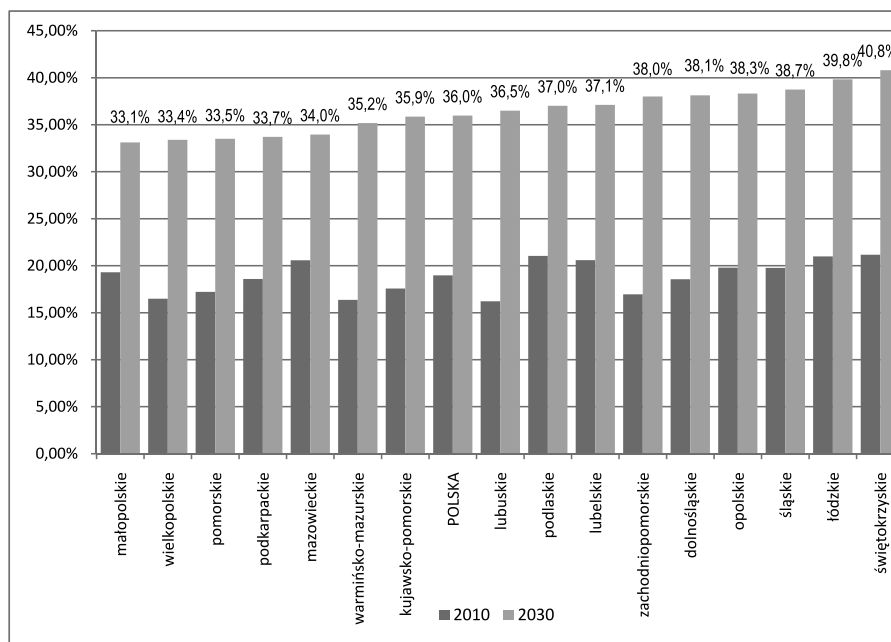
Proces starzenia się skutkuje zmianami wskaźników ogólnego obciążenia demograficznego, a szczególnie obciążenia demograficznego osobami starszymi². Podczas gdy w Małopolsce w 2008 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadają 42 osoby w wieku nieprodukcyjnym, to w 2050 r. tych osób będzie już blisko 75. W przypadku obciążenia tylko osobami starszymi,

czyli w wieku 65 lat i więcej, w 2050 r. będzie ono dwupółkrotnie większe w porównaniu z występującym w 2008 r.: 50 wobec 20 (wykres 9). Prognozowane wartości wskaźnika obciążenia demograficznego są dla Małopolski nieco niższe niż przeciętnie dla całego kraju; tendencja jest jednak taka sama, a różnice nieznaczne.

Wolniejsze tempo zmian demograficznych w Małopolsce w porównaniu z innymi regionami powoduje, że sytuacja województwa małopolskiego w tym względzie jest również korzystniejsza niż pozostałych województw w Polsce, podczas gdy jeszcze w 2008 r. osiem województw legitymowało się niższym wskaźnikiem obciążenia.

² Wskaźnik ogólnego obciążenia demograficznego (*old-age dependency ratio*) zdefiniowany został jako stosunek liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym (15–64), wskaźnik obciążenia osobami starszymi różni się zastosowaniem w liczniku liczby osób w wieku 65+.

Wykres 10. Wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością starszą w roku 2010 i 2030 dla województw w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie EuroPop2008

Starzenie się populacji prowadzi do przesuwania się wzrostu liczebności w kierunku grup starszych: od 60–69, przez 70–79, aż do grupy 80+. W pierwszych 10 latach prognozy (do 2020 r.) następuje największy wzrost liczebności grupy wiekowej 60–69, przy niewielkich zmianach w grupach starszych. Są to osoby, które niejednokrotnie mogą pozostawać jeszcze na rynku pracy, nawet po osiągnięciu wieku emerytalnego. W ciągu następnych 10 lat (2020–2030) liczebność tej grupy będzie spadać, ale zwiększy się liczba osób w grupie 70–79. Te osoby rzadziej kontynuują działalność zawodową, ale niejednokrotnie pozostają w stanie zdrowia umożliwiającym inne aktywności o charakterze społecznym i kulturalnym. Jednocześnie jednak wzrastać będą potrzeby zdrowotne tej grupy wiekowej, większe w porównaniu z potrzebami grupy wiekowej 60–69 (badania: Golinowska, Kocot: AHEAD i Bank Światowy). Po 2025 r. rozpoczyna się trwający aż do lat 40. obecnego stulecia systematyczny wzrost liczby osób najstarszych, po 80. roku życia, a wraz z nim wzrastający popyt na działania lecznicze, pielęgnacyjne i opiekuńcze. Równoległe od 2035 r. znowu zdecydowanie wzrastać będzie liczebność grupy wiekowej 60–69, przy spadku liczby osób w wieku 70–79 lat.

Aż w 9 województwach udział populacji najstarszej w populacji 65+ będzie niższy w 2030 r. niż w 2010 r. Jedynie w województwach opolskim, pomorskim i śląskim wzrost udziału osób najstarszych będzie większy niż w małopolskim.

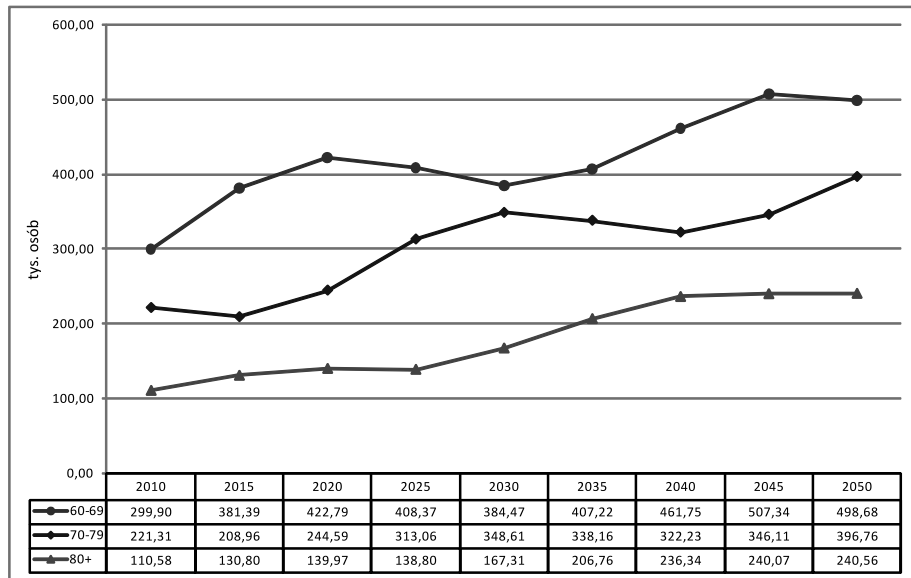
Zmiany demograficzne a rynek pracy

Wskaźnik zatrudnienia w Małopolsce wynosił w 2009 r. 60,1% (66,7% dla mężczyzn i 53,8% dla kobiet). Był on nieco wyższy niż dla Polski (59,3%).

Wykres przedstawiony poniżej pokazuje, jak kształtował się ten wskaźnik w zależności od płci i wieku. W porównaniu do sytuacji w Polsce Małopolska charakteryzuje się niższym poziomem zatrudnienia osób najmłodszych, w przedziale wiekowym 15–24, wyższym natomiast w grupach 25–54 i 55–64. Szczególnie korzystnie wypada Małopolska w zakresie zatrudnienia w grupie 55–64 – zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Dla kobiet różnica pomiędzy naszym województwem a Polską wynosi aż 6 pp. Porównując natomiast wskaźniki dla osób w wieku 50 lat i powyżej, widać, że co prawda zatrudnienie kobiet w tej grupie wiekowej jest nieco lepsze w Małopolsce niż przeciętnie w kraju, jednak już w przypadku mężczyzn sytuacja Małopolan jest wyraźnie gorsza.

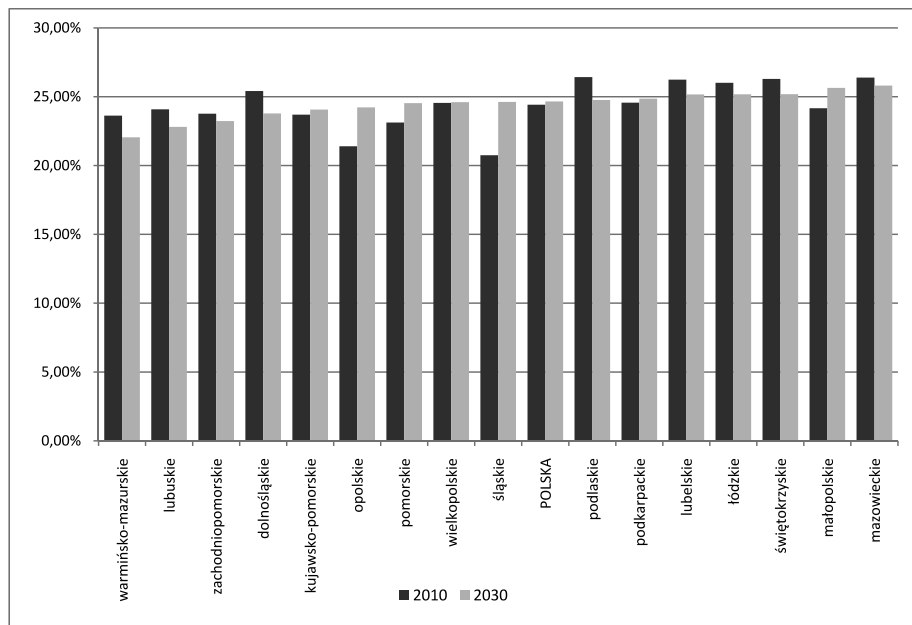
Zatrudnienie w regionie koncentruje się w głównie w Krakowie, gdzie skupia się ponad połowa miejsc pracy. Natomiast dalsze około 30% zatrudnienia rozprasza się w jedenastu ośrodkach miejskich: Tarnów, Nowy Sącz, Oświęcim, Chrzanów, Zakopane, Nowy Targ, Olkusz, Wadowice, Bochnia, Gorlice i Skawina. Są to miasta, w których zatrudnienie znajduje ponad 10 tys. osób. W ostatniej dekadzie zwiększał się rynek pracy w głównym jego ośrodku, czyli Krakowie, a zmniejszał w prawie połowie z wymienionych wyżej znaczących ośrodków: Tarnowie,

Wykres 11. Zmiany wielkości populacji osób starszych w poszczególnych grupach wiekowych



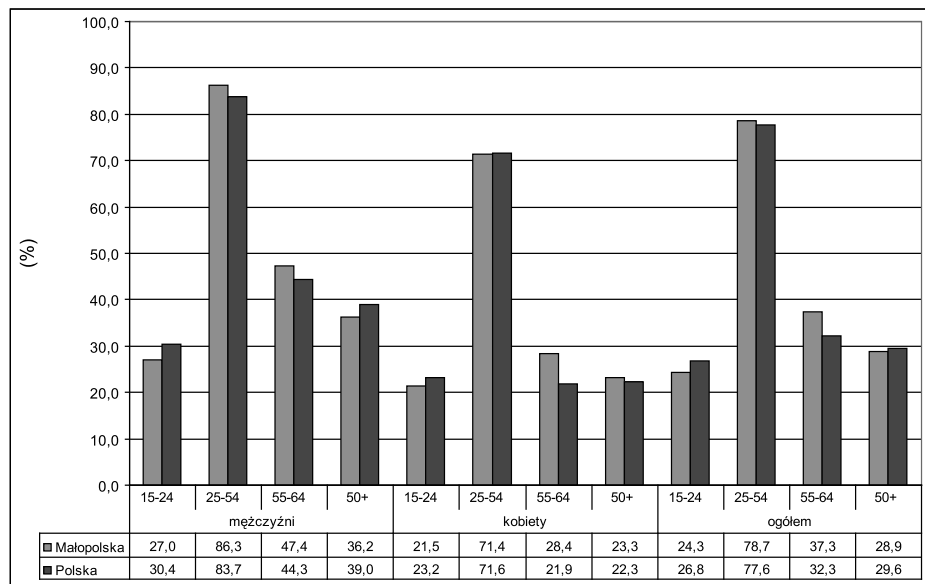
Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 12. Udział osób w wieku 80+ w grupie wiekowej 65+



Źródło: opracowanie własne na podstawie EuroPop2008

Wykres 13. Wskaźnik zatrudnienia wg płci i wieku w 2009 r. (dane średnioroczne)



Źródło: Bank Danych Regionalnych GUS

Nowym Sączu, Oświęcimiu, Olkuszu i Gorlicach (GUS Bank Danych Regionalnych).

Proces starzenia się populacji pogarsza sytuację na rynku pracy: dopływ nowych zasobów zmniejsza się, starzeje się ludność aktywna zawodowo i wzrasta odpływ z rynku pracy. Na wykresie 14 przedstawione zostały prognozy wielkości grup ludności wchodzących i opuszczających rynek pracy przy założeniu obecnie obowiązujących w Polsce regulacji w zakresie wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn) oraz ich rygorystycznego stosowania. Przyjęto ponadto, że wejście na rynek pracy rozpoczyna się w wieku 20 lat³.

W latach 2011–2015 obserwujemy jeszcze mniejszą liczbę osób opuszczających rynek pracy niż na niego wchodzących (o ponad 27 tys.), jest to jednak jedyny okres na przestrzeni prognozy o tak optymistycznym wyniku. Około 2015 r. następuje zrównanie się tych dwóch grup, w ciągu następnych 10 lat z każdym rokiem różnica między nimi się powiększa. W latach 2026–2035 sytuacja nieco się poprawi, a wynikać to będzie ze zbieżności faktu wchodzenia na rynek pracy osób urodzonych w czasie wyżu demograficznego, z którym mamy do czynienia obecnie, oraz opuszczania rynku pracy przez osoby mające obecnie 40–45 lat, czyli będące w grupie „niżowej”. Wolne tempo zmniejszania się grupy osób w wieku produkcyjnym nie przekłada się jednak na stabilność pod względem liczby pracują-

3 Wynika to z faktu, że zaledwie 0,9% ogółu pracujących w Polsce stanowi osoby poniżej dwudziestego roku życia. Jest to w warunkach polskich okres skupienia się młodych ludzi przede wszystkim na nauce, tak więc można tę grupę wiekową w poniższych rozważaniach pominąć. Grupa wiekowa 20–24 stanowi już natomiast w Polsce prawie 8% pracujących.

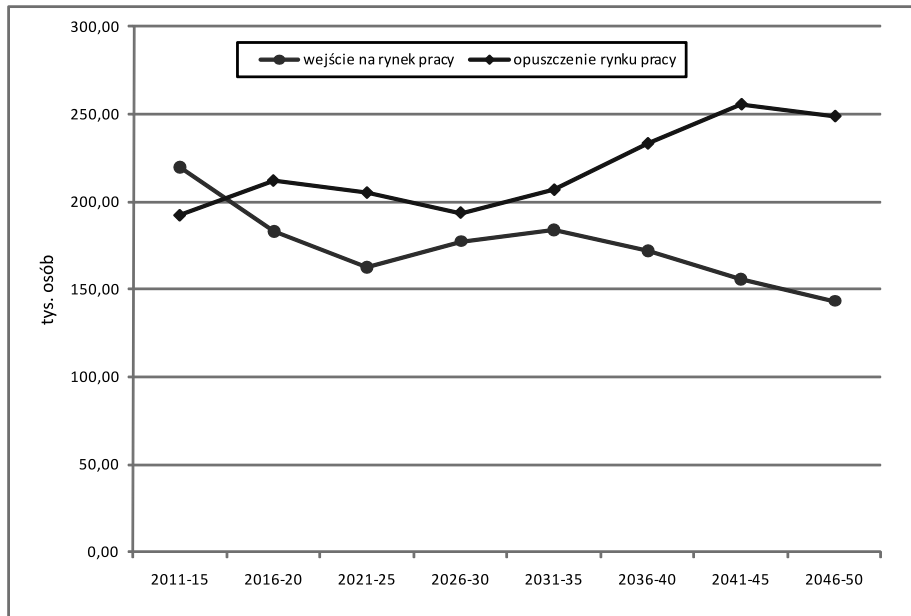
cych; niekorzystne z punktu widzenia rynku pracy zmiany struktury wiekowej w obrębie tej grupy będą zapewne powodować spadek liczby osób pracujących.

Po 2035 r. różnica pomiędzy liczebnością osób opuszczających rynek pracy i na niego wchodzących będzie się już wyłącznie zwiększać, przekraczając w ostatnim okresie prognozy 100 tys. osób w ciągu 5 lat.

Dla oceny przyszłej sytuacji na rynku pracy istotne znaczenie ma struktura ludności aktywnej zawodowo według wieku. W latach 2015–2030 sytuacja na rynku pracy w Polsce będzie jeszcze stosunkowo dobra, ponieważ swoje „maksimum” liczebności osiągną grupy (30–39 i 40–49) o największym, bo ponad 80% wskaźniku zatrudnienia. Po 2030 r. liczba potencjalnie zatrudnionych drastycznie zmniejszy się. W latach 2035–2045 natomiast nastąpi znaczny wzrost liczby osób w wieku 50–64 lata. Jest to grupa o obecnie niskiej, bo zaledwie ok. 34% stopie zatrudnienia. Wzrost liczebności tej grupy wymagać powinien zdecydowanej poprawy zatrudnialności. W województwie małopolskim wskaźniki zatrudnienia osób pomiędzy 55 a 64. rokiem życia są nieco lepsze niż przeciętnie w Polsce (ok. 34% wobec ok. 32%) i lepsze niż w innych regionach. Jeszcze w trzech innych województwach w Polsce wskaźnik zatrudnienia w tej grupie wieku jest wyższy, a mianowicie: w mazowieckim, podkarpackim i lubelskim (GUS Bank Danych Regionalnych).

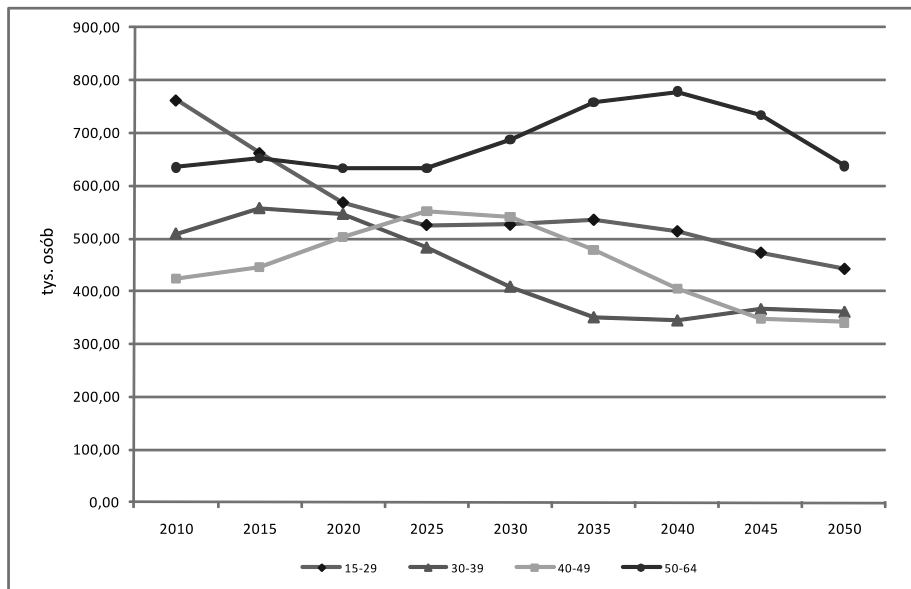
W województwie małopolskim niekorzystna sytuacja pod względem zatrudnienia starszych zasobów pracy występuje nieco wcześniej – już w grupie osób 50+ (wskaźnik zatrudnienia w 2008 r. wynosił 27%). Od najlepszego pod tym względem województwa mazowieckiego dzieli Małopolskę ponad 6 punktów

Wykres 14. Liczebność grup wchodzących na rynek pracy i opuszczających go



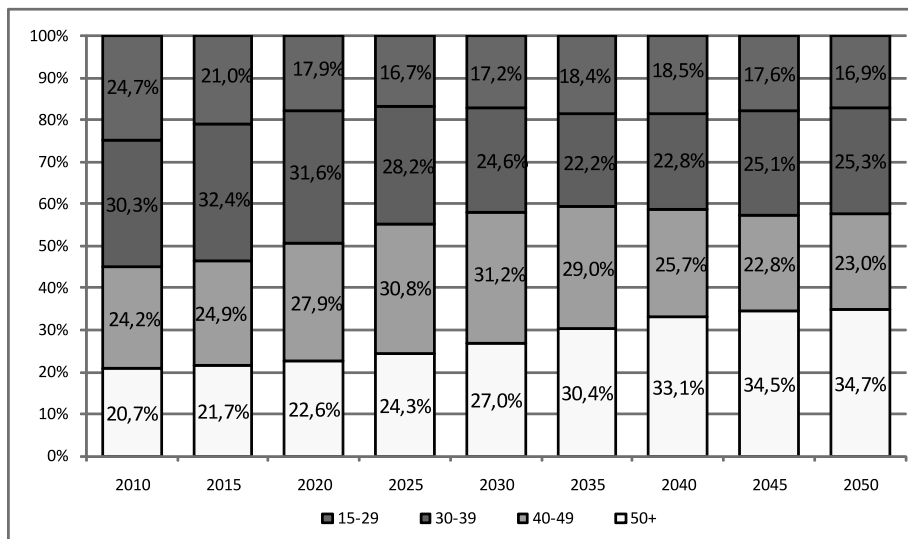
Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 15. Prognozowane zmiany demograficzne w grupie osób w wieku 15-64



Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 16. Prognoza struktury wiekowej zatrudnienia w województwie małopolskim przy założeniu niezmiennych wskaźników zatrudnienia



Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

procentowych, a 2 punkty od średniej krajowej. Nawet w przypadku utrzymania się niskich wskaźników zatrudnienia osób po 50. roku życia, ta właśnie grupa stanowić będzie w 2050 r. już ponad jedną trzecią wszystkich zatrudnionych. Wykres 16 pokazuje prognozę struktury wiekowej zatrudnienia przy założeniu stałych wskaźników przez cały okres prognozy (równych wskaźnikom z 2008 r.). Jak widać, już po 2035 r. osoby pracujące w wieku 50 lat i więcej stanowić będą ponad 30% zatrudnionych.

Zmiany zatrudnienia w wyniku realizacji celów Europejskiej Strategii Zatrudnienia i podniesienia wieku emerytalnego – symulacje

Jeśli przyjmiemy, że w 2025 r. w województwie małopolskim osiągnięta zostanie stopa zatrudnienia określona w Europejskiej Strategii Zatrudnienia⁴ (w grupie wiekowej 15–64 ogólnie 70% i 60% dla kobiet), to wzrost zatrudnienia będzie miał miejsce do 2025 r. (patrz wykres 17).

W ciągu następnych 10 lat dalszy wzrost stopy zatrudnienia zostanie prawie zrównoważony przez spadek wielkości populacji, a po roku 2025 z roku na rok liczba zatrudnionych będzie gwałtownie spadać. Założenie, że w tym okresie stopa zatrudnienia będzie nadal rosła powyżej poziomu 70%, wydaje się nierealne. Zmiany poziomu zatrudnienia przedstawione zostały na wykresie 18. W ostatnich latach prognozy spadek w ciągu pięciu lat wynosi nawet powyżej 7%. Porównując prognozę na rok 2050 r. z danymi z roku 2008, widoczne jest, że województwo

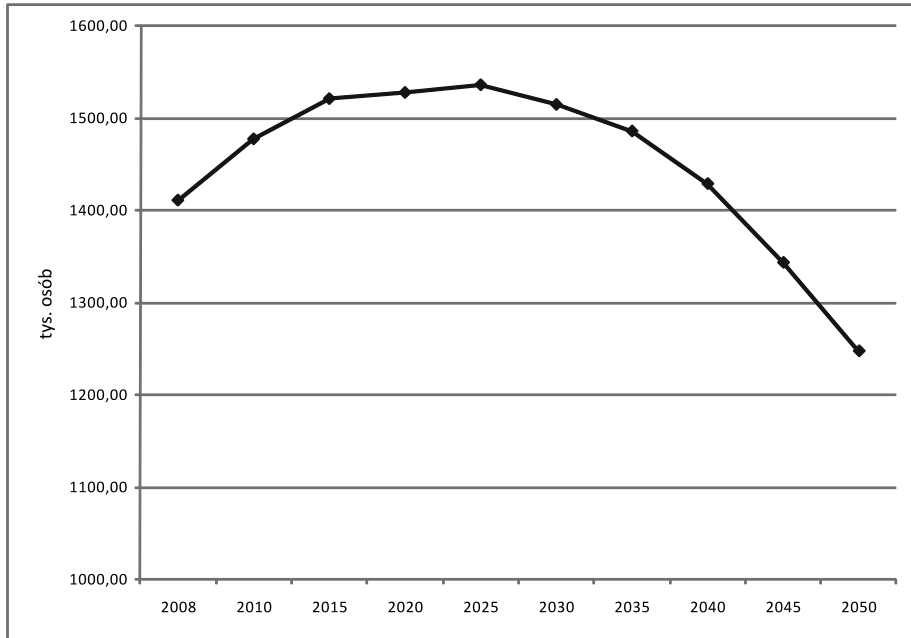
małopolskie „traci” ponad 160 tysięcy osób zatrudnionych (ok. 12%).

Europejska Strategia Zatrudnienia przewiduje osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia w grupie wiekowej 55–64 na poziomie 50%. Wymagałoby to w województwie małopolskim wzrostu stopy zatrudnienia w tej grupie o ponad 15 punktów procentowych w stosunku do 2008 r. (w 2008 r. wynosiła 34,3%). Jeśli osiągnięcie tego celu miałyby nastąpić w 2025 r., to oznaczałoby to wzrost liczby zatrudnionych osób w tym przedziale wiekowym aż o 58%. Analizując wyniki prognozy nadchodzących zmian liczebności ludności w wieku produkcyjnym, dochodzi się do wniosku, że konieczne zwiększanie aktywności zawodowej osób w starszych grupach wieku jest sposobem nie tyle na utrzymanie liczby pracujących (to w dłuższym okresie nie jest możliwe), ile na niedopuszczenie do katastrofального jej spadku.

Wykonane prognozy biorą też pod uwagę zmiany prognozowanego zatrudnienia przy założeniu przesunięcia wieku emerytalnego o 5 lat odpowiednio dla kobiet i mężczyzn. Przy tym założeniu możliwe jest zwiększenie potencjału osób na rynku pracy nawet o blisko 15% w końcowym okresie prognozy. Oczywiście należy pamiętać, że „dodatkowe” osoby na rynku pracy będą wywodziły się z grupy wiekowej o najniższym wskaźniku zatrudnienia, ale nawet zakładając, że stopa zatrudnienia dla tej grupy pozostanie na dotychczasowym, bardzo niskim poziomie, może to spowodować wzrost liczby pracujących za 40 lat nawet o 90 tysięcy osób.

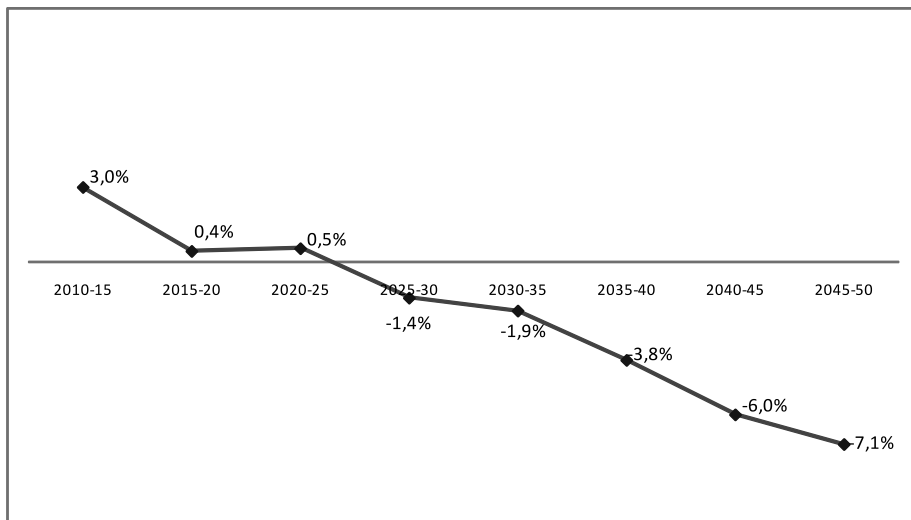
⁴ Przyjęto wskaźniki docelowe zapisane w Strategii Lizbońskiej, czyli z horyzontem do 2010 r, a nie Strategii Europa 2020, która w dziedzinie zatrudnienia ma założenia trudniejsze do osiągnięcia w Polsce.

Wykres 17. Liczba osób zatrudnionych przy założeniu osiągnięcia w 2025 r. stopy zatrudnienia określonej w Europejskiej Strategii Zatrudnienia



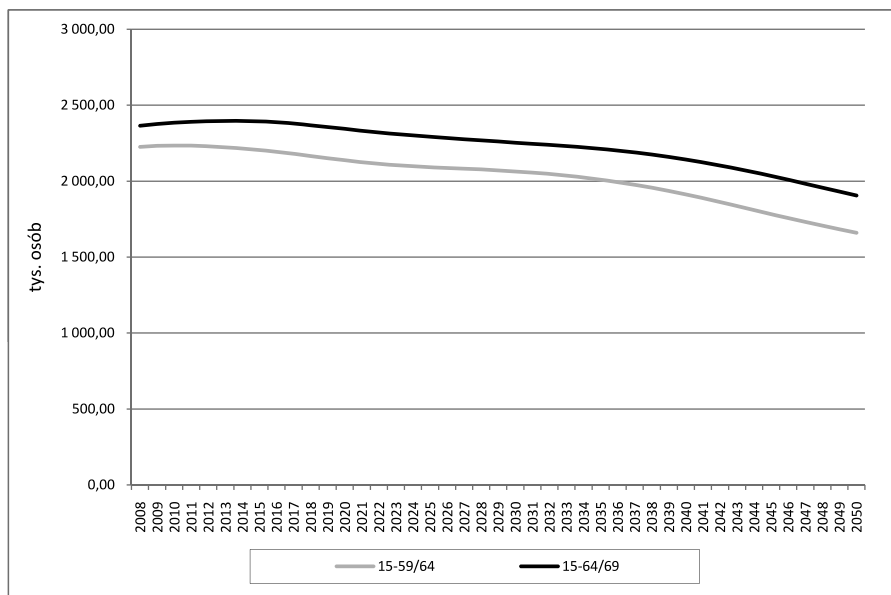
Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 18. Prognozowane zmiany liczby zatrudnionych w województwie małopolskim w okresach pięcioletnich



Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

Wykres 19. Prognozowana wielkość populacji w wieku 15–59/64 (kobiety/mężczyźni) oraz 15–64/69 (kobiety/mężczyźni)



Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu

2. Zmiany demograficzne w Europie oraz w województwie małopolskim na tle innych regionów europejskich

Całkowita liczba mieszkańców Unii Europejskiej w latach 2010–2030 wzrośnie o nieco ponad 4%. Niemal 65% regionów europejskich wykaże się wzrostem wielkości populacji. Zmiany w liczbie mieszkańców przebiegać będą na terenie Unii Europejskiej bardzo nierównomiernie – od blisko 25% spadku (region Severozapaden w Bułgarii) do ponad 30% wzrostu (region Border, Midland and Western w Irlandii).

Województwo małopolskie pod względem zmian wielkości populacji znajduje się na 176. miejscu wśród 281 regionów europejskich (zaczynając od regionów o największym wzroście).

Niemal wszystkie regiony europejskie stoją w obliczu starzenia się społeczeństwa. Mediana wieku populacji Unii Europejskiej została oszacowana na 40,4 w roku 2008, natomiast przewidywana w 2030 roku wynosi 45,4. Jednak prawie 25% regionów może osiągnąć medianę wieku na poziomie przekraczającym 48 lat, a niektóre z nich nawet przekraczającą 52,8 lat (7 regionów niemieckich, 1 region hiszpański i 2 regiony włoskie). Do regionów o najniższej przewidywanej medianie wieku należy przede wszystkim część regionów obejmujących stolice krajów – Wielkiej Brytanii, Francji, Norwegii, Irlandii i Belgii (poniżej 38,8 lat) (Giannakouris 2010).

Na tle regionów europejskich województwo małopolskie jest obecnie regionem jeszcze stosunkowo młodym. W 2008 r. mediana wieku wynosiła niecałe 35 lat. Jednak zgodnie z prognozą

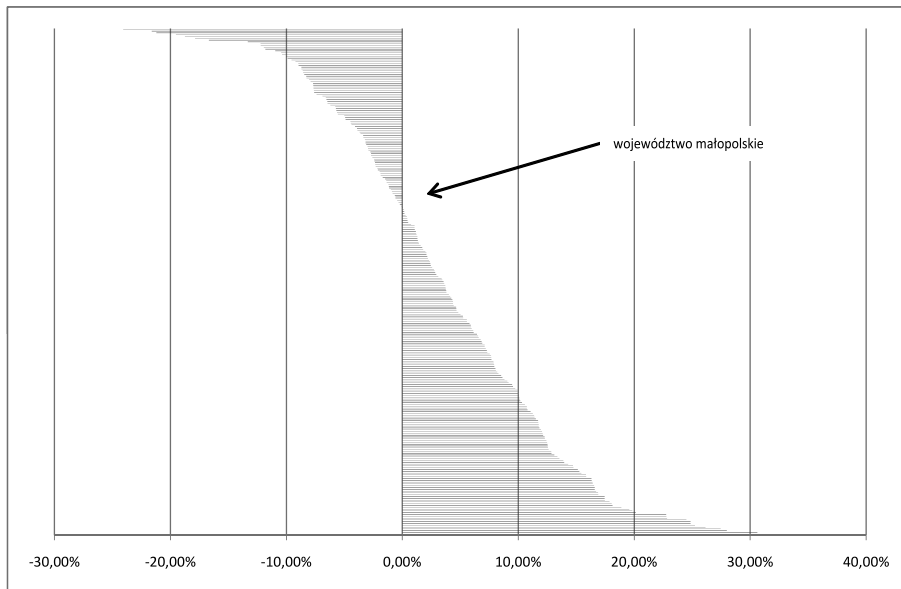
Europop2008 jest to region o szybkim tempie starzenia się. Mediana wieku w Małopolsce wzrośnie do prawie 44 lat, czyli jedynie ok. 1,5 roku mniej niż wynosi wartość dla Unii Europejskiej jako całości, podczas gdy w 2008 roku różnica ta wynosiła ponad 5 lat.

W latach 2008–2030 w regionach europejskich wzrośnie zdecydowanie udział grupy osób powyżej 65 roku życia. W 2008 roku proporcja ta wynosiła w zależności od regionu 9,1% do 26,8%, podczas gdy prognozowane dla 2030 roku wartości zawierają się w przedziale 10,4% (Londyn) – 37,3% (Chemnitz). Jedynie Hamburg oraz cztery regiony greckie mogą spodziewać się spadku udziału osób w wieku 65+ w populacji. Wykres 21 pokazuje minimalny i maksymalny przewidywany udział osób starszych w populacji regionów poszczególnych krajów Unii Europejskiej, Norwegii i Szwajcarii w 2030 roku. Widać wyraźnie, że niektóre kraje będą się charakteryzować pod tym względem dużymi różnicami regionalnymi. W Polsce rozpiętość ta nie będzie bardzo duża – od 21,5% w województwie małopolskim do 25,37% w świętokrzyskim.

W województwie małopolskim prognozowany udział osób w wieku 65 lat i więcej również wzrasta: z 13,4% w 2008 roku do 21,5% w 2030, czyli do wartości niższej od przewidywanej w Unii Europejskiej jako całości (23,5%). Prognoza ta potwierdza, że województwo małopolskie będzie jednym z młodszych regionów europejskich. Regionów starszych niż Małopolska będzie 216 na 281 uwzględnianych w prognozie Europop2008.

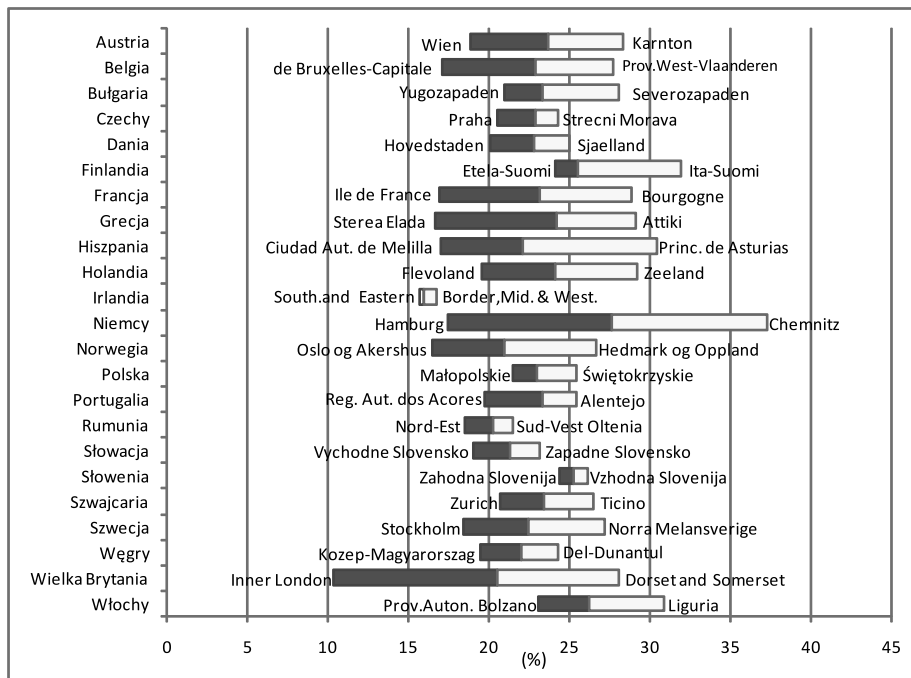
Wskaźnik obciążenia ludnością starszą w 2030 r. będzie w krajach UE wnosił przeciętnie 38%, co oznacza, że na 100 osób

Wykres 20. Procentowe zmiany wielkości populacji w regionach europejskich (NUTS2) w latach 2010-2030



Źródło: opracowanie własne na podstawie Europop2008*

Wykres 21. Przewidywany udział osób w wieku 65+ w populacji regionów krajów Unii Europejskiej, Norwegii i Szwajcarii w 2030 roku



Źródło: Giannakouris 2010

* Regionalna prognoza populacyjna Europop2008, podobnie jak odpowiadająca jej prognoza na poziomie narodowym, przedstawia jeden z możliwych scenariuszy zmian demograficznych. Prognoza poddana poniższej analizie została sporządzona dla europejskiego podziału regionalnego NUTS2 (Nomenclature of Statistical Territorial Units 2), któremu dla Polski odpowiada podział zgodny z podziałem na 16 województw.

w wieku produkcyjnym przypadać będzie 38 osób w wieku poprodukcyjnym (w 2008 roku 25,4 osoby). Poza czterema regionami europejskimi we wszystkich pozostałych wskaźnik ten będzie znacznie wzrastał – obciążenie kształtować się może w granicach 14,8% (Londyn) do 70,2% (Chemnitz), podczas gdy w roku 2008 dochodziło maksymalnie do 43,3%, a więc ponownie na tle regionów europejskich małopolskie wypada dość korzystnie – tylko 55 regionów w Europie ma wskaźnik niższy.

Na tle regionów europejskich małopolskie pod względem wskaźnika obciążenia ludności osobami starszymi wypada dość korzystnie – tylko 55 regionów w Europie ma wskaźnik niższy.

3. Wnioski i rekomendacje

Małopolska jest regionem o niewielkich prognozowanych zmianach wielkości populacji aż do lat 30. obecnego stulecia. Liczba ludności województwa małopolskiego zacznie się zmniejszać, zgodnie z prognozami, dopiero w latach 40. Na tle regionów europejskich Małopolska należy do obszarów relatywnie młodych, chociaż także starzejących się.

W porównaniu z innymi województwami w Polsce udział osób w wieku powyżej 64 lat będzie w województwie małopolskim zwiększał się nieco wolniej. W 2030 r. Małopolska ma szansę stać się najmłodszym regionem w kraju. Ta korzystna demograficznie tendencja jest jednak względna – Małopolska, jak inne

regiony, stanie również w obliczu podjęcia wyzwań wszystkich konsekwencji zmian struktury demograficznej.

Zmiany liczebności poszczególnych grup wiekowych nie przebiegają równomiernie w czasie. W Małopolsce udział osób powyżej 80. roku życia w grupie wiekowej 65+ będzie wysoki w porównaniu z innymi województwami, tak więc szczególną uwagę zwrócić trzeba na tę najstarszą grupę wiekową z jej szczególnymi potrzebami.

W Małopolsce wzrastać będzie również wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością starszą – na 100 osób w wieku produkcyjnym (15–64) w 2050 r. przypadać będzie już blisko 50 osób w wieku 65+ (w 2008 roku zaledwie 20). Stanowić to będzie duże wyzwanie dla systemu zabezpieczenia społecznego.

W niemal całym okresie prognozy należy liczyć się z większą liczbą osób opuszczających rynek pracy niż wchodzących na niego. W województwie małopolskim zasoby pracy nie tylko będą coraz mniejsze, ale również będą miały tendencję do „starzenia się”. Pod koniec okresu prognozy osoby w wieku 50+ stanowić mogą nawet do 40% ogółu zatrudnionych. Szczególnie, że młodzi ludzie później zasilają rynek pracy także ze względu na wydłużanie okresu kształcenia.

Przy nadchodzących zmianach demograficznych tak w kraju, jak i w regionie, nie jest możliwe osiągnięcie stopy zatrudnienia

Zestawienie 2. Porównanie podstawowych wskaźników zmian demograficznych w okresie prognozowanym w Małopolsce i przeciętnie w kraju

Cechy	Małopolska			Polska		
	Obecnie	2030	2050	Obecnie	2030	2050
Liczebność ludności (mln)	3,298	3,339	3,106	38,173	37,064	33,141
Struktura populacji (%):						
młodszej (0–14)	15,9	14,1	13,9	15,0	13,3	13,4
w wieku produkcyjnym (15–64)	70,4	64,8	57,4	71,5	64,2	57,1
starszej (65+)	13,5	21,1	28,8	13,5	22,5	29,5
Stopa obciążenia demograficznego osobami starszymi (%)	19,4	32,6	50,1	18,9	35,1	51,9
Struktura populacji starszej (%)						
60–69	46,2	42,7	43,9	43,7	40,6	44,0
70–79	36,9	39,7	34,9	35,7	40,7	35,2
80+	16,9	18,6	21,2	17,0	18,7	20,8
Zatrudnienie przy założeniu niezmiennych wskaźników zatrudnienia (mln)	1,410	1,401	1,198			
Symulacje poziomu zatrudnienia (mln):						
podniesienie wieku emerytalnego	1,410	1,461	1,289			
osiąganie celów Europejskiej Strategii Zatrudnienia	1,410	1,514	1,247			

Źródło: opracowanie własne

zgodnego z założeniami Europejskiej Strategii Zatrudnienia bez zdecydowanego wzrostu zatrudnienia osób należących do starszych grup wiekowych. Jednak nawet przy założeniu osiągnięcia zwiększonego poziomu zatrudnienia starszych zasobów pracy, liczba osób pracujących w województwie małopolskim istotnie się zmniejszy. To może w przyszłości skutkować trudnościami pozyskania siły roboczej do wielu dziedzin gospodarki, które są trudniejsze pod względem osiągnięcia wymaganego poziomu kwalifikacji, a jednocześnie gorzej wynagradzane i z gorzej zdefiniowanymi ścieżkami kariery zawodowej. Sfera usług przeznaczonych dla osób starszych należy do tak scharakteryzowanej „branży” i jest szczególnie narażona na deficyty kadr.

Podstawowe rekomendacje, jakie bezpośrednio wynikają z prognoz demograficznych, są następujące:

- Stymulowanie wzrostu aktywności na rynku pracy osób należących do grup wiekowych powyżej 50. roku życia powinno stanowić długofalowy priorytet polityki zatrudnienia. Aktywizacja zawodowa tych osób uwarunkowana jest działaniami w wielu obszarach:
 - o Na rynku pracy – przez rozwijanie warunków pracy „przyjaznych” starszym zasobom pracy, a jednocześnie ograniczanie niekorzystnych form zbyt elastycznego rynku pracy.
 - o W edukacji – umożliwianie rozwoju umiejętności zawodowych (także przekwalifikowywania) osób w każdym wieku, również w najstarszych grupach populacji.
- o W zakresie ochrony zdrowia – propagowanie zdrowego stylu życia, działania promocyjne i profilaktyczne pomagające jak największej grupie osób w osiągnięciu ścieżki „zdrowego starzenia się” pozwalającej na długi okres aktywności zawodowej. Wymierne efekty takich działań są często oddalone w czasie, tym bardziej trzeba o nich pamiętać, aby nie zostały wyparte przez położenie nacisku na działania przynoszące szybki efekt.
- Niezbędne utrzymywanie wysokiego wzrostu produktywności pracy wymaga rozwoju kształcenia ustawicznego i wzrostu innowacyjności gospodarki.
- Wspieranie aktywności zawodowej obejmować powinno również działania skierowane na osoby wchodzące na rynek pracy. Wysoka jakość edukacji i uwzględnianie potrzeb oraz wyzwań rynku pracy stanowić powinny priorytet polityki edukacyjnej najbliższego okresu.
- Wzrost aktywności zawodowej, adresowany także do kobiet, wymaga rozwoju usług społecznych zorientowanych zarówno na potrzeby opiekuńcze wobec dzieci, jak i osób starszych.
- Kraków, jako atrakcyjne miasto akademickie, ma duże szanse na zatrzymywanie osób, które kończą tutaj studia. Wymaga to jednak poprawy różnych i realistycznych form zwiększania dostępu młodych ludzi do mieszkań.

Część II.

Potrzeby zdrowotne, opieki długoterminowej i opiekuńcze osób starszych.

Możliwości i warunki realizacji w Małopolsce

1. Potrzeby zdrowotne osób starszych

Proces starzenia się nie jest procesem chorobowym, aczkolwiek występowanie chorób w starszym wieku jest częstsze. Choroby występujące w starszym wieku możemy podzielić na takie, których przebieg jest odmienny w porównaniu z osobami młodszymi, i na takie, które są dla starszego wieku specyficzne i najczęściej występują w starości. Przykładem pierwszych może być choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca typu 2, do drugiej natomiast zalicza się otępienie, osteoporozę, nietrzymanie zwieraczy.

Częstość stanów chorobowych wśród osób starszych potwierdzają liczne badania. Obok zaprezentowano wyniki dwóch badań przeprowadzonych w Polsce: badania GUS oraz badanie gerontologiczne dotyczące sytuacji zdrowotnej i społecznej zrealizowane w latach 1999–2000 i opisane w pracy pod redakcją Brunona Synaka (2002).

W medycynie geriatrycznej wyróżnia się kilka modeli starzenia się.

- Model pomyślnego starzenia, obejmujący populację seniorów starzejących się „zdrowo”, czyli pomyślnie. Zakłada się w nim niewystępowanie istotnych chorób przewlekłych, zachowanie sprawności fizycznej i psychicznej oraz zaangażowanie społeczne, które powinno także obejmować aktywność zawodową i wolontariat. Ta grupa to odbiorcy działań z dziedziny promocji zdrowia, czyli seniorzy, którzy będą chcieli jak najdłużej zachować swoje zdrowie i sprawność.
- Model łączący starzenie się z występowaniem chorób. Chorowanie w starości różni się od chorowania osób młodszych ze względu na odmienną symptomatologię, strategię postępowania, rokowanie i najczęściej inne tło psychospołeczne, w które w warunkach Polski należy wpisać niski poziom wykształcenia i ograniczoną świadomość zdrowotną. Chorowanie w starości cechuje także współwystępowanie wielu chorób przewlekłych i związana z tym polipragmatyka.

Tabela 1. Częstość występowania chorób

Choroby	Częstość występowania w %
układu sercowo-naczyniowego	75
układu ruchu	68
układu oddechowego	46
układu trawiennego	34
zespoły otępienne	15

Źródło: badania GUS

Tabela 2. Problemy zdrowotne osób starszych

Problem geriatryczny	Odsetek badanych
Bole stawów i kręgosłupa	69,2
Dolegliwości sercowo-naczyniowe	58,6
Zawroty głowy, zaburzenia równowagi, upadki	29,5
Zaburzenia neurologiczne	26,1
Zaburzenia w oddawaniu moczu	22,1
Oslabienie widzenia	40,4
Oslabienie słuchu	32,3
Upośledzenie lokomocji	32,5
Uzależnienie od pomocy opiekuna	46
Niepełnosprawność intelektualna	25,5

Źródło: Synak 2002

- Model łączący starość z rozwojem niepełnosprawności i uzależnień. Niepełnosprawność osób starszych może mieć charakter psychiczny, może wynikać z chorób przewlekłych i przy braku wystarczającego, szeroko rozumianego wsparcia społecznego prawie zawsze prowadzi do izolacji i wykluczenia. Grupą szczególnie narażoną na rozwój niepełnosprawności, wrażliwą na bodźce zakłócające, są osoby starsze i jednocześnie słabe, czyli z angielskiego *frail*. Jest to równocześnie grupa, która często przy stosunkowo niewielkiej i nie wymagającej dużych nakładów finansowych interwencji, może osiągnąć korzyść w postaci utrzymania niezależności.

Zespół słabości w okresie starości

Niezależnie od chorób, które pojawiają się w starszym wieku, kondycja osób starszych ulega osłabieniu. W medycynie określa się to zespołem słabości. Na zespół słabości składają się następujące cechy:

- sarcopenia, czyli utrata masy mięśniowej,
- utrata masy ciała/niedożywienie,
- zmniejszona siła, tolerancja wysiłku,
- spowolnienie motoryczne,
- zaburzenia równowagi,
- niska aktywność fizyczna,
- duża wrażliwość na bodźce,
- duża wrażliwość na stresory.

Patofizjologia zespołu słabości jest złożona i obejmuje zaburzenia metaboliczne, hormonalne i neurohormonalne, proces zapalny, dysfunkcję układu immunologicznego, ale jej szczegóły są nieistotne z punktu widzenia tego opracowania. Ważne natomiast jest to, że wczesne rozpoznanie zespołu i wdrożenie odpowiednich działań prewencyjnych może znacząco przesunąć w czasie moment całkowitego uzależnienia od opiekunów czy instytucji, ponieważ może poprawić funkcjonowanie osoby starej i słabej w jej dotychczasowym środowisku.

Postępowanie medyczne z osobami chorymi i starszymi

Postępowanie z chorym w wieku podeszłym każdorazowo wiąże się z indywidualnym wyznaczeniem granicy pomiędzy tym, co jest akceptowane i nie traktowane jako zjawisko chorobowe, a tym, co uznaje się za patologię wymagającą leczenia. Dlatego jedną z podstawowych zasad geriatry jest indywidualizacja podejścia diagnostycznego i terapeutycznego.

Szczególnie ważne jest wczesne rozpoznanie zespołu słabości okresu starości i wdrożenie odpowiednich działań prewencyjnych. Mogą one znacząco przesunąć w czasie moment całkowitego uzależnienia od opiekunów czy instytucji, ponieważ poprawiają funkcjonowanie osoby starej i słabej w jej dotych-

czasowym środowisku. Przykładem interwencji mogą być: modyfikacja leczenia, odpowiednie buty i pomoce ortopedyczne, aparat słuchowy, okulary, dostosowane meble, likwidacja barier architektonicznych, oświetlenie w domu, uchwyty w toalecie i pod prysznicem. Najważniejszą interwencją jest odpowiednie i zdrowe odżywianie oraz rehabilitacja ruchowa.

Potrzeby zdrowotne osób starszych dotyczą wielokierunkowego, ale niekoniecznie wielospecjalistycznego leczenia chorób przewlekłych. Są to także potrzeby psychologiczne, rehabilitacyjne i socjalne. Starzy pacjenci wymagają często wielokrotnych wizyt i konsultacji lekarskich, mają trudności w dotarciu do placówek udzielających świadczeń zdrowotnych. Bywa, że każdorazowa konsultacja lekarska wymaga zaangażowania opiekunów chorego. Nie istnieje żaden system kontroli stosowania się do zaleceń lekarskich.

Starsi pacjenci niejednokrotnie rezygnują z korzystania z opieki zdrowotnej bądź niewłaściwie wykorzystują jej zasoby. Ma miejsce powielanie usług, powstawanie błędów medycznych i ryzyko polipragmazji, niewłaściwej opieki, zagubienia zasadniczego celu i ustalonych preferencji. Poza tym dochodzi do niewłaściwego wykorzystania bazy szpitalnej świadczącej pomoc doraźną oraz instytucji leczniczo-opiekuńczych i opiekuńczych. Powstaje sytuacja, w której pacjenta w podeszłym wieku leczy kilku specjalistów, pomiędzy którymi nie istnieje żaden przepływ informacji, a dodatkowo nie mają oni żadnego wspólnego celu terapeutycznego.

Największe „zaniedbania” lekarza zajmującego się osobami starszymi wynikają głównie z braku wiedzy geriatrycznej i odpowiedniego wykształcenia, rzadziej z niedoskonałej organizacji opieki zdrowotnej i braku środków finansowych. Do tych zaniedbań należą:

- Nieuwzględnianie woli chorego w aspekcie: jakości czy długości życia;
- Uprawianie medycyny defensywnej (*defensive medicine*), w której następuje przesunięcie celu leczenia z wyłącznej troski o życie i zdrowie chorego na troskę o bezpieczeństwo lekarza i instytucji, w obawie o ewentualne roszczenia pacjenta lub jego rodziny. To naraża chorych na procedury, często nie mające żadnego uzasadnienia z punktu widzenia tak zwanego zdrowego rozsądku i które są wykonywane jedynie dlatego, żeby nie spotkać się z zarzutem o ich niewykonywanie. Takie postępowanie wydatnie zwiększa koszty opieki zdrowotnej;
- Brak standardów leczenia geriatrycznego i stosowanie zleceń przeznaczonych dla chorych młodszych, bez uwzględnienia specyfiki wieku podeszłego;
- Lekceważenie skarg, jeśli nie są uznane za istotne dla utrzymania życia, a które mają istotne znaczenie dla jakości życia starego pacjenta;
- Nieleczenie bólu i depresji, pojmowanie deficytów pamięci i innych funkcji poznawczych, zaburzeń snu, nietrzymania zwieraczy, zaburzeń równowagi, osteoporozy jako fizjologii starzenia, a nie patologii;

Tabela 3. Liczba akredytowanych miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy w 2010 r. w Polsce

Województwo	Geriatrya	Pediatria	Województwo	Geriatrya	Pediatria
małopolskie	1	9	świętokrzyskie	0	2
dolnośląskie	6	17	pomorskie	0	10
wielkopolskie	1	10	podlaskie	3	9
łódzkie	1	14	podkarpackie	0	10
mazowieckie	0	60	opolskie	0	1
śląskie	1	12	zachodniopomorskie	0	13
lubuskie	0	8	warmińsko-mazurskie	0	6
lubelskie	1	9	kujawsko-pomorskie	0	12

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl)

- Nieporuszanie tematów „tabu”, np. nieuwzględnianie w wywiadzie lekarskim takich tematów jak zaburzenia seksualne;
- Trudności w komunikacji z pacjentem na skutek nieumiejętności rozmawiania i przekazywania złych informacji, na przykład informacji o zbliżającej się śmierci, brak pytań o przebieg w stosunku do osób starszych;
- Negatywny stosunek do starości.

2. Zasoby opieki zdrowotnej, długoterminowej i opiekuńczej adresowane do osób starszych

Kadry i instytucje – to zasadnicze zasoby niezbędne w świadczeniu usług społecznych dla każdej grupy ludności. Zasoby te nie są uniwersalne. Każda grupa populacyjna ma swoje specyficzne cechy wymagające odpowiednich zasobów. W odniesieniu do osób starszych zasoby te dopiero niedawno zaczęły się specjalizować. Proces starzenia będzie zwiększał tendencję do specjalizacji zasobów adresowanych do tej grupy.

2.1. Kadry

Specjaliści geriatryi

Z analizy Zespołu ds. Geriatryi Ministerstwa Zdrowia (2008) wynika, że w Polsce jest 174 lekarzy wyspecjalizowanych w geriatryi (inne źródło wskazuje liczbę 226), z których czynnych zawodowo jest tylko 120. Obecnie jedynie około 70 z nich pracuje zgodnie ze specjalizacją. Przeliczając liczbę specjalistów na 10 tys. osób powyżej 65 lat, uzyskujemy wskaźnik, który jest kilkakrotnie niższy od wskaźników w większości krajów UE (w Polsce 0,2, a np. w Czechach 1,0, na Słowacji 2,1, w Wielkiej Brytanii 3,1). Deficyt w tej specjalizacji jest znaczny⁵.

5 W ramach programu Kapitał Ludzki finansowanego z Funduszy Unijnych wśród specjalizacji deficytowych wskazano tylko kardiologię, onkologię i medycynę pracy. Tymczasem geriatrya jest jak najbardziej specjalizacją deficytową i w najbliższej już przyszłości coraz bardziej potrzebną. Dlatego powinna być wskazana jako specjalizacja deficytowa i znaleźć się w grupie kierunków dofinansowanych.

Liczba lekarzy zatrudnionych jako specjaliści geriatryi na terenie województwa małopolskiego wynosi 31 osób, co stanowi ponad 1/4 kadry krajowej.

Sześciu lekarzy odbywa szkolenie specjalizacyjne⁶. Aktywnych zawodowo i pracujących zgodnie ze specjalizacją jest tylko piętnastu lekarzy, w tym na terenie Krakowa siedmiu, a pozostali są zatrudnieni w następujących placówkach powiatowych: czterech w powiecie gorlickim, jeden w Tarnowie, jeden w powiecie dąbrowskim, jeden w powiecie myślenickim, jeden w powiecie olkuskim (na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie). W wiosennym naborze kształcenia specjalistów do specjalizacji w Małopolsce było tylko jedno miejsce dla geriatryi.

Problemem jest także brak obowiązku szkolenia z zakresu geriatryi lekarzy innych specjalizacji, co oznacza, że w toku szkoleń specjalizacyjnych lekarze wielu specjalizacji stykających się powszechnie ze starszymi pacjentami (chirurdzy, neurologi, psychiatry, reumatolodzy itd.) nie mają programowych szkoleń z zakresu problemów geriatrycznych. Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w programie studiów szóstego roku medycyny prowadzi zaledwie pięciodniowe zajęcia z dziedziny geriatryi, które kończą się zaliczeniem. Jest to ilość znacząco mniejsza w stosunku do innych obowiązkowych przedmiotów, biorąc pod uwagę aktualną sytuację demograficzną i fakt, że osoby starsze stanowią największą populację chorych u większości specjalistów.

W ramach dwusemestralnych studiów podyplomowych lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni oraz inne osoby zainteresowane mogą pogłębić swoją wiedzę z dziedziny geriatryi i opieki długoterminowej na studiach realizowanych przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetów Medycznych. Są to studia o charakterze doskonalącym, obejmujące elementy geriatryi, neurologii, psychiatrii, rehabilitacji, organizacji opieki długoterminowej.

6 Informacje o sytuacji w dziedzinie kadr geriatrycznych pochodzą z opracowania dr n. med. Barbary Gryglewskiej, sprawującej funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatryi – dane na dzień 25 stycznia 2010 r.

Tabela 4. Kursy specjalizacyjne dla lekarzy specjalizujących się z zakresu geriatrii prowadzone przez Centra Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Lp.	Geriatrya	Organizator
1	Gerontologia i geriatrya – rola i znaczenie we współczesnej medycynie	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii w Krakowie
2	Kardiologia geriatryczna	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii w Krakowie
3	Chirurgia wieku podeszłego	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego w Warszawie
4	Zasady rehabilitacji ruchowej osób starszych (Aktywność ruchowa i odżywianie w promocji zdrowia i rehabilitacji osób starszych)	Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Geriatrii w Łodzi
5	Główne problemy geriatryczne oraz choroby psychiczne i neurologiczne najczęściej występujące u osób w wieku podeszłym	Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Geriatrii w Warszawie
6	Problemy socjo-demograficzne, ocena geriatryczna oraz możliwości profilaktyczne w wieku podeszłym	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Geriatrii w Białymstoku
7	Choroby otolaryngologiczne, choroby oczu, zmiany dermatologiczne oraz najczęstsze choroby ginekologiczne i układu kostno-stawowego u osób w wieku podeszłym	Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Geriatrii w Warszawie
8	Wielkie problemy geriatryczne	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii w Krakowie
9	Choroby układu pokarmowego i oddechowego w wieku podeszłym	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii w Krakowie
10	Choroby metaboliczne i endokrynologia wieku podeszłego	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Zakład Geriatrii i Gerontologii Katedry Patofizjologii
11	Rehabilitacja w wybranych chorobach ludzi starych	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania w Warszawie
12	Problemy onkologiczne w geriatrii	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Katedra i Klinika Geriatrii

Źródło: opracowanie własne na podstawie aktualnych danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (czerwiec 2010) (www.cmkp.edu.pl)

Rola lekarza rodzinnego

W polskim systemie opieki zdrowotnej lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu) jest instytucją, od której zaczyna się proces leczenia i która ma uprawnienia do kierowania pacjenta do kolejnych placówek sektora opieki zdrowotnej. Ma także uprawnienia do kierowania pacjentów do sektora opieki długoterminowej. Ponadto lekarze rodzinni są zobowiązani do opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej, którzy ich wskazali jako swych lekarzy.

Osoby starsze stanowią większość pacjentów lekarzy POZ, a najczęstsze przewlekłe schorzenia wymagające regularnych wizyt i stosowania leków to: choroby układu sercowo-naczyniowego – 69%, cukrzyca – 16%, choroby układu mięśniowo-kostnego – 15,1%, przewlekły nieżyt oskrzeli – 10,6%. W tej sytuacji odpowiednia wiedza z zakresu geriatrii jest w przypadku lekarza rodzinnego niezbędna.

Brak dostatecznej wiedzy z zakresu geriatrii i odpowiedniego podejścia diagnostycznego oraz terapeutycznego lekarzy rodzinnych z brakiem możliwości kontroli stosowania się pacjenta

do zaleceń lekarskich, kierowanie chorych do lekarzy różnych specjalizacji, którzy często mają jednostronne spojrzenie na chorego, zwiększa koszty opieki nad pacjentami w podeszłym wieku i przesuwają w czasie ustalenie celu terapeutycznego oraz podjęcie odpowiedniego leczenia. To powoduje szybszy postęp choroby i wcześniejsze pojawianie się powikłań. W efekcie obserwuje się szybkie pogłębianie się niesprawności, niesamodzielności i zbyt późne diagnozowanie otępienia oraz depresji w okresie znacznego ich zaawansowania (z ekspertyzy Katarzyny Szczerbińskiej). Tymczasem wielu zaburzeniom można by zapobiec lub przynajmniej spowolnić ich postępowanie.

Poprzez szkolenia podyplomowe lekarze rodzinni mogą poszerzać swoją wiedzę w zakresie geriatrii. Proces kształcenia ustawicznego lekarzy rodzinnych w Polsce jest jednak wysoce niedostateczny.

Pielęgniarki

W obecnym systemie edukacji pielęgniarki dyplomowane mają następujące możliwości kształcenia w ramach:

- specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego,
- kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych,
- krótkich kursów specjalistycznych zawężonych do pielęgnacji ran, sztucznego oddechu, masażu limfatycznego itp.

Kształcenie w zakresie pielęgnacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych odbywa się sprawnie, aczkolwiek nadal nie wypełnia potrzeb. Poważne problemy są obserwowane w przypadku specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego, gdzie liczba ośrodków posiadających akredytację na szkolenia w kraju jest bardzo ograniczona, a w Małopolsce nie ma takiego ośrodka. Drugim powodem małej popularności tej specjalizacji może być obawa przed brakiem zatrudnienia wobec niezwykle skromnych zasobów opieki geriatrycznej (poradni i oddziałów szpitalnych).

Tutaj również realnym źródłem środków wspierających rozwój kształcenia w kierunku pielęgniarstwa geriatrycznego może być program Kapitał Ludzki finansowany z Funduszy Unijnych. Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi tej dziedziny będzie planowane rozporządzenie dotyczące standardu opieki geriatrycznej, które preferuje zatrudnianie w placówkach geriatrycznych pielęgniarzek posiadających lub będących w trakcie specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego.

Opiekunowie i asystenci seniora

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r., zmieniające wcześniejsze rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, wprowadziło do grupy zawodów w pomocy społecznej nowe profesje: opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekunki środowiskowej i asystenta osoby niepełnosprawnej, co pociągnęło za sobą przygotowanie odpowiednich ramowych programów kształcenia na poziomie szkół policealnych. Te zmiany, chociaż w zamierzeniach korzystne, nie uchroniły przed takimi problemami jak:

- ogólne obniżenie kwalifikacji personelu z powodu znacznej wymiany personelu medycznego na opiekunów o niższych, często naprędce zdobywanych, kwalifikacjach,
- przerzucenie odpowiedzialności za zdrowie mieszkańców na personel o niższym wykształceniu,
- duża rotacja opiekunów z powodu rosnących wymagań, niskich zarobków, niskiego prestiżu zawodu, wypalenia zawodowego oraz migracji zarobkowej.

Ponadto szybki postęp w zakresie technologii medycznych, rozwój wiedzy na temat procedur pielęgnacyjnych i opiekuńczych, który wprowadził zmiany w sposobie świadczenia tych usług, oraz rosnące oczekiwania klientów wymuszają konieczność bieżącej aktualizacji wiedzy w celu zdobywania nowych kompetencji przez pracowników służb socjalnych.

Jednocześnie w polskiej ustawie o pomocy społecznej brakuje wskazania funkcji koordynacyjnej dla asystenta seniora, nowe-

go zawodu wprowadzonego do systemu edukacji pracowników socjalnych. Asystent seniora mógłby być „łącznikiem” pomiędzy dwoma kluczowymi sektorami: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Powinien posiadać informacje dotyczące możliwości uzyskania pomocy socjalnej dla podopiecznego, otrzymywania posiłków, rehabilitacji i włączenia do aktywności społecznych. Pomagałby w kontaktach z urzędami. Udzielałby także pomocy opiekunom sprawującym opiekę. Powinien rozpoznawać bariery funkcjonowania seniora we własnym środowisku i znając możliwości oraz ograniczenia, organizowałby pomoc po wypisie ze szpitala.

2.2. Placówki

Sieć placówek i łóżek adresowanych specyficznie dla osób starszych w Polsce jest niska. Istnieje 525 łóżek geriatrycznych i 94 specjalistyczne poradnie geriatryczne (Derejczyk i inni 2008). Na Śląsku i w Małopolsce koncentruje się ich zasadniczy potencjał.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne

Dostęp do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej dla osób starszych zapewniają poradnie geriatryczne, które mogą funkcjonować odrębnie, jako część poradni wielospecjalistycznej lub jako ambulatoryjna część stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej. Z informacji ekspertów (Derejczyk i inni 2008) wynika, że na województwo statystycznie przypada około 6 poradni. Są one jednak skoncentrowane bez mała wyłącznie w dużych ośrodkach miejskich. Jeśli w Małopolsce działają 24 poradnie geriatryczne, to 13 (54%) ulokowanych jest w Krakowie, a pozostałe poza stolicą regionu: dwie na terenie powiatu grodzkiego Nowy Sącz, jedna w powiecie grodzkim Tarnów, jedna w powiecie dąbrowskim, dwie w gorlickim, jedna w myślenickim, dwie w powiecie nowosądeckim, jedna w powiecie oświęcimskim i jedna w tatrzańskim (według informacji Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego). Tylko 8 poradni, z tego pięć z Krakowa (patrz zestawienie), miało w 2009 r. zakontraktowane specjalistyczne usługi opieki zdrowotnej dla pacjentów geriatrycznych.

Tabela 5. Wykaz poradni geriatrycznych na terenie Województwa Małopolskiego posiadających kontrakt z NFZ

1	NZOZ „VITA” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Brzeszcu
2	ZOZ w Dąbrowie Tarnowskiej
3	Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie
4	SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
5	NZOZ „PRO VITA ET SPE” w Krakowie
6	Stacja Opieki Caritas Archidiecezji Krakowskiej w Krakowie
7	Ośrodek Opieki Hospicyjnej Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Św. Łazarza” w Krakowie
8	NZOZ Miejska Przychodnia Lekarska nr 5 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Tarnowie

Źródło: ekspertyza Marzeny Dubiel za: B. Gryglewska (informacje konsultanta wojewódzkiego)

Główną barierą rozwoju specjalistyki w dziedzinie geriatry jest brak lekarzy specjalistów i powiązany z tym niedostatek rozwoju bazy, bo ta także związana jest z zagwarantowaniem odpowiedniej liczby specjalistycznych etatów. Zgodnie z nowym rozporządzeniem Ministra Zdrowia (przesłanym do konsultacji w czerwcu 2010 r.) w zespole geriatrycznym powinien być co najmniej jeden specjalista w dziedzinie geriatry, co w sytuacji braku kadry może istotnie ograniczyć rozwój poradni geriatrycznych, przynajmniej w ciągu najbliższych lat. Konieczna jest w tej sytuacji istotna zmiana podejścia polegająca na nie rozpraszaniu zasobów, a stworzeniu dobrze rozmieszczonej pod względem dostępności sieci poradni specjalistycznych dla osób starszych – **Centra Zdrowia Seniora**, które koncentrowałyby pakiet niezbędnych usług opieki zdrowotnej, rehabilitacji, ogólnego poradnictwa, edukacji, promocji i indywidualnego doradztwa. Zamiast rozpraszania aktywności potrzebna byłaby raczej koncentracja i dyfuzja. W pierwszym okresie poradnie powinny być lokowane w subregionach Małopolski, a następnie w miarę rozwoju kadr – w powiatach. Poradnie powinny mieć charakter wielosektorowy i być finansowane z wielu źródeł – nie tylko ze środków NFZ, ale także ze środków samorządów terytorialnych i sponsorów. Z czasem powinny zostać opracowane także zasady współpłacenia pacjentów i ich rodzin.

Usługi geriatryczne powinny być dostępne dla wszystkich, także ubezpieczonych prywatnie i płacących w systemie bezpośrednim – *out of pocket*, a nie tylko ubezpieczonych w NFZ. Należy bowiem już w najbliższej przyszłości uwzględnić obywateli innych krajów w korzystaniu z usług opieki geriatrycznej w Małopolsce.

Szpitala

Korzystanie z opieki zdrowotnej, a szczególnie opieki szpitalnej w starszym wieku jest częstsze niż w latach młodszych. Jest to ogólna prawidłowość, którą obrazuje tzw. krzywa „J”, ukazująca przeciętny wzrost jednostkowych wydatków na ochronę zdrowia wraz z wiekiem. Ten wzrost rozpoczyna się w Polsce już około 50. roku życia (Golinowska, Kocot, Sowa 2007). Największy wzrost korzystania (i w konsekwencji wydatków) ma miejsce w ostatnim roku życia, który, wraz z wydłużaniem przeciętnego trwania lat życia, przypada na wiek po 70 roku życia (65% zgonów). Umieralność w podeszłym wieku – ponad 85 lat – wynosi 21% (GUS 2008).

Opieka szpitalna dla osób starszych i najstarszych jest w Polsce główną formą opieki zdrowotnej. Ponadto osoby starsze w szpitalach nie korzystają z pobytu w oddziałach geriatrycznych, ponieważ ich brakuje. W niektórych szpitalach istnieją natomiast jeszcze oddziały dla przewlekle chorych czy opieki długoterminowej dla pacjentów, którzy wymagają tylko pielęgnacji i ewentualnie rehabilitacji. Liczba ostрых łóżek geriatrycznych w Polsce jest relatywnie bardzo niska. Wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców wynosi 4,2, podczas gdy w krajach Unii Europejskiej od 10 do 75, w zależności od kraju. W tej sytuacji zdecydowana większość osób starszych leczona jest na innych oddziałach, głównie chorób wewnętrznych (na których osoby w wieku powyżej 65 lat stanowią więcej niż 50%). Na tych oddziałach ludzie starsi nie podlegają kompleksowej ocenie geriatrycznej, co znacznie opóźnia rozpoznanie i leczenie problemów

geriatrycznych, które często stają się przyczyną przedłużenia ich pobytu w szpitalu ze wszelkimi tego konsekwencjami: blokowaniem łóżek, brakiem możliwości wypisu do placówek opieki długoterminowej, nieprzygotowaniem rodzin do przejścia opieki. **Deficyt oddziałów geriatrycznych ma zatem liczne negatywne konsekwencje. Jednocześnie brak rozwiniętej szpitalnej bazy geriatrycznej powoduje ponadto, że nie ma podstawowych warunków do prowadzenia specjalizacji lekarzy w dziedzinie geriatry.**

W Małopolsce jest tylko kilka szpitalnych oddziałów geriatrycznych, np. Oddział Geriatryczny Szpitala Specjalistycznego im. H. Klimontowicza w Gorlicach ma 48 łóżek; Szpital Uniwersytecki w Krakowie ma 13 łóżek, a razem z internistycznymi 137 (łóżka Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatry)⁷.

Niezbędny rozwój geriatry oraz oddziałów geriatrycznych w szpitalach powinien iść w parze z działaniami ograniczającymi hospitalizację osób starszych. Jest ona bowiem często nadmierna z powodu małych zasobów innych form opieki długoterminowej stacjonarnej (ZOL, ZPO, hospicjum) i niedostatecznie rozwiniętej opieki domowej, która powinna skutecznie wspierać lekarza rodzinnego w opiece zdrowotnej przytrzymującej w domu pacjenta w starszym wieku. Gdy brakuje zespołów opiekuńczych i wielodyscyplinarnych zespołów specjalistycznych, a opieka środowiskowa nie jest skoordynowana, to wobec wielu przeciwności najłatwiej jest skierować pacjenta do szpitala, co jednak często nie jest dobrym (a wręcz niewłaściwym) rozwiązaniem. Aby zapobiegać takiej sytuacji, w niektórych krajach rozwija się specjalne programy zapewnienia specjalistycznej opieki geriatrycznej w formach pozaszpitalnych, a przede wszystkim w domu. Sztandarowym przykładem jest program władz lokalnych w Oxfordshire i Narodowej Służby Zdrowia (NHS) Wielkiej Brytanii, wynikający z kierunków zawartych w regionalnej strategii na temat pomyślnego starzenia się *Ageing Successfully* (www.oxfordshirepct.nhs.uk).

Hospitalizacja w przypadku osób z zespołem słabości lub osób z „granicznym” deficytem funkcjonalnym, czyli tych, które potencjalnie przy odpowiednim wsparciu mogą zachować samodzielność i pozostać we własnym środowisku, jest jednym z najbardziej stresogennych czynników, powodującym najczęściej znaczny postęp niepełnosprawności, uniemożliwiający powrót do domu.

Ze względu na brak odpowiedniego systemu organizacji i kontroli leczenia w warunkach domowych hospitalizacja bywa jedyną drogą do zapewnienia choremu opieki w warunkach zafalamania jego stanu zdrowia. Taki chory, ze względu na postęp niepełnosprawności wywołany powikłaniami przedłużającej się hospitalizacji, często z przyczyn socjalnych oraz braku możliwości zastosowania zaleceń szpitalnych w warunkach domowych traci możliwość powrotu do zdrowia i własnego środowiska. Oczekiwanie na miejsce w domu opieki nierzadko odbywa się w szpitalu i właściwie nie istnieją żadne sposoby egzekwowania

⁷ Przy założeniu, które ma jedynie wymiar praktyczny, a nie oficjalny, że wszystkie łóżka internistyczne są traktowane jak geriatryczne. Uwaga: klinika posiada 89 łóżek, a kontrakt z MOW NFZ na łóżka geriatryczne stanowi jedynie 1,7% kontraktu internistycznego.

obowiązku alimentacyjnego wobec najbliższej rodziny w tym zakresie. Żeby zapobiegać ryzykom związanym z hospitalizacją osób w podeszłym wieku, należałoby na jej wstępie, czyli bardzo wcześnie, rozpoznawać szeroko rozumiane (w tym także społeczne) problemy geriatryczne pacjenta we współpracy z jego rodziną oraz przedstawicielem sektora pomocy społecznej i stworzyć plan dalszego postępowania z chorym po wypisie już na początku okresu hospitalizacji.

Istotne i korzystne z punktu widzenia zapobiegania postępowi niepełnosprawności wywołanej samą hospitalizacją może być także szkolenie personelu medycznego w zakresie powikłań hospitalizacji i długotrwałego unieruchomienia w łóżku szpitalnym. Analiza niektórych badań z zakresu interwencji geriatrycznej (ocena geriatryczna, żywienie, rehabilitacja, pomoce ortopedyczne itp.) u hospitalizowanych pacjentów w podeszłym wieku pokazuje, że choć zwiększa ona koszty pobytu w szpitalu, to może przynieść wymierne materialne korzyści w zakresie podtrzymania sprawności i odsunięcia w czasie opieki instytucjonalnej, która zawsze jest najdroższa z punktu widzenia nakładów finansowych. Korzyść może przynieść także samo tylko przeszkolenie personelu medycznego, bez żadnej dodatkowej kosztownej interwencji w trakcie hospitalizacji.

2.3. Opieka długoterminowa

Jak wskazują na to modele starzenia się, grupę wiekową 65+ można podzielić na następujące umowne podgrupy, różniące się istotnie potrzebami opiekuńczymi i pielęgnacyjnymi:

- **Osoby niesamodzielne**, które wymagają stałej opieki specjalistycznej;
- **Osoby częściowo niesamodzielne**, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania, wymagają systematycznej opieki i usług medycznych i/lub rehabilitacyjnych oraz wspomagania w wykonywaniu codziennych czynności;
- **Osoby o ograniczonej samodzielności**, które mają możliwość samodzielnego funkcjonowania, wymagają jednak pewnej, okresowej opieki i wykorzystania w pewnym zakresie środków ułatwiających wykonywanie codziennych czynności.

Polski system opieki długoterminowej jest podzielony odpowiedzialnością i kompetencjami usługodawców. Zasadnicza jego część usytuowana jest w sektorze zdrowotnym i poddana działalności medycznej.

Dwie pierwsze grupy niesamodzielnych osób starszych pozostają w kręgu zainteresowania sektora zdrowotnego. Ich główne problemy zdrowotne polegają na:

- nietrzymaniu zwieraczy,
- otępieniu i zaburzeniach zachowania w otępieniu,
- upadkach,
- depresji,

- zaburzeniu rytmu sen-czuwanie,
- wielolekoopornych infekcjach,
- zaburzeniach połykania i niedożywieniu,
- przewlekłych ranach,
- konieczności opieki paliatywnej w fazie schyłkowej chorób przewlekłych.

Niejednokrotnie osoby takie wymagają umieszczenia w specjalistycznych ośrodkach z zapewnioną całodobową opieką. Są to następujące placówki:

- zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL),
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO),
- zakłady opieki paliatywnej i hospicja.

Placówki te mogą mieć charakter instytucji zarówno publicznych, jak i niepublicznych, zarówno *non-profit*, jak i *for profit* (generujących zysk), prowadzonych przez organizacje religijne, społeczne, jak i osoby indywidualne. Jakkolwiek charakter instytucji opiekuńczej jest istotny dla osoby zainteresowanej z racji zróżnicowania kosztu pobytu, to z punktu widzenia polityki społecznej najistotniejsze są takie wskaźniki jak:

- bezwzględna liczba miejsc w placówkach;
- relacja pomiędzy tą liczbą miejsc a faktycznym zapotrzebowaniem, które zmienia się pod wpływem wielu czynników, w tym szczególnie poziomu życia społeczeństwa, trwałości rodziny wielopokoleniowej itd. i ma tendencje wzrostowe;
- koszt utrzymania jednego miejsca w placówce opiekuńczej; możliwość obsadzenia stanowisk w placówce opiekuńczej niezbędną liczbą wykwalifikowanego personelu.

W Polsce istnieje około 420 placówek opieki długoterminowej (ZOL i ZPO), które dysponują 21 tys. miejsc. W Małopolsce takich placówek jest zaledwie 33 i mają łącznie 2090 łóżek. Jest to około 8% stanu krajowego.

Oszacowane koszty funkcjonowania⁸ domów opieki długoterminowej dla osób z grupy wiekowej 65+ wynoszą 362,5 mln zł rocznie (około 4600 zł miesięcznie na 1 łóżko). Największą pozycję stanowią koszty osobowe (prawie 80%).

Dla porównania wielkości tego kosztu warto przywołać Uchwałę Nr XXXIX/608/09 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 21 grudnia 2009 r. w sprawie budżetu województwa małopolskiego na 2010 r., w której ustalono dochody budżetu dla całego województwa w wysokości: 912, 7 mln zł.

⁸ Prezentowane szacunki przedstawił w swej ekspertyzie do strategii Witold Ponikło.

Placówki opiekuńcze i lecznicze, zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym, w województwie małopolskim stwarzają łącznie około 10 tys. miejsc pracy. Zgodnie z danymi GUS za 2008 r. całkowita liczba osób pracujących w Małopolsce (łącznie z rolnictwem) wynosiła 864,7 tys. osób. Zatem zatrudnienie w placówkach opiekuńczo-leczniczych daje pracę 1,2% osób pracujących w województwie. Jeżeli liczbę zatrudnionych w placówkach opiekuńczo-leczniczych odnieść do liczby osób zatrudnionych w sektorze usług nierynkowych (192,4 tys. osób),

to zatrudnienie w placówkach opiekuńczo-leczniczych stanowi 5,2% ogółu osób pracujących w kategorii usług nierynkowych w województwie.

Domy pomocy społecznej

W Polsce funkcjonuje 816 domów pomocy społecznej (MPIP-S-03; sprawozdanie za 2009 r.), z czego w województwie małopolskim jest ich 88 (10,7%). W porównaniu z innymi woje-

Tabela 6. Domy pomocy społecznej w wybranych województwach

Województwo	Populacja	Liczba domów opieki	Liczba miejsc w domach opieki	Wskaźnik liczby miejsc na 10 000 mieszkańców
warmińsko-mazurskie	1 400 000	41	3 425	24,5
pomorskie	2 206 512	44	3 845	17,4
kujawsko-pomorskie	2 068 000	49	3 759	18,2
małopolskie	3 287 136	103	7 890	24,0
podkarpackie	2 970 000	49	4 682	15,8

Źródło: http://www.wrotamalopolski.pl/root_Pomoc+Spoleczna/Instytucje+pomocy+spolecznej/Wprowadzenie/

Tabela 7. Domy pomocy społecznej w Małopolsce

Powiat	Populacja	Liczba domów opieki	Liczba miejsc	Wskaźnik liczby miejsc na 10 000 mieszkańców
bocheński	101 602	1	135	13,3
brzeski	90 967	1	20	2,2
chrzanowski	127 692	4	180	14,1
dąbrowski	58 734	2	103	17,5
gorlicki	106 799	3	282	26,4
krakowski	100 5019	34	3205	31,9
limanowski	123 405	4	266	21,6
miechowski	50 324	5	334	66,4
myślenicki	119 003	3	227	19,1
nowosądecki	285 887	8	707	24,7
nowotarski	184 231	3	165	9,0
olkuski	114 013	4	162	14,2
oświęcimski	153 517	3	331	21,6
proszowicki	43 361	2	165	38,1
suski	82 597	2	95	11,5
tarnowski	310 555	14	992	31,9
tatrzański	65 148	4	129	19,8
wadowicki	155 515	4	358	23,0
wielicki	108 767	2	34	3,1
RAZEM	3 287 136	103	7 890	24,0

Uwaga: dane dotyczące powiatów i miast-gmin mieszczących się w granicach powiatu zostały połączone.

Źródło: Opracowanie Małopolskiego Obserwatorium Polityki Społecznej – Etap I

Mapa 1. Rozmieszczenie domów pomocy społecznej w powiatach Małopolski



Uwaga: bez domów działających w oparciu o działalność gospodarczą i statutową

Źródło: Opracowanie Małopolskiego Obserwatorium Polityki Społecznej – Etap I

wódcztwami Małopolska pod względem zasobów tego rodzaju jednostek pomocy społecznej wypada dobrze. Przykładowo w województwie wielkopolskim funkcjonuje 65 domów, dolnośląskim 57, mazowieckim 99. Najmniej zasobne jest województwo lubuskie, gdzie mieszkańcy mogą skorzystać z 24 dostępnych im placówek.

Liczba DPS w Małopolsce do 2003 r. szybko wzrastała, aby w ostatnich latach ustabilizować się na poziomie 87 placówek. Dopiero w ostatnim roku województwo małopolskie wzbogaciło się o kolejny dom. Rozwinęły się też placówki prywatne typu *non-profit*, prowadzone przez organizacje pozarządowe i religijne. Zaczęły powstawać także domy całkowicie komercyjne.

Socjalne placówki opiekuńcze są nierównomiernie rozmieszczone na terenie województwa małopolskiego. Poniżej zestawiono liczbę publicznych i prywatnych domów pomocy społecznej w poszczególnych powiatach.

Stacjonarne domy pomocy społecznej są duże⁹ i w licznych przypadkach istotnie oddalone od miejsca zamieszkania rodziny. Ich

⁹ Ze względu na korzyści tzw. ekonomii skali nie opłaca się prowadzić domów mniejszych niż na 100–120 osób.

dostępność przestrzenna jest ograniczona, zarówno przez duże odległości, jak i źle funkcjonującą komunikację publiczną. To są i będą czynniki izolacji podopiecznych w domach pomocy. Dlatego potrzebny jest plan regionalnej sieci tych domów z nową koncepcją ich wielkości (małe domy), lokalizacji oraz otwarcia na środowisko mieszkańców z otoczenia domu. Bez względu bowiem na stymulowanie rozwoju opieki domowej i środowiskowej, zawsze będą istniały potrzeby opieki stacjonarnej zdefiniowanej dynamicznym procesem starzenia się, chociaż, miejmy nadzieję, mniej niż proporcjonalnie.

Dzienne i środowiskowe domy pomocy

Główną tezą organizowania opieki długoterminowej nad osobą w wieku podeszłym jest maksymalne wydłużenie czasu, w którym możliwe jest przebywanie we własnym środowisku i pozostanie w domu. Wszystkie wysiłki powinny koncentrować się na odsunięciu w czasie konieczności opieki instytucjonalnej.

W województwie małopolskim funkcjonują 4 dzienne domy pomocy społecznej, z czego w Krakowie Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej ma 12 filii (6 dziennych domów i 6 klubów seniora). Ponadto tego typu placówki są prowadzone w Chrzanowie, Tarnowie i w Oświęcimiu.

Osoby częściowo niesamodzielne korzystają z placówek pobytu dziennego tzw. ośrodków wsparcia. W roku 2009 r. w województwie małopolskim funkcjonowało 61 środowiskowych domów pomocy społecznej i 6 dziennych domów pomocy.

Oszacowano, że statystyczna placówka pobytu dziennego służy 22 podopiecznym, a jej roczny koszt funkcjonowania kształtuje się na poziomie 14,1 mln zł. Kwota ta stanowi około 4% kosztu ponoszonego na opiekę stacjonarną (na podstawie ekspertyzy Witolda Ponikło).

Inną możliwością zapewnienia opieki osobom częściowo niesamodzielnym jest rozszerzenie zakresu pracy opiekunek społecznych i medycznych. Wyposażenie opiekunek medycznych w odpowiedni sprzęt (zarówno medyczny, jak i sanitarny) oraz zapewnienie im środka transportu (odpowiedni samochód miejski), umożliwiające szybkie przemieszczanie się oraz łatwy transport wydaje się wartościowym ekwiwalentem opieki w dziennych ośrodkach pobytu. Jeżeli przyjąć, że 2/3 decyzji dotyczących pobytu w dziennym ośrodku mogłoby być zrealizowane we wskazanej powyżej formie, to koszt roczny funkcjonowania tych ośrodków mógłby być zredukowany do kwoty około 4 mln zł rocznie.

Wartą rozważenia jest więc zmiana formy opieki osób częściowo niesamodzielnych z pobytu w ośrodku dziennym na pobyt w miejscu zamieszkania i pomocne odwiedziny opiekunów na przykład co drugi dzień na około 2-3 godziny. Taka forma opieki może okazać się korzystna kosztowo, a przy założeniu dużej elastyczności grafika odwiedzin przez opiekunów medycznych, także atrakcyjna dla podopiecznych, bez potrzeby kłopotliwego niekiedy przemieszczania się do ośrodka dziennego pobytu.

Opieka domowa

W ramach opieki domowej świadczone są usługi opiekuńcze, które można podzielić na:

- usługi opiekuńcze z zakresu pielęgnacji podstawowej, tj. mycie, kąpanie, ubieranie, pomoc w przemieszczaniu się, dozwolenie lekarstw,
- usługi o charakterze gospodarczym i porządkowym, tj. pomoc w codziennych zajęciach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, np. pomoc w zakupach, dostarczenie lub pomoc w przygotowaniu posiłku, sprzątnięcie, zapewnienie bezpieczeństwa w mieszkaniu poprzez pomoc w niezbędnym sprzątnięciu.

Ponadto w ramach opieki domowej świadczone są usługi opiekuńcze specjalistyczne o charakterze pielęgnacji zabiegowej, rehabilitacji, terapii zajęciowej, psychoterapii, porad radcy prawnego dostosowane do rodzaju schorzenia, niepełnosprawności. Świadczenia te przyznawane są na wniosek pracownika socjalnego bezpłatnie dla osób biednych (posiadających dochody poniżej progu dochodowego w pomocy społecznej) lub odpłatnie na podstawie wskazań wykazanych w trakcie orzekania o niepełnosprawności.

Za organizację usług opiekuńczych odpowiada lokalny Ośrodek Pomocy Społecznej, który ustala zakres, okres i miejsce świadczenia. Rada gminy natomiast ustala warunki przyznawania świadczeń i odpłatność za usługi opiekuńcze¹⁰.

W tabeli 8 zestawione zostały informacje o przyznanych świadczeniach opiekuńczych oraz kwoty wydatków na nie ponoszonych przez lokalną pomoc społeczną. Z prezentowanych danych wynika, że usługi najczęściej są przyznawane w regionach z dużymi metropoliami: Warszawa, aglomeracja Śląska, Poznań, Wrocław i Łódź. Na tej podstawie można by domniemywać, że potrzeba opiekuńcza występuje najsilniej w związku z urbanizacją. Pozycja Małopolski jest w tym względzie umiarkowana.

Usługi opiekuńcze świadczą zakłady wyłaniane w drodze przetargu, najczęściej są to fundacje i stowarzyszenia. W Krakowie usługi opiekuńcze w 2010 r. świadczone były głównie przez Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Pomocy Społecznej oraz Fundację Bł. A. Salawy.

Ponadto w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktowane są bezpłatne usługi pielęgniar-skie:

- rodzinne (dawniej zwane środowiskowymi),
- długoterminowe (gdy pacjent spełnia odpowiednie wskazania).

Świadczone są przez pielęgniarki z odpowiednim specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Pielęgniarki realizują zadania z zakresu pielęgnacji podstawowej (mycie, karmienie, ubieranie, pomoc w chodzeniu itp.) i zabiegowej (pielęgnacja odleżyn, ran, sztucznego oddechu, masaż limfatyczny, karmienie przez sondę itp.). Zdarza się, że w wyniku braku współpracy pomiędzy opiekunami środowiskowymi (w ramach pomocy społecznej) i pielęgniarek rodzinnych (w ramach systemu opieki zdrowotnej) dochodzi do nakładania się i powielania świadczeń z zakresu pielęgnacji podstawowej realizowanych przez obie grupy zawodowe. Brak współpracy tych dwóch grup spowodował uruchomienie działań powołujących nowy zawód opiekuna medycznego, który ma ściśle współpracować z pielęgniarką w ramach struktur opieki zdrowotnej i kontraktów z NFZ.

Opieka domowa jest najbardziej korzystnym wariantem opieki długoterminowej. Jest wskazana ze względów psychologicznych, w Polsce uwarunkowana kulturowo, pozwala na społeczną integrację i jest tańsza niż opieka stacjonarna i półstacjonarna. Aby

¹⁰ Ośrodek Pomocy Społecznej może pokryć w całości opłaty za usługi w przypadku, gdy dochód danej osoby jest niższy od dochodu określonego w ustawie o pomocy społecznej (tzw. kryterium dochodowe), w innych przypadkach OPS pokrywa częściowo koszty usług. Pozostałą kwotę ponosi osoba korzystająca lub jej rodzina. Koszt usług opiekuńczych jest ustalany przez władze gmin i zależy od miejsca zamieszkania. Dla przykładu w Krakowie pełna kwota usługi wynosi 10,59 zł za godzinę, a 16 zł za godzinę usług specjalistycznych. Pełen koszt ponoszą osoby, których dochód przekracza 450% kryterium dochodowego i są osobami samotnymi (z ekspertyzy Martyny Feliks i Jolanty Perek-Białas).

Tabela 8. Przyznane usługi opiekuńcze wg województw w 2009 r.

Lp.	Województwo	Liczba osób, którym przyznano świadczenie	Liczba świadczeń	Kwota świadczeń
1	dolnośląskie	8 314	3 412 058	35 164 309
2	kujawsko-pomorskie	4 701	1 873 381	20 900 528
3	lubelskie	5 135	2 476 111	22 642 833
4	lubuskie	1 992	693 404	6 495 303
5	łódzkie	7 252	2 330 754	23 689 865
6	małopolskie	6 144	2 151 754	18 953 508
7	mazowieckie	13 833	4 944 178	54 983 288
8	opolskie	1 991	588 304	8 824 172
9	podkarpackie	3 670	1 600 440	20 977 822
10	podlaskie	1 500	572 899	7 429 698
11	pomorskie	5 826	2 350 458	24 540 673
12	śląskie	9 357	2 540 450	22 581 177
13	świętokrzyskie	3 824	1 548 855	18 223 078
14	warmińsko-mazurskie	4 698	1 917 533	21 431 367
15	wielkopolskie	8 431	3 745 865	40 231 022
16	zachodniopomorskie	4 643	1 236 737	18 957 533
	RAZEM	91 311	33 983 181	366 026 176

Źródło: sprawozdanie MIPS-03 2009, Dział 2B

móc pozostawić osobę częściowo niesamodzielną we własnym środowisku, potrzebne jest spełnienie licznych warunków:

- prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych nie tylko do opiekunów, ale także do samych podopiecznych;
- zaangażowanie nowoczesnych technologii w system opieki nad osobą w podeszłym wieku w jej środowisku: telemedycyna, roboty przypominające o przyjęciu leków, kontaktujące się z rodziną w razie zgłoszenia złego samopoczucia, elektroniczne psy i inne maskotki będące towarzyszem dla osoby starej, inteligentne domy, systemy powiadamiania o upadkach, detektory spadku ciśnienia tętniczego krwi;
- współpraca sektora zdrowia i pomocy społecznej, a nawet instytucjonalne wyodrębnienie koordynatorów, którzy po wykonaniu kompleksowej oceny geriatrycznej ocenialiby, jaki rodzaj opieki byłby odpowiedni, zwracając szczególnie uwagę na jakość życia.

3. Wnioski i rekomendacje dotyczące opieki zdrowotnej, długoterminowej i usług opiekuńczych dla osób starszych

Mimo że w Małopolsce dostrzec można przewagę nad innymi regionami kraju w odniesieniu do zasobów opieki zdrowotnej dla osób starszych, to w odniesieniu do opieki długoterminowej zarówno stacjonarnej, jak i półstacjonarnej oraz domowej, brakuje

są podobne do występujących w innych województwach. Jednak nawet tam, gdzie przewaga Małopolski nad innymi regionami w kraju jest widoczna (np. pod względem liczby specjalistów z geriatry), to skala tych zasobów jest niewielka, szczególnie w porównaniu z innymi krajami UE. Z tego powodu sformułowane zostały liczne rekomendacje. Mają one zarówno charakter ogólny, jak i specyficzny dla Małopolski. Rekomendacje ustrukturyzowane zostały według obszarów działania.

W zakresie edukacji

- Należy podjąć rozszerzoną edukację studentów kierunków medycznych w zakresie geriatry.
- Należy podjąć kształcenie lekarzy rodzinnych w problematyce geriatrycznej jako głównych świadczeniodawców usług z zakresu opieki zdrowotnej dla osób starszych.
- Należy podjąć edukację lekarzy innych specjalności niż geriatrya w zakresie głównych problemów geriatrycznych i podstawowych narzędzi ich oceny.
- Należy szkolić personel medyczny szpitali (lekarzy i pielęgniarki) w zakresie podstawowych powikłań hospitalizacji w przypadku osób starszych.
- Należy podjąć szkolenia lekarzy współpracujących z instytucjami opieki długoterminowej w zakresie geriatry.

- Należy podjąć kształcenie pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, przygotowujące ich do sprawowania wysokiej jakości opieki nad osobami starszymi ze szczególnym naciskiem na:
 - o promowanie specjalizacji geriatrycznej wśród lekarzy,
 - o wprowadzenie i rozwój specjalizacji pielęgniarstwa w zakresie geriatry oraz opieki długoterminowej wśród pielęgniarzy,
 - o włączanie zagadnień geriatrycznych do programów kształcenia opiekunów i innych zawodów medycznych oraz pomocy społecznej,
 - o promowanie zagadnień geriatrycznych w programach edukacyjnych przed i podyplomowych różnych zawodów,
 - o wykreowanie zawodu specjalisty odpowiedzialnego za kształcenie ustawiczne w instytucjach pomocy społecznej.

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, geriatrycznej i długoterminowej

Starzenie się wymaga istotnej zmiany w strukturze ogólnej opieki zdrowotnej, zdeterminowanej przez długie lata chorobami zakaźnymi i cywilizacyjnymi osób dorosłych. Występowanie chorób przewlekłych, wielochorobowości i specyficznych zachowań zdrowotnych w podeszłym wieku wymagają od środowiska medycznego nowej wiedzy i nowego podejścia w praktyce postępowania medycznego, uwzględniającego także wiedzę z zakresu nauk społecznych. Oto podstawowe rekomendacje temu sprzyjające:

- Wprowadzenie reguł i odpowiednich motywacji dla lekarzy rodzinnych, stosujących zalecenia opieki geriatrycznej i współpracujących z geriatrami.
- Wymaganie współpracy z poradniami geriatrycznymi wśród lekarzy POZ, szczególnie dla chorych z wieloma chorobami przewlekłymi, którzy są leczeni przez wielu specjalistów.
- Wzmocnienia roli lekarza geriatry jako:
 - o konsultanta służącego pomocą lekarzowi rodzinemu,
 - o konsultanta służącego innym lekarzom specjalistom w poradniach i w oddziałach szpitalnych,
 - o lekarza prowadzącego w oddziale geriatrycznym,
 - o lekarza konsultanta w ZOL, ZPO, hospicjum i DPS.
- Wymaganie przepływu informacji pomiędzy lekarzami oddziałów szpitalnych, szczególnie oddziałów opieki doraźnej, a kierownictwem i lekarzami placówek opieki długoterminowej; wspólne ustalanie celów dalszej opieki, konsultacje geriatryczne, dobra komunikacja na bieżąco. To mogłoby zmniejszyć liczbę hospitalizacji oraz skrócić ich czas.

Mimo już pewnej tradycji w przypadku opieki geriatrycznej i kilkunastu lat rozwijania opieki długoterminowej w Polsce (Kozierkiewicz, Szczurbińska 2007), obie te formy opieki nadal w sposób ograniczony realizują potrzeby populacji osób starszych. Konieczny jest intensywniejszy ich rozwój, tak w zakresie zasobów, jak i rozwiązań organizacyjnych oraz standardów opieki.

Jako że opieka długoterminowa w Polsce jako odrębna instytucja usług społecznych i społecznego zabezpieczenia znajduje się na początku swej drogi, to rekomendacje jej dotyczącej muszą być bardziej podstawowe i zorientowane na wyodrębnienie tej instytucji i/lub wzmocnienie wybranych funkcji w instytucjach dotychczasowych. Oto propozycje:

- Tworzenie i rozwój specjalistycznych poradni medycznych o charakterze centrów opieki geriatrycznej – **Centra Zdrowia Seniorów (CZS)** – w zgodzie z kierunkowymi propozycjami zawartymi w projekcie rozporządzenia MZ dotyczącymi standardu opieki geriatrycznej. CZS powinny być początkowo lokowane w stolicach subregionów (do 2020 r.), a następnie rozwijane w ramach sieci obejmującej każdy powiat. Zakres świadczeń CZS powinien być szeroki i wielodyscyplinarny: poza geriatryczną opieką medyczną obejmować także: rehabilitację (fizjoterapię i terapię zajęciową), porady psychologiczne, doradztwo żywieniowe, doradztwo socjalne, zespół wyjazdowy, możliwość utworzenia oddziału dziennego, szeroką współpracę z organizacjami opiekuńczymi (w tym z całodobowymi centrami opieki domowej).
- Rozpoznawanie potrzeb opieki długoterminowej w celu planowania rozwoju zasobów potrzebnych do ich realizacji przez:
 - o ocenę potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w skali województwa i powiatów.
- Poprawa koordynacji opieki przez:
 - o opracowanie i wdrożenie przepływu informacji o podopiecznym pomiędzy świadczytelami usług,
 - o opracowanie modelu współpracy międzysektorowej (ochrona zdrowia i pomoc społeczna) w oparciu o powiązania organizacyjne,
 - o przygotowanie do wprowadzenia instytucji niezależnego koordynatora opieki w celu zapewnienia autonomiczności oceny potrzeb i kwalifikacji do świadczeń opieki długoterminowej,
 - o zapewnienie ciągłości opieki np. dzięki wprowadzeniu koordynacji wypisu ze szpitala.
- Zbudowanie systemu kontroli jakości opieki w instytucjach opieki długoterminowej:
 - o przyjęcie celu z określonym terminem realizacji, dotyczącego spełniania standardów opieki geriatrycznej,

- o wprowadzenie standardów pielęgniarstwa oraz standardów opiekuńczych jako podstawy do oceny jakości,
 - o przygotowanie systemu oceny jakości opieki długoterminowej jako warunku koniecznego przy wprowadzeniu ubezpieczeń pielęgnacyjnych (ubezpieczenia od niesamodzielności) i procesów prywatyzacyjnych,
 - o wprowadzenie systemu oceny satysfakcji seniora z opieki instytucjonalnej i domowej,
 - o wprowadzenie rankingów dla instytucji opieki długoterminowej,
 - o wskazanie jednostki, która przyjmowałaby skargi osób zamieszkujących instytucje i ich rodzin (w rodzaju biura praw konsumenckich) i podejmowała właściwe interwencje.
- Przygotowanie propozycji kontraktowania świadczeń opieki długoterminowej:
 - o w okresach 3-letnich, z uwzględnieniem różnych kategorii pacjentów (wysokość kontraktu zależna od kategorii pacjenta).

W zakresie pomocy społecznej

- Opracowanie sieci małych domów opieki dla osób starszych w regionie w ramach długookresowych programów inwestycji infrastruktury społecznej samorządów terytorialnych w celu odchodzenia od dużych placówek zbyt oddalonych od rodzinnego miejsca zamieszkania.
- Wprowadzenie systemu motywacyjnego nagradzania pracowników pomocy społecznej szczególnie zaangażowanych w organizowanie opieki dla osób starszych.
- Nadanie koordynacyjnych funkcji zawodowi asystenta seniora, czyli osoby organizującej opiekę domową i współpracę sektorów opieki społecznej i zdrowotnej, dobrze współpracującej z urzędami samorządów terytorialnych.
- Wspieranie rozwoju opieki domowej przez:
 - o tworzenie różnorodnych zespołów opiekuńczych realizujących świadczenia opiekuńcze o charakterze podstawowym (w zakresie pielęgnacji podstawowej i pomocy domowej) i specjalistycznym (tj. pielęgnacja zabiegowa, fizjoterapia, terapia zajęciowa, psychoterapia, dietetyka, poradnictwo prawne itp.),
 - o organizacyjne wspieranie lekarzy rodzinnych w opiece domowej nad osobami starszymi,
 - o stymulacja organizacji pozarządowych w kierunku wspierania opieki domowej przez np. szkolenia pacjentów i ich rodzin w zakresie pielęgnacji przewlekle chorych, samokontroli zdrowia,

- o informowanie mieszkańców o stowarzyszeniach i grupach pomocy działających na rzecz chorych z określonymi problemami.
- Rozwój środowiskowej opieki nad osobami starszymi:
 - o promowanie i wspieranie rozwoju dziennych domów pomocy społecznej w środowiskach lokalnych, wspieranie opieki wielorodzinnej i sąsiedzkiej,
 - o rozwój oferty programów specjalistycznych dla osób starszych i przewlekle chorych przebywających poza systemem stacjonarnym np. dla chorych na demencję, programy rehabilitacji (po udarze mózgu, złamaniu kości), poprawy ogólnej sprawności (zapobieganie upadkom), poprawy samodzielności w zakresie codziennych czynności (ADL), programy zachowania bezpieczeństwa w domu, programy wspierania osób z depresją,
 - o poszerzenie zadań DPS w kierunku większej integracji społecznej; otwieranie się na środowisko lokalne.

Program zdrowego starzenia się

Działania na rzecz zdrowego starzenia się powinny być ujęte w jednym kompleksowym programie „Małopolski Program Zdrowia Publicznego – zdrowe starzenie się”, analogicznie jak np. Małopolski Program Polityki Prorodzinnej czy Małopolski Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Programem powinny być objęte następujące działania, wyodrębnione w kilku blokach:

Blok medialny i informacyjny:

- Systematyczne programy (radio, telewizja i prasa) na temat procesu starzenia; przekazywanie wiedzy o zdrowym stylu życia, prewencji chorób przewlekłych i zagrożeniach niesprawnością, tworzenie pozytywnego obrazu późniejszej fazy życia; odejście od stereotypu stary = chory = biedny.
- Stworzenie prostej w obsłudze strony internetowej, z łatwą do zapamiętania domeną, zawierającą bazy danych i informacje na temat zasobów Małopolski przeznaczonych dla seniorów w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej, informacji o organizacjach pozarządowych, prywatnych firmach świadczących usługi dla osób starych, wolontariatu, organizacjach religijnych, o wyspecjalizowanych aptekach, przyjaznych seniorom restauracjach, bibliotekach i muzeach.
- Szerokie udostępnianie dobrze opracowanej i aktualnej informacji na temat dostępności, odpłatności i jakości świadczonych usług opiekuńczych oraz opieki długoterminowej w placówkach POZ, szpitalach, Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie oraz w ośrodkach pomocy społecznej.

Blok edukacyjno-promocyjny:

- Wprowadzenie do programów szkolnych (począwszy do najwcześniejszych lat szkoły podstawowej) wiedzy o zdrowiu człowieka i zachowaniach prozdrowotnych, o zdrowym

środowisku i potrzebie dbałości o niego, o zachowaniach ryzykownych i szkodliwych oraz ich dramatycznych konsekwencjach.

- Organizowanie w sposób systematyczny edukacyjnych kampanii społecznych obejmujących promocję zdrowia w konkretnych jego obszarach i adresowanych dla konkretnych grup mieszkańców.
- Organizowanie szkoleń i kursów dla mieszkańców na temat specyfiki chorób i chorowania w starszym wieku oraz ochrony zdrowia osób starszych w rodzinie, wspieranie rodzin i opiekunów wiedzą i doradztwem w zakresie: samokontroli chorób, dostosowanej aktywności fizycznej i umysłowej, zapobiegania urazowości, podstawowej pielęgnacji, stosowania odpowiedniej diety itp.
- Upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia (praktycznie) w miejscach przebywania ludzi: w placówkach edukacyjnych, rekreacyjnych w zakładach pracy, w szpitalach itd. (w zgodzie z jednym z Operacyjnych Celów Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006–2013).
- Wspieranie instytucji przygotowujących programy promocji zdrowia i instytucji zajmujących się ich promocją.

Blok związany z indywidualnymi działaniami na rzecz osób starszych i samych osób starszych dla siebie i innych:

- Promocja wolontariatu „seniorzy dla seniorów” w zakresie opieki domowej, pomocy w zakupach, sprzątania w domach opieki.
- Promocja wolontariatu na rzecz osób starszych wśród:
 - o studentów różnych kierunków, nagradzanie osób zaangażowanych społecznie w opiekę nad osobami starszymi,
 - o osób niepracujących, a w tym włączenie bezrobotnych pobierających zasiłek w działalność na rzecz osób w podeszłym wieku.

Blok zdrowotnej przedsiębiorczości i działań biznesu na rzecz zdrowego starzenia się i zdrowia osób starszych:

- Opracowywanie informacji dla podmiotów pełnej autonomii: biznesu, organizacji pozarządowych o możliwych i potrzebnych ich działaniach na rzecz zdrowego starzenia się i zdrowia osób starszych.
- Wspieranie prywatnej działalności gospodarczej zarówno *for profit* jak i *non-profit* nastawionej na świadczenie usług zdrowotnych i opiekuńczych dla osób starszych, odejście od stereotypu, że „zarabianie na starości” jest złe i niemoralne.
- Włączenie prywatnych przedsiębiorców w ramach społecznej odpowiedzialności biznesu w realizację zadań szeroko rozumianego zdrowia i opieki nad osobami starszymi mniej samodzielnie.

Blok badawczy:

Uruchomienie prac badawczych i tworzenie zbiorów ciągłej informacji o potrzebach zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych oraz posiadanych zasobach i warunkach ich uruchomienia na podstawie identyfikacji obszarów niewiedzy i braków informacji, a w szczególności:

- Uruchomienie badań stopnia niepełnosprawności i niesamodzielności osób starszych w celu szacowania potrzeb pielęgnacyjnych i opiekuńczych.
- Rozwijanie badań epidemiologicznych na temat chorób i chorowania w starszym wieku.
- Identyfikowanie i analizowanie kosztów opieki zdrowotnej i opiekuńczej w różnych wariantach jej sprawowania.
- Porównywanie efektów zdrowotnych i kosztowych różnych interwencji w zakresie opieki zdrowotnej i socjalnej wobec osób starszych¹¹.
- Analiza jakości podejmowanych działań zdrowotnych i opiekuńczych wobec osób starszych na podstawie wprowadzanych narzędzi oceny.

Blok realizacji programów zdrowego starzenia się:

- Program szczepień ochronnych dla osób starszych.
- Badania przesiewowe w celu wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych realizowane zarówno w ramach opieki podstawowej, jak i w poradniach geriatrycznych.
- Prewencja urazów (w tym upadków).

Dialog polityczny i koordynacja programów rozwoju usług zdrowotnych i socjalnych dla osób starszych

Realizacja strategii w zasadniczym stopniu zależy od zrozumienia (świadomości) procesu starzenia i szerokiego poparcia politycznego oraz społecznego wskazanych w strategii działań. Szczególnie istotne jest tu:

- Informowanie lokalnych decydentów (radnych, wójtów, starostów i prezydentów) o zjawisku starzenia się i jego konsekwencjach (i związanych z tym wyzwaniach) – nie tylko

¹¹ Przykładem takiego badania może być stworzenie pilotażowego programu oceny geriatrycznej grupy 50 chorych hospitalizowanych z różnych przyczyn w jednym z krakowskich szpitali w porównaniu z grupą kontrolną z uwzględnieniem prostych interwencji we współdziałaniu z rodziną lub pracownikiem socjalnym w zakresie zaopatrzenia (okulary, laska, kule, balkonik). W ramach badań grupy kontrolnej niezbędna byłaby ocena występowania barier w warunkach domowych, opracowanie planu postępowania dotyczącego kontroli lekarskiej, zaleceń żywieniowych i rehabilitacyjnych. Na tej podstawie byłaby możliwa ocena długoterminowej skuteczności dwóch rodzajów interwencji wobec osób starszych w zakresie funkcjonowania, stanu zdrowia, nakładów finansowych oraz współpracy międzysektorowej.

w ramach strategii rozwiązywania problemów społecznych, ponieważ starzenie nie powinno być definiowane jako problem społeczny, lecz jako tendencja przyszłości wymagająca odpowiedniego przygotowania się doń (aktywnego dostosowania).

- Wzmocnienie współpracy¹² między gminami i powiatami oraz regionem w zakresie koncepcji tworzenia i lokowania usług zdrowotnych i opiekuńczych dla osób starszych w Małopolsce.
- Tworzenie przy urzędach samorządów terytorialnych społecznych rad opiniująco-konsultacyjnych przy wszystkich programach zdrowotnych i społecznych opracowywanych w jednostkach samorządu terytorialnego (wzorem – Małopolska Rada Zdrowia Publicznego przy tworzeniu i konsultowaniu Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia).

- Organizowanie konferencji i debat (także w lokalnych mediach) dla mieszkańców na temat kierunków rozwoju usług dla osób starszych zapisywanych w strategiach i programach regionalnych i lokalnych.
- Stworzenie systemu raportowania, który pozwoliłby na bieżące monitorowanie sytuacji w dziedzinie potrzeb i warunków życia osób starszych, a jednocześnie obejmował ocenę realizacji dotychczasowych programów i planów podejmowanych na każdym poziomie samorządu terytorialnego: gminnym, powiatowym i regionalnym.

¹² Nawet obligowanie do niej w formie odpowiedniej regulacji prawnej.

Część III.

Potrzeby i zasoby Małopolski w dziedzinie leczenia uzdrowiskowego oraz rekreacji i turystyki zdrowotnej

Potrzeby rehabilitacji zdrowotnej i tzw. odnowy biologicznej stanowią obok potrzeb leczniczych i opieki długoterminowej dynamicznie rosnącą grupę potrzeb nie tylko w związku ze wzrostem liczebności osób starszych, ale i w związku z koncepcją zdrowego życia i w konsekwencji – zdrowego starzenia się całej populacji. Potrzeby te zaspokajane są w różny sposób pod względem organizacyjnym i świadczonych usług. Rozwijają się usługi rehabilitacyjne, coraz częściej organizowane przez zakłady niepubliczne, powstają prywatne placówki typu spa oraz restrukturyzowane są tradycyjne sanatoria oferujące leczenie uzdrowiskowe.

Istotne znaczenie z punktu widzenia strategii rozwoju regionu ma rozwój lecznictwa uzdrowiskowego. Ono bowiem opiera się na lokalnych zasobach leczniczych surowców i wód mineralnych oraz specyficznych zdrowotnie walorach miejscowego klimatu, w wielu przypadkach unikalnych. Leczenie uzdrowiskowe może być wykorzystane jako podstawa innych towarzyszących im usług, także w ramach tzw. zdrowego wypoczynku oraz turystyki zdrowotnej. Może stać się źródłem eksportu usług regionalnych.

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 167, poz. 1399, Art. 2) traktuje je jako *zorganizowaną działalność polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak: właściwości naturalnych surowców leczniczych, właściwości lecznicze klimatu, w tym talassoterapia i subterraneoterapia oraz właściwości lecznicze mikroklimatu, a także towarzyszące temu zabiegi fizykalne.*

Leczenie uzdrowiskowe prowadzone jest na obszarach uznanych za uzdrowiska. Obszar ten jest wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, spełnia warunki określone ustawą¹³, któremu

13 Dz. U. z 2005 r. Nr 167, poz. 1399. Każda gmina może wystąpić o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu ob-

został nadany status uzdrowiska. Obecnie w Polsce 44 miejscowości posiadają status uzdrowiska (Mapa 2).

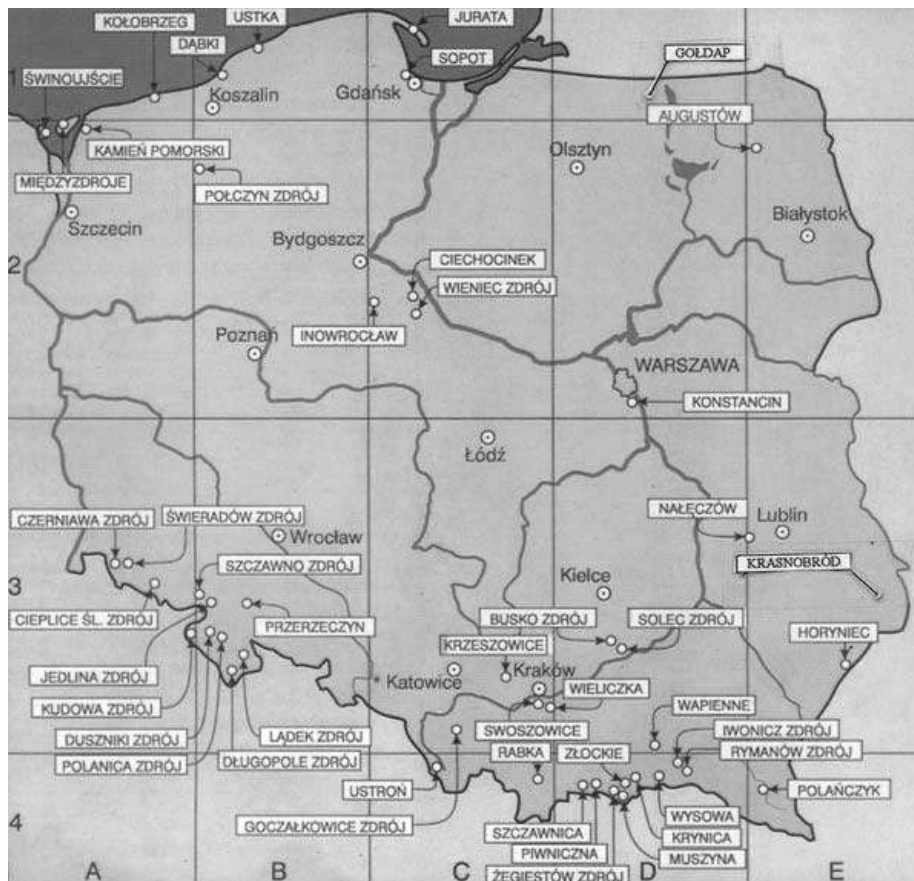
Małopolska jest drugim regionem – po Dolnym Śląsku – najbardziej zasobnym w uzdrowiska. Na terenie województwa dolnośląskiego znajduje się 11, a w Małopolsce 9 miejscowości, które posiadają status uzdrowiska. W niektórych województwach żadna z gmin nie posiada statusu uzdrowiska lub występują pojedyncze miejscowości uzdrowiskowe, m.in. w województwie łódzkim, lubuskim, mazowieckim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i podlaskim.

W latach ostatniej dekady wzrósł popyt na lecznictwo uzdrowiskowe, co zaczęło sprzyjać rozwojowi podaży tych usług. Była to tendencja ogólnokrajowa. W 1999 r. w Polsce z leczenia stacjonarnego w szpitalach lub sanatoriach uzdrowiskowych skorzystało 400 tys. pacjentów, natomiast w roku 2009 było ich o blisko 55% więcej – prawie 620 tys. osób. W Małopolsce wzrost liczby pacjentów stacjonarnych lecznictwa uzdrowiskowego w 2009 r. wynosił 38% w porównaniu z 1999 r. – znacząco mniej niż w innych regionach.

W uzdrowiskach działają zakłady lecznictwa uzdrowiskowego różnego rodzaju i o różnym statusie prawnym. Według danych GUS w Polsce w 2009 r. funkcjonowało 241 stacjonarnych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, z tego 233 to szpitale lub sanatoria uzdrowiskowe. Najwięcej placówek uzdrowiskowych znajduje się na terenie województwa dolnośląskiego i małopolskiego oraz zachodniopomorskiego. Warto zwrócić uwagę na znaczną liczbę szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych w województwie kujawsko-pomorskim. Mimo małej liczby uzdrowisk w tym województwie posiada ono dużą bazę uzdrowiskową skupioną głównie w uzdrowisku Ciechocinek.

szaru ochrony uzdrowiskowej, a Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje status, określając równocześnie nazwę, granice i kierunki lecznicze oraz wskazania i przeciwwskazania do leczenia w danym uzdrowisku (art. 42 cytowanej ustawy).

Mapa 2. Uzdrowiska i obszary uzdrowiskowe w Polsce



Źródło: Izba Gospodarcza Uzdrowiska Polskie. Uzdrowiska na mapie – <http://www.igup.pl/index1.php?show=mapa> (24.06.2010 r.)

Spośród województw, gdzie zlokalizowane są szpitale i sanatoria uzdrowiskowe, najwięcej łóżek znajduje się w stacjonarnych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa zachodniopomorskiego. Generalnie w województwach zachodnich dynamika podaży zasobów leczenia uzdrowiskowego jest wyższa niż w pozostałych regionach kraju.

1. Uzdrowiska w Małopolsce

W Małopolsce 9 miejscowości posiada status uzdrowiska. Są to: Kraków-Swoszowice, Krynica-Zdrój, Rabka-Zdrój, Muszyzna, Piwniczna-Zdrój, Szczawnica, Wysowa-Zdrój, Wapienne i Żegiestów-Zdrój. Placówki sanatoryjne ulokowane są także w miejscowościach nieposiadających statusu uzdrowisk. Poniżej zestawiono obiekty sanatoryjne i sanatoryjno-wypoczynkowe w miejscowościach Małopolski posiadające i nieposiadające status uzdrowiska.

Liczba szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych w Małopolsce w latach 1999–2009 spadła z 56 w 1999 r. do 42 placówek w 2009 r. Spadek ten częściowo można tłumaczyć przekształceniami zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, które dokonywały

się w analizowanym okresie. Obecnie większość jednostek to niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Siedem spośród 42 placówek regionu to szpitale uzdrowiskowe (z tego trzy szpitale uzdrowiskowe dla dzieci), natomiast pozostałe 35 to sanatoria uzdrowiskowe (z tego dwa sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci).

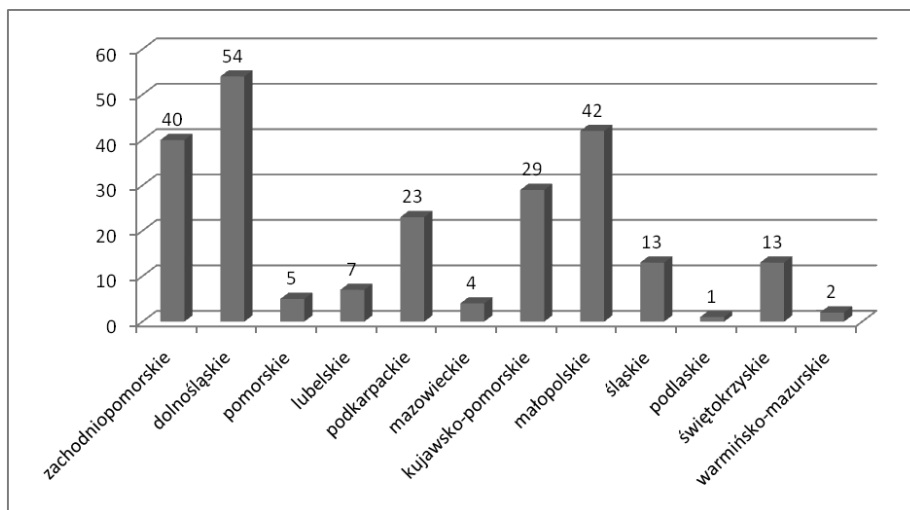
Liczba łóżek w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w Polsce na przestrzeni lat 1999–2009 rosła i w roku 2009 wynosiła blisko 37 tysięcy.

Mimo zmniejszenia się liczby obiektów leczniczych w małopolskich uzdrowiskach liczba łóżek utrzymuje się, chociaż z wahaniem. W 2009 r. widoczny jest pewien ich wzrost.

Zabiegi lecznicze i rehabilitacyjne

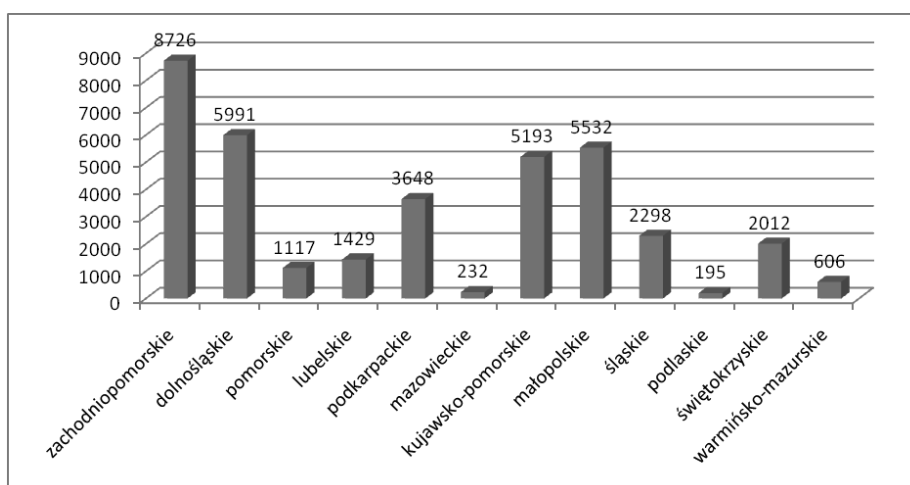
Spośród 17 kierunków leczniczych uzdrowisk określonych w ustawie uzdrowiskowej na terenie Małopolski można leczyć się w zakresie większości z nich (z wyjątkiem chorób naczyń obwodowych oraz chorób oka i przydatków oka). Gdy uzdrowi-

Wykres 22. Liczba szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych wg województw w 2009 r.



Źródło: dane GUS opracowane w oparciu o Bank Danych Regionalnych i sprawozdania ZD-2 z lecznictwa uzdrowiskowego

Wykres 23. Liczba łóżek w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych wg województw w 2009 r.



Źródło: dane GUS opracowane w oparciu o Bank Danych Regionalnych i sprawozdania ZD-2 z lecznictwa uzdrowiskowego

ska chce rozszerzyć działalność o nowy kierunek leczniczy, musi spełnić określone warunki odnośnie dostępnych naturalnych metod leczniczych, warunków klimatycznych, bazy diagnostycznej i leczniczej, wykwalifikowanej kadry i innych dodatkowych warunków w zależności od profilu.

W większości uzdrowisk małopolskich (z wyjątkiem Rabki-Zdrój) można leczyć się w zakresie chorób reumatologicznych. Kuracjusz ma również duży wybór w leczeniu chorób górnych dróg oddechowych, chorób ortopedyczno-urazowych oraz chorób układu trawienia. Choroby kardiologiczne i nadciśnienie

można leczyć tylko w Rabce-Zdroju, choroby kobiece oraz choroby krwi i układu krwiotwórczego wyłącznie w Krynicy-Zdroju, natomiast choroby endokrynologiczne tylko w Muszynie.

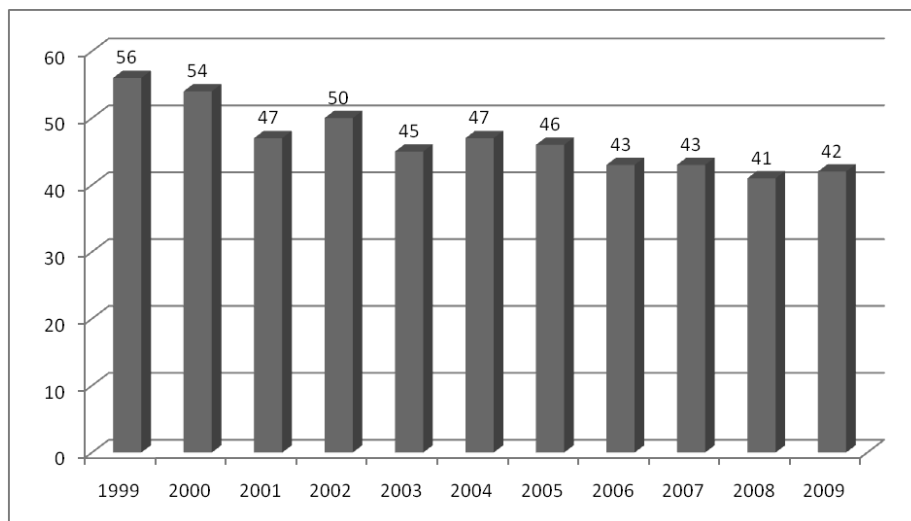
W 2009 r. w Małopolsce w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wykonano blisko 4 mln zabiegów leczniczych. Spośród wszystkich rodzajów zabiegów najczęściej wykonuje się zabiegi z zakresu kinezyterapii (23%), elektrolecznictwa (15%) i wodolecznictwa (14%). Te rodzaje zabiegów są również najczęściej wykonywane w ramach lecznictwa uzdrowiskowego w całym kraju.

Zestawienie 3. Obiekty sanatoryjne i sanatoryjno-wypoczynkowe w Małopolsce

Nazwa miejscowości	Liczba obiektów sanatoryjnych, profilaktycznych lub sanatoryjno-wypoczynkowych	Lista obiektów sanatoryjnych
Bochnia	1	Uzdrowisko Kopalnia Soli Bochnia Sp. z o.o.
Kraków	1	Uzdrowisko Kraków Swoszowice Sp.z o.o.
Krynica-Zdrój	16	Centrum Wypoczynku i Rehabilitacji „Damis” Centrum Zdrowia, Urody i Rekreacji GEOVITA w Krynicy-Zdroju Sanatorium „Leśnik-Drzewiarz” Sanatorium MSWiA „Continental” Sanatorium Uzdrowiskowe „Abaton” „Uzdrowisko Krynica-Żegiestów” S.A. DAGLEZJA Ośrodek Wczasowo-Szkoleniowy Dom Profilaktyczno-Wypoczynkowy „Leśna Polana” Dom Wypoczynkowo-Lecznicy „Jagiellonka” Ośrodek Lecznicy-Wypoczynkowy „Mielec” Ośrodek Wypoczynkowo-Rehabilitacyjny „Familiijny” Sanatorium „Energetyk” Sanatorium „Nad Krynicyzanką” Sanatorium Uzdrowiskowe „Watra” Sanatorium Uzdrowiskowe „Zgoda” 20 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny
Muszyna	9	Instytut Zdrowia Człowieka Nestor PZN Ośrodek Lecznicy-Rehabilitacyjny im. kpt. Jana Silhana Sanatorium „Aleksandrówka” Sanatorium „Metalowiec” Sanatorium Rehabilitacji Uzdrowiskowej „Revita” Sanatorium Uzdrowiskowe „Geovita” Centrum Profilaktyki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe „Gwiazda Gór” Sanatorium Uzdrowiskowe „Korona” Sanatorium Uzdrowiskowe „Wiarus”
Nowy Targ	1	Sanatorium Rehabilitacyjne dla Dzieci
Piwniczna Zdrój	1	Sanatorium Uzdrowiskowe „Limba”
Rabka-Zdrój	11	Sanatoria i szpitale (8) Spółki Uzdrowisko Rabka S.A. Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji Dzieci (GORD) im. Dr Szebesty Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój Dziecięce Centrum Rehabilitacji Środowiskowej „Krasnal”
Szczawnica	6	Centrum Wczasowo-Lecznicy „Górnik” Ośrodek Sanatoryjno-Wypoczynkowy „Budowlani” Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Szczawnica” S.A. Sanatorium Uzdrowiskowe „Hutnik” Sanatorium „Papiernik” Sanatorium Uzdrowiskowe „Nauczyciel”
Wapienne	1	Ośrodek Sanatoryjno-Lecznicy w Wapiennem
Wieliczka	1	Kopalnia Soli „Wieliczka” Podziemny Ośr. Rehabilitacyjno-Lecznicy
Wysowa-Zdrój	2	Dom Sanatoryjno-Wypoczynkowy „Glinik” „Uzdrowisko Wysowa” S.A.
Zakliczyn	1	Sanatorium Rehabilitacyjne „Capitol”
Zakopane	2	Profilaktyczny Dom Zdrowia „Hel” Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego
Złockie	1	Dom Wypoczynkowo-Sanatoryjny ACTIVA
Żegiestów Zdrój	1	Sanatorium Uzdrowiskowe „Wiktor”

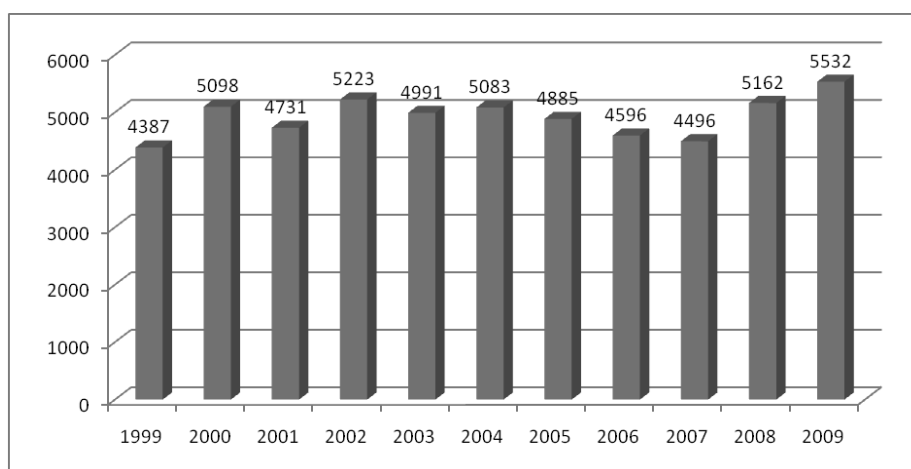
Źródło: ekspertyza Witolda Ponikto

Wykres 24. Liczba szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych w woj. małopolskim w latach 1999-2009



Źródło: jak do poprzedniego wykresu

Wykres 25. Liczba łóżek w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w woj. małopolskim w latach 1999-2009



Źródło: jak do poprzedniego wykresu

Zestawienie 4. Uzdrowiska w województwie małopolskim i ich kierunki lecznicze

Miejscowości posiadające status uzdrowiska	Kierunek leczniczy (na podstawie decyzji Ministra Zdrowia)														
	Choroby ortopedyczno-urazowe	Choroby układu nerwowego	Choroby reumatologiczne	Osteoporoza	Choroby skóry	Cukrzyca	Choroby górnych dróg oddechowych	Choroby dolnych dróg oddechowych	Otyłość	Chorobyardiologiczne i nadciśnienie	Choroby układu trawienia	Choroby kobiece	Choroby nerek i dróg moczowych	Choroby krwi i układu krwiotwórczego	Choroby endokrynologiczne
Kraków-Swoszowice	x	x	x	x	x										
Rabka-Zdrój	x				x	x	x	x		x					
Szczawnica	x		x				x	x	x						
Krynica-Zdrój		x	x			x	x				x	x	x	x	
Muszyna			x				x				x				x
Żegiestów-Zdrój			x								x		x		
Piwniczna-Zdrój			x				x	x			x				
Wysowa-Zdrój	x	x	x	x		x	x	x	x		x		x		
Wapienne	x		x												

Źródło: Ministerstwo Zdrowia. Kierunki lecznicze uzdrowisk <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m8&ms=628&ml=pl&mi=628&mx=0&ma=10291> (25.06.2010 r.)

2. Stan uzdrowisk małopolskich; ocena potencjału rozwojowego

Analizie typu SWOT, uwzględniającej mocne i słabe strony uzdrowisk w trzech obszarach: (1) turystyka i rekreacja, (2) lecznictwo uzdrowiskowe oraz (3) pozostałe elementy gospodarki, poddano wszystkie uzdrowiska małopolskie. Analiza tego rodzaju była możliwa dzięki Planom Rozwoju Uzdrowisk opracowanym przez gminy uzdrowiskowe w Małopolsce. Z analizy wynika, że słabsze strony są cięższego kalibru i dotyczą one na ogół:

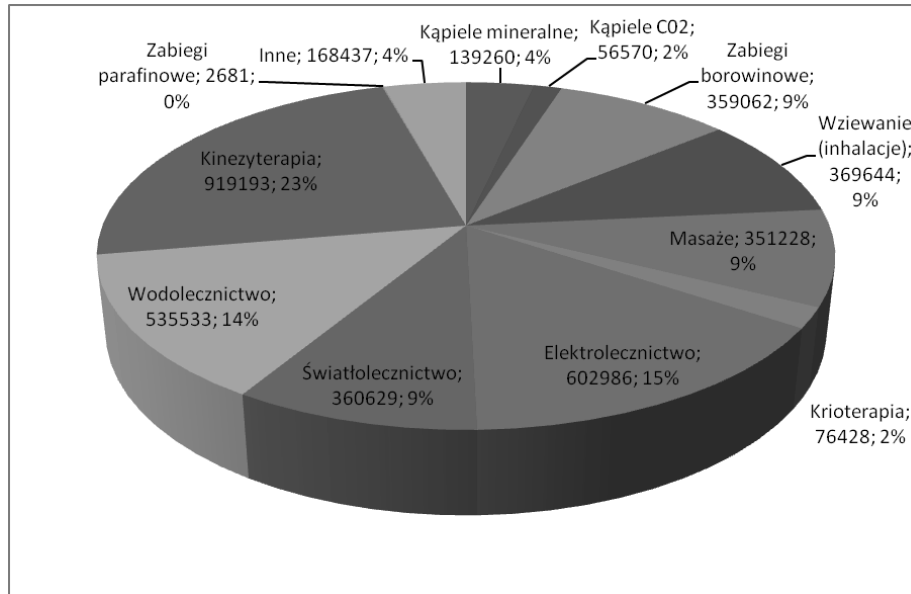
- Ograniczenia dostępności komunikacyjnej do uzdrowisk, co ilustruje zamieszczona obok mapka.

Dojazd do uzdrowisk usytuowanych w przeważającym stopniu w części południowo-wschodniej jest możliwy głównie przy wykorzystaniu komunikacji samochodowej i autobusowej drogami krajowymi i wojewódzkimi. Są to drogi wąskie, często niebezpieczne (teren górzasty) i z ograniczonymi połączeniami poziomymi oraz na stronę słowacką. Brakuje połączeń kolejowych, a nawet gdy istnieją (np. do Krynicy-

-Zdroju), wymagają modernizacji i wzrostu atrakcyjności korzystania z niej.

- Zaniedbań (niepodejmowanie inwestycji, odkładanie, zaniechania) w dziedzinie infrastruktury technicznej dotyczącej gospodarki komunalnej, a także infrastruktury drogowej, przestrzeni publicznej oraz sportu i ogólnej rekreacji (np. ścieżek rowerowych, boisk, kortów tenisowych).
- Braku ogólnodostępnej komunikacji publicznej zorientowanej na potrzeby kuracjuszy.
- Nadmiaru samochodów bez rozwoju miejsc parkingowych.
- Słabości, a nawet braku oferty kulturalnej, turystycznej i sportowej.
- Zaniedbań w ochronie środowiska naturalnego.
- Złej sytuacji na lokalnym rynku pracy, niedostosowania prowadzonej edukacji zawodowej do potrzeb pracodawców.

Wykres 26. Liczba i struktura (%) zabiegów leczniczych wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w woj. małopolskim w 2009 r.



Źródło: jak do poprzedniego wykresu

Mapa 3. Rozmieszczenie uzdrowisk w Małopolsce



Źródło: Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego 2010

- Słabości zarządzania samorządu lokalnego; braków w dziedzinie planowania i programowania działań, nieopracowywania planów przestrzennego zagospodarowania.
- Braków w promocji uzdrowisk i zakładów lecznictwa uzdrowskiego.

Mocne strony dotyczą na ogół walorów „naturalnych” uzdrowisk:

- zasobów wód i innych surowców leczniczych,

- dobrego klimatu i atrakcyjnego krajobrazu,
- tradycji leczniczych,
- zasobów kadry leczniczej i rehabilitacyjnej (z nielicznymi wyjątkami),

a także skutecznego podejmowania następujących działań:

- utrzymywania i pewnej modernizacji bazy hotelowej zakładów uzdrowskich,

Zestawienie 5. Zasoby i problemy w miejscowościach uzdrowskich Małopolski

Cechy uzdrowisk	Zasoby i problemy
Walory lecznicze	Zasoby unikalnych wód leczniczych: Kraków-Swoszowice ($SO_4-HCO_3-Ca-Mg, H_2S$). Krynica-Zdrój, Rabka-Zdrój (solanki, duże stężenie jodu i bromu), Muszyna, Szczawnica (szczawy wodorowęglanowe, sodowe, jodkowe, bromkowe), Piwniczna-Zdrój (szczawy wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowo-sodowe, żelaziste), Wapienne (wody swoiste siarczkowe), Żegiestów-Zdrój (wodorowęglany i szczawy) Rozlewnie wód mineralnych: Krynica-Zdrój, Wysowa, Piwniczna-Zdrój Zioła: Wysowa-Zdrój Pokłady borowiny: Wapienne
Klimat i krajobraz	Mikroklimat: Wapienne, Żegiestów-Zdrój, Piwniczna-Zdrój, Krynica-Zdrój (klimat bodźcowy), Szczawnica Krajobraz i położenie: Szczawnica (Pieniński Park Narodowy), Żegiestów-Zdrój (Popradzki Park Krajobrazowy), Muszyna (góry i rzeka)
Baza uzdrowskowa	Doświadczona i kompetentna kadra medyczna: Kraków-Swoszowice, Rabka-Zdrój, Muszyna, Piwniczna-Zdrój, Szczawnica Braki kadrowe: Wapienne (medyczna) i w większości uzdrowisk deficyt kompetentnej kadry zarządzającej Zaniedbania inwestycyjne w rozwoju ośrodków sanatoryjnych i braki infrastruktury: Kraków-Swoszowice, Rabka-Zdrój, Muszyna, Szczawnica, Wapienne, Wysowa-Zdrój, Żegiestów-Zdrój
Dostępność komunikacyjna	Istnieje, ale słabo dostosowana: Krynica-Zdrój (niewykorzystana kolej), Kraków-Swoszowice (ignorowanie potrzeb uzdrowiska), Szczawnica (korki wyjazdowe i dojazdowe z głównych połączeń) Brakuje połączeń bezpośrednich: Wysowa-Zdrój, Wapienne (bez linii kolejowej)
Gospodarka komunalna	Braki w kanalizacji: Kraków-Swoszowice, Piwniczna-Zdrój, Wysowa-Zdrój, Wapienne, Żegiestów-Zdrój Problemy z wodą i brak kompletnej sieci wodociągowej: Wapienne Problemy z ogrzewaniem: Kraków-Swoszowice (ogrzewanie węglowe), Rabka-Zdrój (brak co, węgiel), Szczawnica (brak sieci gazowej), Wapienne (brak co i sieci gazowej), Żegiestów-Zdrój (węgiel, brak sieci gazowej) Gospodarka odpadami i oczyszczalnie ścieków: Szczawnica (segregacja), Muszyna (segregacja wspólnie ze Słowacją), Krynica-Zdrój (oczyszczalnia ścieków z rezerwami mocy)
Zagospodarowanie przestrzeni publicznej	Parki: Kraków-Swoszowice (zabytkowy park, ale pas rzeki Wilgi niezagospodarowany), Wysowa-Zdrój (niezagospodarowany), Krynica-Zdrój (Góra Parkowa zagospodarowywana) Brak terenów parkowych i zielonych: Rabka-Zdrój, Muszyna, Wapienne Obiekty rekreacyjno-turystyczne: Szczawnica, Wysowa-Zdrój Komunikacja w uzdrowisku: brakuje komunikacji publicznej, rozwój prywatnej, brakuje parkingów
Usługi hotelowe, gastronomiczne i handlowe	Rozwinięte i atrakcyjne: Krynica-Zdrój, Piwniczna-Zdrój, Muszyna (baza hotelowa), Wysowa-Zdrój Brakuje: Szczawnica (w rozwoju), Muszyna (sieci handlowej), Wapienne, Żegiestów-Zdrój
Oferta kulturalna i kongresowa	Oferta kulturalna: Krynica-Zdrój, Szczawnica, Muszyna Oferta kongresowa: Krynica-Zdrój

Źródło: na podstawie analizy SWOT zawartych w gminnych planach rozwoju

- utrzymywania i odnowy parków – głównej infrastruktury rekreacyjnej,
- rozwijania sieci handlowych i usługowych,
- modernizacji zaopatrzenia w energię.

Każde z 9 małopolskich uzdrowisk ma też swe specyficznie dobre strony, np. Krynica – rozwój zaplecza kongresowego, a Szczawnica – rozwój infrastruktury krajobrazowej oraz turystyki, i słabe, których szczególnie wiele ma Kraków-Swoszowice oraz Rabka-Zdrój (zaniedbania i zaniechania). Ponadto istnieją w Małopolsce miejscowości, które nie posiadając formalnie statusu uzdrowiska, posiadają cenne walory zdrowotne i bazę leczniczą, np. Wieliczka czy Bochnia.

W sumie jednak zasób uzdrowisk i miejscowości o walorach zdrowotnych w Małopolsce jest niedostatecznie wykorzystany. Niektóre regiony Polski ze znacznie mniejszym zasobem robią to dynamiczniej. W Małopolsce istnieje duży potencjał lecznictwa uzdrowiskowego oraz rekreacji i turystyki zdrowotnej, w którego zainwestowanie mogłoby stać się motorem rozwoju „srebrnej gospodarki”.

3. Rekomendacje

By przyjąć lecznictwo uzdrowiskowe oraz rekreację i turystykę zdrowotną za priorytet strategii rozwoju Małopolski zorientowanej na „srebrną gospodarkę”, konieczna jest zmiana zarządzania i rządu (*governance*), umożliwiająca uwzględnienie tego priorytetu w działaniach inwestycyjnych na obszarze regionu.

W dotychczasowym podejściu systemowym główny ciężar (jeśli nie jedyny) realizacji strategii spoczywa na samorządzie lokalnym. To jest nie do udźwignięcia bez włączenia się samorządu regionalnego. Środki funduszy strukturalnych UE umożliwiły samorządowi województwa małopolskiego w końcówce obecnej dekady wsparcie 12 projektów inwestycyjnych (wyłonionych na drodze konkursowej) uwzględnionych w planach rozwoju poszczególnych uzdrowisk, o wartości około 65 mln złotych. Jest to dobry krok w kierunku potrzebnym „srebrnej gospodarce”, chociaż relatywnie skromny, tym bardziej że skala wkładu środków własnych na sfinansowanie projektu – około 25 % – jest dla

gmin uzdrowiskowych znacząco odczuwalna. Bez środków UE samorząd regionalny, poza wyznaczeniem celów i ewentualnie wskazywaniem metod i potencjalnych środków ich realizacji, nie posiada „twardych” narzędzi wspierania i egzekwowania przyjętych kierunków rozwoju. Narzędzia władz regionalnych w tej dziedzinie można by wzmocnić przez:

- Opracowanie regionalnego wieloletniego planu rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego, rekreacji oraz turystyki zdrowotnej w Małopolsce w ścisłej współpracy z miejscowościami uzdrowiskowymi oraz innymi miejscowościami, posiadającymi odpowiednie walory zdrowotne, nazwanego Planem Inwestycji na rzecz Uzdrowisk. Plan ten jest zgodny z trzecim kierunkiem III koncepcji rozwoju turystyki w Małopolsce (Urząd Marszałkowski 2008), gdzie zakłada się utworzenie produktu markowego – Małopolska w dziedzinie turystyki uzdrowiskowej i zdrowotnej. W ramach tej koncepcji przewidywano: (1) podniesienie jakości usług w uzdrowiskach małopolskich, (2) rozwój infrastruktury turystycznej i towarzyszącej dla gości celem podwyższenia aktywności turystycznej w regionie, (3) poszerzenie oferty turystycznej obszarów uprawiania turystyki uzdrowiskowej i zdrowotnej.
- Opracowanie regionalnego planu transportu i komunikacji, umożliwiającego dostęp do preferowanych zdrowotnie miejscowości.
- Stworzenie regionalnego funduszu inwestycyjnego na przedsięwzięcia infrastrukturalne, likwidujące bariery w rozwoju działań lokalnych, w zgodzie z Planem Inwestycji na rzecz Uzdrowisk. Utworzenie funduszu nie musi oznaczać stworzenia odrębnej instytucji finansowej. Fundusz ma znaczenie ewidencyjno-kalkulacyjne. Pozwala zapisywać na jednym koncie wszystkie możliwe do zaangażowania środki, a dzięki temu celowo ukierunkowywać decyzje alokacyjne w ramach dostępnych narzędzi.
- Promocja Regionalnego Planu Inwestycji na rzecz Uzdrowisk w sektorze finansowym, prywatnej przedsiębiorczości i za granicą, szczególnie tam, gdzie sytuuje się polska emigracja z regionu Małopolski, a więc głównie w USA, w Niemczech oraz Wielkiej Brytanii.

Część IV.

Potrzeby mieszkaniowe, przestrzenne i transportowe osób starszych

Funkcjonalność mieszkania, przyjazne i zdrowe otoczenie oraz środki transportu umożliwiające mobilność i jednocześnie wypoczynek – to podstawowe cechy decydujące o jakości życia nie tylko osób starszych, lecz także wszystkich innych grup ludności. W przypadku osób starszych są one decydujące dla ich dalszego uczestnictwa w głównym nurcie życia społecznego, dla ich społecznej integracji. To powoduje, że dostosowanie warunków mieszkaniowych i przestrzennych do potrzeb osób starszych stanowi kryterium progowe w działaniach na rzecz społecznej integracji w ogóle.

1. Warunki mieszkaniowe w Polsce i w Małopolsce

Potrzeby mieszkaniowe osób starszych są częścią potrzeb mieszkaniowych całego społeczeństwa, które w Polsce od dziesiątków lat są zaspokajane w stopniu wysoce niewystarczającym. Z tego powodu wskaźniki sytuacji mieszkaniowej w Polsce na tle pozostałych krajów UE należą do wyjątkowo niekorzystnych (Golinowska, Żukowski 2009).

Mieszkania są w mniejszej skali użytkowane samodzielnie, są bardziej zagęszczone i mniejsze pod względem powierzchni. Deficyt mieszkań, mierzony relacją gospodarstw domowych do liczby mieszkań, jest ciągle duży – nie mniejszy niż 25 lat temu. Jednocześnie następuje społeczne rozwarstwienie warunków mieszkaniowych. Nowe, coraz lepsze, ale i droższe mieszkania, nabywają grupy zamożniejsze. Starsze zasoby mieszkaniowe, o niższej jakości, częściej zamieszkują osoby mniej zamożne. W znacznej części starszych zasobów mieszkaniowych narastają problemy mieszkaniowe. Dotyczą one przede wszystkim (Zaniewska, Thiel 2009):

- zasobów komunalnych wybudowanych przed 1944 r.,
- blokowisk z wielkiej płyty z lat 60. i 70. XX wieku,
- obiektów zakwaterowania zbiorowego (hotele robotnicze, bursy, szkoły itp.), które zostały adaptowane na mieszkania socjalne,

- zasobów mieszkaniowych z dawnymi mieszkaniami zakładowymi,
- pojedynczych budynków lub zespołów budynków wyłącznie z mieszkaniami socjalnymi wzniesionych po 1989 r.

Wymienione zasoby, nazwane zasobami problemowymi, wymagają nie tylko remontów, ale czasami wręcz wyburzenia i zastąpienia ich mieszkaniami bezpiecznymi, o cywilizowanym standardzie. Szacuje się, że co najmniej połowa posiadanych w Polsce zasobów mieszkaniowych wymaga znaczących remontów. Jak oceniają eksperci Instytutu Rozwoju Miast, **w problemowych zasobach mieszkaniowych w przeważającym stopniu mieszkają osoby starsze.**

Ocena sytuacji mieszkaniowej w Małopolsce jest podobna. Pewna specyfika regionu polega na tym, że w znacznym potencjale zasobów mieszkaniowych (czwarte miejsce w rankingu polskich województw) udział zasobów najstarszych jest nieco większy. W dużych miastach regionu: Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu mieszkania sprzed 1945 r. stanowią kilkanaście procent ogólnej liczby mieszkań. Największy udział starych zasobów występuje w zabytkowych miastach karpackich – Starym Sączu, Bieczu, Kalwarii Zebrzydowskiej, a także w Grybowie, Ciężkowicach i Świątnikach Górnych, przy czym znaczący (ok. 10%) odsetek liczby mieszkań w tych miastach znajduje się w budynkach sprzed 1918 r.

Jednocześnie dynamicznie wzrasta udział zasobów wybudowanych po 1989 r., które stanowią już ponad 20% całości zasobów miejskich. Największy udział nowych zasobów mieszkaniowych występuje w Niepołomicach – 36%.

1/3 małopolskich zasobów mieszkaniowych lokuje się w Krakowie. Jeśli chodzi o mieszkania oddawane do użytku, to decydujący wpływ na wskaźniki wojewódzkie ma budownictwo w Krakowie, gdzie oddaje się 66 % mieszkań z całego regionu. Mieszkania te przeznaczają się w skali 86% na wynajem lub sprzedaż (Urząd

Tabela 9. Wskaźniki warunków mieszkaniowych, 2008

Wyszczególnienie	Polska	Małopolska	Województwo przodujące	Inne województwa z najlepszymi wskaźnikami
Zasoby mieszkaniowe w tys. mieszkań, 2008	13,150 mln	1,059 mln (8%) pozycja 4	mazowieckie 1,964 mln	wielkopolskie dolnośląskie
Przeciętna powierzchnia użytkowa, m ²	70,2	74,8 pozycja 4	podkarpackie 78,0	wielkopolskie 77,5
Przeciętna liczba osób na mieszkanie	2,9	3,1 pozycja 12	mazowieckie 2,65	dolnośląskie 2,77
Mieszkania oddane do użytku na 1000 ludności	4,3	4,9 pozycja 3	mazowieckie 7,3	pomorskie 6,5
Powierzchnia mieszkań oddanych do użytku, m ²	104,0	103,4 pozycja 7	opolskie 133	śląskie 125,7
Wyposażenie mieszkań* (% ogółu) w:			śląskie	
wodociąg	95,6	95,8	98,6	dolnośląskie lubuskie
ustęp splukiwany	88,1	90,1	92,3	śląskie
gaz z sieci	56,4	67,4	64,7	kujawsko-pomorskie
łazienkę	87,0	90,3	91,3	
ciepłą wodę	83,0	88,4	87,1	
centralne ogrzewanie	77,8	77,6	79,5	

* dane o wyposażeniu pochodzą z NSP 2002

Źródło: zestawiono na bazie danych GUS 2009

Statystyczny w Poznaniu 2009). Jest to ponad dwa razy tyle, ile przeciętnie w Polsce, gdzie wskaźnik ten wynosi 40%.

Zasoby mieszkaniowe w Małopolsce w 3/4 znajdują się w rękach osób fizycznych. Decydująca dla wysokości tego wskaźnika jest sytuacja na wsi, gdzie prawie wszystkie mieszkania są własnością osób indywidualnych. W małopolskich miastach natomiast zasoby mieszkaniowe należące do osób prywatnych stanowią 50% (Urząd Statystyczny w Krakowie 2007).

Pod względem wskaźników jakości i wyposażenia mieszkań sytuacja w Małopolsce nie odbiega od przeciętnych krajowych, a często je istotnie przewyższa. W tabeli 9 zestawiono główne wskaźniki sytuacji mieszkaniowej regionu na tle danych ogólnopolskich i innych województw.

Sytuacja mieszkaniowa w województwie małopolskim jest znacząco zróżnicowana. Najlepsze wskaźniki cechują najbardziej znane miasta o funkcjach turystycznych i uzdrowiskowych, tj. Zakopane, Krynica-Zdrój, a także Kraków i jego okolice: Krakowski Okręg Metropolitalny (Krzeszowice, Wieliczka, Słomniki) oraz Wolbrom, Miechów i Trzebinia. Szczególnym przypadkiem są, położone w strefie rezydencjonalnej Krakowa, Niepołomice i Kalwaria Zebrzydowska, gdzie niewysoka liczba mieszkań na osobę koresponduje z najwyższą w skali województwa powierzchnią mieszkalną na osobę. Wysoką liczbą mieszkań cechują się także największe ośrodki zachodniej Małopolski: Chrzanów i Oświęcim. Znacznie gorsza sytuacja panuje w największych ośrodkach subregionalnych: w Tarnowie i w Nowym

Sączu. Liczną jest także grupa małych miast i miasteczek, w których dominuje zabudowa jednorodzinna – z dużą powierzchnią mieszkań, lecz niewielką ich liczebnością (Hałat 2010).

Standard wyposażenia mieszkań w podstawowe instalacje wykazuje także wyraźne zróżnicowanie przestrzenne. Najwyższe wskaźniki wyposażenia występują w miastach zachodniej Małopolski, położone pomiędzy Krakowem a granicą województwa śląskiego, gdzie wyposażenie we wszystkie instalacje w miastach, także małych, należy do najwyższych w województwie. Wysoki standard mieszkań posiada też Kraków, Tarnów i Nowy Sącz oraz ośrodki położone w bezpośrednim sąsiedztwie Krakowa. W południowo-wschodniej części województwa wysokimi wskaźnikami wyposażenia cechują się tylko Gorlice oraz miejscowości wypoczynkowe na Sądecczyźnie: Krynica-Zdrój i Muszyna, z którymi kontrastuje należące do najniższych wyposażenie mieszkań w nieodległej Piwnicznej-Zdroju, a także w Szczawnicy. Najniższym standardem wyposażenia mieszkań cechują się miasteczka w powiatach tarnowskim i gorlickim: Ryglice, Wojnicz, Zakliczyn, Biecz, Czychów. Przeciętną jakością zasobu mieszkaniowego charakteryzują się miasta położone w Beskidach i na Podhalu (poza Nowym Targiem). Szczególnie zauważalny, w kontraście do bardzo dużego potencjału ilościowego mieszkań, jest stosunkowo niski standard wyposażenia domostw w podstawowe instalacje w Zakopanem (Hałat 2010).

Oceniając sytuację mieszkaniową w Małopolsce z perspektywy warunków mieszkaniowych starszej populacji, na pierwszym miejscu sytuuje się problem rewitalizacji i remontów starszych

zasobów mieszkaniowych. Jest to problem ogólnopolski. Działania idące w kierunku zahamowania całkowitej ruiny większości starszej substancji budynków w polskich miastach jest co najmniej tak ważna, jak budowa nowych mieszkań, a może nawet ważniejsza. Jak pokazuje praktyka, remonty stanowią trudniejszy problem do rozwiązania niż budownictwo mieszkaniowe. Skala zaniedbań w zakresie remontów budynków mieszkalnych w Polsce jest do tego stopnia duża, że prawdopodobnie tysiące budynków nadają się już tylko do wyburzenia. Według szacunkowych obliczeń przeprowadzonych w Instytucie Rozwoju Miast w 2006 r. zaległości w zakresie remontów kapitalnych i modernizacji w dużych miastach można ocenić na ok. 30 mld zł (Instytut Rozwoju Miast 2009).

W Małopolsce sytuacja jest o tyle trudniejsza, że remontów i modernizacji wymaga bez mała cały zasób mieszkaniowy pochodzący z okresu 1945-1989, sięgający nawet 3/4 całego miejskiego zasobu mieszkaniowego. W najbliższych latach konieczne będą działania powstrzymujące degradację przestrzenną i społeczną dzielnic pochodzących z tego okresu oraz przystosowywanie ich nie tylko ogólnie do współczesnych standardów, ale także specjalnie – do warunków niezbędnych dla osób starszych, które potrzebują mieszkań dostosowanych do mniejszej sprawności (np. domów z windą), szczególnie że preferowana będzie opieka domowa jako podstawowy kierunek opieki nad osobami najstarszymi.

2. Potrzeby mieszkaniowe osób starszych i koncepcje ich zaspokajania

Ze względu na pewne ograniczenie sprawności osób starszych, występujące nawet w przypadku pomyślnego starzenia się, warunki mieszkaniowe mają decydujące znaczenie dla jakości życia i społecznej integracji starszego pokolenia.

We współczesnym podejściu do kształtowania warunków mieszkaniowych osób starszych powszechnym w krajach europejskich jest paradygmat o dominacji kierunku polegającego na wspomaganiu zamieszkiwania tych osób w dotychczas użytkowanych mieszkaniach¹⁴. Służą temu różne programy wspierania takiego rozwoju usług społecznych dla osób starszych, aby możliwa była jak najdłuższa ich samodzielność w dotychczasowych mieszkaniach. To oznacza dostosowywanie tych mieszkań i budynków do zmienionych funkcji życiowych oraz organizowanie opieki domowej. Dlatego w niektórych krajach upowszechniły się takie koncepcje jak: „mieszkanie z opieką” (Niemcy, Dania), „mieszkanie bez barier” lub „mieszkanie na całe życie” (Norwegia, Wielka Brytania). Przez mieszkanie bez barier rozumie się zarówno mieszkania nowe, jak i odpowiednio przebudowywane.

Jednocześnie ma miejsce odwrót od koncepcji budowania i utrzymywania domów seniora, gdzie przebywają osoby niepełnosprawne fizycznie i psychicznie. Są nawet kraje, w których obowiązuje zakaz budowy takich domów (np. Dania wprowadziła

14 W USA ciągle popularna jest tendencja tworzenia nowych mieszkań, budynków, osiedli, a nawet całych dzielnic i miejscowości dostosowanych do potrzeb osób starszych. Powstają rozwiązania bardzo funkcjonalne i wygodne, ale izolują osoby starsze od reszty społeczeństwa, tworząc luksusowe getta mieszkaniowe.

dziła taki zakaz od 1988 r.), a w innych istnieją programy finansowego wspomagania przenoszenia się z domów starców do rodzin (np. w Hiszpanii).

Jednym z istotnych argumentów wspierania zamieszkiwania osób starszych w dotychczasowych mieszkaniach jest przeświadczenie (poparte różnymi symulacjami kosztów), że pomoc osobie starszej w podtrzymaniu jej przebywania w dotychczasowym mieszkaniu, nawet przy jego znacznej przebudowie, kosztuje mniej aniżeli utrzymanie jednego miejsca w domu opieki. Tendencje takie są inspiracją do kierunków działań architektoniczno-urbanistycznych (Meyer-Bohe 1998). Są bowiem realizowane programy dostosowania mieszkań i ich otoczenia do potrzeb starszych ludzi (Korzeniewski 2008), nadzorowane i częściowo finansowane przez organy rządowe, regionalne, samorządowe oraz organizacje pozarządowe.

Badania na temat preferencji mieszkaniowych starszego pokolenia przeprowadzone w Polsce (Zaniewska i inni 2001) dowodzą, że europejskie koncepcje wspierania opieki nad osobami starszymi z ograniczoną samodzielnością w pełni odpowiadają rodakom. Wyrażają chęć do jak najdłuższego zachowania samodzielności (w tym także w przestrzeni urbanistycznej) przy wsparciu państwa, lokalnych społeczności i ewentualnie rodziny. Ze wspomnianych badań wynika, że najistotniejsze są takie elementy warunków zamieszkiwania jak: ciepłe i suche mieszkanie, winda w budynku lub usytuowanie mieszkania na parterze. Istotną wartością okazało się także usytuowanie budynku w mieście. Mieszkańcy domów wielorodzinnych podkreślali, że cenią sobie: bliskość usług, środków transportu (komunikacja miejska), lekarza (ew. szpitala) oraz kościoła. Mieszkańcy wsi podkreślali takie cechy jak kontakt ze środowiskiem przyrodniczym (szczególnie zieleń), posiadanie własnej działki, ciszę, spokój, samodzielność zamieszkiwania i brak uciążliwych sąsiadów.

Rozkład preferencji zamieszkiwania jest następujący:

- samodzielnie bez warunków dodatkowych – 18%,
- samodzielnie, ale blisko dzieci – 18%,
- samodzielnie, ale z dobrze zorganizowaną opieką – 13%,
- wspólnie z dziećmi lub krewnymi – 13%,
- w domu dla ludzi starszych – 15%,
- w domu dziennego pobytu – 7,5%,
- w mieszkaniu dostosowanym dla ludzi starszych – 13%,
- wspólnie z innymi osobami – 2,5%.

Z procentowego rozkładu preferencji wynika, że samodzielność rozumianą jako pełną lub uwarunkowaną bliskością dzieci albo organizacji opiekuńczej preferuje 49% badanych. Wśród pozostałych tylko 15% wskazało na dom ludzi starszych jako oczekiwaną formę zamieszkania. Przy czym nie wiadomo, czy odpowiadający to ludzie samotni, czy zamieszkujący z rodziną.

Mimo preferencji Polaków dla utrzymania dotychczasowego miejsca zamieszkania w okresie starości, także w Polsce i w Małopolsce powstają rozwiązania architektoniczno-urbanistyczne izolujące osoby starsze w mieście lub sytuujące je całkowicie poza strefą miejską, np. Radków u podnóża Gór Stołowych¹⁵ czy budowa miasteczka dla seniorów oraz osiedla w małopolskich Zawadach (<http://www.zycie.senior.pl/147,0,Luksusowe-miasteczko-tylko-dla-seniorow,5280.html>).

W środowisku architektów i urbanistów zwrócono uwagę na niepowodzenie projektu domu *Jesienna Rezydencja* w Nałęczowie, zaprojektowanego z myślą o przeznaczeniu go pod wynajem dla osób starszych. Zbyt nowoczesny (nagrodzony architektonicznie) projekt, usytuowany w pewnej odległości (600 m) od centrum uzdrowiska, bez zaplecza usługowego nie spotkał się z odpowiednim zainteresowaniem i w konsekwencji popytem osób starszych. Z tego należy wyciągnąć wnioski dotyczące tworzenia analogicznych projektów w innych miejscowościach.

3. Przestrzeń fizyczna miast w Małopolsce

O jakości przestrzeni publicznej decyduje dostępność do tych zasobów, które są dobre dla zdrowia, sprawnego funkcjonowania i dobrego samopoczucia mieszkańców, a jednocześnie zaspokajają wszystkie niezbędne potrzeby ludzi, w tym potrzebę integracji społecznej.

Ocena jakości przestrzeni publicznej jest szczególnie trudna zarówno z powodów metodologicznych, jak również informacyjnych. Brakuje zdefiniowanych wskaźników i informacji tworzonej dla ich powszechnego stosowania.

Wskaźniki dotyczące jakości przestrzeni publicznej można by podzielić na wskaźniki o charakterze regulacyjnym oraz wskaźniki obrazujące warunki i efekty działań w przestrzeni publicznej – o charakterze realnym.

Podstawowym wskaźnikiem w odniesieniu do procesów regulacyjnych kształtowania przestrzeni publicznej jest wskaźnik dotyczący tworzenia i respektowania planów przestrzennego zagospodarowania kraju. Sytuacja w tej dziedzinie jest w skali kraju dramatyczna. Tylko 23% powierzchni gmin miejskich i miejsko-wiejskich w Polsce posiada plan zagospodarowania. W Małopolsce odsetek ten jest wyższy, wynosi około 45%, przy czym tylko 14 miast posiada stuprocentowe pokrycie powierzchni planami miejscowymi. Równocześnie aż 10 ośrodków nie posiada planów w ogóle lub posiada je dla znikomej (poniżej 1%) powierzchni gminy. Siedem miast Małopolski posiada plan dla mniej niż jednej dziesiątej powierzchni. W tej grupie znajdują się miasta uzdrowiskowe: Krynica-Zdrój i Rabka-Zdrój, a także miasta podlegające silnej presji ze strony inwestorów, jak np. Zakopane. Niski jest także udział terenów z planem miejscowym w Krakowie. Stosunkowo największą, ponad 50%, powierzchnią objętą planami miejscowymi cechują się najmniejsze miasta (Hałat 2010).

¹⁵ W Radkowie będzie można zakupić mieszkanie przed ukończeniem 55 roku życia, ale do ukończenia tego wieku trzeba będzie je wynajmować.

Do rozpoznania sytuacji w dziedzinie efektów działalności w dziedzinie jakości przestrzeni mogą być wykorzystane niektóre wskaźniki z obszaru ochrony środowiska.

Przeprowadzone rozpoznanie dotyczy przede wszystkim miast, mimo że na podstawie wskaźników administracyjnych Małopolska należy do regionów stosunkowo słabo zurbanizowanych. Oficjalny wskaźnik ludności miejskiej nie przekracza 50%, w istocie stopień urbanizacji jest znacznie wyższy, oceniany na ponad 70%¹⁶.

Istotnym wskaźnikiem, określającym jakość powierzchni publicznej, a jednocześnie stan zaspokojenia potrzeb rekreacyjnych mieszkańców miast, jest powierzchnia parków miejskich w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Miasta w województwie małopolskim cechują się wartością tego wskaźnika zbliżoną do wartości przeciętnej dla kraju (odpowiednio 7,4 wobec 7,2), przy czym także tutaj zaobserwować można duże zróżnicowanie w województwie. Zdecydowanie największymi zasobami zieleni parkowej na jednego mieszkańca charakteryzują się – co zrozumiałe – miasta z tradycjami uzdrowiskowymi. W Piwnicznej-Zdroju wskaźnik przekracza 200 m²/os., w Krynicy-Zdroju 140 m²/os. Sporym zasobem zieleni parkowej na osobę dysponują także Muszyna, Rabka-Zdrój i Krzeszowice.

Spośród innych miast Małopolski, nieposiadających statusu uzdrowiska, dużą powierzchnię parków posiada Kraków (4,2% powierzchni miasta). Najwyższy udział posiada Wieliczka. Do miast o niskiej wartości wskaźnika terenów zielonych należy Nowy Sącz, Andrychów, Oświęcim, Nowy Targ i Zakopane. Szczególnie niskim odsetkiem zieleni zagospodarowanej dysponują miasta małe, takie jak Ciężkowice, Skąta, Czchów, Ryglice i Żabno. Są miasta, które nie posiadają parków miejskich w ogóle.

Poza parkami istotne znaczenie dla jakości przestrzeni publicznej ma zieleni osiedlowa. Pod tym względem sytuacja zmienia się niekorzystnie. W nowych osiedlach mieszkaniowych, przy podziale powierzchni do zabudowy wśród licznych deweloperów, nie stosuje się starych normatywów zieleni osiedlowej. W Małopolsce Kraków ma nadal znaczne tereny zieleni osiedlowej – 800 ha. Wyrzedza go tylko Łódź – 972 ha (Urząd Statystyczny w Poznaniu).

Na jakość otoczenia i tzw. sąsiedztwo z punktu widzenia potrzeb osób starszych zwracają uwagę nie tylko urbaniści, ale także

¹⁶ Poziom urbanizacji morfologicznej, społecznej i ekonomicznej jest znacznie wyższy. Zaliczenie do ludności miejskiej mieszkańców gmin wchodzących w skład strefy zurbanizowanej Krakowskiego Okręgu Metropolitalnego, co jest zabiegiem uprawnionym merytorycznie, podniosłoby wskaźnik zurbanizowania do około 70%. Podobny zabieg powinien być dokonany w odniesieniu do miejscowości liczących co najmniej 10 tys. mieszkańców, które wytworzyły własne regiony funkcjonalne złożone z miasta centralnego i gminy lub gmin je otaczających. Wprowadzenie do statystyki regionów funkcjonalnych wskazałoby na rzeczywiste zawansowanie procesów urbanizacyjnych, które pod miastami ściśle łączą się z procesami suburbanizacji, w których bierze udział ludność zamieszkująca miasta. Zabieg ten jednoznacznie zaprzeczyłby pojawiającym się opiniom o ruralizacji przestrzeni i wynikających z tego konsekwencjach dla procesu spójności terytorialnej nie tylko województwa, ale i Polski.

Tabela 10. Wybrane wskaźniki cech przestrzeni i ochrony środowiska

Wyszczególnienie	Polska	Małopolska	Województwo przodujące
Wskaźnik urbanizacji	59,3	49,4	śląskie 78,2
Powierzchnia o szczególnych walorach przyrodniczych <i>per capita</i> w m ²	2652	2404	warmińsko-mazurskie 7844
Ścieki oczyszczane % ogółem	92,8%	98,9%	kujawsko-pomorskie 100%
Tereny zieleni miejskiej na 1 mieszkańca w m ² , w Krakowie	7,4	7,2 18,3 (Kraków)	Bydgoszcz – 36 Lublin – 34

Źródło: GUS 2009, Urząd Statystyczny w Poznaniu 2009

środowisko ekologów i ostatnio coraz częściej – gerontologów i geriatrów. Powstają międzynarodowe projekty np. *Age-Friendly Cities*¹⁷ (*Miasta przyjazne osobom starszym*), *Ensuring quality of life in Europe's cities and towns. Tackling the environmental challenges driven by European and global change* (Zabezpieczenie jakości życia w europejskich miastach i miasteczkach)¹⁸ czy projekt *European Healthy Cities* (Zdrowe miasta europejskie), który jest siecią współpracujących miast pod kierunkiem i wskazaniemi WHO. Także Kraków należy do tej sieci.

W pracy *Design of Public Space in the City of the Elderly* autorstwa Enrico Sassi i Eleny Molteni (2008) sformułowany został katalog zaleceń dotyczących kształtowania przyjaznej przestrzeni miejskiej. Oto niektóre z nich:

Przestrzeń fizyczna powinna charakteryzować się:

- Dostępnością:
 - o różnych części miasta za pośrednictwem transportu publicznego oraz zapewnienie bezpiecznych stref rowerowych i pieszych,
 - o przestrzeni publicznej dzięki likwidacji barier architektonicznych (zabezpieczone chodniki, obecność większej liczby przejść dla pieszych, ruchome schody),
 - o do budynków, uwzględniając potrzeby osób o ograniczonej sprawności ruchowej (chodniki, ukształtowanie terenu, podjazdy, posadzki, poręcze).
- Łącznością:
 - o umożliwienie mobilności i aktywności poprzez gęstą sieć i dobrą jakość tras pieszych,
 - o uatrakcyjnienie tras pieszych przez ławki, wodę, cień, czyniąc je nadającymi się do odpoczynku lub spotkania.

¹⁷ Program ten powstał w ramach WHO. Uczestniczyło w nim 33 miast na świecie.

¹⁸ Projekt przygotowany przez Europejską Agencję Środowiska (*European Environment Agency*).

- Intensywnością i komfortem korzystania zapewnioną dzięki:
 - o czystości i wysokiej estetyce przestrzeni publicznych,
 - o ograniczeniu wpływu zanieczyszczeń środowiska (hałasu i zanieczyszczonego powietrza),
 - o zapewnieniu bezpieczeństwa korzystających (monitorowanie przestrzeni: wideo i patrole w celu obserwacji i eliminacji zagrożeń),
 - o eliminacji niebezpiecznych miejsc przez: oświetlenie ciemnych i wąskich uliczek, ukrytych zakątków, likwidację niebezpiecznych przejść dla pieszych, ograniczenie ruchu samochodów,
 - o dostępowi do wody pitnej, urządzeń sanitarnych i toalet publicznych (odpowiednie oznakowanie i łatwe, czytelne dojście),
 - o istnieniu i organizowaniu miejsc zachęcających do spotkań ludzi w każdym wieku; wystarczająca liczba i jakość ławek, łatwy dostęp do kawiarni, biblioteki czy księgarni oraz instytucji kultury,
 - o możliwości ochrony przestrzeni publicznej i zlokalizowanych ekspozycji przed złą pogodą (słońce, deszcz, wiatr),
 - o atrakcyjnej lokalizacji usług i niemasowego handlu.
- Elastycznością:
 - o Przestrzenie publiczne i ich wyposażenie powinny umożliwiać realizację wydarzeń okresowych (jarmark, koncert, show).

Dostosowanie przestrzeni miejskiej do procesu starzenia populacji wpływa nań korzystnie i służy każdemu, bez względu na wiek. Następuje jej **rozbudowa** w wyniku powiększania o coraz to nowe lokalizacje (zapotrzebowanie na nowe usługi), ale i **przebudowa** na skutek porzucania przez ludzi i firmy określonych lokalizacji, wywołując potrzebę restrukturyzacji i odnowy.

4. Warunki mobilności – transport możliwy do wykorzystania i dostosowany do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością

Infrastruktura transportu i komunikacji jest w Polsce słaba. Na tle krajów UE wskaźniki dla Polski należą do grupy najniższych. Sytuacja w Małopolsce pod względem ilościowym jest nieco lepsza niż przeciętnie w kraju (patrz tabela 11). Wskaźnik długości dróg jest o prawie 80% większy, a wskaźnik samochodów na 1000 ludności jest niższy. Jednak ocena stanu dróg jest niska. Tylko 46,5% dróg krajowych w regionie ma ocenę dobrą.

Województwo małopolskie jako jeden z najgęściej zaludnionych regionów w Polsce (za Śląskiem) należy jednocześnie do najbardziej zróżnicowanych wewnętrznie pod względem dostępności komunikacyjnej. Występują tutaj największe w skali całego kraju odległości mierzone czasem dojazdu do stolicy województwa. Jest też województwem z dużym obszarem, z którego jest bliżej do stolicy innego województwa, do której wiodą lepsze i szybsze drogi (Olkusz–Katowice, Oświęcim–Katowice, Kęty–Katowice przez Bielsko-Białą). W województwie małopolskim nadal wyróżnić można cztery strefy pod względem dostępności: (1) Krakowski Obszar Metropolitalny z dobrą i bardzo dobrą dostępnością wynikającą wprost z bliskości Krakowa, (2) powiaty zachodniej części województwa z dobrą dostępnością i możliwością wyboru ciężarów, (3) północno-wschodnia część (byłe województwo tarnowskie) o średniej dostępności oraz (4) południe województwa (Guzik, Kołoś 2010). To zróżnicowanie, jeśli nie ulegnie zatarciu, utrudni zrównoważony rozwój gospodarczy regionu i utrudni budowę sieci obiektów niezbędnych dla ukierunkowania rozwoju na typ „srebrnej gospodarki”.

Słaba dostępność jest czynnikiem w najwyższym stopniu obniżającym spójność sieci miejskiej w regionie, a jej poprawa jest działaniem, które w dłuższej perspektywie może przynieść zasadnicze efekty prorozwojowe. Nie będą one widoczne od razu, gdyż oparte na dobrej dostępności ciężarzenia komunikacyjne i powiązania kształtują się w najlepszym razie w okresie od kilku do kilkunastu lat, a niekiedy jako struktury długiego trwania mogą ulegać przemianom wolniejszym.

Pod względem posiadanego taboru transportu i komunikacji miejskiej Małopolska sytuuje się także na wyższych pozycjach niż

przeciętnie w kraju. Z dostępnych danych wynika, że w 2008 r. na jedno województwo w kraju przypadało średnio około 976 sztuk taboru komunikacji miejskiej, zaś w Małopolsce liczba ta wyniosła 1321 sztuk (dane Urzędu Statystycznego w Krakowie). Także autobusy i tramwaje oraz liczba miejsc w tych pojazdach dostosowane do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością (także starszych) są większe niż przeciętnie w kraju, chociaż odsetek pojazdów z takim wyposażeniem jest ograniczony (16% tramwajów i ponad 50% autobusów). Zasiób taboru niskopodłogowego jest ciągle niedostateczny.

Warunkiem mobilności i społecznej integracji osób starszych jest nie tylko dostosowany transport, ale także infrastruktura pozwalająca na samodzielne, bezpieczne i wygodne (bez uciążliwości) korzystanie z niego. Główne elementy niedostosowań są następujące¹⁹:

- Zbyt duże, trudne do samodzielnego pokonania różnice w wysokości peronów/przystanków i wejść do pojazdów.
- Nieczytelna i/lub niedostępna informacja dla pasażerów, powodująca niedostępność rozkładu jazdy, w którym zastosowano zbyt małą czcionkę lub nieczytelny układ. Tablice z rozkładami jazdy niejednokrotnie w żaden sposób nie są zabezpieczone przed zniszczeniem. Z rzadka pojawiają się tablice świetlne, na których wyświetlane są numery autobusu czy tramwaju zgodnie z kolejnością odjazdu i z podaniem czasu, jaki pozostał do przyjazdu.
- Niewłaściwa infrastruktura peronowa na stacjach kolejowych: strome schody, nadmierne pochyły, niedostępność podnośników ułatwiających pokonanie różnicy wysokości peronu i pojazdu, brak wind peronowych, a gdy istnieją nie zawsze funkcjonują, a ich stan sanitarny niejednokrotnie pozostaje poniżej tolerowanych standardów.
- Brak lub niedostateczna liczba miejsc siedzących na przystankach i peronach.

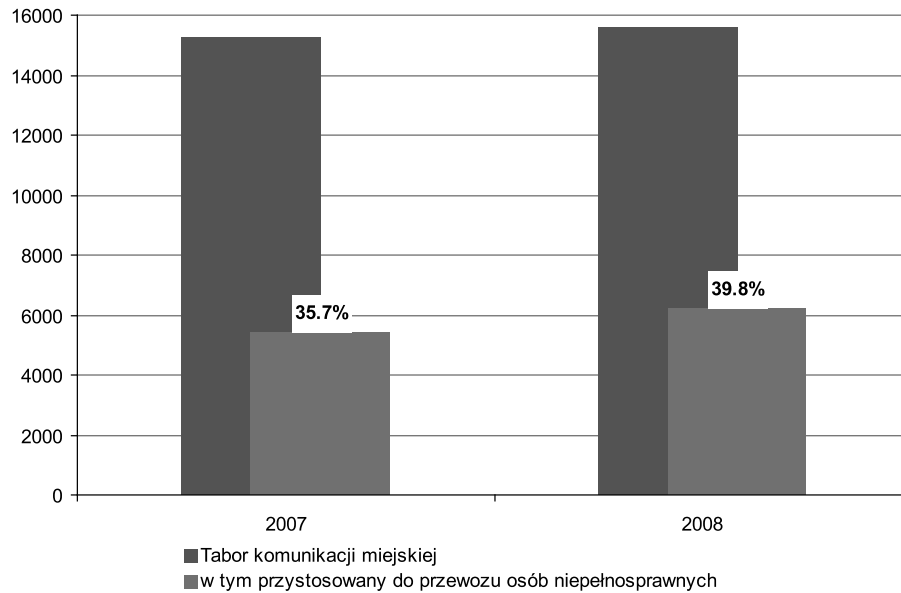
¹⁹ Informacja na ten temat nie jest kompletna, także z powodu braku zainteresowania władz samorządu lokalnego zbieraniem odpowiednich danych. To wymaga zmiany.

Tabela 11. Wskaźniki infrastruktury transportowej i środków transportu

Wyszczególnienie	Polska	Małopolska	Województwo przodujące
Czynne linie kolejowe na 100 km ²	6,4	7,3	śląskie 17,4
Drogi publiczne o twardej nawierzchni na 100 km	83,5	149,0	śląskie 165,0
Miejsca w komunikacji miejskiej – w tys.	1 758,4	150	mazowieckie 404
Samochody na 1000 ludności	422	408	wielkopolskie mazowieckie 484

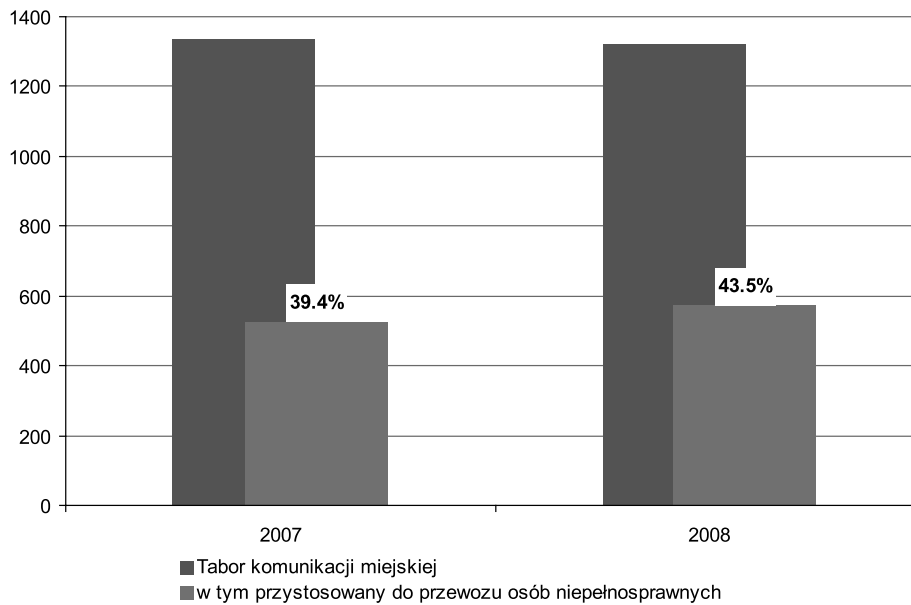
Źródło: GUS 2009

Wykres 27. Tabor komunikacji miejskiej w Polsce



Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie

Wykres 28. Tabor komunikacji miejskiej w Małopolsce



Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie

- Niedostosowane węzły przesiadkowe.
- Niedostateczne wyposażenie infrastruktury drogowej w elementy ułatwiające przemieszczanie się pieszych.

5. Wnioski i rekomendacje

Strategia rozwoju Małopolski dostosowana do potrzeb osób starszych i wykorzystująca to dostosowanie jako element przewagi rozwojowej województwa wymaga **wysokich i szczególnych preferencji dla inwestycji w zorganizowanie przyjaznej osobom starszym przestrzeni publicznej i dostosowanego transportu komunikacji miejskiej oraz regionalnej.**

Ma się wrażenie, że w Małopolsce, a szczególnie w Krakowie, istnieje pewna dysproporcja między działaniami edukacyjnymi i świadomościowymi a projektami i działaniami w zakresie poprawy infrastruktury mieszkaniowej, osiedleńczej i transportowej. Przykładem jest uczestnictwo Krakowa w dwóch projektach międzynarodowych, akcentujących aspekt świadomościowy potencjalnych odbiorców, a nawet nie polityków, decydentów i działaczy społecznych oraz gospodarczych.

- Kraków uczestniczy wraz z kilkoma innymi miastami europejskimi (Salzburg, Odense, San Sebastian i Monachium) w projekcie AENEAS (Osiągnięcie energooszczędnej mobilności w starzejącym się społeczeństwie), dotyczącym mobilności osób starszych www.aeneas-project.eu. Projekt realizowany w latach 2008–2011 dofinansowywany jest w ramach programu STEER przez Agencję ds. Konkurencyjności i Innowacyjności – EACI, działającą przy Komisji Europejskiej. Celem projektu jest podniesienie świadomości społeczeństwa w zakresie potrzeb i problemów osób starszych w transporcie. Ma też zachęcać seniorów do częstszego korzystania z ekologicznych form transportu miejskiego, tj. podróży komunikacją zbiorową, rowerem czy pieszych wędrówek. W projekcie uwzględnia się rozwój funkcji „asysta na przystankach”.
- Kraków w 1994 r. przystąpił do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich, które weszło do sieci zorganizowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1988 r. w celu realizacji na poziomie lokalnym strategii „Zdrowie dla wszystkich” poprzez poprawę warunków zdrowotnych w miastach, ich stanu środowiska naturalnego i zdrowia mieszkańców. W 2000 r. Światowa Organizacja Zdrowia oficjalnym certyfikatem potwierdziła, że Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich spełnia wymogi stawiane przez WHO narodowym sieciom Zdrowych Miast w Europie.

Oba projekty pełnią istotne funkcje edukacyjne i promocyjne. Strategia przyjaznego dla starości rozwoju Małopolski wymaga przejścia do następnego etapu – programowego.

Zarówno gospodarka mieszkaniowa, jak i zagospodarowanie przestrzeni oraz zapewnienie warunków mobilności dla starzejącej się populacji wymagają działań o różnym charakterze. Po pierwsze – o charakterze regulacyjnym, adresowanym także do władz krajowych. Po drugie – o charakterze programowym, adresowym do wszystkich szczebli władz samorządowych i po trzecie – do organizacji obywatelskich i społecznych w celu

zwiększenia społecznej świadomości i stworzenia presji na realizację strategii. Główne elementy rekomendacji są następujące:

- Stworzenie planu przestrzennego zagospodarowania regionu i wszystkich jego miejscowości, uwzględniającego rozwój mieszkalnictwa, przestrzeni publicznej oraz infrastruktury drogowej, kolejowej i lotniczej odpowiadającej potrzebom strategii.
- Opracowanie szczegółowego planu rozwiązań transportowych i komunikacyjnych, łączących Kraków i główne miasta regionu z ośrodkami lecznictwa uzdrowiskowego i turystyki zdrowotnej, umożliwiających przygotowanie programów inwestycyjnych z preferencyjnymi okresami realizacji.
- Zaprojektowanie wzorcowych rozwiązań zagospodarowania przestrzeni publicznej głównych miast regionu na czele z Krakowem (w zgodzie z koncepcją zdrowego miasta), uwzględniających dostosowanie do potrzeb osób mniej sprawnych i starszych.
- Przygotowanie projektu rewitalizacji osiedli, budynków i mieszkań w miastach województwa małopolskiego. W tym celu konieczne jest przeprowadzenie zakrojonych na szeroką skalę badań inwentaryzacyjnych starej zabudowy mieszkaniowej, wskazanie budynków kwalifikujących się do wyburzenia ze względu na stopień nieodwracalnego ich zużycia, przy którym gruntowny remont byłby nieopłacalny i wskazanie budynków wymagających pilnie kapitalnego remontu.
- Oszacowanie potrzeb finansowych w zakresie remontów i modernizacji.
- **Stworzenie centralnego funduszu remontowego i/lub funduszy regionalnych** gromadzących środki z budżetu państwa i samorządów wytypowanych miast o szczególnie zniszczonej i starej zabudowie i rozpoczęcie w nich na wielką skalę remontów kapitalnych i modernizacji starych budynków. **Wykorzystanie w tym celu Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na remonty.**
- Ukierunkowanie mieszkań remontowanych na dostosowanie do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością, umożliwiając prowadzenie na większą skalę opieki domowej (patrz rozdział drugi strategii). Przygotowanie wzorcowych projektów budynków przyjaznych mniej samodzielny mieszkańcom, ze wspólnym użytkowaniem pomieszczeń: pralnie, sala do ćwiczeń, jadłodajnia.
- Planowanie i monitorowanie rozwiązań, sprzyjających mobilności osób starszych w sposób niezależny (pieszo i na rowerach) oraz w komunikacji miejskiej i poza nią.
- Doprowadzenie na drodze prawnej (z dotkliwymi sankcjami) do bezwzględnego egzekwowania przez nadzór budowlany normatywów wyposażania budynków (wspólne pomieszczenia, windy, szerokie wejścia), normatywów przestrzeni wokół budynków oraz stosowania przepisów dotyczących postępowania w przypadku zagrożenia katastrofami budowlanymi.

Część V.

Potencjał edukacyjny i społeczny Małopolski

Wiele współczesnych analiz ekonomicznych potwierdziło wagę miękkich czynników rozwoju. Do nich należy poziom wykształcenia ludności oraz poziom i jakość kapitału społecznego. Oba rodzaje miękkiego kapitału są w Małopolsce znacząco obecne, co wykazują przeprowadzone analizy. Problemem do rozwiązania jest uruchomienie obu rodzajów kapitału na potrzeby rozwoju regionu i strategii zorientowanej na sprostanie wyzwaniu starzenia się populacji.

1. Potencjał edukacyjny

Już analiza potencjału demograficznego (część pierwsza raportu) wskazywała, że Małopolska należy do regionów relatywnie młodych ze znacznym potencjałem dzieci i młodzieży. To bogactwo zasobów ludzkich może stać się kapitałem rozwojowym regionu, jeśli dzięki dobremu wykształceniu korzyści ekonomiczne i społeczne ulokują się w Małopolsce.

Wykonana analiza potencjału edukacyjnego w województwie małopolskim (ekspertyza Pauliny Zadki) wykazała, że nie tylko pod względem ilościowym, ale i jakościowym potencjał edukacyjny w Małopolsce należy do najwyższych w kraju.

Szkolnictwo gimnazjalne

Województwo małopolskie dość sprawnie dostosowało się do reformy edukacyjnej przeprowadzonej w 1999 r. W ciągu ostatnich 10 lat powstało wiele szkół gimnazjalnych dla dzieci i młodzieży, co wyróżnia region pod względem liczby placówek przypadających na 1000 mieszkańców.

Tabela 12. Liczba placówek, uczniów i absolwentów szkół gimnazjalnych dla dzieci i młodzieży na 1000 mieszkańców w Polsce i w Małopolsce w roku szkolnym 2008/2009

	Liczba placówek	Liczba uczniów	Liczba absolwentów
Polska	0,17	35,4	12,27
Małopolska	0,21	37,14	13,26

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (www.stat.gov.pl)

Porównując wyniki egzaminu gimnazjalnego młodzieży z województwa małopolskiego z wynikami młodzieży przystępującej do egzaminu na terenach innych województw, można wstępnie określić także jakościowe efekty kształcenia. W egzaminach z przedmiotów humanistycznych przoduje młodzież z trzech województw: mazowieckiego, małopolskiego i podkarpackiego. W egzaminach z przedmiotów matematyczno-przyrodniczych do Mazowsza i Małopolski dołącza młodzież z województwa podlaskiego. Natomiast w egzaminach z języka obcego młodzież z Małopolski przesuwa się na dalsze pozycje. Na czoło wysuwa się młodzież z województwa podlaskiego.

Przeciętne wskaźniki dla województw są silnie zróżnicowane w przekroju powiatów. W mazowieckim o dobrych wynikach decyduje młodzież z Warszawy, a w Małopolsce – z Krakowa.

Analizując sytuację w Małopolsce w przekroju powiatów, widać, że najwięcej uczniów uczęszcza do szkół gimnazjalnych zlokalizowanych na terenach powiatów grodzkich: Kraków, Nowy Sącz i Tarnów. Właśnie młodzież z tych powiatów uzyskuje średnio najwięcej punktów na egzaminach gimnazjalnych, podobnie jak młodzież uczęszczająca do szkół z terenów powiatów wadowickiego i myślenickiego. Odwrotna tendencja widoczna jest wśród uczniów powiatów północnych: miechowskiego, proszowickiego, dąbrowskiego, a także gorlickiego, tatrzańskiego i nowotarskiego, gdzie wraz z mniejszą liczbą placówek szkół gimnazjalnych i uczniów uczęszczających do tych szkół wyniki egzaminów gimnazjalnych są znacząco niższe, szczególnie z języka obcego.

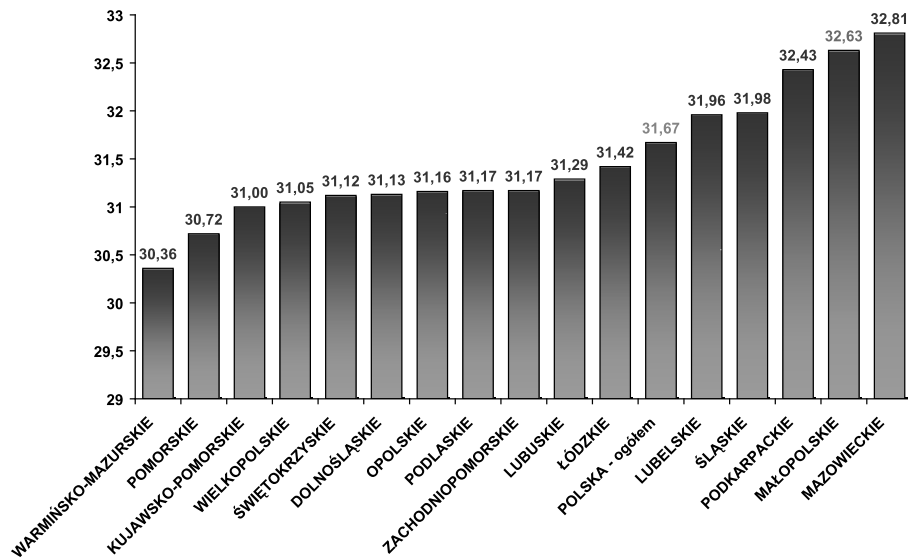
Szkolnictwo ponadgimnazjalne – średnie

Młodzież z Małopolski wybiera szkoły średnie w podobnej strukturze jak przeciętnie młodzież w całym kraju. Najczęściej uczniowie wybierają licea ogólnokształcące – 44%.

Technika cieszą się nieco większą popularnością wśród młodzieży województwa małopolskiego (37,3%) niż wśród młodzieży w całej Polsce (36%). Podobnie częściej niż średnio w Polsce wybierane są zasadnicze szkoły zawodowe – 15,7%, a przeciętnie w Polsce – 14,6%.

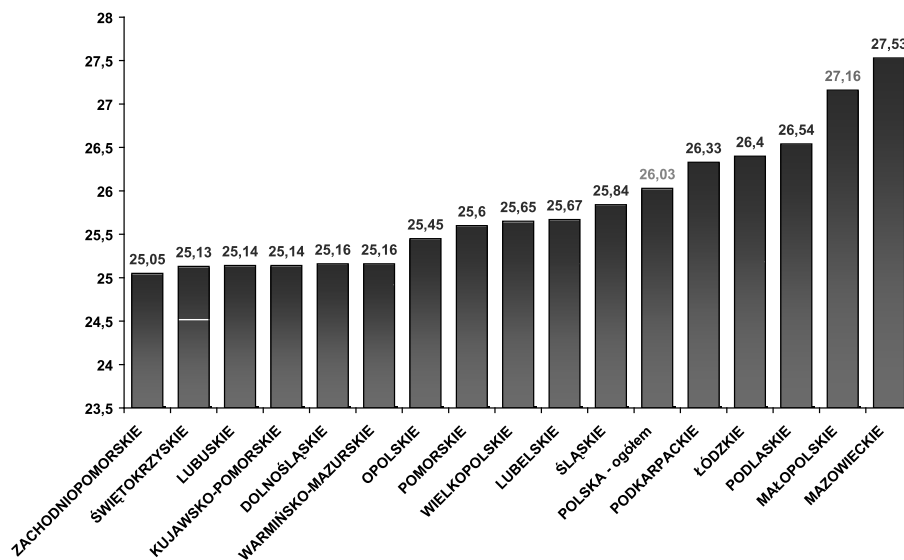
Różnice w powiatach Małopolski pod względem struktury uczniów według rodzaju wybranej szkoły ponadgimnazjalnej są znaczne. Wyróżniają się powiaty: proszowicki, tatrzański, no-

Wykres 29. Średnie wyniki egzaminu gimnazjalnego uczniów z części humanistycznej wg województw w roku szkolnym 2008/2009



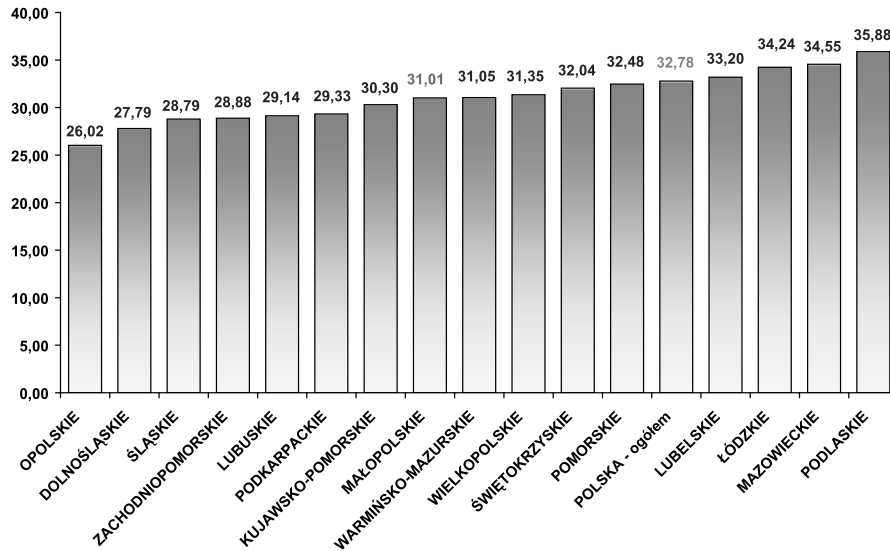
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centralnej Komisji Egzaminacyjnej (www.cke.edu.pl)

Wykres 30. Średnie wyniki egzaminu gimnazjalnego uczniów z części matematyczno-przyrodniczej wg województw w roku szkolnym 2008/2009



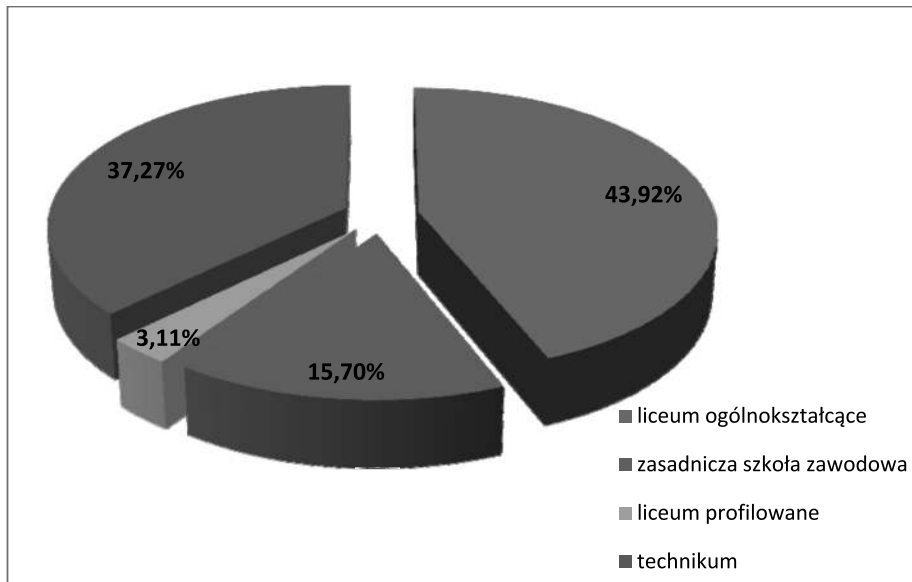
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centralnej Komisji Egzaminacyjnej (www.cke.edu.pl)

Wykres 31. Średnie wyniki egzaminu gimnazjalnego uczniów z języka obcego wg województw w roku szkolnym 2008/2009



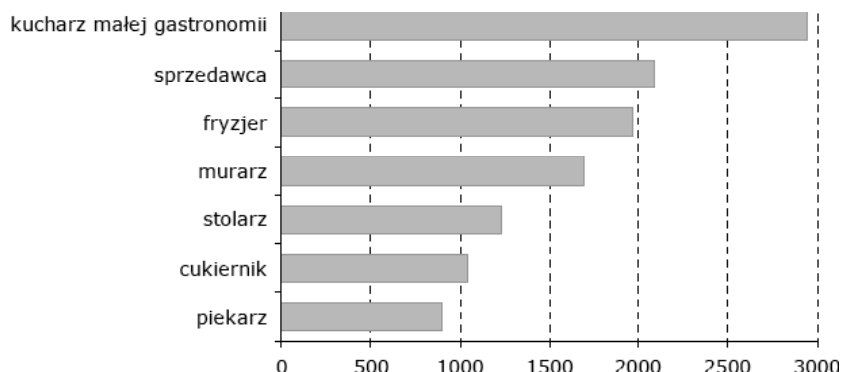
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centralnej Komisji Egzaminacyjnej (www.cke.edu.pl)

Wykres 32. Struktura uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Małopolsce w 2008/2009 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (www.stat.gov.pl)

Wykres 33. Uczniowie szkół zawodowych według najczęściej wybieranego zawodu – 2008



Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie: GUS 2009

wosądecki, miechowski, myślenicki i brzeski, w których uczniowie liceów ogólnokształcących stanowią znacznie mniejszy udział (około 25%) niż średnio w województwie małopolskim (44%).

Wzrasta zainteresowanie szkolnictwem zawodowym, istotnie związane z turystycznym profilem rynku pracy w regionie, co widać na wykresie 33.

Województwo małopolskie wyróżnia się korzystnie pod względem zdawalności matury i to w każdym rodzaju szkół średnich. Jednocześnie młodzież Małopolski uzyskuje najwyższe przeciętne oceny z egzaminu maturalnego z przedmiotów: j. polskiego, matematyki i języków obcych.

Poziom zdawalności matury w Małopolsce, wynoszący w końcu dekady przeciętnie około 82%, jest w regionie zróżnicowany. Zamieszczona mapa regionu (Mapa 4) ze wskaźnikami zdawalności matury wyraźnie obrazuje to zjawisko.

Absolwenci szkół zawodowych, techników, liceów profilowanych i szkół policealnych, wchodzący na rynek pracy, potwierdzają swe kwalifikacje przystąpieniem do egzaminów zawodowych. Podstawy prawne w tej dziedzinie bazowały na rozporządzeniach dotyczących podstaw programowych każdego z kierunków nauczania zawodowego w Polsce. Opracowano

ich znacznie więcej w ostatnich latach niż wcześniej, mimo że już ustawa o systemie oświaty z 1991 r. takie działania zapowiadała.

W 2009 r. do takich egzaminów zawodowych w Małopolsce przystąpiło 15 083 absolwentów techników i szkół policealnych. 60% spośród nich (9076 osób) zdało obie części egzaminu i otrzymało dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe. W tabeli 14 zaprezentowano zawody, jakie zostały potwierdzone egzaminami.

Kwalifikacje w zawodach przydatnych w systemie opieki nad osobami starszymi, takich jak asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa, dietetyk, potwierdza tylko nieco ponad 1% absolwentów techników i szkół policealnych. W tabeli nie wymieniono zawodu opiekuna medycznego, wprowadzonego w 2007 r., do którego kwalifikacje uzyskuje się po ukończeniu odpowiedniej szkoły policealnej i potwierdzeniu ich egzaminem zawodowym. W 2009 r. dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe opiekuna medycznego w Polsce otrzymały 153 osoby (OKE 2009).

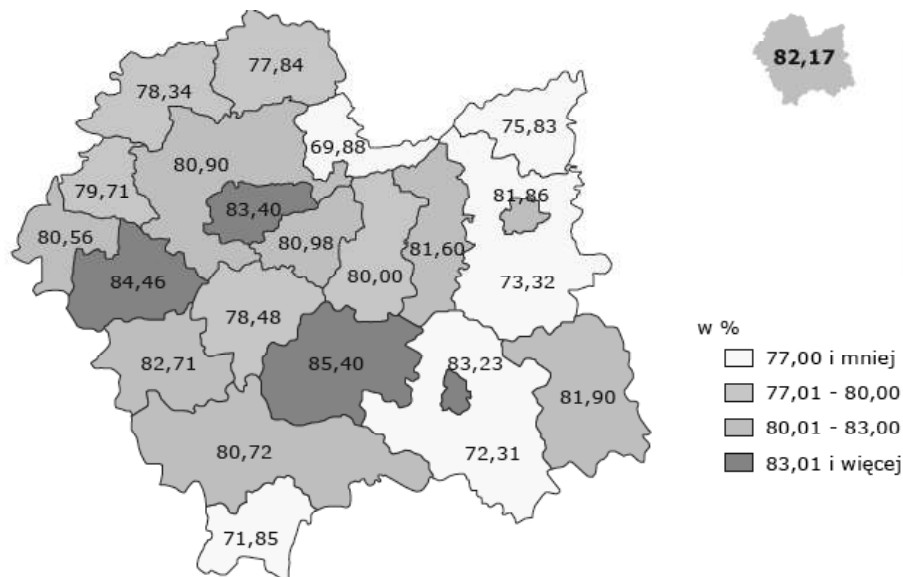
W 2009 r. został wprowadzony nowy zawód – opiekuna osoby starszej (opiekuna seniora). Jego wprowadzenie stanowi odpowiedź na wzrastającą potrzebę usług opiekuńczych wśród ludzi starszych. Analizując czynności, jakie będą wykonywane w tym

Tabela 13. Zdawalność egzaminu maturalnego wg poszczególnych typów szkół

	liceum ogólnokształcące	technikum	liceum profilowane	liceum uzupełniające	technikum uzupełniające
Polska	89%	67%	61%	40%	31%
Małopolska	92%	70%	68%	44%	34%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centralnej Komisji Egzaminacyjnej (www.cke.edu.pl)

Mapa 4. Wskaźniki zdawalności matury w Małopolsce w 2008 r.



Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie: GUS 2009

zawodzie, w porównaniu np. z asystentem osoby niepełnosprawnej czy opiekunem w domu pomocy społecznej, ma się wrażenie, że zestaw czynności jest bardzo podobny. Może to budzić obawy, że tego rodzaju formalne podziały są nadmierne i mogą w praktyce przeszkadzać w elastyczności podejścia i utrudnić koordynację. Liczba osób zainteresowanych tym nowym zawodem w pierwszym roku jego wprowadzenia w województwie małopolskim wynosiła zaledwie 15 osób (OKE 2009).

Szkolnictwo wyższe

Małopolska jest drugim – po Mazowszu – zagłębiem edukacyjnym na poziomie wyższym, a w odniesieniu do uczelni publicznych – pierwszym. Głównym miastem uniwersyteckim jest Kraków, gdzie kształcą się 88% studentów podejmujących w Małopolsce naukę po maturze. Inne miasta, w których ulokowane są uczelnie wyższe regionu, to Nowy Sącz, Tarnów i Oświęcim, a z pojedynczymi szkołami także: Sucha Beskidzka, Bochnia, Nowy Targ, Zakopane i Chrzanów.

Przewaga Małopolski pod względem wskaźnika liczby studentów i absolwentów na 1000 mieszkańców w porównaniu z przeciętnymi dla Polski jest znaczna, co obrazują dane zamieszczone w tabeli 15.

Tabela 15. Wskaźniki liczby studentów i absolwentów szkół wyższych w Małopolsce na 1000 mieszkańców w 2009 r.

	Liczba studentów	Liczba absolwentów
Polska	50,12	10,97
Małopolska	64,21	11,74

Źródło: na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

Wskaźniki te miały tendencję wzrostową (wykres 34). W latach 2004–2008 liczba studiujących wzrosła o ponad 10%, a absolwentów aż o 30%. Wzrost w tej skali już nie powtórzy się z powodu nadchodzącej zmiany demograficznej. Zgodnie z nową prognozą GUS, mimo uwzględnienia wyższych wskaźników dzietności, liczba młodzieży w wieku 19–24 lata w ciągu nadchodzącego ćwierćwiecza zmniejszy się o około 35% (GUS 2009). Utrzymanie kształcenia na dotychczasowym poziomie mogłoby mieć miejsce w warunkach zdecydowanego otwarcia się małopolskich uczelni na studentów z zagranicy.

Struktura kształcenia według kierunków studiów (wykres 35) zasadniczo nie odbiega od struktury kształcenia w innych dużych ośrodkach akademickich w kraju. Wyjątkiem jest kształcenie w zawodach inżynierskich, w których Małopolska wysunęła się nieco przed sytuujące się na czele Mazowsze.

Na kierunkach medycznych kształcą się w Polsce około 58 tys. studentów w kilku uczelniach, głównie publicznych. W kształceniu medycznym Małopolska ustępuje uczelniom mazowieckim i łódzkim. W Krakowie studiuje prawie dwukrotnie mniej studentów niż w Warszawie. Studenci medycyny w Krakowie stanowią zaledwie 6% wszystkich studentów medycyny w Polsce. W ostatnich latach kilka uczelni niepaństwowych w województwie małopolskim podjęło kształcenie pierwszego stopnia na dwóch kierunkach medycznych: pielęgniarstwo i fizjoterapia, ważnych z punktu widzenia rozważanej strategii rozwoju. Jest to początek drogi, trudnej do rozszerzenia ze względu na deficyty uprawnionych nauczycieli akademickich, potrzebnych w prowadzeniu zajęć dydaktycznych.

Niezależnie od rozwoju kierunków medycznych na innych uczelniach i poza Krakowem, niezbędnym działaniem powinno być zwiększenie przyjęć na uczelniach dotychczasowego kształce-

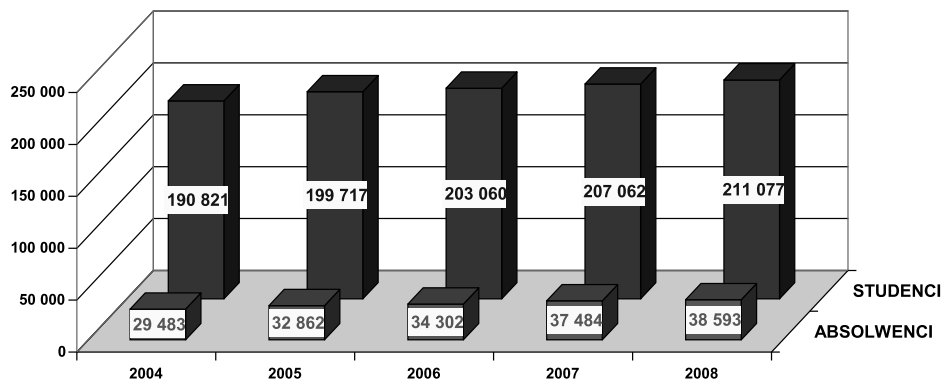
Tabela 14. Liczba osób przystępujących do egzaminu oraz osób, które otrzymały dyplom w poszczególnych zawodach w 2009 r.

Lp.	Zawód	Otrzymało dyplom	Przystąpiło do dwóch etapów egzaminu
1	Technik ekonomista	1191	1667
2	Technik żywienia i gospodarstwa domowego	816	1048
3	Technik hotelarstwa	572	885
4	Technik informatyk	555	1226
5	Technik mechanik	527	1277
6	Technik budownictwa	457	764
7	Kucharz	424	497
8	Technik administracji	306	434
9	Technik usług fryzjerskich	305	387
10	Technik usług kosmetycznych	305	615
11	Technik handlowiec	297	668
12	Technik elektronik	280	682
13	Technik organizacji usług gastronomicznych	257	352
14	Technik technologii żywności	182	292
15	Technik elektryk	175	385
16	Technik farmaceutyczny	167	216
17	Technik architektury krajobrazu	159	281
18	Technik ochrony środowiska	152	231
19	Technik agrobiznesu	139	211
20	Technik technologii odzieży	138	177
21	Technik rolnik	124	185
22	Technik pożarnictwa	106	106
23	Ratownik medyczny	95	122
24	Technik logistyk	87	123
25	Technik ochrony fizycznej osób i mienia	83	236
26	Kelner	70	81
27	Asystent osoby niepełnosprawnej	61	72
28	Technik technologii drewna	58	107
29	Technik organizacji reklamy	58	78
30	Technik mechatronik	53	149
31	Technik mechanizacji rolnictwa	52	90
32	Technik masażysta	52	116
33	Technik obsługi turystycznej	51	177

Lp.	Zawód	Otrzymało dyplom	Przystąpiło do dwóch etapów egzaminu
34	Technik prac biurowych	48	61
35	Technik górnictwa podziemnego	44	68
36	Technik weterynarii	42	51
37	Technik geodeta	39	80
38	Technik rachunkowości	39	68
39	Asystentka stomatologiczna	38	41
40	Technik poligraf	35	49
41	Opiekun w domu pomocy społecznej	35	59
42	Technik ogrodnik	29	41
43	Technik optyk	29	31
44	Higienistka stomatologiczna	28	30
45	Technik elektroradiolog	27	28
46	Technik telekomunikacji	25	63
47	Technik inżynierii środowiska i melioracji	23	50
48	Terapeuta zajęciowy	23	40
49	Technik analityk	22	23
50	Technik urządzeń sanitarnych	22	73
51	Technik drogownictwa	21	35
52	Fototechnik	21	35
53	Technik spedytor	20	29
54	Asystent operatora dźwięku	15	17
55	Ortoptystka	15	15
56	Opiekunka środowiskowa	13	14
57	Technik usług detektywistycznych	11	11
58	Technik leśnik	10	38
59	Protetyk słuchu	10	17
60	Dietetyk	10	16
61	Opiekunka dziecięca	10	13
62	Korektor i stroiciel instrumentów muzycznych	7	10
63	Technik usług pocztowych i telekomunikacyjnych	4	30
64	Technik hodowca koni	3	5
65	Technik teleinformatyk	2	3
66	Technik bezpieczeństwa i higieny pracy	2	2
	ŁĄCZNIE	9076	15083

Źródło: ekspertyza Pauliny Zadki na podstawie danych Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej w Krakowie (www.oke.krakow.pl)

Wykres 34. Liczba studentów i absolwentów uczelni wyższych w Małopolsce



Źródło: jak w tabeli 15

nia, a szczególnie w ramach Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Gwarantuje to bowiem wysoką jakość edukacji. Jednocześnie konieczny jest wzrost efektywności wykorzystania także w celach dydaktycznych istniejącej bazy szpitalnej i dostosowania jej do potrzeb związanych z rozwojem nowych kierunków, bezpośrednio związanych ze starzeniem się populacji: choroby przewlekłe (cukrzyca, kostno-stawowe), onkologia, psychiatria, geriatryka, pielęgniarstwo, fizjoterapia, zdrowie publiczne. Kierunki te wymagałyby zdecydowanego priorytetu w polityce dydaktycznej uczelni, pozwalającego na wzrost liczby przyjęć i rozwój bazy dydaktycznej. Dla rozwoju bazy dydaktycznej w kierunkach niezbędnych dla realizacji strategii na poziomie zwiększającym dwukrotnie liczbę studentów wskazanych kierunków, uczelni potrzebne byłyby (według szacunków władz Collegium Medicum) zasoby dwóch szpitali (zrekonstruowane kliniki bądź nowe szpitale).

Wnioski

Inwestycje w rozwój młodzieży, jak głosi teoria kapitału ludzkiego, są długookresowo efektywne i zwrócą się społeczeństwu z nawiązką. Wykształcona młodzież, aktywna, otwarta, znająca języki obce, z dobrym opanowaniem umiejętności potrzebnych we współczesnym życiu – to jeden z podstawowych czynników trwałego rozwoju społecznego i gospodarczego. W perspektywie wzrostu dynamiki zmian demograficznych oraz innych wyzwań współczesnej doby: ewolucji informacyjnej oraz globalizacji, jest to czynnik zasadniczy. Małopolska posiada znaczący potencjał edukacyjny, który dobrze jakościowo przygotowany i wykorzystany w gospodarce może być zasadniczym źródłem powodzenia proponowanej strategii rozwoju regionu. Przewaga Małopolski dotyczy:

- znacznego zasobu dzieci i młodzieży, większego niż w innych regionach²⁰;

²⁰ Wskaźnik dzietności w Małopolsce był przez długie lata znacznie wyższy (najwyższy w nowosądeckim) niż przeciętnie w Polsce, ale w ostatnich latach (od 2007 r.) zbliżył się już do wskaźnika przeciętnego (GUS 2009)

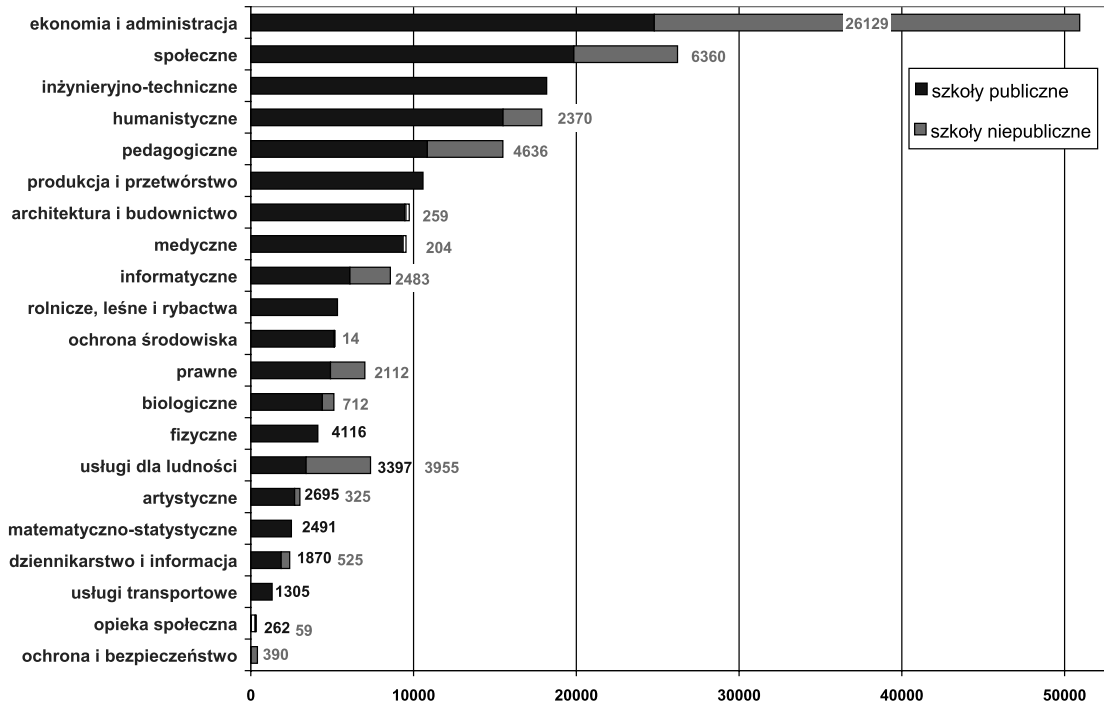
- znacznego zasobu uczniów i studentów, pobierających naukę w szkołach i uczelniach regionu;
- większego zainteresowania młodzieży szkolnictwem średnim (zawodowym i technicznym) uczącym zawodu dostosowanego do potrzeb regionalnego rynku pracy;
- najwyższego w kraju poziomu efektów nauczania: ocen osiągniętych na egzaminach gimnazjalnych i wskaźników zdawalności matury;
- wysokich wskaźników skolaryzacji na poziomie wyższym (drugie miejsce w Polsce);
- najwyższego udziału kształcenia na kierunkach inżynierskich, chociaż wykorzystywanego w innych regionach (przez długie lata głównie regionu śląskiego).

Mimo istotnych elementów przewagi w zakresie potencjału edukacyjnego Małopolski, tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym, potencjał ten ma strukturalne słabości, które wymagałyby przewyżnienia z punktu widzenia celów strategii zorientowanej na rozwój „srebrnej gospodarki”. Przeprowadzona analiza wskazuje na następujące słabe punkty:

- gorszą pozycję tak pod względem kadry nauczycielskiej, jak i wyposażenia²¹ każdego rodzaju szkolnictwa zawodowego;
- niskiej efektywności kształcenia języków obcych;
- bardzo niskiego udziału kształcenia w zawodach każdego rodzaju usług socjalnych, opiekuńczych i pielęgnacyjnych na poziomie średnim i pomaturalnym;

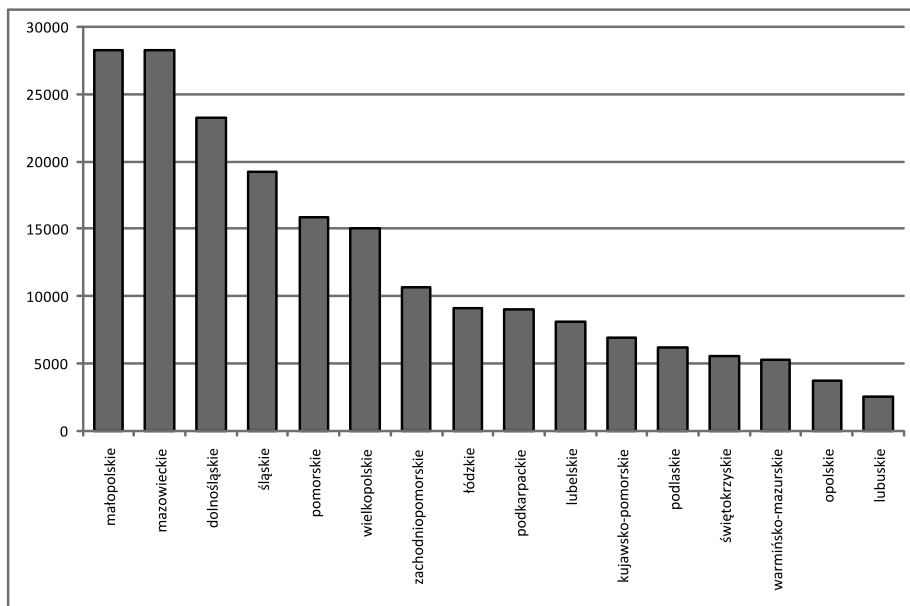
²¹ Np. wyposażenie szkół zawodowych i techników w komputery jest dwukrotnie niższe nie tylko w porównaniu z liceami ogólnokształcącymi, ale także ze szkołami podstawowymi (GUS 2009).

Wykres 35. Liczba studentów w Małopolsce w 2008 r. według kierunków studiów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (www.stat.gov.pl)

Wykres 36. Liczba studentów kierunków inżynieryjno-technicznych (razem z budownictwem i architekturą) według województw



Źródło: Bank Danych Regionalnych GUS

- ograniczonego kształcenia w zawodach medycznych na poziomie wyższym i w strukturze niedostosowanej do problemów zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa;
- brak bazy dydaktycznej kształcenia medycznego w stacjonarnych placówkach opieki zdrowotnej Krakowa.

2. Uniwersytety III wieku

Dynamiczny rozwój uniwersytetów III wieku (UTW) w Polsce jest dowodem wielkiej zmiany w postawach starszej generacji. Jeszcze niedawno z troską pisano o niskiej aktywności edukacyjnej i kulturalnej osób starszych w Polsce w porównaniu z innymi krajami w Europie (Halicki 1998, UNDP 1999). Obecnie w kraju działa ponad 250 UTW, które zrzeszają prawie 100 tys. słuchaczy, a zainteresowanie włączeniem się w działalność UTW znacznie przekracza możliwości organizacyjne środowisk lokalnych.

Polskie UTW działały głównie w oparciu o model francuski, polegający na rozszerzaniu działań uczelni w kierunku osób starszych. Wzorem dlań był pierwszy UTW założony przez Halinę Szwarz w 1975 r. w Warszawie. Mimo że model ten nadal jest dominujący, to coraz częściej UTW powstają poza uczelniami, w wyniku aktywności stowarzyszeń oświatowych i kulturalnych z dużym zaangażowaniem członków stowarzyszeń i słuchaczy w rozwijanie zajęć. *Nota bene* oferta uniwersytetów nie ogranicza się już do edukacji i nauki, a zawiera coraz częściej elementy uczestnictwa w kulturze, rekreacji i społeczną integrację wśród osób starszych. Można by powiedzieć, że w praktycznych rozwiązaniach coraz częściej mamy do czynienia z mieszaniną „kształcenia, podróży i przygody”, jak to funkcjonuje w USA czy Wielkiej Brytanii. Oferta polskich UTW skierowana jest głównie do ludzi po 60. roku życia, ale członkami uniwersytetów zostają także osoby młodsze.

Dynamiczny rozwój UTW dotyczy także Małopolski. Jeszcze niedawno pojawiały się w prasie krakowskiej artykuły (np. *Gazeta Krakowska* 2008) o tym, że województwo małopolskie, a nawet Kraków, pozostaje w tyle za innymi miastami. Sytuacja uległa zdecydowanej zmianie w ciągu ostatnich lat. W województwie małopolskim aktualnie działa już 27 UTW, wliczając także te „na rozruchu”.

Najstarszy w województwie małopolskim – Jagielloński Uniwersytet Trzeciego Wieku powstał w 1982 r. jako międzyuczelniane studium Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej w Krakowie, obecnie już części UJ (Collegium Medicum). Działa w tradycyjnej formule francuskiego modelu UTW, nastawionej na kontynuację edukacji na poziomie wyższym i rozwój intelektualny słuchaczy. Inne krakowskie uczelnie organizują UTW w podobnej formule.

Jednocześnie, często poza stolicą regionu, rozwijają się uniwersytety, także takie, które przypominają bardziej uniwersytety ludowe zakładane przez organizacje pozarządowe, religijne, samorządy lokalne i instytucje socjalne, które nastawione są nie tylko na edukację, a w równej mierze na poprawę jakości życia osób w starszym (a także w średnim) wieku, poprzez uczestnictwo w zdobywaniu nowej wiedzy i informacji oraz twórcze organizowanie wolnego czasu, a niekiedy także wzajemną pomoc. Przykłady takich UTW to: „Akademia Pełni Życia” w Krakowie, Nowohucka Akademia Seniora, Oświęcimski UTW powstały przy Oświęcimskim Centrum Kultury, UTW w Wolbromiu czy fundacja „Kromka Chleba” w Tarnowie.

W Małopolsce z inicjatywy Sądeckiego UTW powstała koncepcja utworzenia Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń UTW, mającej za zadanie konsolidację środowiska, doradztwo, pomoc w poszukiwaniu źródeł dofinansowania prowadzonej działalności, a także reprezentowanie UTW w kontaktach z władzami, urzędami i uczelniami wyższymi. Federacja działa od 2007 r.

Konsolidacja UTW nie jest łatwa z powodu różnorodności interesów i formuł działania. Jednocześnie bogactwo doświadczeń w działaniach zasługuje na ukazywanie ich, promowanie i wymianę.

Chętnych do uczestnictwa w UTW jest wielu. Brakuje jednak środków finansowych, wyposażenia i odpowiedniej liczby pracowników (UTW opierają się głównie na pracy wolontariuszy), aby zaspokoić popyt na ten rodzaj dynamicznie rozwijających się potrzeb edukacyjnych osób starszych. Będą one rosły wraz ze wzrostem liczebności pokolenia urodzonego po wojnie, lepiej wykształconego i bardziej aktywnego zawodowo w ciągu swego życia (szczególnie w przypadku kobiet) niż to było w pokoleniach wcześniejszych.

UTW potrzebują wsparcia służącego podniesieniu kompetencji w dziedzinie zarządzania, umiejętności pozyskiwania funduszy; w szczególności dotyczy to projektów współfinansowanych przez Unię Europejską. Źródłem finansowania UTW są głównie, jak dotychczas, składki członkowskie oraz dotacje z budżetu miasta lub regionu. Te źródła nie pozwalają na rozwinięcie szerszego zakresu działalności. Dynamizacja aktywności UTW wymagałaby opracowania i wdrożenia nowej formuły ich finansowania w oparciu o większą konsolidację funduszy, niejednokrotnie zbyt rozproszonych na różnych szczeblach samorządu terytorialnego, z wypracowanymi przez uczelnie i pozyskiwanymi z innych źródeł.

Wsparcie dla UTW będzie większe, gdy wzrośnie poparcie społeczne dla ich aktywności, a ono będzie większe, gdy UTW będą bardziej otwarte i część swej energii ukierunkują także na integrację międzypokoleniową.

Zestawienie 6. Uniwersytety Trzeciego Wieku w województwie małopolskim (dostępne dane z 2010 r.)

Miasto	Nazwa	Kierunki kształcenia	Rok powstania
Andrychów	UTW w Andrychowie	wykłady, seminaria i warsztaty z wielu dziedzin nauki m.in. biologii, historii sztuki, psychologii, chemii, medycyny, języka polskiego; w okresie wiosenno-letnim – wycieczki po regionie	2005
Bochnia	Bocheński Uniwersytet Otwarty przy Wyższej Szkole Ekonomicznej w Bochni	wykłady i seminaria z ekonomii, geografii, historii, medycyny, filozofii	
Brzesko	UTW – filia Jagiellońskiego UTW w Brzesku	wykłady z przedmiotów humanistycznych oraz nauk biologiczno-medycznych, zajęcia seminaryjne i konwersatoryjne, sekcje i grupy specjalistyczne oraz Samokształceniowe Koła Naukowe	2003
Chrzanów	Stowarzyszenie UTW przy Zespole Szkół Ogólnokształcących dla Dorosłych	zajęcia z edukacji zdrowotnej, wykłady z dziedziny nauk humanistycznych i psychologii, nauka angielskiego, zajęcia muzyczne, warsztaty teatralne, aerobik	
Gorlice	Uniwersytet Złotego Wieku w Gorlicach	wykłady poświęcone m.in. geriatrici, ekonomii i turystyce, sztuce, filozofii, historii, zajęcia komputerowe i lektoraty językowe	2006
Klucze	Kluczewski Uniwersytet Trzeciego Wieku	wykłady z polskiej literatury współczesnej, historii, sztuki ogrodowej, zajęcia na pływalni, teatr uniwersytecki	2006
Kraków	Jagielloński Uniwersytet Trzeciego Wieku	wykłady z przedmiotów humanistycznych oraz nauk biologiczno-medycznych, zajęcia seminaryjne i konwersatoryjne, sekcje i grupy specjalistyczne oraz Samokształceniowe Koła Naukowe, wykłady otwarte, sympozja oraz konferencje, tematyczne programy edukacyjne	1982
	Techniczny Uniwersytet Otwarty AGH	wykłady z nauk technicznych, przyrodniczych, społeczno-ekonomicznych z akcentowaniem postępu w zakresie informatyki, fizyki, humanizacji techniki, integracji nauk dla poprawy stanu środowiska i jakości życia człowieka	1989
	UTW w ramach stowarzyszenia „Akademia Pełni Życia”	zajęcia edukacyjne, kursy komputerowe, kursy nauki języków obcych, treningi pamięci i komunikacji społecznej, seminaria z literatury i filozofii, warsztaty plastyczne, grupy dyskusyjne i hobbystyczne	2002
	UTW przy Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej Ignatianum	wykłady z cyklu „człowiek – kultura – religia” obejmujące: filozofię, ekologię, kulturę, estetykę, wiedzę o społeczeństwie, a także inne zajęcia: chór; spotkania dyskusyjne i modlitewne, imprezy turystyczne, imprezy kulturalno-artystyczne	2009
	Nowohucka Akademia Seniora; wspólna inicjatywa Stowarzyszenia Przyjaciół Nowej Huty oraz Ośrodka Kultury Kraków – Nowa Huta	poza wykładami takie zajęcia jak: lektorat języka angielskiego, kurs komputerowy, sztuki plastyczne, wieczorki taneczne, spotkania literackie, wyjścia do instytucji kultury	2010
	UTW Politechnika Krakowska im. T. Kościuszki	zainaugurowane wykłady w cyklu „Radość seniora”, będące początkiem regularnych zajęć UTW od roku akademickiego 2010/2011	
	UTW przy Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie	wykłady z różnych dziedzin nauki, ze szczególnym uwzględnieniem nauk ekonomicznych, zajęcia seminaryjne, lektoraty języków obcych, warsztaty treningowe kształtujące postawy i rozwijające umiejętności przydatne ludziom starszym w funkcjonowaniu w zmieniającej się rzeczywistości społeczno-ekonomicznej	Inauguracja w roku 2010/2011
Miechów	UTW w Miechowie, powstały z inicjatywy gminnego ośrodka pomocy społecznej, stowarzyszenia Silva Rerum, miejscowej biblioteki i domu kultury	organizacja różnego rodzaju kursów, spotkań z ciekawymi ludźmi, wykłady z zakresu promocji zdrowia, wycieczki krajoznawczo-turystyczne, zajęcia integracyjne, aktywność ruchowa: gimnastyka, nordic walking	2009

Miasto	Nazwa	Kierunki kształcenia	Rok powstania
Nowy Sącz	Sądecki Uniwersytet Trzeciego Wiek	wykłady audytoryjne i specjalistyczne, seminaria i konwersatoria, działania praktyczne w ramach sekcji: kulturoznawstwa (zajęcia w zespołach literackich, pamiętnikarskich, plastycznych, wokalnomo-zwycicznych), medycznej i profilaktyki zdrowia, społeczno-ekonomicznej, przyrodniczej, zajęcia rekreacyjno-sportowe: zajęcia na basenie, sali gimnastycznej, wycieczki piesze i wyjazdowe, imprezy integracyjne, lektoraty (esperanto, angielski, niemiecki)	2004
Nowy Targ	Uniwersytet Trzeciego Wiek w Nowym Targu	sekcja kulturoznawstwa, medycyny i profilaktyki zdrowia, język angielski, język słowacki, kurs obsługi komputera, zajęcia gimnastyczno-rehabilitacyjne	2007
Oświęcim	Oświęcimski Uniwersytet Trzeciego Wiek	zajęcia z zakresu: historii, literatury, historii sztuki muzyki, teatru, filmu, promocji zdrowia, psychologii i socjologii, kursy komputerowe, zajęcia rehabilitacyjno-ruchowe, zajęcia na basenie, wyjazdy do muzeów, teatrów, grupa tkactwa artystycznego „Osnowa”, zespół wokalny, grupa samopomocowa	1997
Rabka Zdrój	Rabczański Uniwersytet Trzeciego Wiek w Rabce Zdrój	sekcje: medycyny i profilaktyki zdrowia, kulturoznawstwa, przyrodznawstwa i społeczno-ekonomiczna, kursy: języka angielskiego, informatyki i tańca	2006
Tarnów	Tarnowski Uniwersytet Trzeciego Wiek Fundacja „Kromka Chleba” i duszpasterstwo akademickie	wykłady i zajęcia grupowe poświęcone historii, zdrowiu, sztuce, ekonomii czy nowoczesnym technologiom ułatwiającym życie, ponadto: kursy komputerowe, nauka języków obcych, zajęcia plastyczne i taneczne, także samopomocowa działalność socjalna dla osób starszych, chorych i samotnych: dostarczanie posiłków do domów, zakupy leków, wsparcie duchowe, pomoc psychologiczna	2006
	UTW przy Małopolskiej Wyższej Szkole Ekonomicznej w Tarnowie	wykłady poświęcone m.in. historii, zdrowiu, sztuce, ekonomii, kursy komputerowe, kursy języków obcych	2006
Wolbrom	Uniwersytet Trzeciego Wiek założony przez Centrum Kultury w Wolbromiu	wykłady z różnych dziedzin wiedzy, np. historii, biologii, medycyny, kultury, sztuki i literatury, ponadto zajęcia ruchowe: aerobic i pływanie, integracyjne: wycieczki i spotkania oraz hobbystyczne: plastyczne, kulinarne, robótek ręcznych	2004
Zakopane	Podhalański UTW w Zakopanem	wykłady i lektoraty, działania kulturalno-oświatowe.	1992

Źródło: Informacja Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń UTW oraz uzupełnienia na podstawie bazy organizacji pozarządowych (www.bazy.ngo.pl) i przeglądu stron internetowych poszczególnych UTW

3. Kluby seniora

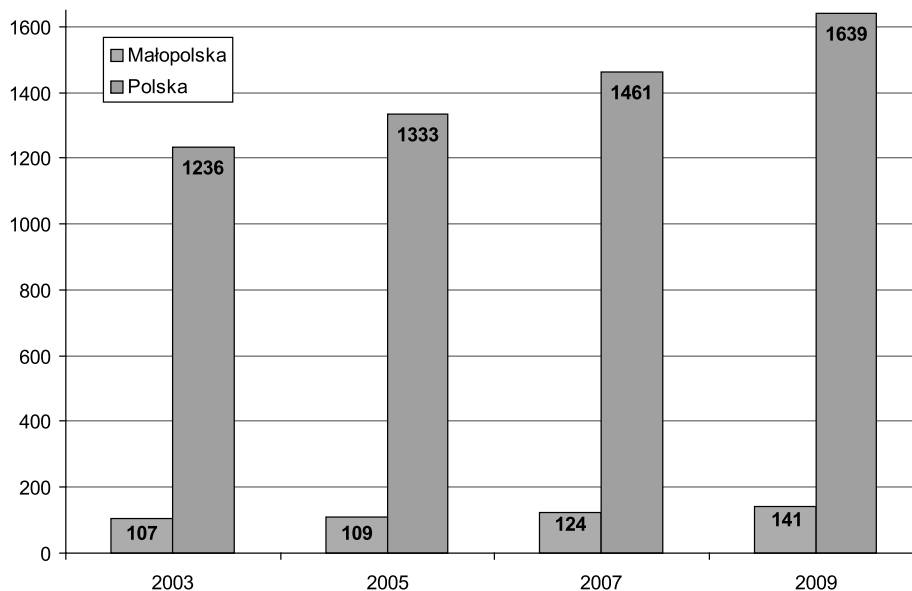
Kluby seniora nie są na ogół organizacjami formalnymi i samodzielnymi, chociaż przyjmują niekiedy status stowarzyszenia. Działają zwykle przy jakiejś innej instytucji. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych kluby seniora były prowadzone przede wszystkim przez Polski Komitet Pomocy Społecznej i dominowała w nich aktywność socjalna: pomoc i opieka. Obecnie funkcjonują bliżej samorządów lokalnych: przy ośrodkach pomocy społecznej, spółdzielniach mieszkaniowych (jako część aktywności klubów osiedlowych). Kontynuowana jest ich aktywność w niektórych zakładach pracy oraz przy parafiach. Prowadzą je niekiedy organizacje pozarządowe, patronat nad

niektórymi klubami sprawuje Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów.

Kluby seniora są przede wszystkim miejscami spotkań osób starszych, będących na emeryturze i rencistów w celu zwiększenia życia kulturalnego, oświatowego, towarzyskiego i rekreacyjnego. Przybierają rozmaite nazwy, np. Klub Seniora, Klub Emerytów, Klub „Odpocznij Chwilkę”, Klub Złotego Wiek, Klub Złotej Jesieni.

Osoby starsze dzięki klubom aktywizują się do jakiegoś lubianego działania. To ma dlań znaczenie zarówno terapeutyczne, jak i integracyjne: sprzyja tworzeniu i podtrzymywaniu więzi społecznych, a w efekcie przeciwdziała poczuciu osamotnienia.

Wykres 37. Liczba klubów seniora w Polsce i Małopolsce



Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie 2010

W klubach prowadzone są zajęcia, głównie o charakterze oświatowym, kulturalnym i towarzyskim. Organizowane są spotkania z ciekawymi ludźmi, mają miejsce występy artystyczne, wycieczki, pikniki, kuligi, zajęcia z tańca towarzyskiego oraz gry i zabawy ruchowe. W klubach organizowana jest gimnastyka lecznicza i zachowawcza, prowadzone zajęcia kursu zdrowego żywienia, propagowane indywidualne bądź zespołowe czytelnictwo czasopism i książek, zachęca się do rozwiązywania krzyżówek.

Uczestnictwo w klubie seniora nie wymaga spełnienia jakichś kryteriów formalnych (np. określonego poziomu wykształcenia jak w przypadku UTV), dzięki czemu dostęp jest łatwiejszy, a organizacja bardziej demokratyczna.

Sieć klubów jest liczna, chociaż przeważają w miastach. Na jedno województwo przypadają 102 kluby i ponad 5 tys. członków. W regionie małopolskim liczba klubów stanowi niespełna 7% wszystkich klubów w Polsce i wzrasta w tym samym tempie, co przeciętnie w kraju (patrz wykres 37). Są to na ogół kluby mniejsze – około 40 osób na klub, gdy przeciętnie w kraju – 50 osób (Urząd Statystyczny w Krakowie 2010).

4. Organizacje pozarządowe

Organizacje społeczne, zwane pozarządowymi, stanowią w państwach demokratycznych grupę podmiotów będących nie tylko społecznym partnerem rządów i samorządów terytorialnych, ale i samodzielnym sektorem (zwanym trzecim sektorem), wyznaczającym autonomicznie cele swych działań, podejmującym problemy specyficzne, często niedostrzegane lub lekceważone, niekiedy zapomniane lub zaniedbane oraz adresowane do grup specjalnych, niejednokrotnie wymagających wnikliwszego zain-

teresowania. Są wyrazem kapitału społecznego, dzięki któremu rozwój społeczności danego regionu i kraju czy grupy społecznej jest pewniejszy i silniejszy, niekiedy bardziej dynamiczny. Działające w licznych obszarach aktywności ludzie szczególną rolę odgrywają w zaspokajaniu potrzeb tzw. grup społecznie wrażliwych oraz w rozwiązywaniu ich różnorodnych problemów społecznych. Proces starzenia się zwraca uwagę organizacji pozarządowych na grupę osób starszych, których potrzeby nie są już standardowe i pojawia się większa podatność na ryzyka społeczne oraz zagrożenie społecznym wykluczeniem. Jednocześnie osoby starsze stanowią istotne źródło społecznej aktywności. Uwolnione od regularnego zatrudnienia i konieczności zarobkowania, od nadmiaru obowiązków rodzinnych i domowych, mogą, na miarę swej sprawności i posiadanych umiejętności oraz chęci, zwrócić się ku sprawom społecznym u siebie lub szerzej – w regionie czy w kraju, a nawet za granicą. Ich partycypacja jest przedłużeniem aktywności niezbędnej dla zdrowia i poczucia satysfakcji życiowej. Jest ważnym elementem ich dobrej jakości życia (*wellbeing*).

Liczebność organizacji pozarządowych w Małopolsce

Ocena poziomu kapitału społecznego w Polsce budowana w oparciu o specjalnie konstruowane miary i badania jest niska, chociaż jej trafność nie jest oczywista ze względów zarówno metodologicznych (ograniczone uwzględnianie aktywności słabiej zinstytucjonalizowanej), jak i ze względów historycznych (dziedzictwo PRL, w której swobodna działalność społeczeństwa była znacznie ograniczona, jeśli nie wręcz zakazana) (Golinowska 2009). Niezależnie od trafności pozycji kraju w międzynarodowych analizach porównawczych, zaangażowanie się Polaków w działalność społeczną jest relatywnie słabe. Są jednak miejsca

w kraju, gdzie organizacji społecznych jest wiele i przyczyniają się one do dynamizacji rozwoju i lepszego zaspokajania potrzeb mieszkańców. Liczbę organizacji pozarządowych w poszczególnych województwach w kraju przedstawia tabela 16.

Tabela 16. Liczba zarejestrowanych organizacji pozarządowych według województw

Województwo	Liczba zarejestrowanych organizacji pozarządowych
mazowieckie	20 156
śląskie	11 926
wielkopolskie	10 894
małopolskie	10 317
dolnośląskie	9 963
pomorskie	7 793
łódzkie	7 729
lubelskie	7 173
podkarpackie	6 701
kujawsko-pomorskie	6 137
zachodniopomorskie	5 861
warmińsko-mazurskie	5 236
podlaskie	3 666
świętokrzyskie	3 568
lubuskie	3 463
opolskie	3 273

Źródło: zestawiono na podstawie www.ngo.pl (czerwiec 2010)

Kluczową zmienną w charakterystyce potencjału organizacji III sektora jest nie tylko liczba organizacji zarejestrowanych w poszczególnych województwach, ale przede wszystkim ich społeczna aktywność. W Małopolsce na około 10 tysięcy zarejestrowanych NGO-sów aktywnie działa około 6,6 tysiąca organizacji, co daje regionowi czwarte miejsce w czołówce najaktywniejszych w tym obszarze województw, obok woj. mazowieckiego – 10,2 tys., woj. wielkopolskiego – 6,6 tys. i Śląska – 6,3 tys.²² **Wysoki poziom aktywności społecznej jest silnie sprzężony z wysokim wskaźnikiem rozwoju gospodarczego miasta i jego otoczenia lokalnego** (Działek 2008).

Terytorialne rozmieszczenie organizacji jest bardzo nierównomierne. Większość z nich działa na obszarze miasta i gminy Kraków (4043). Skupiska organizacji pozarządowych występują także w: Tarnowie (570), Nowym Sączu (540), Oświęcimiu (218), Zakopanem (209). W pozostałych powiatach liczba organizacji pozarządowych przedstawia się następująco: Gorlice – 162, Nowy Targ – 149, Wieliczka – 133, Chrzanów – 130, Olkusz – 123, Myślenice – 117, Wadowice – 115, Bochnia – 110,

22 Dane pochodzą z GUS. Wstępna informacja na temat badania stowarzyszeń, fundacji i organizacji społecznych (SOF-1) zrealizowanego w 2009 r. oraz z internetowej bazy danych www.ngo.pl stan na dzień 7 grudnia 2009 r.

Brzesko – 111, Miechów – 98, Limanowa – 90, Sucha Beskidzka – 62, Dąbrowa Tarnowska – 53, Proszowice – 49.

Obszary o niskiej liczebności i aktywności organizacji pozarządowych w Małopolsce należą jednocześnie do obszarów o najwyższym nasileniu procesu starzenia w województwie.

Z badań regionalnych, podjętych w 2009 r. przez Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie w ramach projektu Małopolskiego Obserwatorium Polityki Społecznej pt. „Potencjał małopolskich organizacji pozarządowych” skoncentrowanych na organizacjach, których zakres działania nie przekraczał obszaru powiatu, wyłania się obraz lokalnych organizacji pozarządowych, który można scharakteryzować następująco:

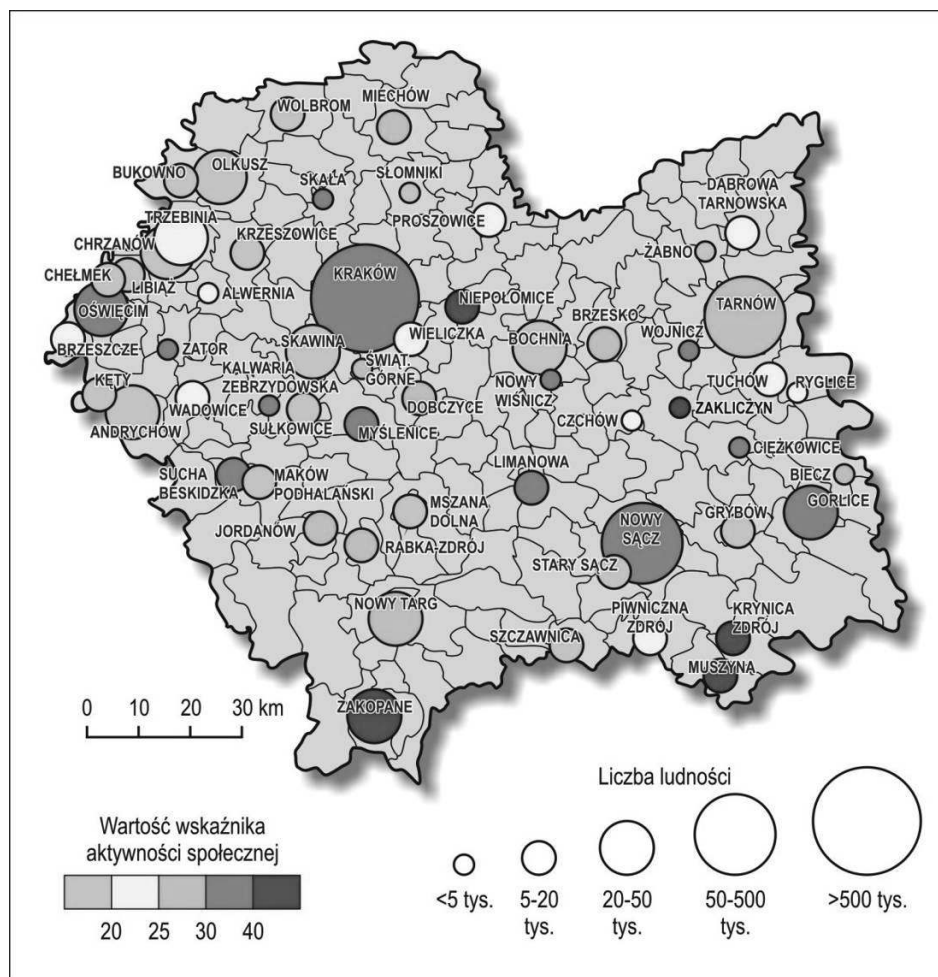
- ponad 66% organizacji powstało po 1989 r.,
- 75% organizacji w ciągu ostatnich 5 lat główny strumień środków pozyskiwało ze źródeł publicznych (rządowych i samorządowych), jedynie 9% ze środków zagranicznych i UE,
- 86% organizacji deklarowało posiadanie płynności finansowej, 90% nie miało problemów z regulacją zobowiązań,
- tylko 60% organizacji posiadało stałe biuro, 75% dostęp do komputera, 70% dostęp do Internetu,
- większość badanych małopolskich organizacji lokalnych (62%) nie zatrudniała pracowników, a osoby zatrudnione były na ogół młode (62% nie przekroczyło 40. roku życia), w 3/4 posiadały wykształcenie wyższe, a w 1/4 – średnie,
- zdecydowana większość organizacji deklarowała otwartość na współdziałanie: 85,6% organizacji deklarowało współpracę z administracją publiczną, 66% współpracowało z innymi organizacjami,
- jednocześnie ponad 80% badanych organizacji nie było członkiem federacji, organizacji parasolowych, sieci współpracy itp.

Przedmiot aktywności i zadania organizacji społecznych w Małopolsce

Działalność organizacji społecznych jest bardzo różnorodna. Ich analiza przeprowadzona na podstawie różnych informacji pochodzących z badań ogólnopolskich oraz regionalnych pozwoliła na usystematyzowane zestawienie zamieszczone poniżej (zestawienie 7).

Organizacje pozarządowe w Małopolsce prowadzą także wielce różnorodną działalność. Z prezentowanych wcześniej badań Małopolskiego Obserwatorium Polityki Społecznej wynika, że lokalne organizacje pozarządowe najczęściej wskazywały takie obszary działania jak: sport, turystyka, rekreacja i hobby (35,5%). Stosunkowo często wymieniały edukację i wychowanie (11,2%), kulturę i sztukę (10,9%) oraz pomoc społeczną i usługi socjalne (10,7%).

Mapa 5. Poziom aktywności społecznej mieszkańców małopolskich miast



Źródło: opracowanie Jarosława Działka na podstawie danych GUS (Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej i Instytut Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010)

Warto odnotowania jest to, że organizacje pozarządowe są organem założycielskim i właścicielem wielu instytucji usług społecznych. W Małopolsce prowadzą 76 zakładów opieki zdrowotnej (www.rejestrzoz.gov.pl – stan na dzień 4 grudnia 2009 r.), 10 uniwersytetów III wieku, około 30 klubów seniora. Istotny jest potencjał organizacji pozarządowych w opiece społecznej, długoterminowej i paliatywnej. Prowadzą w Małopolsce 24 domy pomocy społecznej ukierunkowane na opiekę nad osobami w wieku podeszłym, nad przewlekle psychicznie lub somatycznie chorymi lub niepełnosprawnymi intelektualnie, które dysponują łącznie 1273 miejscami, co stanowi blisko 17% wszystkich miejsc w domach pomocy społecznych w województwie małopolskim (www.małopolska.uw.gov.pl – stan na dzień 4 grudnia 2009 r.). Ponadto organizacje pozarządowe w Małopolsce dysponują liczbą 910 łóżek opieki długoterminowej, co stanowi 42% całej bazy łóżek opieki długoterminowej

w regionie (Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Krakowie 2008)²³.

Z badań pochodzących także z innych krajów (ekspertyza Marcina Mikosa) wynika, że organizacje społeczne wykorzystujące potrzeby (i popyt) osób starszych oraz ich potencjał czasu i umiejętności działają w licznych obszarach gospodarczych. Szczególne znaczenie ma zaangażowanie osób starszych w działalność sprzyjającą przedsiębiorczości zarówno własnej, jak i przedsiębiorczości innych. Jako że Małopolska jest regionem tylko w połowie zurbanizowanym, to warto jest zwrócić uwagę na działalność przedsiębiorczą starszych rolników i dla starszych rolników.

²³ Małopolskie ZOZ-y w całości dysponują bazą 2173 łóżek opieki długoterminowej (ZOL, ZOP, hospicja).

Zestawienie 7. Aktywności organizacji pozarządowych związane z potrzebami osób starszych

Obszar	Rodzaj działalności
Edukacja	<ul style="list-style-type: none"> • działania edukacyjne w zakresie problematyki dialogu międzypokoleniowego oraz społeczno-ekonomicznych konsekwencji procesu starzenia się społeczeństwa, • działania edukacyjne w formie uniwersytetów III wieku, kursy dla dorosłych i seniorów w zakresie m.in. nauczania języków obcych, obsługi komputera, kursów hobbistycznych i zawodowych w formach tradycyjnych oraz w ramach kształcenia na odległość, • zwiększanie dostępności zasobów informacyjnych bibliotek: „książek mówionych”, filmów, muzyki adresowanych do osób w tzw. wieku „niemobilnym” i starszych, • zwiększanie dostępu do Internetu w bibliotekach i innych miejscach użytku publicznego przyjaznych osobom starszym, • prowadzenie zajęć edukacyjnych przez seniorów w ramach działalności zarobkowej lub wolontariatu w różnorodnych dziedzinach wiedzy, • prowadzenie edukacji samorządowców na temat znaczenia organizacji pozarządowych w rozwiązywaniu problemów społecznych, w tym procesu starzenia.
Ochrona zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie ośrodków opieki długoterminowej, w szczególności hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, • wykonywanie świadczeń medycznych przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, rehabilitantów oraz działalności pomocniczej w domu pacjenta w ramach działalności organizacji pozarządowych, • wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów, felczerów, farmaceutów będących seniorami w ramach wolontariatu, • prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie problemów wieku podeszłego, • akcje profilaktyczne w zakresie wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych, • prowadzenie specjalistycznych kursów w zakresie pierwszej pomocy dla seniorów, rodzin seniorów oraz wolontariuszy pracujących wśród seniorów, • wypożyczanie sprzętu medycznego, w tym w szczególności sprzętu rehabilitacyjnego, • pośrednictwo w sprzedaży używanego sprzętu medycznego lub jego wymiany oraz darowizn, • wolontariat seniorów w placówkach ochrony zdrowia.
Pomoc społeczna	<ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie placówek pomocy społecznej, • prowadzenie domowych świadczeń opiekuńczych, • prowadzenie centrów wolontariatu oraz charytatywnych ośrodków kompleksowej pomocy osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym zapewniających dostęp do podstawowych potrzeb socjalnych, • współpraca z zakładami opieki zdrowotnej w celu wczesnego wykrywania problemów socjalnych osób starszych, • upowszechnianie wolontariatu w zakresie świadczeń opiekuńczych prowadzonego dla seniorów i przez seniorów.
Kultura	<ul style="list-style-type: none"> • organizacja warsztatów artystycznych, literackich, plenerów malarskich, i spotkań międzypokoleniowych, • organizacja klubów filmowych adresowanych do osób starszych i nastawionych na integrację międzypokoleniową, • promowanie twórczości literackiej, pomoc w publikowaniu artystycznego dorobku, • organizacja wystaw prezentujących dorobek artystyczny seniorów w domach kultury i galeriach, • organizacja wystaw prezentujących dorobek hobbistyczny seniorów, • prowadzenie amatorskich zespołów teatralnych, zespołów pieśni i tańca, zespołów muzycznych, rozrywkowych prowadzonych przez seniorów i dla seniorów, jak również w ramach spotkań międzypokoleniowych, • prowadzenie szkół tańca, • wspieranie działalności orkiestr dętych działających w ramach struktur Ochotniczych Straży Pożarnych, • wspieranie działalności amatorskich teatrów i chórów działających przy parafiach, • prowadzenie różnorodnych form terapii przez muzykę, sztukę, śmiech, • dokumentowanie historii regionalnej, • opieka nad zabytkami, cmentarzami i innymi miejscami pamięci, • prowadzenie lokalnych muzeów i izb pamięci.

Obszar	Rodzaj działalności
Turystyka	<ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie biur turystycznych posiadających specjalną ofertę skierowaną do seniorów oraz rodzin wielopokoleniowych, • promowanie i upowszechnianie różnorodnych form turystyki, w tym turystyki religijnej oraz turystyki zdrowotnej, • prowadzenie kształcenia w zakresie wykonywania czynności przewodnika turystycznego dla seniorów i przez seniorów, • wspieranie działalności agroturystycznej zawierającej elementy aktywności folklorystycznej, edukacyjnej, uzdrowiskowej i rekreacyjnej.
Sport	<ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie kursów nauki uprawiania różnorodnych dyscyplin sportowych, • prowadzenie przez kluby sportowe sekcji wyróżnionych przedziałami wieku w odpowiednich dyscyplinach sportu, • prowadzenie wypożyczalni sprzętu sportowego, • organizowanie imprez sportowych, turniejów, zawodów, lig amatorskich w różnorodnych dyscyplinach sportu o zasięgu gminnym, powiatowym, wojewódzkim, • udostępnianie infrastruktury sportowej przez kluby sportowe amatorom, w tym osobom starszym.
Bezpieczeństwo osobiste	<ul style="list-style-type: none"> • upowszechnianie międzypokoleniowego wolontariatu w zakresie ratownictwa medycznego, ratownictwa górskiego, ratownictwa wodnego, ochrony przeciwpożarowej, obrony cywilnej, działań psychologicznych i socjalnych w sytuacjach kryzysowych, w tym w szczególności promowanie wolontariatu wśród osób młodych, • promowanie idei wrażliwości społecznej w zakresie bezpieczeństwa seniorów w domu, na drodze i innych obszarach, • promowanie aktywności społecznych w zakresie bezpieczeństwa takich jak straże sąsiedzkie, patrole społeczne i inne.

Źródło: ekspertyza Marcina Mikosa

Zatrudnienie i wolontariat

O aktywności organizacji społecznych świadczy przede wszystkim zaangażowanie ludzi w działalność tych organizacji. Może mieć ono charakter tradycyjnej działalności społecznej, kiedy poza swym podstawowym działaniem zawodowym, politycznym czy rodzinnym prowadzi się prace społeczne na rzecz jakiejś organizacji pozarządowej, której jest się założycielem, członkiem, działaczem czy fanem. Wraz z rozwojem zakresu działalności oraz profesjonalizacją, organizacje zaczynają zatrudniać zawodowców, szczególnie w dziedzinie zarządzania i finansów. Chętnie też przyjmują wolontariuszy.

Zatrudnienie w organizacjach pozarządowych w Polsce oraz innych krajach postkomunistycznych jest niskie. Według danych GUS (2009) jedynie 13% aktywnych organizacji pozarządowych w Polsce zatrudnia pracowników na podstawie umowy o pracę. Pomimo niskich wskaźników zatrudnienia każda praca w NGO ma ogromne znaczenie, zwłaszcza dla grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Dla 85% pracujących w organizacji pozarządowej praca ta stanowi główne źródło zarobków.

W rozwiniętych ekonomicznie i demokratycznych krajach zachodnich praca w organizacjach pozarządowych jest znaczącym segmentem rynku pracy. Ilustruje to tabela 17 ukazująca zatrudnienie tylko w stowarzyszeniach.

Wśród lokalnych organizacji pozarządowych w Małopolsce zatrudnienie na podstawie umowy o pracę jest niewielkie, 3/4 organizacji zatrudnia kilku pracowników (od 1 do 10). Większość

Tabela 17. Odpłatna praca w stowarzyszeniach w wybranych krajach Unii Europejskiej w latach 2002–2003

Państwo	Liczba zatrudnionych
Belgia	249 700
Francja	1 435 330
Irlandia	118 664
Włochy	499 389
Szwecja	95 197
Grecja	57 000
Holandia	661 400
Wielka Brytania	1 473 000
Czechy	74 200
Węgry	32 882
Polska	60 000
Słowacja	16 200

Źródło: CIRIEC dla Europejskiego Komitetu Społeczno-Ekonomicznego (2004) *The Social Economy in the European Union, raport*

organizacji (82%) twierdzi, że nie odczuwa braku pracowników (Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej 2010).

Wolontariat staje się powoli istotnym źródłem aktywności organizacji społecznych. Już połowa małopolskich lokalnych orga-

Zestawienie 8. Rodzaje działalności przedsiębiorczej osób starszych i dla osób starszych prowadzonej przez organizacje pozarządowe, ogólnie i specyficznie w rolnictwie

Obszar	Rodzaj działalności
Przedsiębiorczość	<ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie doradztwa podatkowego, finansowego przez seniorów i dla seniorów, • prowadzenie działalności zapomogowej, oszczędnościowej, pożyczkowej w trybie przewidzianym w odpowiednich ustawach, • wspieranie organizacyjne i finansowe seniorów w otwieraniu własnej działalności gospodarczej: <ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie doradztwa w zakresie przedsiębiorczości, • pozyskiwanie środków na rozpoczęcie działalności gospodarczej, • pomaganie w zakładaniu działalności gospodarczej, • promowanie przedsiębiorczości w ramach gospodarki (ekonomii) społecznej, szczególnie nastawionej na współpracę międzypokoleniową, • tworzenie w organizacjach pozarządowych nowych miejsc pracy i zatrudnianie seniorów, osób niepełnosprawnych oraz innych osób z grup ryzyka niskiej zatrudnialności, • upowszechnianie kształcenia osób młodych w zakresie zawodów rzemieślniczych, w szczególności zawodów ginących, • promowanie idei wolontariatu świadczonego w szczególności przez seniorów i dla seniorów.
Rolnictwo	<ul style="list-style-type: none"> • wspomaganie prowadzenia doradztwa rolnego odpowiednio do wieku i wykształcenia rolników, • promowanie, wspieranie i edukowanie w prowadzeniu wielopokoleniowych gospodarstw rolnych, • ułatwianie startu w prowadzeniu gospodarstw rolnych przez osoby młode, • prowadzenie szkoleń zawodowych dla osób odchodzących z rolnictwa i zmieniających zawód, • upowszechnianie wśród starszych rolników działalności, w którą mogliby się zaangażować, np. pośrednictwo w dzierżawieniu gruntów itd., • upowszechnianie i organizacja wolontariatu dla rolników seniorów w działalności na rzecz spraw lokalnych i sąsiedzkich, • upowszechnianie stosowania nowych technologii w rolnictwie, • osvajanie Internetu, ukazywanie korzyści i rozszerzanie dostępu na wsi, • upowszechnianie produkcji wyrobów tradycyjnych i ekologicznych, • upowszechnianie działalności stowarzyszeń i spółdzielni reprezentujących interesy rolników.

Źródło: ekspertyza Marcina Mikosa

nizacji pozarządowych korzysta z usług wolontariuszy (48%). Wolontariusze są na ogół młodzi i wykształceni. Pracę społeczną traktują jako przerywnik na drodze edukacyjnej lub wczesnozawodowej, przygodę czy wyraz realizacji indywidualnego systemu wartości i socjalnej misji. Organizacje cenią sobie pracę wolontariuszy, a szczególnie takie ich cechy, jak: chęć działania (49,9%), uczciwość (36,5%) i dyspozycyjność (35,2%) (Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej 2010).

Ocena działalności organizacji społecznych w Małopolsce

Nowe badania prowadzone wśród organizacji pozarządowych w Małopolsce (*Badanie opinii przedstawicieli organizacji pozarządowych z terenu województwa małopolskiego na temat kluczowych obszarów polityki rozwoju województwa określonych w strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013*²⁴) dostarczają informacji na temat przyczyn ich niskiej aktywności oraz głównych problemów funkcjonowania, chociaż generalna ocena warunków działania organizacji jest raczej pozytywna.

²⁴ Badanie zostało realizowane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Regionalnej w ramach projektu systemowego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki „Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju – etap I”.

W tabeli 18 widoczne jest postrzeganie głównych trudności przez organizacje pozarządowe. Wyniki te potwierdzają rezultaty uzyskane w innych badaniach prowadzonych wcześniej lub równoległe np. w badaniach przeprowadzonych w 2007 r. przez Miejski Ośrodek Wspierania Inicjatyw Społecznych w Krakowie²⁵ czy w cytowanych wielokrotnie badaniach Małopolskiego Obserwatorium Polityki Społecznej. W nowych badaniach hierarchia trudności i barier jest taka sama jak we wcześniejszych. Natomiast skala tych głównych, czyli ograniczenie źródeł finansowania oraz niskie zaangażowanie ludzi przez pracę, jest istotnie większe niż to wynikało z badań wcześniejszych (2007). Może to efekt globalnego kryzysu finansowego, który mimo że łagodniej potraktował Polskę, to jednak jej nie ominął.

Nowe badania warunków działania organizacji pozarządowych zwracają po raz kolejny uwagę na terytorialne zróżnicowanie warunków i aktywności. Najlepiej oceniany jest **podregion nowosądecki i podregion oświęcimski**. Organizacje z tych podregionów w największym stopniu podjęły współpracę z władzami terytorialnymi (z Urzędem Marszałkowskim), najlepiej też oceniają współpracę z urzędnikami. Dodatkowo w podregionie

²⁵ W ramach programu CASE Interreg III C na próbie 87 organizacji pozarządowych działających na terenie miasta i gminy Kraków – www.krakow.pl/mowis.

Tabela 18. Główne problemy utrudniające funkcjonowanie organizacji w ciągu ostatnich 2 lat

Problem	%
Trudności w zdobywaniu funduszy niezbędnych do prowadzenia działań organizacji	61,0
Brak osób gotowych bezinteresownie angażować się w działania organizacji	50,5
Rozbudowana biurokracja administracji publicznej	33,0
Skomplikowane formalności związane z korzystaniem ze środków grantodawców, sponsorów	31,5
Skomplikowane formalności związane z korzystaniem ze środków Unii Europejskiej	26,5
Trudności w utrzymaniu dobrego personelu	8,5
Niechęć administracji publicznej do współpracy z organizacjami pozarządowymi	8,0
Nadmierna kontrola ze strony administracji publicznej	6,5
Wysokie obciążenia podatkowe organizacji	5,0
Brak współpracy w środowisku organizacji pozarządowych	4,5
Niedoskonałość przepisów regulujących działania organizacji	2,0
Odchodzenie od misji, dla której powstała organizacja	1,5
Inne	23,5

Źródło: Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju 2010

nowosądeckim przedstawiciele organizacji pozarządowych wysoko – na tle pozostałych regionów – oceniają stan i poziom wyposażenia swych organizacji, dobrze oceniają sytuację finansową oraz czują się dobrze przygotowani do konkurowania z innymi, podobnymi organizacjami. **Najslabiej został oceniony podregion krakowski**, w którym zarówno sytuacja finansowa oraz dostępność środków finansowych, jak i zdolność do konkurowania z innymi organizacjami oceniane zostały ujemnie. Bliskość krakowskiej metropolii nie wpłynęła stymulująco na aktywność podregionu.

Przeprowadzone już dość licznie badania organizacji pozarządowych w Małopolsce pozwalają stworzyć obraz ich mocnych oraz słabych stron, co prezentuje zestawienie 9. Mocną stroną każdej organizacji jest już to, że istnieje i aktywnie działa w trudnych warunkach biedniejszego kraju i ciągle mniej zamożnych jego mieszkańców. Daje ludziom poczucie sensu działania także dla innych, ich społecznej tożsamości, szansę na realizację misji i wartości. Silną stroną małopolskich organizacji pozarządowych jest to, że przyciągają innych. Aktywność w przyjmowaniu wolontariuszy i pozyskiwaniu środków z różnych źródeł (dywersyfikacja) daje organizacji szansę na pokonanie barier i podstawę do kontynuacji i rozwoju. Silną stroną organizacji jest zakorzenienie w lokalności, odpowiedź na lokalne potrzeby i popyt. To daje akceptację i wsparcie, chociaż nie przekłada się jeszcze na szersze

współdziałanie; może też ograniczać organizację w podejmowaniu wyzwań długookresowych, jeszcze nieuświadomionych i zrozumiałych; ogranicza także organizacje w podejmowaniu zadań wymagających większej przedsiębiorczości, zaangażowania w sprawy gospodarcze, bardziej ryzykowne.

Wnioski

Szansą rozwoju organizacji społecznych w Małopolsce (i nie tylko) jest pokonanie barier, szczególnie dotyczących braku wykwalifikowanych kadr i pozyskiwania wolontariuszy, szersze wykorzystanie możliwości zwiększania i dywersyfikacji dochodów, a także skuteczniejsze budowanie swojego wizerunku.

W rozwoju organizacji społecznych dostrzegane są też zagrożenia (na podstawie już cytowanych wyników małopolskich badań organizacji pozarządowych), do których należą:

- coraz mniejsze zainteresowanie młodzieży stałym zaangażowaniem w wolontariat w organizacjach pozarządowych,
- odpływ pracowników z organizacji pozarządowych, w tym do jednostek publicznych;
- duża konkurencja w dostępie do środków finansowych na realizację zadań i projektów,
- brak zrozumienia charakteru działań organizacji trzeciego sektora wśród wielu samorządowców i lokalnych polityków,
- brak silnej, jednolitej reprezentacji organizacji pozarządowych w kontaktach z jednostkami samorządu terytorialnego,
- brak wystarczającego zaufania społecznego do działań organizacji (pomimo dużej rozpoznawalności),
- powszechna krytyka procedur udzielania dotacji ze środków publicznych i Unii Europejskiej, mogąca kierować aktywność organizacji pozarządowych w tym zakresie na pozyskiwanie środków, w tym zagranicznych, z pominięciem obsługiwanych przez administrację krajową, a przez to nie wykorzystywanie funduszy unijnych dla Małopolski,
- ograniczony potencjał innowacyjny w wyniku braku profesjonalnych kadr zaangażowanych w działalność organizacji i brak środków na ich zatrudnienie,
- brak środków na wkład własny w możliwe projekty,
- ograniczony zakres partnerstwa z innymi organizacjami.

4. Rekomendacje

Przeprowadzona analiza potrzeb i posiadanych zasobów w obszarze kapitału ludzkiego i społecznego Małopolski zaowocowała listą wielu kierunkowych oraz szczegółowych rekomendacji. Warto je przytoczyć, bez mała w całości, z nadzieją na wykorzystanie w konkretnych pracach programowych na rzecz reali-

Zestawienie 9. Słabe i mocne strony małopolskich organizacji pozarządowych

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> • widoczna aktywność w pozyskiwaniu i zarządzaniu zasobami wolontariuszy, • znaczna świadomość konieczności profesjonalizacji działań, szczególnie w zakresie poszerzenia kadr o osoby dysponujące wiedzą, jak i zdobywania umiejętności i wiedzy członków tych organizacji, • duży potencjał profesjonalizacji regionalnych organizacji w zakresie tworzenia zespołów zadaniowych, zarządzania zasobami ludzkimi oraz procedur ewaluacji działań organizacji, • dywersyfikacja źródeł dochodów, poszukiwanie nowych źródeł finansowania takich jak: działalność gospodarcza (zarówno organizacje regionalne, jak i lokalne), <i>fundraising</i> (organizacje lokalne) czy wspomaganie działalności organizacji trzeciego sektora poprzez model ekonomii społecznej (lokalne organizacje działające w obszarze pomocy osobom niepełnosprawnym), • duży potencjał generowania projektów społecznie użytecznych, • duży potencjał budowania silnej marki organizacji w społecznościach lokalnych – dzięki obecności w mediach, aktywności wśród mieszkańców czy upowszechnianiu logotypów, • dostosowanie się do środowiska, w którym działają, • coraz częstsze stosowanie internetowych narzędzi komunikowania się z otoczeniem. 	<ul style="list-style-type: none"> • niedobory profesjonalnej kadry oraz zespołów zadaniowych, szczególnie w zakresie: księgowości, przygotowania wniosków o dofinansowanie, realizacji projektów, zwłaszcza w lokalnie działających organizacjach, • duża rotacja pracowników spowodowana brakiem stabilności zatrudnienia oraz niskimi zarobkami, • brak możliwości lub nieumiejętność aktywizacji społecznej i gospodarczej mieszkańców, szczególnie w podregionie krakowskim, • brak stałego dopływu środków na realizację zadań, co skutkuje negatywnym postrzeganiem współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i ograniczonymi możliwościami profesjonalizacji poprzez zatrudnianie wykwalifikowanych pracowników, • niska aktywność organizacji o charakterze parasolowym, które powinny wspierać organizacje pozarządowe, tworząc mechanizmy współpracy, zazwyczaj działających „we własnym interesie”, • współpraca z administracją publiczną ograniczona przede wszystkim do pozyskiwania funduszy, przy jednoczesnym braku akceptacji procedur mających na celu kontrolę i weryfikację wydatkowanych środków; podobna ocena ma miejsce w przypadku korzystania z funduszy unijnych.

Źródło: zestawienie własne

zacji strategii. Lista rekomendacji została ustrukturyzowana ze względu na dziedzinę i adresatów.

A. Edukacyjne – adresowane do szkół, nauczycieli i samorządów terytorialnych w Małopolsce

Rekomendacje w dziedzinie edukacji zapisano w pięciu następujących blokach:

Blok pierwszy – rekomendacje dotyczące wysokiej jakości i rozwoju odpowiednich kierunków nauczania

- Preferencje dla kształcenia nauczycieli szkolnictwa zawodowego na każdym jego poziomie i intensywny rozwój (ze stosowaniem odpowiedniej motywacji) kształcenia ustawicznego nauczycieli: kursy doskonalenia zawodowego, szkolenia z zakresu nowoczesnych metod nauczania, motywowanie do innowacyjnych programów i zajęć pozalekcyjnych.
- Inwestowanie w infrastrukturę szkół z „podciągnięciem” wyposażenia każdego typu szkolnictwa zawodowego: nowoczesne sale lekcyjne i laboratoria, nowoczesne biblioteki, komputery i sale komputerowe, hale sportowe.
- Wprowadzenie systemu nagradzania szkół, w których uczniowie uzyskali najwyższe wyniki z egzaminu gimnazjalnego.
- Ścisła współpraca samorządu regionalnego oraz władz szkół i uczelni w zakresie decyzji o kierunkach studiów oraz liczeb-

ności przyjmowanych uczniów i studentów oraz sposobu dodatkowego finansowania kierunków preferowanych.

- Otwarcie szkół i uczelni na młodzież z zagranicy.

Blok drugi – rekomendacje związane z przydatnością treści nauczania we współczesnym świecie na rynku pracy

- Zachęcanie dzieci i młodzieży do nauki języków obcych przez: organizowanie kółek językowych przy szkołach, dni języków europejskich, zapraszanie do szkół *native speakerów*, prowadzenie gazetki szkolnej w języku angielskim, organizowanie konkursów językowych szkolnych i międzyszkolnych. Wyposażenie bibliotek szkolnych w komputery i kursy multimedialne do nauki języków obcych przez zabawę. Wprowadzenie do szkół pokazów filmowych w języku oryginalnym z napisami w języku angielskim.
- Rozwój umiejętności informatycznych; w każdej szkole kółko informatyczne.
- Prowadzenie zajęć z przedsiębiorczości, organizowanie szkolnych i międzyszkolnych konkursów o tej tematyce.
- Wzmocnienie współdziałania szkół z lokalnymi przedsiębiorcami, z objęciem przez samorząd koordynacji współpracy, szczególnie ze szkołami technicznymi, zawodowymi i policealnymi – zachęcanie do przyjmowania uczniów na praktyki i staże.

- Zapewnienie w pełni dostępnej informacji dla uczniów o zawodach i kierunkach studiów najbardziej potrzebnych i deficytowych: umieszczanie jej na szkolnych tablicach i jednocześnie na stronach internetowych.
- Organizowanie w szkołach tygodnia wybranego kraju lub regionu świata czy Europy, podczas którego uczniowie będą mogli zapoznać się jego historią i kulturą, a jeśli to byłoby możliwe, zapraszanie gości z tych krajów, a nawet organizowanie doń wyjazdów.

Blok trzeci – rekomendacje związane z wychowaniem obywatelskim i rozwijaniem wrażliwości oraz odpowiedzialności społecznej

- Zachęcanie uczniów szkół gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych oraz studentów do angażowania się w inicjatywy społeczeństwa obywatelskiego i społecznie solidarnego. Zawieszanie w szkołach i na stronach internetowych szkół oraz uczelni tablic informujących o działających w pobliżu organizacjach pozarządowych, inicjatywach obywatelskich, domach pomocy społecznej, domach dziecka itd.
- Tworzenie i wspieranie Szkolnych Klubów Wolontariuszy zgodnie z koncepcją dobrych praktyk (Misztela i inni 2006), nagradzanie uczniów za pracę wolontariuszy w okresie wakacji i ferii.

Blok czwarty – edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole oraz na uczelni

- Rozszerzanie wiedzy zawartej w programach szkolnych na temat zdrowia przez zakładanie przyszolnych poradni promocji zdrowia, w których uczniowie byłiby uświadamiani o wpływie ich zachowań na zdrowie, o skutkach nałogów i uzależnień, o profilaktyce chorób, zdobywali informacje o zdrowym odżywianiu się.
- Przekazywanie informacji o zawodach medycznych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych (asystent osoby niepełnosprawnej, asystent seniora, opiekun medyczny, opiekun śródowiskowy, dietetyk), zapotrzebowaniu na te zawody, o ich szczególnej roli i korzyściach związanych z ich wykonywaniem. Rozprowadzanie przygotowanych broszur o szkołach i uczelniach przygotowujących do wykonywania tych zawodów.
- Prowadzenie dożywiania dzieci wyłącznie na podstawie sprawdzonej wiedzy dietetycznej zawierającej wskazania zdrowego żywienia dla odpowiednich grup wieku i eliminacja w szkołach punktów sprzedaży napojów i produktów żywnościowych zdrowotnie niekorzystnych.
- Rozwijanie ćwiczeń fizycznych nie tylko na lekcjach wychowania fizycznego, ale także w trakcie przerw i po lekcjach; uczenie prawidłowej postawy i rozwijanie ogólnej sprawności.

Blok piąty – kształcenie ustawiczne

- Promocja ustawicznego kształcenia nie tylko jako sposobu na poprawę kwalifikacji, ale także na lepsze zdrowie i ciekawsze życie. Docieranie przez media (radio!) do osób mniej mobilnych i starszych.
- Informowanie o działaniach edukacyjnych dla dorosłych na poziomie lokalnym, podjęcie szerokiej współpracy informacyjno-promocyjnej z lokalnymi mediami.
- Informowanie o idei i działalności uniwersytetów III wieku nie tylko przez Internet, ale także rozprowadzanie broszur na ten temat w ośrodkach zdrowia, kościołach i innych instytucjach odwiedzanych przez osoby starsze. Promowanie uniwersytetów III wieku w lokalnych mediach (radio i telewizja!).

B. Edukacyjne – pod adresem rządu

- Podawanie pełnej informacji na stronie internetowej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej o zawodach w Polsce i w krajach europejskich wraz z objaśnieniem zadań i czynności osoby wykonującej dany zawód, wymaganych kompetencji, ścieżki edukacyjnej i możliwych ścieżek kariery, wskazaniem możliwych miejsc zatrudnienia, poziomu bezrobocia w danym zawodzie, perspektyw rozwoju zawodu na przyszłość, z ofertami pracy w danym zawodzie oraz szkół i uczelni, a także kursów i szkoleń przygotowujących do wybranych zawodów.
- Wprowadzenie do programów nauczania na wszystkich szczeblach edukacji przedmiotu „promocja zdrowia” z elementami zasad zdrowego żywienia, zdrowego stylu życia oraz informacjami na temat zażywania substancji psychoaktywnych i ich zdrowotnych oraz życiowych konsekwencji.
- Unowocześnienie programu nauczania przedmiotu „podstawy przedsiębiorczości” i zwiększenie liczby godzin tego przedmiotu, a także wprowadzenie elementów ekonomii i polityki społecznej.
- Wprowadzenie dodatkowych zajęć wychowania fizycznego, matematyki, przedsiębiorczości i języków obcych.
- Wprowadzenie jasnych definicji zawodów opiekuńczych i pielęgnacyjnych z wyraźnym rozdzieleniem ich kompetencji i opracowanie informatorów o zawodach medycznych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, które można zdobyć po ukończeniu szkoły technicznej lub szkoły policealnej.
- Wprowadzenie zawodów medycznych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych nauczanych w szkołach policealnych, także do szkół średnich.
- Wprowadzenie listy zawodów „szczególnie pożądaných” na rynku pracy w szkołach zawodowych, technicznych i policealnych.

- Zdecydowane zwiększenie limitów przyjęć na kierunku medyczne, szczególnie w regionie Małopolski (!), w którym zasoby kadr zostaną wykorzystane w rozwoju „srebrnej gospodarki”.
- Zwielokrotnienie liczby miejsc na specjalizację medyczną z zakresu geriatry, a w województwie małopolskim systematyczne ich zwiększanie.
- Rozszerzenie programu studiów z zakresu geriatry na wszystkich kierunkach medycznych.
- Motywowanie absolwentów studiów medycznych do podejmowania pracy w kraju.

C. Rekomendacje dotyczące organizacji pozarządowych adresowane do samorządu regionalnego i lokalnego

Organizacje społeczne zajęły ważne miejsce w systemie wspierania ludności słabszej i wrażliwszej na ryzyko społeczne, mimo że taka działalność nie dominuje wśród aktywności krajowych i małopolskich organizacji pozarządowych. To ważne obecnie miejsce organizacji społecznych nie jest jeszcze stabilne, tak pod względem finansowym, jak i politycznym. Dlatego ich rola i pozycja wymaga potwierdzenia, a rozwój wspierania. Do tego mogą przyczynić się następujące postulaty i rekomendacje:

- Wzmocnienie organizacji pozarządowych pod względem kadrowym wymaga dalszego popularyzowania i promowania wolontariatu, w szczególności w szkołach podstawowych, gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych i wyższych, a także poprawy regulacji i tworzenia warunków do świadczenia wolontariatu przez osoby starsze, jak również prowadzenia działań informacyjnych na temat wolontariatu, w szczególności poprzez tworzenie „banków czasu wolnego”, organizacje targów wolontariatu i innych działań prowadzonych przez wyspecjalizowane instytucje i organizacje.
- Wzmocnienie działań informacyjnych prowadzonych przez lokalne samorządy, organizacje pozarządowe oraz badawczych prowadzonych przez szkoły wyższe, mających na celu szczegółową identyfikację organizacji pozarządowych działających w regionie, w szczególności poznanie profilu ich działalności, realizowanych zadań, projektów, posiadanego potencjału oraz zasobów, a następnie systematyczne popularyzowanie i aktualizowanie tych informacji w formie baz danych, informatorów oraz publikacji. Upowszechnianie baz danych o ich działalności w formach łatwo dostępnych dla osób starszych.
- Aktywizacja i inspirowanie lokalnych społeczności przez samorządy lokalne, głównie na terenach wiejskich, do zakładania organizacji pozarządowych, w szczególności poprzez stworzenie w ramach infrastruktury komunalnej siedzib dla nich, prowadzenie doradztwa w zakresie rejestracji i zarządzania w organizacjach pozarządowych, zapewnienie dostępu do infrastruktury informatycznej oraz zabezpieczenie źródeł finansowania organizacji pozarządowych dzięki zwiększeniu nakładów samorządów na realizację zadań publicznych przez organizacje pozarządowe, jak również maksymalne uprosz-

czenie procedur w zakresie pozyskiwania i rozliczania dotacji ze środków publicznych dla III sektora.

- Koniecznym jest utrzymanie trendu wzrostowego ponoszonych nakładów finansowych przez samorząd województwa małopolskiego na wykonywanie zadań publicznych przez organizacje pozarządowe, ze szczególnym uwzględnieniem działalności na rzecz seniorów w obszarach opieki społecznej, ochrony zdrowia, kultury, sportu, bezpieczeństwa na drogach, edukacji, poradnictwa prawnego.
- Wzmocnienie potencjału organizacji pozarządowych we współpracy z biznesem i wsparcie samorządu regionalnego w wymianie informacji, doradztwo oraz inicjowanie współdziałania między sektorem przedsiębiorstw a sektorem pozarządowym.
- Postulowanie i wspieranie finansowe przez samorząd wojewódzki dalszej federalizacji NGO pozwalające na tworzenie ośrodków kompleksowej pomocy określonym grupom docelowym, w tym seniorom, oraz zapobieganie rozpraszaniu i dezintegracji aktywności społecznych w województwie. W szczególności celowa jest rozbudowa organizacji parasolowych, jak również sieci Małopolskich Ośrodków Wspierania Organizacji Pozarządowych z 5 istniejących do 22 dla każdego powiatu w Małopolsce.
- Celowe jest, biorąc pod uwagę potencjał edukacyjny i naukowy Małopolski, wspieranie przez samorząd wojewódzki i inne samorządy lokalne działań edukacyjnych prowadzonych przez organizacje pozarządowe dla seniorów, w tym dalszy rozwój instytucji edukacyjnych typu UTW, w szczególności w powiatach dąbrowskim, suskim, wielickim, limanowskim oraz proszowickim, jak również prowadzenie procesu „akredytacji” istniejących uniwersytetów trzeciego wieku w trosce o wysoki poziom prowadzonej przez nie działalności edukacyjnej, jak również satysfakcję ich uczestników.
- Przyjęcie priorytetu o wspieraniu (przez samorząd wojewódzki oraz przekonanie do tego samorządów powiatowych i lokalnych) tych organizacji pozarządowych, które działają na obszarach i w zgodzie ze strategią rozwoju „srebrnej gospodarki”, a w szczególności dotyczących promocji „zdrowego starzenia się”, działań integracyjnych, kulturalnych i opiekuńczych.
- Wspieranie przez samorządy lokalne organizacji o dobrze sprawdzonych formach i skutecznych w realizacji celów, a w szczególności tzw. klubów seniora, kół gospodyń wiejskich itp.
- Wspieranie przez administrację rządową oraz samorządy lokalne utrzymania obecnej infrastruktury placówek medycznych prowadzonych przez NGO oraz dalszy rozwój jednostek prowadzących opiekę długoterminową, hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, poradni geriatrycznych oraz dziennych i stacjonarnych domów pomocy społecznej o różnym profilu opieki m.in. przez system dotacji i preferencyjnych pożyczek i kredytów.

- Niezbędne jest wzmocnienie potencjału organizacji pozarządowych działających w obszarze świadczenia bezpłatnej pomocy prawnej, doradztwa inwestycyjnego i gospodarczego dla seniorów.
- Wspieranie przez samorząd wojewódzki kampanii społecznych oraz organizacji pozarządowych w prowadzeniu edukacji dotyczącej problematyki starości, starzenia się społeczeństwa, jak również budowania dialogu międzypokoleniowego i inicjatyw międzypokoleniowych w różnorodnych obszarach życia publicznego.
- Wspieranie przez samorząd wojewódzki działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe w zakresie budowania międzygminnych, międzypowiatowych, międzywojewódzkich i międzynarodowych sieci powiązań partnerskich na rzecz osób starszych.
- Wspieranie przez samorząd wojewódzki i samorządy lokalne organizacji pozarządowych w obszarze prowadzenia przez nie działalności gospodarczej, w szczególności poprzez dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej oraz działalność szkoleniową do tego przygotowującą.
- Promowanie przez samorząd wojewódzki i inne samorządy lokalne roli i wizerunku organizacji pozarządowych jako pracodawców w regionie, w tym w szczególności pracodawców osób niepełnosprawnych i innych grup społecznych zagrożonych wykluczeniem społecznym.
- Wspieranie przez samorząd wojewódzki i inne samorządy lokalne procesu prowadzenia przez organizacje pozarządowe spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych w trybie przewidzianym ustawami.
- Promowanie przez administrację rządową, samorząd wojewódzki i samorządy lokalne działalności różnorodnych form aktywności społecznej w zakresie bezpieczeństwa publicznego, w tym jednostek ochotniczych straży pożarnych, WOPR, GOPR, PCK, Służby Maltańskiej i innych.

Część VI. Potencjał kulturalny i turystyczny Małopolski

Małopolska należy do tych regionów w Polsce, które mają największe walory pod względem zasobów zarówno dziedzictwa kulturowego, jak i krajobrazu. Rozwój kultury i turystyki stanowi więc istotny czynnik rozwoju społeczno-gospodarczego regionu i Krakowa, metropolii o europejskich aspiracjach. Na tej podstawie region od wielu już lat podnosi poziom konkurencyjności i zwiększa atrakcyjność „przemysłu czasu wolnego”, łącząc turystykę z usługami w dziedzinie kultury i udostępniania zabytków. Rozszerzenie tej działalności w kierunku „srebrnej

gospodarki” stanowiłoby tylko nowy akcent tego, co i tak w Małopolsce się robi.

1. Zasoby kultury

Małopolska sytuuje się w czołówce polskich województw pod względem liczby instytucji kultury. Posiada około 47 000 zabytkowych obiektów i zespołów obiektów (ruchomych i nieruchomych). Należą do nich: zespoły kościelne, budownictwo

Tabela 19. Ranking województw pod względem wskaźników liczby danego rodzaju instytucji kultury na 100 tys. mieszkańców

Województwo	Muzea	Wystawy	Teatry i instytucje muzyczne	Biblioteki	Domy kultury	Kina	Ogółem
małopolskie	1	1	5	6	4	8	25
zachodniopomorskie	12	3	1	9	1	4	30
podlaskie	2	5	7	13	5	3	35
dolnośląskie	8	11	2	8	11	6	46
podkarpackie	9	16	16	1	3	1	46
warmińsko-mazurskie	11	8	13	5	9	2	48
pomorskie	4	4	4	16	7	15	50
wielkopolskie	3	12	10	12	6	7	50
łódzkie	10	2	6	11	10	12	51
opolskie	16	14	12	2	2	11	57
lubelskie	7	15	14	3	14	5	58
mazowieckie	5	7	3	14	16	14	59
lubuskie	13	13	11	4	12	9	62
kujawsko-pomorskie	15	10	9	10	8	13	65
świętokrzyskie	6	9	15	7	13	16	66
śląskie	14	6	8	15	15	10	68

Uwaga: Pierwsza lokata w rankingu oznacza najwyższy wskaźnik, ostatnia najniższy. Kolorem jasnym zaznaczono liderów, kolorem ciemniejszym ostatnia pozycję w rankingu w poszczególnych kategoriach. Wskaźnik syntetyczny obliczono jako sumę miejsc.

Źródło: Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego (2009): z Raportu o stanie kultury

rezydencjonalne, obiekty techniki, dzieła obronne, cmentarze, pałace i dwory, zamki, parki i ogrody. Ponadto w regionie zidentyfikowano ponad 100 obiektów uznanych za dobra kultury współczesnej wpisujących się trwale w krajobraz kulturowy i tym samym stanowiących dziedzictwo kulturowe podlegające ochronie i opiece (najwięcej – 49 w Krakowie i 9 w Zakopanem). Do rejestru zabytków nieruchomych prowadzonego przez Małopolskiego Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków wpisanych jest 3174 obiektów (wg stanu na styczeń 2010 r.), w tym 32 układy urbanistyczne i ruralistyczne. Duża liczba zabytków wpisanych do rejestru koncentruje się w Krakowie i okolicach, a także w południowej części regionu. Do markowego produktu kultury regionu należy Małopolski Szlak Architektury Drewnianej, obejmujący blisko 250 zabytkowych obiektów (kościóły i cerkwie, dwory i skanseny) na przestrzeni 1500 kilometrów. Na listę UNESCO wpisano osiem zabytkowych obiektów i zespołów obiektów chronionych jako światowe dziedzictwo kulturowe, co daje Małopolsce prymat w skali kraju i znaczące miejsce wśród regionów Europy. Pięć zespołów zabytkowych zostało uznanych przez Prezydenta RP za Pomnik Historii.

Małopolska sytuuje się w czołówce województw pod względem liczby instytucji kultury i osiągniętej frekwencji. W regionie działa 1778 instytucji kultury, w tym: 108 muzeów i oddziałów muzealnych, 74 galerie i salony sztuki, 46 kin, 20 teatrów i instytucji muzycznych oraz 763 biblioteki publiczne, łącznie z filiami.

Pod względem liczby muzeów, galerii oraz salonów sztuki i organizowanych w nich wystaw w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców Małopolska lokowała się na pierwszym miejscu. Według wskaźnika dotyczącego teatrów – na drugim (na równi z województwami dolnośląskim i mazowieckim), bibliotek publicznych

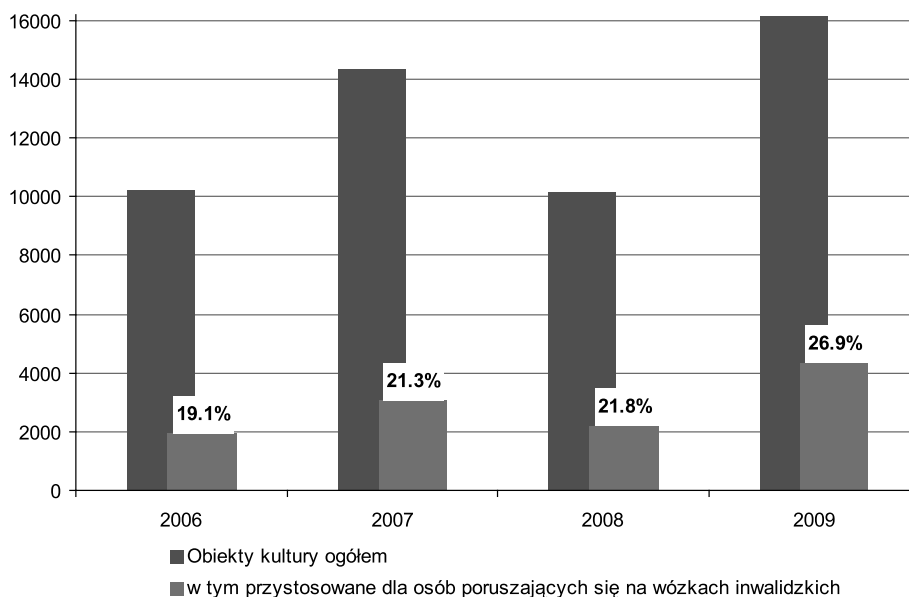
oraz kin – na trzecim miejscu (równorzędna lokata z województwem dolnośląskim) (Urząd Statystyczny w Krakowie 2009).

W obu dziedzinach, w których Małopolska jest liderem, mamy do czynienia z wzrostowymi tendencjami ich rozwoju. Wzrasta bowiem liczba muzeów, teatrów i różnego typu spektakli, galerii i wystaw. Natomiast w odniesieniu do bibliotek oraz kin mamy do czynienia z tendencją spadkową. W przypadku domów kultury po dramatycznym spadku ich liczby w latach 90. trend uległ odwróceniu w połowie następnej dekady. W latach 2000–2007 przybyło ponad 500 nowych domów kultury. Małopolska ma najwięcej tego typu instytucji, chociaż w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców pozycja regionu nie jest już najwyższa – zajmuje czwarte miejsce.

Najwięcej instytucji kultury sytuuje się w Krakowie: 8 centrów i ośrodków kultury, 62 galerie i 4 centra wystawiennicze, 7 teatrów, 17 kin, 6 instytucji muzycznych, 4 biblioteki miejskie z 65 filiami, 41 muzeów i oddziałów muzealnych. W wielu gminach, a nawet powiatach, jedyną instytucją kultury jest stara biblioteka i dom kultury, który jeśli nie został zlikwidowany, powoli budzi się ponownie do życia.

Ważnym obszarem społecznej aktywności kulturalnej mieszkańców regionu jest społeczny ruch kulturalny, w szczególności zaś amatorski ruch artystyczny. Społeczny ruch kulturalny ze względu na swą różnorodność i wielowątkowość jest zjawiskiem wyymykającym się jednoznacznym podziałom i ścisłej charakterystyce. Funkcjonuje zarówno wokół różnego rodzaju stowarzyszeń, fundacji, nieformalnych grup, jak również w powiązaniu z instytucjami kultury i szkołami.

Wykres 38. Liczebność wszystkich obiektów kultury w kraju i udział obiektów przystosowanych dla osób niepełnosprawnych ruchowo w kraju



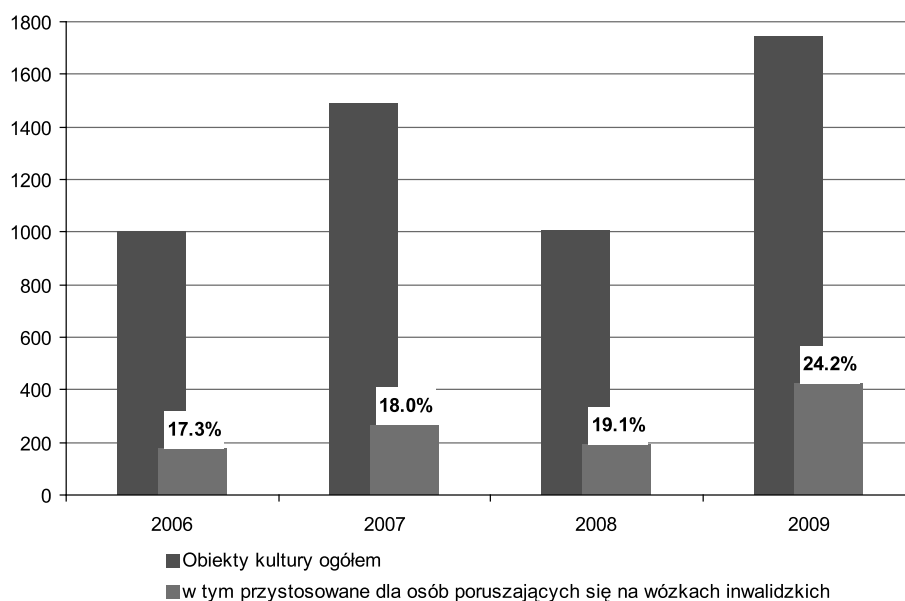
Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie 2009

Tabela 20. Wybrane instytucje kultury dostępne dla osób niepełnosprawnych według województw

Województwo		Ogółem				Odsetek instytucji przystosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich			
		biblioteki publiczne	galerie	kina stałe	muzea	biblioteki publiczne	galerie	kina stałe	muzea
Polska	2006	8 542	293	505	703	15,1	36,2	56,0	23,9
	2007	8 489	294	496	720	16,6	39,5	57,3	24,2
	2008	8 420	331	483	743	17,9	36,3	61,3	25,6
dolnośląskie		651	20	45	60	23,3	25,0	60,0	35,0
kujawsko-pomorskie		452	13	19	27	20,6	23,1	68,4	37,0
lubelskie		601	12	31	38	14,6	33,3	58,1	15,8
lubuskie		263	4	14	15	19,4	50,0	42,9	13,3
łódzkie		561	46	31	41	15,2	39,1	54,8	9,8
małopolskie		763	74	45	108	15,5	25,7	62,2	19,4
mazowieckie		995	42	55	102	24,5	45,2	63,6	30,4
opolskie		320	3	13	13	15,0	-	38,5	30,8
podkarpackie		695	5	32	36	8,5	40,0	46,9	19,4
podlaskie		246	8	19	29	10,6	37,5	63,2	17,2
pomorskie		336	16	23	57	25,6	37,5	65,2	33,3
śląskie		821	33	56	60	20,0	48,5	75,0	35,0
świętokrzyskie		296	11	11	27	14,9	45,5	63,6	29,6
warmińsko-mazurskie		320	8	23	23	20,6	75,0	60,9	17,4
wielkopolskie		720	21	42	85	15,0	28,6	61,9	24,7
zachodniopomorskie		308	15	24	22	25,6	40,0	66,7	27,3

Źródło: GUS 2009

Wykres 39. Liczebność wszystkich obiektów kultury w kraju i udział obiektów przystosowanych dla osób niepełnosprawnych ruchowo w Małopolsce



Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie 2010

Wysoka jest aktywność twórcza mieszkańców Małopolski. Kultura lokalna przekłada się na przedsiębiorczość i służy rozwojowi regionu. Człowiek zaangażowany w teatr, grający w orkiestrze dętej, tańczący w zespole regionalnym, nie tylko rozwija swoją wrażliwość, poczucie estetyki, ale także rozwija się społecznie; uczy się funkcjonowania w grupie, występowania publicznie, uczy się organizacji. To także dobra okazja do międzypokoleniowej integracji ludzi. Takich grup w regionie działa kilkaset, a w każdej grupie pracuje kilkadziesiąt osób, co świadczy o znacznym potencjale społecznie aktywnych ludzi, o wysokim poziomie kapitału społecznego i kulturalnego regionu.

Analizując kulturalne zasoby województwa małopolskiego pod względem ilościowym, zadajemy pytanie o fizyczną dostępność tych instytucji dla osób starszych, które przeciętnie posiadają pewne ograniczenia ruchowe, czy w funkcjonowaniu zmysłów. O kompletny zakres tego rodzaju informacji jest trudno. Dane cząstkowe natomiast, np. na temat dostępności instytucji kultury dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach, są w województwie małopolskim gorsze w porównaniu z odpowiednimi danymi krajowymi. Udział dostosowanych obiektów (wyposażenie w podjazdy, szerokie windy oraz dostosowane toalety) jest mniejszy oraz tempo poprawy wolniejsze niż przeciętnie w kraju. Jedynie w kinach dostęp osób niepełnosprawnych w Małopolsce jest większy niż przeciętnie w kraju.

2. Wydatki na kulturę

Publiczne wydatki na kulturę

Publiczne wydatki na kulturę w Polsce stanowią około 0,5% PKB (w 2008 r. wg danych GUS wynosiły dokładnie 0,53%). Budżet centralny (państwa) przeznaczają na kulturę nieco ponad

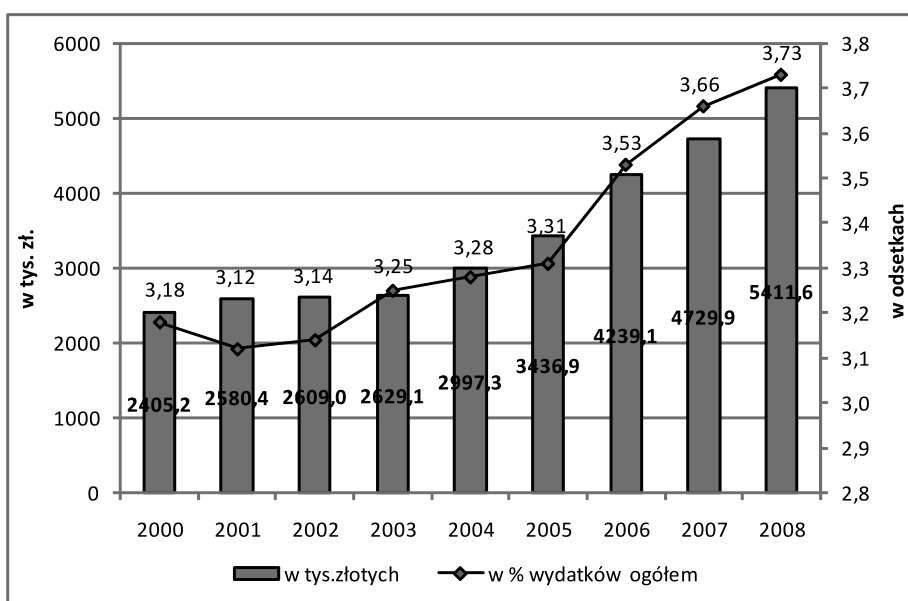
20%. Pozostałą część finansują jednostki samorządu terytorialnego (JST) ze swych budżetów. To reforma decentralizacyjna, realizowana skutecznie w ciągu ostatnich dwóch dekad sprawiła, że finansowanie kultury, podobnie jak wielu innych usług socjalno-kulturalnych, spoczęło na barkach samorządów terytorialnych.

Wydatki samorządów terytorialnych na kulturę po destabilizacji na przełomie dekad zaczęły od 2005 r. systematycznie wzrastać, stabilizując się pod koniec dekady. Wzrost wydatków na kulturę w przeliczeniu na jednego mieszkańca był wyraźniejszy niż całkowity; utrzymywał się w ostatniej dekadzie na poziomie około 10%, czyli wyższym niż wynosił wskaźnik wzrostu PKB. Największy udział w wydatkach – około 74% – mają gminy, łącznie z miastami na prawach powiatu. Udział samorządów województw kształtuje się w granicach 25%, a powiaty zasilają sferę kultury w stopniu nieznacznym.

Porównując strukturę wydatków na kulturę z budżetu centralnego ze strukturą wydatków JST, widoczna jest istotna różnica kierunkowa. Budżet centralny finansuje głównie muzea o znaczeniu ogólnokrajowym i międzynarodowym, instytucje muzyczne i teatry narodowe oraz działania w dziedzinie konserwacji zabytków (prawie 60% całości wydatków na kulturę). Budżety JST natomiast finansują przede wszystkim działalność domów i ośrodków kultury oraz biblioteki (49%). W następnej kolejności – regionalne oraz lokalne teatry i instytucje muzyczne (17%).

Porównując polskie regiony, widać, że w Małopolsce kultura nie stanowiła dotychczas preferowanego kierunku wydatków samorządowych. Na czoło pod tym względem wysunęło się województwo dolnośląskie i mazowieckie. Samorządy małopolskie,

Wykres 40. Wydatki samorządów terytorialnych na kulturę i sztukę



Źródło: GUS 2009

Tabela 21. Wydatki na kulturę per capita w jednostkach samorządu terytorialnego w PLN

Wyszczególnienie	Polska	Małopolska	Województwo pierwsze	Województwo drugie
Wydatki gmin			dolnośląskie	mazowieckie
1995	17,2	18,2	24,3	17,3
2007	91,6	86,5	131,4	116,6
Wydatki powiatów			podkarpackie	świętokrzyskie
1995	1,97	1,32	1,79	2,49
2000	2,01	1,66	4,89	4,35
Wydatki województw			mazowieckie	podlaskie
1999	13,1	11,7	12,7	11,0
2007	30,4	29,6	49,5	48,8

Źródło: obliczenia własne na podstawie Banku Danych Regionalnych GUS

Tabela 22. Udział wydatków na kulturę w budżecie województwa małopolskiego w latach 2001–2010

Lata	Budżet województwa małopolskiego			Udział kultury w całości budżetu %
	Ogółem PLN	w tym na kulturę ogółem PLN	z tego: kultura – wydatki inwestycyjne	
2001	351 978 928	50 990 255	5 308 653	14,5
2002	365 224 273	50 519 366	3 031 076	13,8
2003	382 772 822	57 549 113	10 029 566	15
2004	423 666 508	73 744 400	23 112 495	17,4
2005	534 257 051	70 598 500	14 924 643	13,2
2006	680 364 323	96 582 061	36 396 535	15,2
2007	744 987 677	98 849 588	37 646 268	13,4
2008	923 339 421	162 791 217	75 830 689	17,6
2009	1 498 463 061	139 013 529	31 176 846	9,3
2010 (plan)	1 299 967 049	114 161 295	21 196 461	8,8

Źródło: Departament Kultury i Dziedzictwa Narodowego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2009

mimo bogactwa posiadanych zasobów, oszczędzają na kulturze. Może też bardziej liczyć na budżet centralny.

Samorząd województwa małopolskiego, który wydatnie wspiera kulturę m.in. w ramach finansowania sieci wojewódzkich instytucji kultury oraz dofinansowywania projektów realizowanych przez inne podmioty w regionie²⁶, w ostatnich latach, latach globalnego kryzysu finansowego, znacząco obniżył wydatki na kulturę, głównie o charakterze inwestycyjnym. W konsekwencji

²⁶ Samorząd województwa małopolskiego jest organizatorem 22 regionalnych instytucji kultury, w tym 5 instytucji artystycznych, 10 muzeów, 7 instytucji upowszechniania kultury. W latach 2008–2008 znacząco wspierał inicjatywy innych podmiotów w dziedzinie kultury, między innymi na prace konserwatorskie, restauratorskie i budowlane przy małopolskich obiektach zabytkowych – przekazał łącznie 12,6 mln PLN na 268 zadań, a na realizację projektów w dziedzinie kultury pn. „Mecenat Małopolski” – 7 mln PLN na 404 zadania (informacje Departamentu Kultury i Dziedzictwa Narodowego Urzędu Marszałkowskiego Małopolski)

wskaznik udziału wydatków na kulturę w budżecie województwa w latach 2008–2010 obniżył się dwukrotnie.

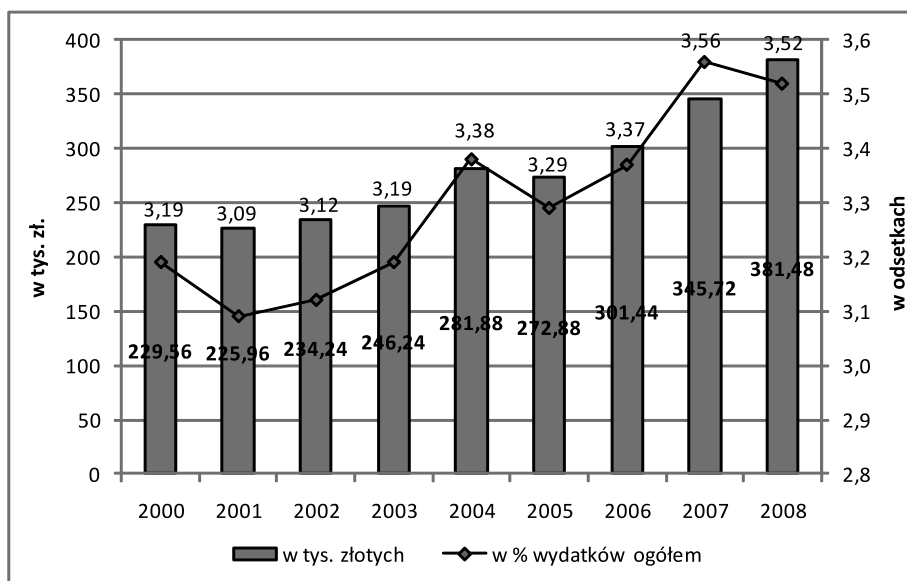
Instytucje kultury, mimo osiągnięcia znaczących przychodów²⁷ (w 2008 r. ponad 0,5 mld zł), nie są samofinansujące się. Koszty uzyskania przychodów z całokształtu działalności są wyższe, chociaż ujemne saldo nie jest wysokie.

Indywidualne wydatki na kulturę

Oceniając indywidualne wydatki na kulturę, należy zauważyć, że są one jeszcze zbyt niskie, aby mogły stanowić źródło trwałego popytu. W ciągu ostatnich dziesięciu lat nie kształtowały się stabilnie, chociaż wyrównanie trendu wskazywałoby na tendencję wzrostową.

²⁷ Najwięcej przychodów wypracowały instytucje artystyczne i rozrywkowe – 60,0% oraz muzea – 27,1%.

Wykres 41. Wydatki gospodarstw domowych na kulturę przeciętnie na osobę w gospodarstwie



Źródło: GUS 2009

Gospodarstwa domowe w województwie małopolskim wydają środki na kulturę w sposób wysoce nieregularny, bardziej niż w innych regionach. Według danych zaprezentowanych w tabeli 23, zarówno w 2002, jak w 2005 roku nastąpił niespodziewanie bardzo znaczny spadek tych wydatków, a w roku 2007 – bardzo wysoki wzrost. Niestabilne zachowania małopolskich gospodarstw domowych rekompensują zapewne wydatki turystów, które mają bardziej regularny trend.

3. Uczestnictwo w kulturze

W ciągu ostatnich dwudziestu lat istotnie zmienił się obraz uczestnictwa w kulturze, rzutując na rozwój instytucji kultury, estetykę przestrzeni publicznej i formy aktywności kulturalnej. Zmienił się bowiem sposób spędzania czasu wolnego, wzrosło tempo życia, co charakteryzuje popularny termin „życie w niedoczasie”. Zmienił się gust kulturalny, dostęp do instytu-

cji kultury w wyniku komercjalizacji instytucji oraz wzrostu cen produktów i usług kulturalnych, pojawiły się nowe pod względem technologicznym nośniki kultury. Zmiany te, syntetycznie przedstawione w opracowaniach składających się na *Raport o Stanie Kultury* (Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego 2009), prowadzą do nowego obrazu uczestnictwa w kulturze, co z pewnym upraszczającym uogólnieniem można scharakteryzować następująco:

- kultura konkuruje z rozrywką i rekreacją, a także z informacją,
- telewizja, jako dotychczas główny „wypełniacz” czasu wolnego konkuruje z Internetem,
- w kulturze artystycznej uczestniczy się za pośrednictwem mediów,

Tabela 23. Dynamika wzrostu indywidualnych wydatków gospodarstw domowych na kulturę według województw

Województwo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Polska	7,9	-0,9	1,3	10,4	5,9	0,4	12,6	15,7
dolnośląskie	-2,1	4,1	-1,6	9,1	2,9	13,4	5,9	20,7
kujawsko-pomorskie	16,4	5,9	1,4	2,0	4,7	8,4	16,1	21,1
lubelskie	3,8	-4,9	3,5	9,7	9,7	-3,9	9,8	16,8
lubuskie	16,1	-5,1	-6,5	16,2	-6,0	10,0	18,0	10,7
łódzkie	10,6	-11,3	14,9	8,6	-0,7	3,2	11,2	16,8
małopolskie	0,2	11,9	-5,8	2,1	17,4	-10,9	6,0	31,9
mazowieckie	11,2	-3,6	5,3	20,0	7,7	-8,8	16,3	13,0

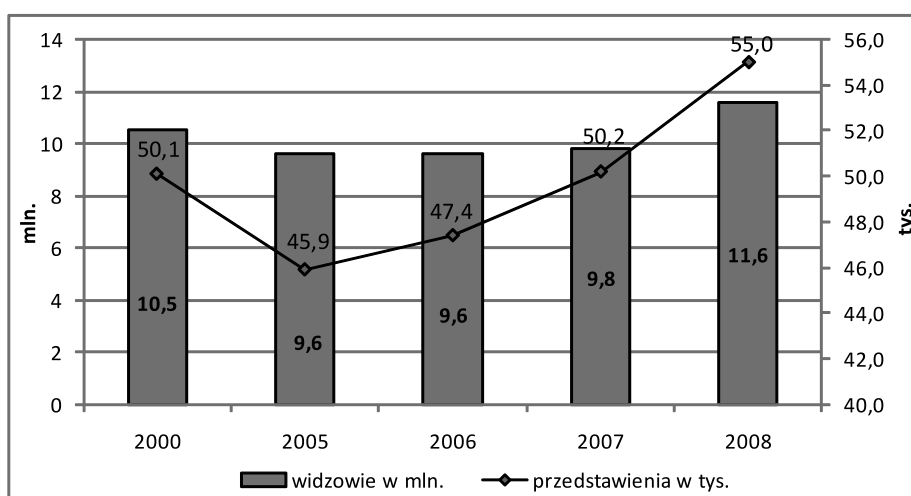
Źródło: GUS: Bank Danych Regionalnych

- zacieśnia się podział na kulturę wyższą i niższą,
- wzrasta udział imprez masowych, także w obszarze tradycyjnej kultury wysokiej,
- wzrasta aktywność twórców i odbiorców kultury niezinstytucjonalizowanej, samorodnej: amatorzy malarze, pisarze, środowiskowe teatry, uliczne występy itd.,
- wzrasta uczestnictwo w kulturze „przy okazji”,
- w wyjściach z domu dominują wizyty w centrach handlowych oraz w restauracjach, kawiarniach i pubach,

- w wyniku większej mobilności wzrasta pozalokalne uczestnictwo w kulturze (wyjazdy do większych ośrodków miejskich),
- wzrasta grupa osób wykluczonych z czytelnictwa książek oraz uczestnictwa w tradycyjnej kulturze wysokiej.

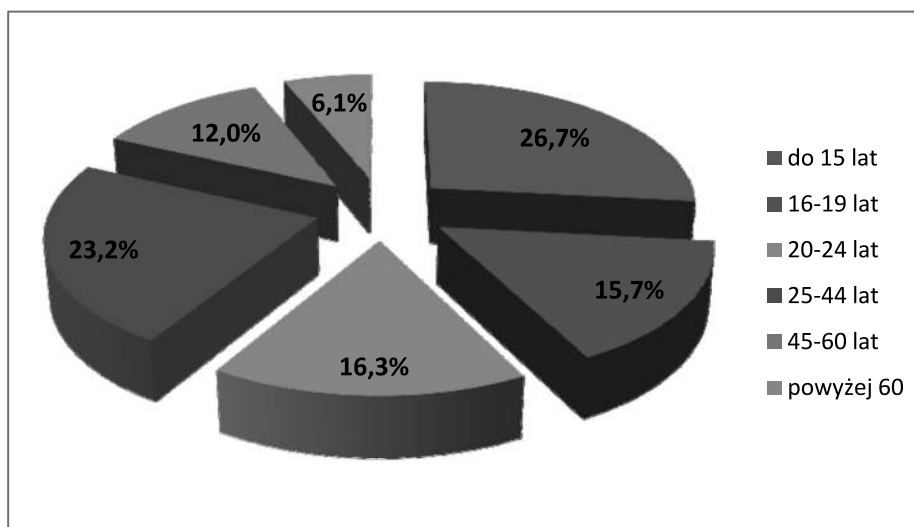
Uczestnictwo w kulturze w sensie ilościowym jest obecnie większe. Dotyczy to w zasadzie wszystkich rodzajów kultury, poza czytelnictwem książek wypożyczanych w bibliotekach. Na przykład pokaźny jest wskaźnik frekwencji w teatrach i na koncertach. Zmieniło się natomiast to, że dotyczy to najbardziej ośrodków wielkomiejskich, z instytucjami kultury o dużej reno-

Wykres 42. Przedstawienia i widzowie w teatrach i instytucjach muzycznych



Źródło: GUS 2009

Wykres 43. Czytelnicy bibliotek publicznych w 2008 r. wg grup wiekowych



Źródło: GUS 2009

mie oraz osób z wyższym poziomem wykształcenia, którego zakres istotnie się zwiększył. Jednocześnie wyraźniejsza jest grupa osób całkowicie wykluczonych z uczestnictwa w każdej formie kultury wyższej.

Uczestnictwo w kulturze w przekroju wieku jest zróżnicowane. Po pierwsze, wraz z wiekiem maleje, chociaż aktywizacja osób starszych w formach zorganizowanych (UTW i kluby seniora) sprzyja kontynuacji uczestnictwa mimo wieku, a w kilku przypadkach sprzyja nawet jego wzrostowi. Po drugie – uczestnictwo to jest selektywne, większe tylko w odniesieniu do niektórych rodzajów działalności kulturalnej. Związane jest to z różnymi preferencjami dla sposobu spędzania czasu w przekroju grup wieku. Ukazuje to tekst w ramce oparty na badaniach przeprowadzonych w 2009 r. dla Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego na potrzeby *Raportu o Stanie Kultury w Polsce* (Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego 2009).

Zróżnicowanie sposobów spędzania wolnego czasu według wieku w miastach:

Młodzież: wychodzi z domu, szuka rozrywek na mieście i przebywa z rówieśnikami. Rysuje się podział na przebywanie w przestrzeni publicznej (z rówieśnikami) i prywatnej (z partnerem/partnerką). Dominują dyskoteka lub klub muzyczny i spotkania w pubach lub kawiarniach; kolejno uprawianie sportu (głównie: rower, siłownia, skateboard, rolki, ale też nieco bardziej elitarne tzw. sporty miejskie, jak parkour, turbogolf, freestyle rowerowy).

Ludzie w średnim wieku: w ich wypadku istotny jest podział na **codzienny czas wolny** przeznaczany przede wszystkim na wypoczynek (przebywanie w domu i spacer) oraz cykliczny czas bez pracy (weekendy i urlopy); tylko ten drugi jest planowany.

Ludzie starsi: najczęściej przebywają w domu, uprawiają ogródek, zajmują się pracami domowymi, czytają, oglądają telewizję, stosunkowo licznie uczestniczą w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku i klubów seniora (częściej są one szansą uczestnictwa w kulturze dla osób z małych miast). W większych miastach pojawiają się ponadto inne wzorce: ludzie starzy chodzą do teatru, do kina i do szkoły tańca, grillują i grają w szachy, w wakacje wyjeżdżają za granicę, nad ciepłe morza. Dominuje opinia, że optymalny sposób spędzania wolnego czasu to, prócz spacerów i turystyki dla zdrowia, korzystanie z usług instytucji oferujących kulturę wysoką, a więc chodzenie do teatru, do opery, filharmonii, odwiedzenie galerii sztuki. Przeszkodą może być brak pieniędzy, ale też brak chęci.

Uwaga: młodzież wolny czas ludzi starszych i ich role społeczne (dziadków, samotników) postrzega stereotypowo: chodzą do parku, pracują na działce, siedzą w domu i oglądają telewizję; rzadko młodzi dostrzegają starszych uprawiających w parkach *jogging* albo *nordic walking*, co nie umyka uwadze starszych respondentów.

Źródło: Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego 2009: z *Raportu o Stanie Kultury*

Uczestnictwo w kulturze osób w tzw. wieku niemobilnym oraz osób starszych jest bardziej lokalne niż osób młodszych. Korzystają z istniejących w miejscu zamieszkania lub w pobliższej miej-

scowości centrów i domów kultury oraz bibliotek. Z badania „Oferta kulturalna Małopolski skierowana do osób starszych” przeprowadzonego specjalnie na potrzeby niniejszej strategii wynika, że są oni dostrzegani z jednej strony jako znaczący klienci w tradycyjnych obszarach kultury: koncerty muzyczne, opera, operetka, śpiew, folklorystyczne zespoły taneczne, wystawy o treści historycznej i patriotycznej oraz przyrodniczej, a z drugiej – jako klienci poszukujący informacji, specyficznego treningu oraz zajęć związanych z promocją zdrowia oraz kulturalnej rekreacji – przy spotkaniach oraz z gazetą i książką

Osoby starsze ciągle bardzo sobie cenią kontakt z książką. Stanowią największą grupę czytelników bibliotek publicznych (patrz wykres 43).

Oferta kulturalna uwzględniająca preferencje osób starszych

W celu sprawdzenia, w jakim stopniu potrzeby kulturalne osób zróżnicowanych pod względem wieku są brane pod uwagę w prowadzonej działalności głównych instytucji kultury, na potrzeby niniejszej strategii przeprowadzono badanie ankietowe o charakterze sondażowym na grupie 30 instytucji kultury działających na obszarze województwa małopolskiego²⁸. Wyniki badania są następujące:

- Ponad połowa (60%) badanych instytucji w ogóle nie prowadzi badań dorosłych odbiorców oferty prowadzonej przez siebie działalności.
- Zdecydowana większość (69%) ankietowanych instytucji twierdziła, że obiekty są fizycznie dostępne. Ich infrastruktura jest dostosowana całkowicie lub częściowo do potrzeb osób starszych. Poprawa standardu dostępności ma miejsce przede wszystkim w obiektach wybudowanych lub kompleksowo zmodernizowanych w ciągu ostatnich 4 lat z wykorzystaniem wsparcia finansowego z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.
- Zdecydowana większość ankietowanych instytucji (66,7%) nie korzysta z pracy wolontariuszy rekrutujących się spośród osób starszych²⁹.

28 Instytucje wytypowano tak, aby zapewnić jak najpełniejszy obraz, tak pod względem charakteru instytucji (organizator instytucji, wielkość, zakres działania), jak i miejsca ich funkcjonowania. Wśród badanego zbioru znalazło się: 13 instytucji z terenu Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego, w tym 1 instytucja narodowa (muzeum), 3 regionalne instytucje kultury (muzeum, instytut kultury, biblioteka) oraz 9 instytucji kultury Gminy Miejskiej Kraków (muzea i ośrodki kultury); 17 instytucji działających na pozostałym obszarze województwa, w tym 7 regionalnych instytucji kultury (muzea, centra kultury) oraz 10 gminnych, miejskich i powiatowych ośrodków kultury.

29 W Polsce wolontariuszami są w większości wypadków ludzie młodzi (uczniowie, studenci), którzy w ten sposób zdobywają doświadczenie zawodowe. Z korzyścią tak dla instytucji, jak i samych wolontariuszy byłoby, gdyby pracę wolontariuszy organizowano w małych lub większych zespołach, zróżnicowanych także wiekowo. Kreatywność to dziś najbardziej pożądana kompetencja na rynku pracy, a to właśnie różnorodność (młodość, energia, nowoczesność, pasja, doświadczenie, wiedza) tworzy warunki dla twórczego myślenia i działania. Do wykonania jest praca po obu stronach – zarówno instytucji, jak i osób starszych.

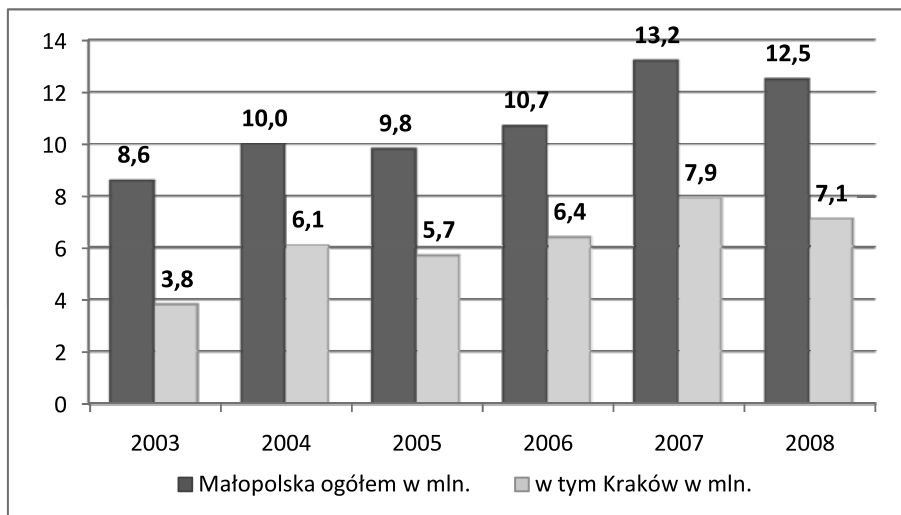
- Aż 93,3% instytucji współpracuje z organizacjami zrzeszającymi osoby starsze. Najwięcej (32,14%) z uniwersytetami trzeciego wieku, następnie z klubami seniora (28,6%), oddziałami Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów (21,4%), organizacjami kombatanckimi (17,9%), organizacjami pozarządowymi działającymi w dziedzinie kultury oraz domami i ośrodkami pomocy społecznej (po 14,3%).
- Blisko połowa instytucji (46,7%) wskazuje, że posiada ofertę adresowaną specjalnie do osób starszych, uwzględniającą preferencje i gusta seniorów.
- Na pytanie o ofertę integrującą pokolenia, instytucje wskazały następujące aktywności:
 - o 40% badanych instytucji wskazało wystawy wykorzystujące różnorodne środki przekazu, uwzględniające zdolności percepcji osób starszych i dzieci oraz spotkania z seniorami, którzy dzielą się z młodymi osobami swoją wiedzą, doświadczeniem, umiejętnościami,
 - o 36,6% – warsztaty aktywizujące różne grupy wiekowe,
 - o 13,3% – różnego rodzaju imprezy plenerowe.

Aktywność w organizowaniu działań integrujących pokolenia jest wieloraka i pomysłowa. W ramce podane zostały jej przykłady w ramach listy dobrych praktyk w akcjach z udziałem osób starszych i na ich rzecz.

Przykłady dobrych praktyk w aktywności kulturalnej na rzecz osób starszych i integrującej pokolenia:

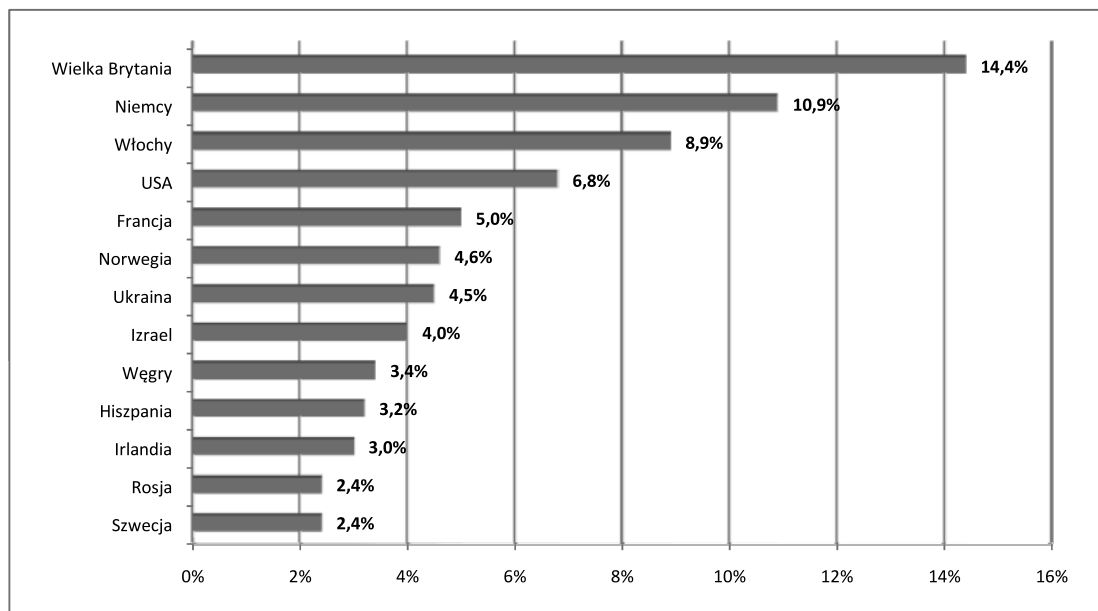
- projekt **Zielona Linia** zakładający współpracę seniorów i gimnazjalistów – Muzeum Narodowe w Krakowie,
- projekt **Drzewo i liść** (w przygotowaniu) – wspólne zajęcia dla dzieci i dziadków (z udziałem seniorów jako wolontariuszy) – Muzeum Narodowe w Krakowie,
- **Debaty** – debaty na temat projektowania przestrzeni w kontekście różnych grup interesariuszy i użytkowników – Małopolski Instytut Kultury,
- społeczne projekty badawczo-historczne dot. lokalnych społeczności (projekt **NowaHuta RTF**, program **Warto pamiętać**) – Małopolski Instytut Kultury,
- **Szkoła @ktywnego Seniora** (wykłady, warsztaty, nordic walking, olimpiada komputerowa) – Wojewódzka Biblioteka Publiczna,
- pakiet **Aktywni – wiekiem intensywni** (m.in. kursy komputerowe, Komputerowy Klub Seniora i Punkt Porad Informatycznych, klub filmowy, zajęcia taneczne i gimnastyczne, warsztaty plastyczne, kursy językowe) – Ośrodek Kultury im. Cypriana Kamila Norwida,
- cykl wykładów **Akademia 60+** – Muzeum Historyczne Miasta Krakowa w Krakowie,
- warsztaty etnograficzne: projekt **Etno-kalendarz** (cykl całoroczny) oraz projekt **Zaokrętu się na MEK. Letnie podróże etnograficzne** (cykl wakacyjny) – Muzeum Etnograficzne im. Seweryna Udzieli w Krakowie,
- projekt badawczy **działo-działka** poświęcony fenomenowi ogródków działkowych – Muzeum Etnograficzne im. Seweryna Udzieli w Krakowie.

Wykres 44. Ruch turystyczny w Małopolsce w latach 2003–2009



Źródło: Instytut Turystyki 2008

Wykres 45. Pochodzenie turystów zagranicznych przyjeżdżających do Małopolski



Źródło: Instytut Turystyki 2008

4. Potencjał turystyczny Małopolski

Turystyka w Małopolsce rozwija się od wielu lat, bazując na zasobach kultury Krakowa i regionu oraz na wyjątkowych walorach krajobrazu i klimatu, urozmaiconej rzeźbie terenu, bogactwie różnego rodzaju kopalni, w tym źróź termalnych, ciekawej roślinności, parków krajobrazowych oraz występowania lokalnych mikroklimatów. Atrakcyjność turystyczna Małopolski spowodowała, że rozwinęła się jej baza. Liczba zlokalizowanych na terenie województwa hoteli, moteli i pensjonatów stawia Małopolskę na pierwszej pozycji w kraju. To skutkuje dysponowaniem najwyższą liczbą miejsc w obiektach zbiorowego zakwaterowania (55 430). Pod względem stopnia wykorzystania miejsc noclegowych w skali całorocznej województwo znajduje się zwykle na drugiej pozycji, tuż po województwie dolnośląskim.

Ruch turystyczny ma tendencję rosnącą z pewnym zahamowaniem w dwóch ostatnich latach, w związku z oddziaływaniem globalnego kryzysu finansowego. W 2007 r. Małopolskę odwiedziła rekordowa liczba turystów – 13,2 mln osób, a Kraków prawie 8 mln. Turyści najchętniej zwiedzają Kraków, a w nim Zamek Królewski na Wawelu, który rocznie zwiedza ponad 2 mln osób, Kościół Mariacki, Rynek Główny i Sukiennice, a także coraz częściej Kazimierz. Ponadto turyści często zwiedzają Wieliczkę, Oświęcim, Wadowice, Zakopane i Krynice Górską. Tymczasem ogromne zróżnicowanie walorów turystycznych umożliwia rozwój wszelkich rodzajów turystyki.

Szacuje się, że łączne wpływy z turystyki w ostatnich latach kształtują się na poziomie około 7,0 mld zł (w najlepszym 2007 r. wyniosły prawie 9 mld zł). Bez mała 60% turystów pochodzi

z zagranicy. Przeciętnie najwięcej wydają turyści amerykańscy, a najwięcej osób pochodzi z Wielkiej Brytanii, co obrazuje poniższy wykres.

Poza klasycznymi turystami do Małopolski przyjeżdżają też uczestnicy licznych konferencji i kongresów, spotkań biznesowych i dyplomatycznych, zamiejscowi studenci, sportowcy, wczasowicze (korzystający także z agroturystyki) i pacjenci lecznictwa uzdrowiskowego, a także pielgrzymi.

5. Wnioski

Rozwój bazy kulturalnej i turystycznej w regionie jest nierównomierny, nie wykorzystuje pełni bogactwa zasobów Małopolski. Ruch turystyczny wykazuje nadmierną koncentrację w rejonie Krakowa, Kopalni Soli w Wieliczce, Oświęcimia oraz na Podhalu. Jednocześnie nierównomiernie i raczej słabo wykorzystywane są pozostałe części województwa. Przy większej promocji także innych obszarów i miejscowości regionu oraz rozwoju infrastruktury i uatrakcyjnieniu oferty pobytowej Małopolska ma wyjątkowe szanse dynamicznego rozwoju. Tych szans nie miałyby, bazując wyłącznie na popycie wewnętrznym. Jest on bowiem słaby i niestabilny. Dlatego tak ważne jest promowanie Małopolski – jako regionu atrakcyjnego turystycznie – nie tylko poprzez typowo turystyczne atrakcje, ale także poprzez kulturę.

Oferty instytucji kultury, rekreacji i turystyki nie uwzględniają potrzeb osób starszych w sposób specjalny. Instytucje kultury rzadko badają odbiorców swej oferty ze względu na wiek. Tymczasem instytucje kultury to instytucje społecznej misji. Mogą ją skutecznie realizować, jeśli znają swojego odbiorcę, jego po-

trzeby i wiedzą, jak je zaspakajać oraz – co ważne – kształtować. Korzyści płynące z systematycznych badań odbiorców oferty są nie do przecenienia – umożliwiają identyfikację społecznych potrzeb, pozyskanie nowych odbiorców oferty instytucji, możliwość skutecznego działania z wykorzystaniem coraz to nowych form przekazu i komunikacji. Jednym słowem warunkują sprawność działania instytucji i jej społeczny odbiór.

Duże znaczenie dla uczestnictwa w kulturze osób starszych ma wielofunkcyjność instytucji kultury³⁰, tak aby w jednym miejscu można było nie tylko uczestniczyć w jakimś wydarzeniu, ale też zdobyć potrzebną informację, dzięki dostępowi do Internetu, wypożyczyć, kupić lub przejrzeć w czytelni książkę czy czasopismo oraz zjeść zdrowy i smaczny posiłek. Wielofunkcyjności szczególnie odpowiada program „Biblioteka+”, realizowany przez Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego przy współudziale Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności. Zakłada on, że w ciągu kilku lat zbudowany zostanie system nowoczesnych placówek bibliotecznych. Ponad dwa tysiące bibliotek gminnych w Polsce ma zostać przekształconych w nowoczesne centra kultury. Samorządy województwa małopolskiego, dołączając do tego programu dodatkową sieć takich centrów, wpiszą się tym samym w realizację koncepcji „srebrnej gospodarki”.

6. Rekomendacje

Rekomendacje w odniesieniu do kultury oraz turystyki, podobnie jak przypadku innych dziedzin, adresowane są do wielu odbiorców, wśród których samorządy terytorialne stanowią jednak odbiorcę głównego. JST mogą bowiem inicjować oraz stymulować regulacje i inne decyzje ogólnokrajowe sprzyjające rozwojowi regionów. Mogą też podejmować różne działania samodzielnie na podstawie własnych preferencji, potrzeb i środków. Wśród JST szczególna rola przypada samorządowi wojewódzkiemu, który poprzez swe funkcje strategiczno-planistyczne ukierunkowuje rozwój regionu, nie dysponując jednak adekwatnymi do tego narzędziami. Wskazywanie kierunków rozwoju mogłoby być procesem skuteczniejszym realizacyjnie, gdyby samorząd województwa przyjął także funkcje realnego animatora działań. Szczególne znaczenie ma to w dziedzinie kultury, istotnie zależnej od wsparcia funduszy publicznych.

Najważniejsze z postulowanych rekomendacji pod adresem JST zawiera poniższa lista:

- Opracowanie dokumentu strategiczno-programowego w zakresie rozwoju zasobów kultury i turystyki w Małopolsce w zgodzie z koncepcją „srebrnej gospodarki”, uwzględniającej zwiększone korzystanie i uczestnictwo starszych grup odbiorców kultury, turystów, pielgrzymów oraz osób odwiedzających region z innego powodu.

³⁰ Przykładem dostrzegania tych potrzeb są inwestycje prowadzone przez instytucje kultury województwa małopolskiego, np.: wybudowana siedziba Muzeum Lotnictwa Polskiego w Krakowie, budowa Małopolskiego Ogrodu Sztuki w Krakowie prowadzona przez Teatr im. Juliusza Słowackiego w Krakowie, budowa przez Ośrodek Dokumentacji Sztuki Tadeusza Kantora „Cricoteka” Muzeum Tadeusza Kantora, modernizacja siedziby Mościckiego Centrum Kultury w Tarnowie czy budowa galerii Małopolskiego Centrum Kultury „Sokół” w Nowym Sączu.

- Wprowadzanie do planów i programów rozwoju regionalnego w każdej dziedzinie perspektywy zróżnicowania potrzeb i popytu ze względu na wiek.
- Sformułowanie zasad polityki regionalnej w dziedzinie kultury oraz turystyki wobec obszarów słabiej rozwiniętych, a posiadających znaczny potencjał dla rozwoju „srebrnej gospodarki”. Wykorzystanie w tym celu środków UE, składanie ofert lokalizacji przedsięwzięć biznesowych, ukierunkowywanie alokacji środków publicznych.
- Opracowanie programu dofinansowywania uczestnictwa w kulturze wybranych grup ludności w celu poprawy dostępności do kultury wysokiej i powszechnej, przy jednoczesnym redukowaniu kosztów uczestnictwa w kulturze. Tendencja ta winna korespondować z polityką mecenatu nad kulturą w celu wzmocnienia atrakcyjności oferty kulturalnej adresowanej także do osób starszych.
- Stworzenie platformy koordynującej (prowadzącej) działalność wspierającą edukację i doradztwo w zakresie prowadzenia działalności kulturalnej, upowszechniania metod nowoczesnego zarządzania w kulturze oraz doskonalenia zawodowego kadr kultury np. w formie kursów, cyklicznie organizowanych spotkań seminaryjno-szkoleniowych, stworzenia forum wymiany doświadczeń i upowszechniania dobrych praktyk.
- Stymulowanie i wspieranie badań niezbędnych w rozwoju świadomości i wiedzy na temat procesu starzenia się populacji i jego konsekwencji, służących racjonalnemu podejmowaniu decyzji, także w dziedzinie kultury i turystyki, a w szczególności:
 - o badań i analizy popytu na dobra i usługi w zakresie szeroko rozumianej kultury (w tym przemysłów czasu wolnego) oraz poziomu satysfakcji z dostępnej oferty wśród grup zróżnicowanych pod względem wieku,
 - o standardów usług, jakich oczekują ludzie starsi oraz możliwości instytucji kultury w ich osiągnięciu,
 - o warunków decydujących o zaktywizowaniu osób starszych z uwagi na profil wykształcenia, specyfikę zawodową, miejsce zamieszkania, poziom zamożności itp.,
 - o typu informacji i jej nośników umożliwiających dotarcie z ofertą do osób starszych, np. poprzez Internet, bibliotekę, kościół.
- Podejmowanie działań edukacyjnych wobec pracowników (zarządzającego szczebla) instytucji kultury, rekreacji i turystyki, uświadamiających potrzebę dokonywania badań odbiorców ich oferty, w tym odbiorców w wieku 65+.
- Egzekwowanie realizacji programów inwestycyjnych oraz systematyczne wspieranie przez samorządy terytorialne modernizacji i przebudowy obiektów służących dostosowaniu instytucji kultury do uczestnictwa osób mniej sprawnych w zgodzie ze standardami zawartymi w prawie krajowym

i wymogami UE. Monitorowanie inwestycji pod kątem dostosowania infrastruktury kultury do potrzeb i sprawności osób starszych: inwestycje w muzeach, bibliotekach, centrach kultury i innych instytucjach kultury wspieranych finansowo ze środków publicznych, krajowych i unijnych.

- Włączenie się JST do rozwoju sieci „biblioteka plus”, stanowiących wielofunkcyjne centra działalności kulturalnej, informacyjnej i doradczej także dla osób starszych. Postulowanie ich zarówno w ramach decyzji w zakresie nowych inwestycji, jak i rozbudowy już istniejących obiektów.
- Przyjęcie określonych priorytetów inwestycyjno-rozwojowych w dziedzinie kultury i turystyki przyjaznych rozwojowi „srebrnej gospodarki”:
 - o dbałość o estetykę i dostępność przestrzeni publicznej dla osób starszych w miejscowościach turystycznych, ze szczególnym uwzględnieniem miejscowości uzdrowiskowych,
 - o rozwój infrastruktury dla różnych form aktywności fizycznej przyjaznych zarówno seniorom (szlaki piesze, rowerowe, miejsca wypoczynku z ławkami), jak i osobom młodszym (turystyka kwalifikowana z coraz większym akcentem na sport),
 - o rozwój i poprawa komunikacji zbiorowej w miejscowościach turystycznych i uzdrowiskowych w celu zwiększenia komfortu użytkowania jej przez osoby starsze oraz niepełnosprawne ruchowo, np. zwiększenie liczby niskopodłogowego taboru szynowego i autobusów.
- Zbadanie przyczyn niskiej pozycji Małopolski w rankingu atrakcyjności inwestycyjnej województw (jedenasta pozycja – ocena IBnGR 2008) i podjęcie działań zwiększających usytuowanie Małopolski, szczególnie w odniesieniu do inwestycji infrastrukturalnych w turystyce.

- Wspieranie tradycyjnego rzemiosła, szczególnie w zakresie zawodów ginących, poprzez opracowanie i wdrożenie programów szkoleń, staży dla osób zainteresowanych nauką w ginących zawodach, systemu doradztwa oraz wsparcia pomostowego i bezzwrotnych dotacji inwestycyjnych, a także promocja i kreowanie mody na wyroby rzemieślnicze wykonywane metodą tradycyjną.
- Promowanie i wspieranie przez JST działań przemysłu czasu wolnego poprzez tzw. przemysłową politykę kulturalną zakładającą stymulowanie lokalnej produkcji dóbr i usług kultury na rynek ponadlokalny lub na eksport, co powinno skutkować wzrostem wpływów z podatków tego sektora oraz wzrostem zatrudnienia, także osób starszych (części etatu, kontrakty, umowy o dzieło i zlecenia).
- Promowanie i wspieranie przez JST cywilizowanej rozrywki i specjalistycznej oferty w dziedzinie żywienia, a także turystyki związanej ze zdrowym lokalnym żywieniem; podróże do producentów, oryginalnych kuchni i obiektów folklorystycznych.
- Korzystanie w kulturze i turystyce z pracy wolontariuszy³¹. Tworzenie systemów zachęt opartych na różnych formach honorowania wolontariuszy, np. przez zapraszanie na wernisaże, zwiedzanie wystawy przed ich oficjalnym otwarciem, spotkania się z kuratorami itp.
- Upowszechnienie dobrych praktyk zagospodarowania i adaptowania obiektów zabytkowych do nowych funkcji związanych z kulturą i turystyką oraz na inne cele publiczne (np. ośrodki rezydencyjne dla osób starszych); tworzenie systemu zachęt w tym zakresie.
- Wypracowanie i wprowadzenie efektywnego systemu współpracy z sektorem pozarządowym działającym w sferze kultury poprzez weryfikację dotychczas stosowanych kryteriów i form wsparcia, zidentyfikowanie wszystkich możliwych oraz wybór najefektywniejszych.

31 Wykorzystanie korzyści z pracy wolontariuszy (poza aspektami społecznymi – przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, które jest ogromnym problemem dla samotnych osób po zakończeniu aktywnej pracy zawodowej) ma wartość wymierną z punktu widzenia efektywności zarządzania instytucją kultury.

Część VII.

Zasoby gospodarcze w Małopolsce

Potencjał gospodarczy regionu jest warunkiem, a jednocześnie efektem uruchomienia całości posiadanych zasobów na potrzeby strategii. Na potencjał gospodarczy składa się wiele elementów. W strategii zwrócono uwagę na produkt krajowy brutto, dochody i wydatki w gospodarstwach domowych, przeciętne zarobki, oszczędności, przedsiębiorczość, inwestycje, w tym zagraniczne, oraz finanse publiczne. Analiza zasobów była ograniczona dostępnością danych, które dla wielu wskaźników nie posiadają dezagregacji w wymiarze regionalnym.

1. PKB w Małopolsce na tle kraju i Europy

Podstawowym wskaźnikiem makroekonomicznym – pomocnym w ocenie rozwoju gospodarczego, a także potencjału tego rozwoju – jest produkt krajowy brutto. Oceny w tym zakresie można dokonać przy pomocy kilku wskaźników: poziomu PKB w przeliczeniu na osobę, dynamiki wzrostu oraz porównania do przeciętnych wartości obu wskaźników dla Polski i dla krajów UE (wskaźnik konwergencji).

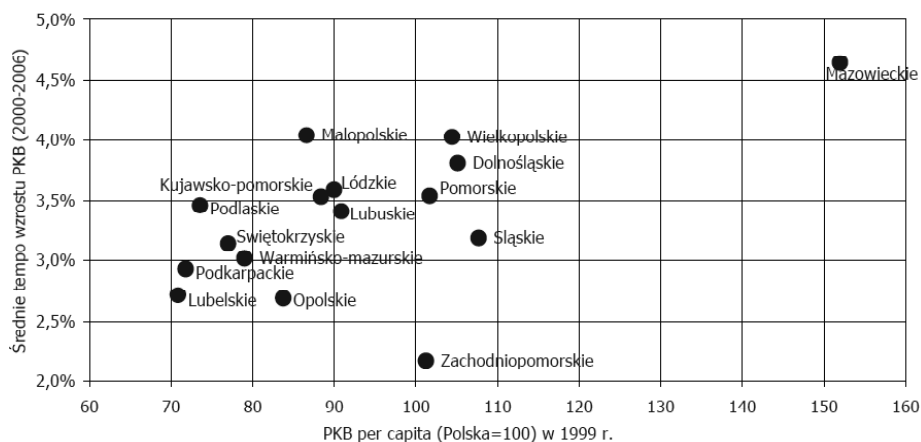
Małopolska należy do regionów o średnim poziomie rozwoju. Pod względem poziomu PKB *per capita* plasuje się na **dziewiątym** miejscu w kraju. Rozwijają się jednak dynamicznie i dogania

inne, czołowe regiony zarówno pod względem poziomu rozwoju, jak i dynamiki wzrostu (region mazowiecki, wielkopolski i dolnośląski). W typologii regionów zaproponowanej w raporcie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego (2009), dzielących je na wyprzedzające doganiające i wytracające, Małopolska należy do regionów doganiających.

Doganianie dotyczy też regionów w Unii Europejskiej. Zmiany wskaźnika konwergencji gospodarczej, tj. dystansu względem średniej UE-27 mierzonego poziomem PKB *per capita*, pokazują, że od 1999 r. na 265 regionów w UE Małopolska przesunęła się w połowie dekady z miejsca 238 na miejsce 242 i PKB *per capita* w regionie stanowi obecnie ponad 45 % przeciętnego poziomu 27 krajów UE. Ten wskaźnik dla Polski wynosi 52%, a dla województwa mazowieckiego 84% (Eurostat 2010).

Oceny rozwoju gospodarczego przy wykorzystaniu wskaźnika PKB pochodzą z okresu sprzed kryzysu finansowego. Ostatnie dane na temat wzrostu gospodarczego w przekroju regionalnym dotyczą 2007 r. Okres kryzysu lat 2008–2009 Polska przeszła względnie łagodnie. Wzrost PKB w 2008 r. był jeszcze wysoki – 5% , a spadek zaznaczył się dopiero w 2009 r., kiedy tempo wzrostu gospodarczego obniżyło się do 1,7% (GUS 2010). Jak

Wykres 46. Wzrost PKB i jego poziom *per capita* w województwach

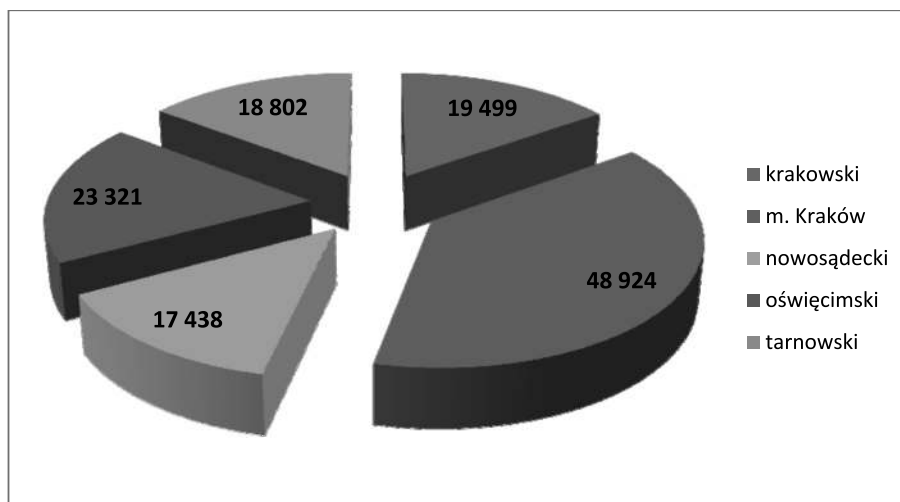


Źródło: Ministerstwo Rozwoju Regionalnego 2009

przechodzą globalny kryzys finansowy i ekonomiczny polskie regiony? Czy zmienia się ich pozycja? Wstępne dane o aktywności gospodarczej przedsiębiorstw w przekroju województw (MRR 2009) wskazują, że województwo małopolskie ma nieco niższe wskaźniki niż przeciętnie dla kraju w odniesieniu do produkcji przemysłowej i budowlanej. Jako że w strukturze ekonomicznej Małopolski istotną rolę odgrywają także usługi, to dopiero informacja o rozwoju w tym sektorze przesądzi o pozycji regionu w stosunku do innych. Nie należy jednak oczekiwać tu wzrostu wyższego niż przeciętnie dla kraju, chociaż zatrudnienie i płace wzrosły w Małopolsce wyraźniej niż w innych województwach.

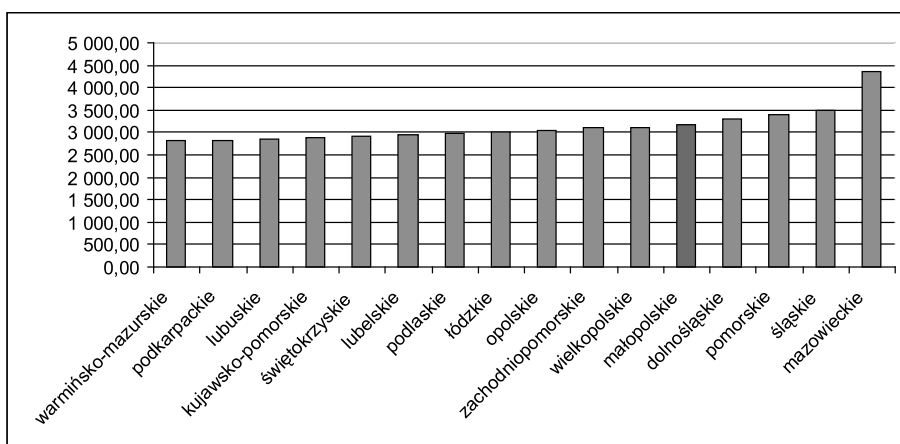
Produkt krajowy brutto w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest wskaźnikiem, który szczególnie nierównomiernie rozkłada się w podregionach. Podczas gdy w Krakowie wynosi on prawie 49 tys. zł, co stanowi 185% PKB na jednego mieszkańca Małopolski i 158% PKB na jednego mieszkańca Polski, w pozostałych podregionach waha się od 17 do 23 tys. zł, nie przekraczając odpowiednio 89% PKB na jednego mieszkańca Małopolski i 77 % PKB na jednego mieszkańca Polski. Wiodący w tym zestawieniu **Kraków jest czwartym miastem w Polsce**, zaś **podregion nowosądecki jest ostatnim**, sześćdziesiątym szóstym podregionem.

Wykres 47. PKB per capita w małopolskich podregionach



Źródło: Bank Danych Regionalnych GUS

Wykres 48. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej wg województw, maj 2010



Źródło: z ekspertyzy Marka Benio (na podstawie Obwieszczenia Prezesa GUS z dnia 27 maja 2010)

2. Zarobki mieszkańców Małopolski

Małopolska należy do regionów z rosnącą dynamiką wzrostu płac, sytuując się w czołówce regionów kraju, ale nie na tyle, aby je wyprzedzić. Plasuje się na **piątym miejscu** pod względem wysokości przeciętnych zarobków brutto w gospodarce narodowej, za województwami mazowieckim, śląskim, dolnośląskim i pomorskim.

Przeciętne wynagrodzenie w połowie 2009 r. w Małopolsce wynosiło **3139 zł**, tj. 94,5% przeciętnego wynagrodzenia w Polsce (3288 zł), zaś w styczniu 2010 r. **2946 zł** tj. 91,2% krajowego (3231,13 zł) (Urząd Statystyczny w Krakowie 2010). Na początku 2010 r. zaobserwowano w regionie wyraźny spadek tempa wzrostu płac, przy jednoczesnym niewielkim wzroście zatrudnienia o 0,7%. W tym samym okresie w Polsce odnotowano także ogólny spadek zatrudnienia o 1,2% (styczeń w skali roku).

3. Dochód rozporządzalny i wydatki gospodarstw domowych

W latach 2008–2009 nadal wzrastały w Polsce zarówno dochody, jak i konsumpcja. W 2009 r. przeciętny miesięczny nominalny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych wyniósł około 1114 zł i był realnie wyższy o 3,0% od dochodu z 2008 r. Poziom przeciętnych miesięcznych nominalnych wydatków w gospodarstwach domowych na 1 osobę w 2009 r. wyniósł około 957 złotych, w tym na towary i usługi konsumpcyjne około 914 zł. W ujęciu realnym wydatki ogółem

wzrosły o 2,2%, w tym wydatki na towary i usługi konsumpcyjne były realnie wyższe niż w roku poprzednim o 2% (GUS 2010 – z badań budżetów gospodarstw domowych). Dochody w kraju rosły więc bardziej niż konsumpcja.

W Małopolsce szybciej rosły wydatki niż dochody. Pod względem dochodów gospodarstw domowych pozycja Małopolski jest niska. Dochód rozporządzalny stanowi 93,5% przeciętnego dochodu krajowego, co stawia województwo na **jedenastym miejscu** w kraju. Natomiast wydatki w gospodarstwach domowych stanowią 94,1% przeciętnych wydatków w kraju, co przesuwa pozycję regionu pod względem poziomu konsumpcji, plasując go na **dziewiątym miejscu** w kraju.

4. Oszczędności gospodarstw domowych

Oszczędności gospodarstw domowych są ważnym czynnikiem potencjału finansowego mieszkańców regionu. Są one funkcją przedstawionych wcześniej dochodów i wydatków gospodarstw domowych. Oszczędności ujmowane są ujęciu strumieniowym bądź zasobowym (skumulowanym). W ujęciu strumieniowym stanowią różnicę między dochodem rozporządzalnym a wydatkami.

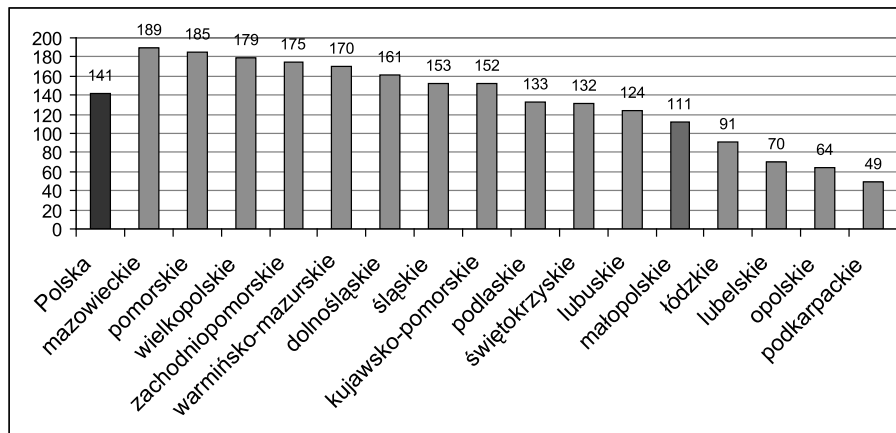
Pod względem wartości oszczędności w ujęciu strumieniowym w przeliczeniu na jednego mieszkańca Małopolska zajmuje odległą, **dwunastą** pozycję (GUS: na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych w 2008 r.). Na jednego mieszkańca Małopolski w 2008 r. przypadało 111,3 zł oszczędności, podczas gdy przeciętnie na jednego Polaka 141,25 zł. Wartość oszczęd-

Tabela 24. Dochód rozporządzalny oraz przeciętne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych według województw, 2009 r., Polska = 100%

Ranking dochodów	Województwa	Dochód %	Ranking wydatków	Wydatki %
2	dolnośląskie	105,4	3	105,9
13	kujawsko-pomorskie	91,1	12	91,5
15	lubelskie	81,6	14	86,4
7	lubuskie	99,0	8	98,0
5	łódzkie	100,1	4	104,3
11	małopolskie	93,5	9	94,1
1	mazowieckie	129,1	1	128,9
10	opolskie	97,1	2	106,2
16	podkarpackie	74,9	16	81,9
12	podlaskie	91,4	14	86,1
3	pomorskie	104,5	5	102,1
6	śląskie	100,0	6	100,3
14	świętokrzyskie	84,2	15	82,8
9	warmińsko-mazurskie	97,3	13	91,2
8	wielkopolskie	98,5	11	91,9
4	zachodniopomorskie	102,3	7	98,3

Źródło: z ekspertyzy Marka Benio (na podstawie GUS 2010)

Wykres 49. Oszczędności (w ujęciu strumieniowym) na 1 osobę w gospodarstwach domowych w 2008 r. PLN



Źródło: GUS 2009

ności przeciętnego mieszkańca Małopolski stanowi ponad 78% wartości oszczędności na jednego mieszkańca w kraju. Warto jednak zauważyć, że rozpiętość między regionami jest w tym wskaźniku bardzo duża – od województwa podkarpackiego (48 zł na mieszkańca) po województwo mazowieckie (189 zł na mieszkańca).

W czołówce oszczędnych województw lokują się takie województwa jak: mazowieckie, wielkopolskie i regionu północnego: pomorskie i zachodniopomorskie. Zasadnicze zmienne, które wpływają na oszczędności, nie powinny dawać tak relatywnie niskiej stopy oszczędności w Małopolsce, która lokuje się wyżej pod względem poziomu PKB i dochodów. Wydaje się, że istotne znaczenie ma tu młodszy wiek mieszkańców (oszczędniejsi są ludzie starsi) oraz efekt demonstracji konsumpcyjnej turystów. Ten fakt wymagałby pogłębionych badań w celu wyjaśnienia zjawiska.

Wniosek

Przy dziewiątej pozycji w rankingu województw w poziomie PKB na jednego mieszkańca, a także wysokiej, szóstej lokacie w dynamice wzrostu PKB na jednego mieszkańca w ostatniej dekadzie i jeszcze wyższej, bo piątej pozycji w zestawieniu wysokości przeciętnych zarobków w województwach, ta niska, **dwunasta** pozycja w poziomie oszczędności pozwala na ostrożne wyciągnięcie wniosku, że mieszkańcy Małopolski mają ponadprzeciętną skłonność do konsumpcji bieżącej. Teza ta, jeśli prawdziwa, oznacza, że poziom dochodów starszych Małopolan w przyszłości, będący wszak funkcją bieżących oszczędności osób młodszych, będzie niższy niż przeciętny.

Oszczędności pod względem ich rodzaju nie są przedmiotem badań w przekroju regionalnym, co zmusza do zgrubnego oszacowania ich wartości w Małopolsce. Podstawą szacunku jest zdezagregowanie danych krajowych przy założeniu podobnej

struktury po odpowiednim pomniejszeniu poziomu. To założenie nie uwzględnia jednak wyższej skłonności mieszkańców Małopolski do konsumpcji³².

W tabeli 25 zamieszczono wyniki badań firmy monitorującej rynek kapitałowy Analizy Online na temat rodzajów oszczędności Polaków w czerwcu 2009 r. oraz oszacowane wartości dla Małopolski. Wynika z niej, że podstawową formą oszczędzania w Polsce są depozyty bankowe.

Tabela 25. Rodzaje oszczędności w Polsce i Małopolsce, 2008

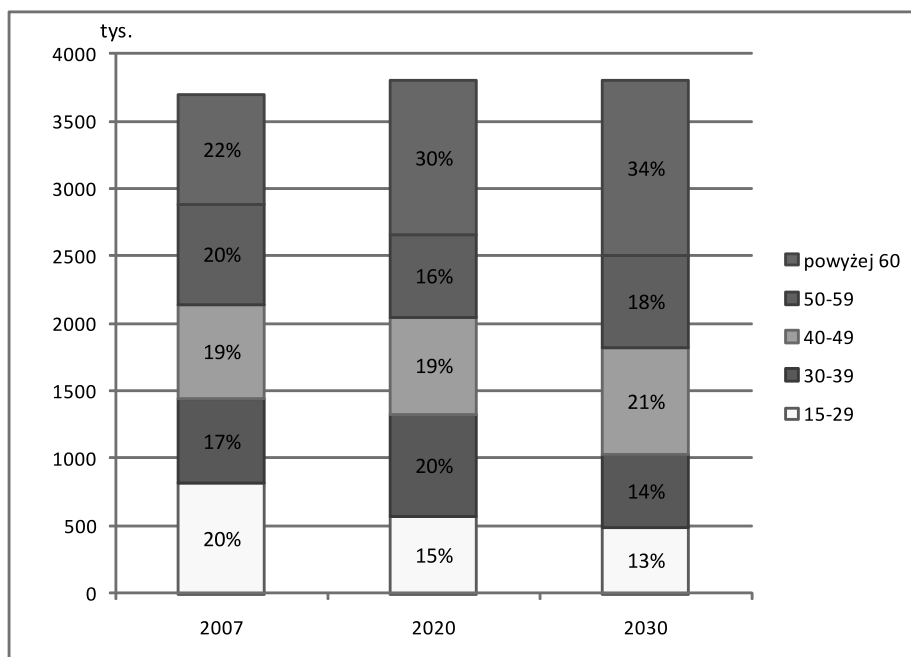
Rodzaje oszczędności	Polska		Małopolska	
	mld PLN	%	mld PLN	%
Depozyty bankowe	363,1	49,9	24,7	49,9
OFE	152,9	20,9	10,4	21,0
Gotówka w obiegu	92,3	12,7	6,3	12,7
Inwestycje w akcje i papiery dłużne	120,0	16,5	8,1	16,4
Razem	728,5	100,0	49,5	100,0

Źródło: z ekspertyzy Marka Benio (na podstawie informacji z portalu inwestycyjnego <http://www.inwestycje.pl/finanse>)

Proces starzenia się populacji zwiększa konserwatywne zachowania ludności w odniesieniu do zarządzania własnymi pieniędzmi. Z badań prowadzonych na ten temat w Polsce (Rytelewska, Kłopotcka 2010) wynika, że wraz z wiekiem udział depozytów będzie się zwiększał.

³² W celu oszacowania wartości poszczególnych rodzajów oszczędności w Małopolsce przyjęto, że ich struktura jest podobna do strumienia oszczędności krajowych, odpowiednio je zmniejszając; oszczędności Polaków = 5 386 568 750 zł; 141,25 zł x 38 135 000, a oszczędności Małopolan = 365 821 359 zł; 111,29 zł x 3 287 100, tj. ok. 78% oszczędności przeciętnie na jednego Polaka

Wykres 50. Szacowana liczba osób mających depozyty według wieku



Źródło: Rytelewska, Kłopotcka na podstawie danych Eurostatu i Pentor

5. Zadłużenie mieszkańców Małopolski

Zadłużanie się jest rewersem oszczędzania. Jako że nie ma kompletnej informacji o zadłużaniu się ludności w przekroju województw, pozostaje skorzystanie jedynie z danych dotyczących niespłaconych należności już wymagalnych, a więc zadłużenia przeterminowanego, procentowego udziału liczby dłużników niespłacających należności w terminie, wartości zagrożonych należności banków, a także zaległych zobowiązań wobec fiskusa. Dane te jednak pokazują raczej rzetelność lub nierzetelność dłużników z terenu Małopolski na tle innych regionów. Nie dostarczają jednak informacji o poziomie tego zadłużenia ani (pośrednio) o potencjale finansowym mieszkańców Małopolski.

Według Krajowego Rejestru Długów pod względem procentowego rozkładu liczby dłużników-konsumentów Małopolska zajmuje **dziewiąte** miejsce w kraju. Małopolanie stanowią zaledwie 5,17% liczby wszystkich dłużników w kraju.

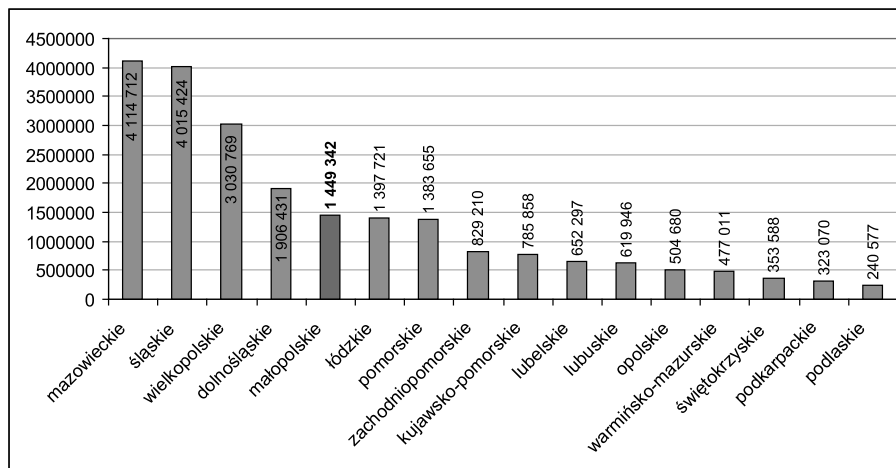
W 2009 r. wartość zagrożonych należności banków wraz z odsetkami wynosiła ok. 3,2 mln PLN, co stawia region na **ósmym** miejscu wśród wszystkich województw. Z kolei pod względem zaległości fiskalnych (wobec fiskusa) w 2009 roku Małopolska znalazła się na wysokim **piątym** miejscu w Polsce, co zaprezentowano na wykresie poniżej.

Tabela 26. Procentowy rozkład liczby dłużników-konsumentów w województwach

Lp. wg rankingu	Województwo	Rozkład dłużników
1	mazowieckie	11,70
2	dolnośląskie	10,36
3	wielkopolskie	7,72
4	pomorskie	7,52
5	kujawsko-pomorskie	6,83
6	zachodniopomorskie	6,73
7	łódzkie	6,04
8	warmińsko-mazurskie	5,54
9	małopolskie	5,17
10	lubelskie	4,26
11	lubuskie	3,56
12	świętokrzyskie	2,59
13	podkarpackie	2,50
14	śląskie	2,27
15	opolskie	2,27
16	podlaskie	1,89
	Polska	100,0

Źródło: Krajowy Rejestr Długów 2009

Wykres 51. Zaległości wobec fiskusa w podziale na województwa, koniec września 2009 r. PLN



Źródło: Ministerstwo Finansów

6. Przedsiębiorczość

Przedsiębiorczość w wymiarze ekonomicznym jest działaniem skierowanym na rozwój innowatorski, o istotnym wpływie na osiąganie wzrostu gospodarczego. Polega na tworzeniu nowych i bardziej efektywnych form organizacyjnych, wprowadzaniu nowych czynników produkcji czy podejmowaniu nowej działalności produkcyjnej. Oceniana jest na podstawie kilku mierników, spośród których trzy mają znaczenie zasadnicze: (1) liczba zarejestrowanych przedsiębiorstw, (2) różnica (saldo) między jednostkami zakładanymi a likwidowanymi oraz (3) wskaźnik przedsiębiorczości, czyli liczba zarejestrowanych podmiotów gospodarczych przypadających na 1000 mieszkańców.

Przez całą pierwszą dekadę XXI w. w województwie małopolskim utrzymywał się wysoki przyrost liczby zarejestrowanych podmiotów gospodarczych. Dynamika wzrostu w latach 1999–2009 wyniosła 25%. Także w 2009 r., kryzysowym roku w gospodarce, liczba zarejestrowanych podmiotów gospodarczych wzrosła o 12,4 tys., co daje wskaźnik przyrostu liczby podmiotów gospodarczych na poziomie 104,1 (2008 r. = 100). W konsekwencji Małopolska zajęła **piąte** miejsce pod względem całkowitej liczby zarejestrowanych przedsiębiorstw za województwami: mazowieckim, śląskim, wielkopolskim i tylko nieznacznie wyprzedzającym ją dolnośląskim (GUS 2009). Także na **piątym** miejscu w kraju sytuuje Małopolskę wskaźnik liczby podmiotów gospodarczych prowadzonych w formie działalności gospodarczej osób fizycznych. W 2009 r. ponad **239 tys.** osób fizycznych miało zarejestrowaną działalność gospodarczą w województwie małopolskim (GUS 2010).

Na **27,1 tys.** nowych podmiotów gospodarczych, w tym 23,2 tys. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w 2008 r. wyrejstrowano ogółem **19,4 tys.** jednostek gospodarczych, co daje **dodatnie saldo prawie 10 tys. podmiotów.**

Pod względem wskaźnika przedsiębiorczości, czyli liczby podmiotów gospodarczych na 1000 mieszkańców, Małopolska znalazła się dopiero na **siódmym** miejscu, mimo że liczba nowozakładanych firm systematycznie rośnie. W 2009 r. wskaźnik przedsiębiorczości wynosił 95, rok wcześniej 92, a w r. 1999 tylko 75 (GUS 2009). Dynamika przedsiębiorczości w innych regionach jest wyższa.

Porównanie liczby spółek z udziałem kapitału zagranicznego w przekroju województw pokazuje, że Małopolska po 2005 r. przesunęła się na **piąte** miejsce, podczas gdy w poprzednich latach plasowała się na siódmej pozycji. Z tego wynikałoby, że atrakcyjność inwestycyjna regionu wyraźnie wzrosła.

Analiza struktury działalności podmiotów gospodarczych w latach 2008–2009 (GUS 2010: Bank Danych Regionalnych) wskazuje na to, że w Małopolsce najwięcej podmiotów działa w branży kultury i rekreacji (trzecie miejsce w kraju – 9,6 tys. podmiotów), a następnie (czwarte miejsce w kraju): w edukacji (9,8 tys. podmiotów), w ochronie zdrowia i pomocy społecznej (14,7 tys. placówek), w handlu i usługach samochodowych (87 tys. podmiotów), transporcie (22,5 tys. podmiotów) oraz informacji i komunikacji (7 tys. podmiotów). Także na czwartym miejscu sytuuje się region pod względem działalności w zakresie przetwórstwa przemysłowego i budownictwa. Na piątym miejscu Małopolska lokuje się w takich rodzajach działalności, jak np. w dziedzinie usług gastronomicznych i hotelarskich (!), usług finansowych i ubezpieczeniowych oraz działalności naukowej i technicznej. W sumie w wymienionych rodzajach działalności – istotnych dla rozwoju „srebrnej gospodarki” – pozycja Małopolski jest wyższa niż wskazywałby to zagregowany wskaźnik przedsiębiorczości, który sytuuje województwo na pozycji siódmej.

Na czele liczby podmiotów w każdym rodzaju działalności sytuuje się województwo mazowieckie, a następnie – śląskie (druga pozycja prawie we wszystkich sekcjach gospodarki) i wielkopol-

Tabela 27. Wskaźnik przedsiębiorczości 31 XII 2009

Lp.	Województwo	Liczba podmiotów	Ludność w tys.	Wskaźnik przedsiębiorczości
	Polska	3 742 673	38 167	98,1
1	zachodnio-pomorskie	215 080	1 693	127,0
2	mazowieckie	646 696	5 222	123,8
3	pomorskie	249 262	2 230	111,8
4	dolnośląskie	316 811	2 877	110,1
5	wielkopolskie	359 350	3 408	105,4
6	lubuskie	101 405	1 010	100,4
7	małopolskie	314 017	3 298	95,2
8	śląskie	430 578	4 641	92,8
9	opolskie	95 481	1 031	92,6
10	kujawsko-pomorskie	182 031	2 069	88,0
11	łódzkie	220 706	2 542	86,8
12	świętokrzyskie	105 678	1 270	83,2
13	warmińsko-mazurskie	114 821	1 427	80,5
14	podlaskie	89 578	1 190	75,3
15	lubelskie	156 180	2 157	72,4
16	podkarpackie	144 999	2 102	69,0

Źródło: ekspertyza Marka Benio

Tabela 28. Liczba spółek z udziałem kapitału zagranicznego wg województw w latach 2005-2008

Lp.	Województwo	2005	2006	2007	2008
1	mazowieckie	5 530	5 934	5 930	7 622
2	dolnośląskie	1 831	1 962	2 048	2 112
3	wielkopolskie	1 385	1 436	1 488	1 923
4	śląskie	1 652	1 708	1 861	1 882
5	małopolskie	920	1 092	1 110	1 251
6	zachodniopomorskie	1 074	1 166	1 163	1 216
7	pomorskie	1 041	1 127	1 190	1 216
8	łódzkie	726	792	808	867
9	lubuskie	682	718	793	776
10	kujawsko-pomorskie	457	485	520	537
11	opolskie	420	428	459	462
12	lubelskie	332	336	329	329
13	podkarpackie	271	298	294	317
14	warmińsko-mazurskie	268	265	247	291
15	świętokrzyskie	148	166	161	164
16	podlaskie	100	102	114	127

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Banku Danych Regionalnych GUS

skie (w większości sekcji na miejscu trzecim). Dużą dynamiką działalności w wielu rodzajach usług charakteryzuje się województwo zachodniopomorskie, tuż za Małopolską, a w dziedzinie gastronomii i hotelarstwa nawet przed (!).

W Małopolsce mamy do czynienia ze znacznym zróżnicowaniem przedsiębiorczości wewnątrz regionu. Największe zróżnicowanie w odniesieniu do liczby podmiotów gospodarczych występuje pomiędzy wiodącym miastem Kraków, w którym ulokowane jest niemal 1/3 wszystkich podmiotów gospodarczych województwa, a silnie rolniczym podregionem tarnowskim, gdzie ulokowano mniej niż 1/10 wszystkich podmiotów. W pozostałych trzech podregionach: nowosądeckim, oświęcimskim i krakowskim rozkład liczby podmiotów gospodarczych jest równomierny – w każdym znalazła swą siedzibę niemal 1/5 wszystkich jednostek gospodarczych.

Tabela 29. Liczba podmiotów gospodarczych w podregionach Małopolski, 2009

L.p. i ranking	Podregiony	Liczba podmiotów
1	m. Kraków	110 170
2	nowosądecki	59 014
3	oświęcimski	58 597
4	krakowski	57 852
5	tarnowski	28 384
	MAŁOPOLSKIE	314 017

Źródło: GUS 2010

Jeśli posłużymy się wskaźnikiem przedsiębiorczości w przekroju powiatów, to dostrzegamy jeszcze inne różnice; z jednej strony występowanie mniejszych enklaw aktywności gospodarczej, a z drugiej – zastoju. Poza miastem Kraków wysoką pozycję ma powiat tatrzański, gdzie wskaźnik przedsiębiorczości zbliża się do 150, oraz miasto Nowy Sącz i powiat olkuski, gdzie przekracza 100. Najniższe wartości wskaźnika, nie sięgające 50, mają dwa wschodnie powiaty: tarnowski i dąbrowski (patrz tabela 30).

Z kolei badanie przedsiębiorczości w gminach wiejskich (Krakowiak-Bal 2007), wskazuje na ogólną tendencję zmniejszania się aktywności gospodarczej na wsi i pewną jej zależność od poziomu infrastruktury, chociaż nie tak istotną, jak można by oczekiwać.

7. Nakłady inwestycyjne

Inwestycje są zasadniczym warunkiem wzrostu gospodarczego. Mierzone są wartością całkowitych nakładów inwestycyjnych i w różnych przekrojach lub w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

W 2008 r. wartość nakładów inwestycyjnych wyniosła w Małopolsce nieco ponad 16 mld złotych. Daje to Małopolsce **piąte** miejsce w kraju. Około 1/3 nakładów inwestycyjnych poniesiono w sektorze publicznym, a 2/3 w sektorze prywatnym.

Tabela 30. Wskaźnik przedsiębiorczości w latach 2005–2009 w Małopolsce według powiatów

Powiat	2005	2006	2007	2008	2009
m. Kraków	138	138	138	140	146
tatrzański	126	127	133	139	144
m. Nowy Sącz	94	94	96	100	106
olkuski	102	101	102	102	102
wadowicki	96	96	97	98	99
wielicki	87	87	89	93	96
woj. małopolskie	89	88	90	92	95
m. Tarnów	91	86	87	88	93
krakowski	81	82	83	85	90
suski	86	85	86	88	88
chrzanowski	84	84	84	85	87
myślenicki	76	78	82	84	86
oświęcimski	83	83	83	84	86
miechowski	70	73	75	80	81
nowotarski	65	67	69	70	73
bocheński	68	64	66	68	71
proszowicki	61	62	63	65	65
limanowski	52	54	56	60	64
gorlicki	55	55	57	60	63
nowosądecki	49	52	54	58	62
brzeski	60	54	55	57	60
tarnowski	46	43	44	46	49
dąbrowski	43	41	41	44	47

Źródło: opracowanie na podstawie Banku Danych Regionalnych GUS

Pod względem udziału nakładów inwestycyjnych poniesionych w sektorze prywatnym na tle ogółu nakładów inwestycyjnych Małopolska zajmie już **dziewiątą** pozycję. Wskazuje to na znaczny udział nakładów inwestycyjnych w sektorze publicznym w porównaniu z innymi województwami.

Pod względem wskaźnika nakładów inwestycyjnych, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, Małopolska plasuje się już od kilku lat na stosunkowo dalekim, **ósmym** miejscu w kraju. W 2008 r. wartość inwestycji w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniosła około 5 tys. zł.

Nakłady inwestycyjne przekładają się z czasem na środki trwałe, których wartość jest również istotnym wskaźnikiem potencjału gospodarczego województwa. Pod względem wartości środków trwałych brutto w przedsiębiorstwach sektora prywatnego sytuacja wygląda podobnie jak w przypadku całkowitej wartości nakładów inwestycyjnych. Zasoby przedsiębiorstw Małopolski sięgają tu wartości prawie 101 mld zł, co daje regionowi **piątą** pozycję w kraju.

Tabela 31. Wartość nakładów inwestycyjnych wg sektorów gospodarki i województw, 2008 r., tys. PLN

Lp. i ranking	Województwo	Sektor publiczny	Sektor prywatny	Udział w sektorze prywatnym (i ranking)	Ogółem
1	mazowieckie	13 732 321	33 582 132	71% (5)	47 314 453
2	śląskie	10 764 578	16 585 179	61% (13)	27 349 757
3	wielkopolskie	5 751 968	14 387 321	71% (3)	20 139 289
4	dolnośląskie	6 736 358	11 733 950	64% (10)	18 470 308
5	małopolskie	5 690 734	10 410 559	65% (9)	16 101 293
6	łódzkie	6 533 972	8 243 774	56% (16)	14 777 746
7	pomorskie	5 487 714	8 490 230	61% (12)	13 977 944
8	kujawsko-pomorskie	2 868 094	7 085 917	71% (4)	9 954 011
9	zachodniopomorskie	3 886 748	5 136 197	57% (15)	9 022 945
10	podkarpackie	2 544 011	5 339 101	68% (7)	7 883 112
11	lubelskie	3 226 065	4 402 599	58% (14)	7 628 664
12	warmińsko-mazurskie	1 966 872	3 937 861	67% (8)	5 904 733
13	świętokrzyskie	1 536 583	4 046 859	72% (1)	5 583 442
14	podlaskie	1 350 531	3 472 142	72% (2)	4 822 673
15	lubuskie	1 392 566	3 027 446	68% (6)	4 420 012
16	opolskie	1 491 554	2 417 778	62% (11)	3 909 332

Źródło: z ekspertyzy Marka Benio (na podstawie Banku Danych Regionalnych GUS)

Tabela 32. Nakłady inwestycyjne na 1 mieszkańca wg województw w latach 2005–2008, PLN

Lp. i ranking	Województwo	2005	2006	2007	2008
1	mazowieckie	5 634	6 445	8 023	9 108
2	dolnośląskie	3 970	5 076	6 041	6 420
3	pomorskie	3 370	4 036	5 627	6 310
4	wielkopolskie	3 792	4 176	4 880	5 939
5	śląskie	3 297	4 187	5 285	5 883
6	łódzkie	3 490	3 889	5 403	5 791
7	zachodniopomorskie	2 831	3 835	4 100	5 332
8	małopolskie	3 082	3 967	4 637	4 905
9	kujawsko-pomorskie	2 622	2 981	3 925	4 817
10	świętokrzyskie	2 322	2 418	3 217	4 384
11	lubuskie	3 287	3 537	4 529	4 382
12	warmińsko-mazurskie	2 735	3 312	3 769	4 140
13	podlaskie	2 720	3 064	3 572	4 046
14	opolskie	2 553	2 773	3 581	3 778
15	podkarpackie	2 440	2 817	3 351	3 759
16	lubelskie	1 992	2 261	2 799	3 526

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Regionalnych GUS

Tabela 33. Wartość brutto środków trwałych w gospodarce narodowej w przedsiębiorstwach sektora prywatnego wg województw w latach 2005–2008, tys. PLN

Lp. i ranking	Województwo	2005	2006	2007	2008
1	mazowieckie	245 377 731	250 936 337	276 519 083	303 775 679
2	śląskie	126 231 578	135 620 438	147 536 659	158 818 926
3	wielkopolskie	102 437 079	109 067 268	116 917 336	128 355 366
4	dolnośląskie	81 218 809	86 775 937	97 368 335	109 804 904
5	małopolskie	82 199 181	84 544 121	92 633 745	100 855 659
6	łódzkie	61 997 986	67 630 241	72 400 560	77 373 599
7	pomorskie	58 860 762	62 599 498	68 212 407	75 534 197
8	kujawsko-pomorskie	45 680 244	48 178 341	52 670 384	58 221 318
9	podkarpackie	44 414 874	46 722 828	52 308 618	57 753 890
10	lubelskie	46 311 381	47 113 193	52 663 383	57 038 999
11	zachodniopomorskie	35 865 998	37 816 097	40 539 558	47 582 710
12	warmińsko-mazurskie	31 837 070	32 150 425	35 203 230	38 149 317
13	świętokrzyskie	32 056 730	33 299 410	34 436 641	36 803 584
14	podlaskie	28 801 274	30 227 801	33 918 142	36 620 747
15	lubuskie	23 136 369	25 167 061	27 745 948	28 913 102
16	opolskie	23 742 556	24 240 839	27 579 378	27 385 618

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Regionalnych GUS

8. Napływ kapitału zagranicznego

Inwestycje zagraniczne w biednym kraju stanowią bardzo ważne źródło kapitału niezbędnego dla uruchomienia i dynamizacji wzrostu gospodarczego. Odegrały one w Polsce okresu transformacji ogromną rolę, chociaż może niekiedy przecenianą. Lata doświadczeń oraz globalny kryzys finansowy dowartościowały znaczenie wewnętrznych źródeł kapitału i przedsiębiorczości, na co zwracają uwagę ostatnie badania GUS (Ancyparowicz 2009). Nie zmniejsza to oczywiście potrzeby przyciągania kapitału zagranicznego, ale może zwrócić uwagę na potrzebę podporządkowywania wyborów potrzebom wewnętrznego rozwoju kraju i jego regionów.

Wysoki w latach 90. XX wieku napływ bezpośrednich inwestycji zagranicznych (BIZ) do Polski (najwyższy w 2007 r. – szacowany na około 17 mld euro), uległ pod koniec dekady na skutek globalnego kryzysu finansowego wyraźnemu zmniejszeniu (o 34% w 2008 r. w stosunku do 2007 r. i o 16% w 2009 r. w stosunku do 2008 r.). W 2010 r. odnotowuje się powrót na ścieżkę wzrostu (dane NBP i PAIIIZ: www.paaiiz.gov.pl).

Małopolska w zakresie napływu BIZ do 2008 r. nie doświadczyła skutków globalnego kryzysu finansowego i napływ kapitału nawet wzrósł. W 2008 r. wartość bezpośrednich inwestycji zagranicznych w województwie małopolskim wyniosła 2 025 mln USD (Małopolskie Obserwatorium Gospodarki 2008), z czego 2/5 przypadło na jedną transakcję nabycia Banku Przemysłowo-

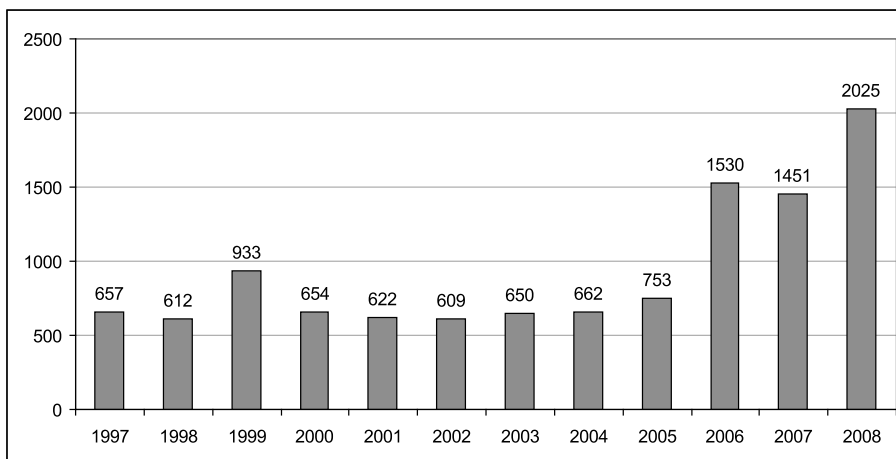
-Handlowego przez GE Money Bank. 1/3 to nowe inwestycje tzw. *greenfield*.

Wśród inwestycji zagranicznych przeważają inwestycje w przemysł produkcyjny (motoryzacja, budownictwo, przemysł drzewny, spożywczy) oraz w sektor usług. Małopolska ma najwięcej, bo aż 15 centrów outsourcingowych (<http://www.małopolskie.pl/Gospodarka/Export/>, wrzesień 2010). W kolejnym województwie mazowieckim jest ich tylko 9, w łódzkim 4, w wielkopolskim 3 i w dolnośląskim 2.

Od kilku lat Małopolska zajmuje **piątą** pozycję wśród województw z największym kapitałem zagranicznym, po województwach: mazowieckim, wielkopolskim, dolnośląskim i śląskim. W żadnym z pozostałych województw wartość kapitału zagranicznego nie przekracza 3%.

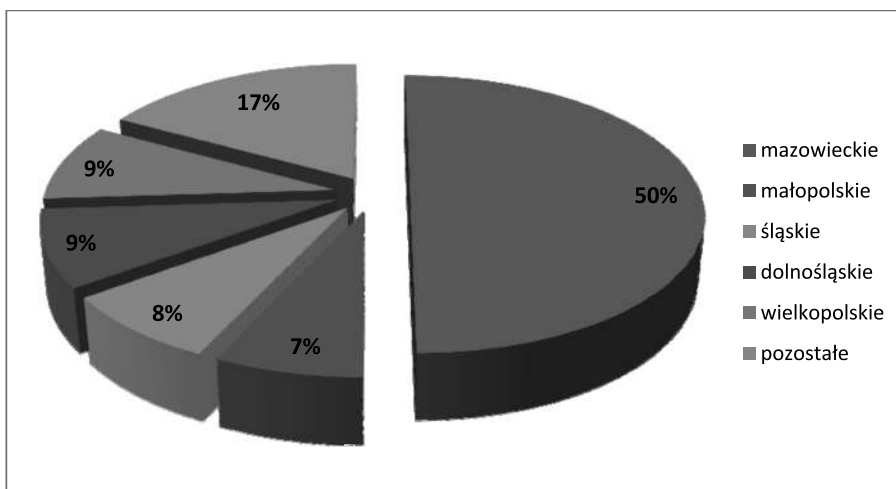
Rozmieszczenie inwestycji zagranicznych w województwie małopolskim jest silnie uwarunkowane istniejącą infrastrukturą komunikacyjną. Największe inwestycje lokowane są w Krakowie i najbliższych jego okolicach, co wynika z metropolitalnego charakteru miasta, następnie w największych pozostałych miastach regionu i wzdłuż drogi krajowej nr 4. Coraz więcej inwestycji pojawia się również w rejonie granicy z województwem śląskim, co można wyjaśnić korzyściami wynikającymi z bliskiego położenia aglomeracji śląskiej z jej dużymi miastami (Domański 2009), możliwością korzystania z dwóch lotnisk, dwóch dużych centrów administracyjnych oraz dwóch ośrodków nauki i kultury.

Wykres 52. Wartość bezpośrednich inwestycji zagranicznych w Małopolsce w latach 1997–2008, mld USD



Źródło: Małopolskie Obserwatorium Gospodarki 2008

Wykres 53. Struktura kapitału zagranicznego według województw w 2008 roku w podmiotach z udziałem kapitału zagranicznego



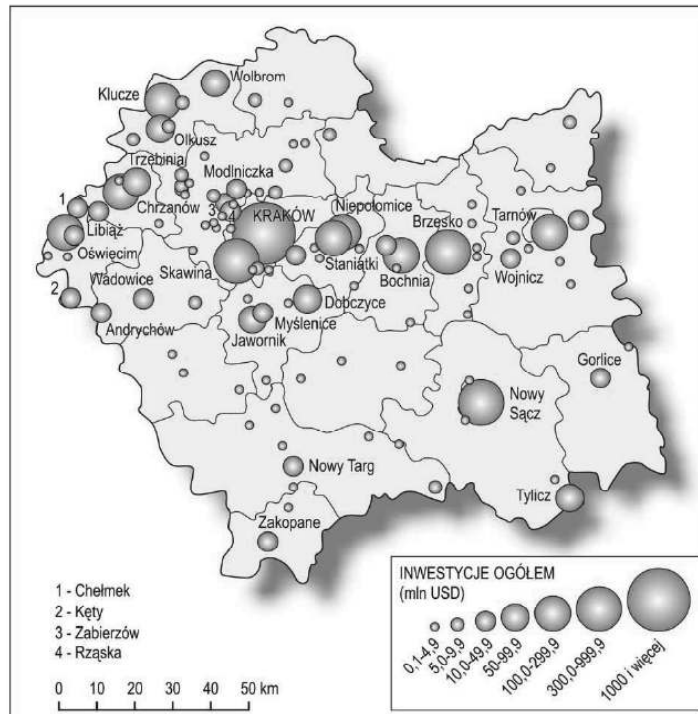
Źródło: GUS 2009

9. Finanse publiczne

Polityka samorządów terytorialnych (JST) może być realizowana dzięki posiadanym środkom własnym oraz uzyskiwanym w formie subwencji i dotacji celowych z budżetu centralnego (państwa). Budżety JST nie mają jednakowej siły ekonomicznej (patrz wykres 54). Największe budżety JST, czyli gmin i miast na prawach powiatu, mają jednocześnie najwięcej zadań do wykonania, zarówno własnych, jak i zleconych. Samorzady w swych decyzjach wydatkowych są autonomiczne, chociaż istotnie

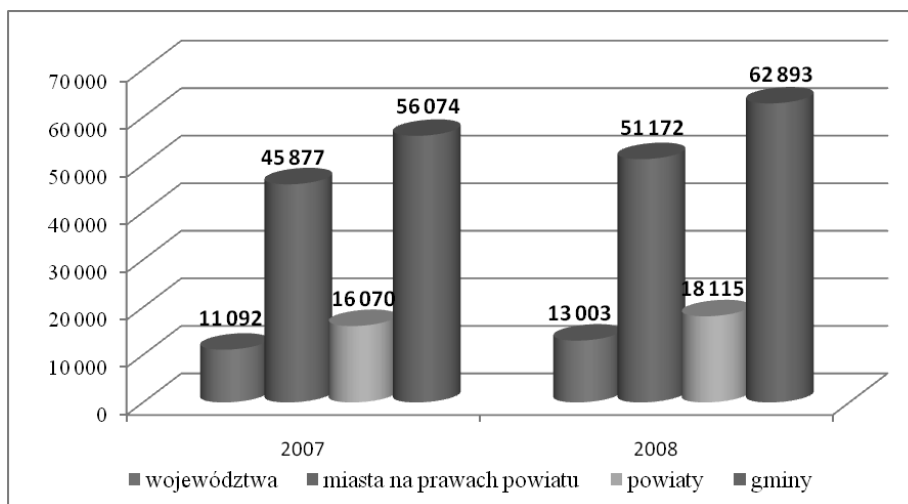
ograniczone regulacjami prawa. Wprowadzony ponadto ogólny mechanizm wyrównawczy, jak i dotyczący poszczególnych części finansów publicznych, nie zawsze działał w zgodzie z intencjami. Jak dowodzi Wojciech Misiąg (2009), końcowy efekt transferów wewnątrz sektora finansów publicznych zmniejszył wprawdzie dysproporcje między województwami, ale w odniesieniu do województwa małopolskiego zadziałał niekorzystnie. Udział Małopolski w finansowaniu innych regionów był bowiem, jego zdaniem, większy niż wkład innych województw na rzecz województwa Małopolskiego.

Mapa 6. Rozmieszczenie inwestycji zagranicznych w Małopolsce



Źródło: Małopolskie Obserwatorium Gospodarki 2009

Wykres 54. Wydatki budżetów JST w latach 2007-2008, mln PLN



Źródło: GUS 2009

Tabela 34. Dochody i wydatki jednostek samorządu terytorialnego wg województw, 2008

Wyszczególnienie		Dochody					Wydatki		
		Ogółem mld PLN	Własne %	Dotacje %	Subwencje		Ogółem mld PLN	Bieżące %	Majątkowe %
Polska		142,6	55,0	15,5	28,4	Polska	145,2	56,8	22,0
1	mazowieckie	24,5	69,7	9,4	20,4	1	25,7	54,3	24,4
2	śląskie	16,1	62,9	11,6	23,7	2	16,2	58,4	21,5
3	wielkopolskie	12,2	54,4	15,9	28,6	3	12,3	56,6	22,1
4	małopolskie	11,6	50,1	16,3	32,3	4	11,9	58,4	21,5
5	dolnośląskie	11,2	61,8	13,5	23,1	5	11,9	56,5	24,5
6	łódzkie	8,8	54,4	16,8	27,8	6	9,0	57,6	22,9
7	pomorskie	8,7	55,9	16,1	26,7	7	8,9	56,1	24,2
8	kujawsko-pomorskie	7,4	47,3	19,2	32,4	8	7,6	56,1	24,1
9	podkarpackie	7,3	39,0	21,0	39,1	9	7,2	58,9	18,6
10	Lubelskie	7,0	48,6	19,4	31,1	10	7,2	57,9	20,0
11	zachodniopomorskie	6,5	52,1	18,5	28,2	11	6,5	55,0	21,8
12	warmińsko-mazurskie	5,4	42,6	21,5	34,8	12	5,3	58,0	17,1
13	świętokrzyskie	4,5	41,9	21,0	36,0	13	4,3	59,5	18,5
14	podlaskie	4,0	44,0	18,3	36,5	14	3,9	58,7	19,5
15	opolskie	3,6	50,5	17,7	30,6	15	3,6	62,5	18,7
16	lubuskie	3,6	48,6	19,4	31,3	16	3,6	57,8	17,1

Źródło: GUS 2009

Do 2008 r. JST w Polsce mogły cieszyć się wysokimi dochodami, czemu sprzyjała koniunktura gospodarcza, wzrost zatrudnienia i płac. W 2008 r. dynamiczna tendencja wzrostowa zatrzymała się. W JST pojawił się deficyt budżetowy, który w 2009 r. stanowił 1,2% PKB. W sektorze rządowym deficyt był istotnie większy – 5% PKB (GUS 2010). Konsekwencją trudności budżetowych są ograniczenia w realizacji planów inwestycyjnych.

Pod względem wielkości budżetów JST Małopolska sytuuje się **na czwartej pozycji**. Finanse publiczne Małopolski cechuje relatywnie większy udział dochodów pochodzących z dotacji celowych i subwencji. Po stronie wydatkowej z kolei ma miejsce relatywnie większy udział wydatków bieżących niż majątkowych (patrz tabela 34). Wygląda na to, że przewaga konsumpcji nad wydatkami inwestycyjnymi nie dotyczy tylko małopolskich gospodarstw domowych, lecz także samorządów terytorialnych.

10. Wnioski i rekomendacje

Województwo małopolskie posiada znaczący potencjał gospodarczy, chociaż w sferze ekonomicznej Małopolska nie sytuuje

się w ścisłej czołówce, tak jak w przypadku kapitału ludzkiego, zasobów przyrodniczych i naturalnych³³.

Aby w prosty sposób ocenić potencjał rozwoju gospodarczego regionu, można wybrane i przeanalizowane wskaźniki podzielić na trzy grupy ze względu na pozycję Małopolski w stosunku do innych województw w Polsce.

Na podstawie przeprowadzonego rozpoznania potencjału gospodarczego Małopolski w stosunku do innych województw w kraju uzyskujemy obraz regionu, który ma pewne problemy z osiągnięciem zrównoważonego rozwoju. Małopolska rozwija się dynamicznie, ale głównie pod wpływem czynników zewnętrznych (BIZ) stymulowanych posiadanym kapitałem ludzkim oraz walorami Krakowa.

Pod względem wskaźników odzwierciedlających całkowitą wartość takich kategorii ekonomicznych jak: liczba podmiotów

³³ Pod względem zasobów surowcowych Małopolska jest jedynym regionem w Polsce, w którym występują znaczne złoża ropy naftowej i gazu ziemnego, złoża siarki, gipsów, cynku i ołowiu, piaskowce oraz wapień.

Zestawienie 10. Klasyfikacja pozycji Małopolski wśród województw w kraju pod względem wskaźników rozwoju gospodarczego

Wskaźniki motoryczne 1–2 miejsce		Wskaźniki utrzymujące 4–5 miejsce		Wskaźniki hamujące 8 i dalsze miejsca	
Dynamika wzrostu gospodarczego	2	Zarobki	5	Wyższe wydatki niż dochody gospodarstw domowych	9–11
Napływy BIZ w sektorze usług zewnętrznych	1	Wielkość finansów publicznych	4	Niskie oszczędności gospodarstw domowych <i>per capita</i>	12
		Zarejestrowane podmioty gospodarcze	5	Niskie nakłady inwestycyjne <i>per capita</i>	8
		Liczba spółek z udziałem kapitału zagranicznego	5	Niski poziom PKB <i>per capita</i>	9
		Wartość kapitału zagranicznego	5	Niska aktywność na rzecz potencjalnych inwestorów	11
		Środki trwałe w sektorze prywatnym	5		
		Należności wobec fiskusa	5		

Uwaga: Dwa wskaźniki nie mieszczą się w podanej klasyfikacji: wskaźnik przedsiębiorczości i zatrudnienia. W obu przypadkach Małopolska sytuuje się na pozycji siódmej, czyli nieco poniżej wskaźników, które utrzymują pozycję regionu w pierwszej ćwiartce, a powyżej wskaźników hamujących.

gospodarczych ogółem i z udziałem kapitału zagranicznego, wartość środków trwałych w sektorze prywatnym czy skala finansów publicznych, Małopolska plasuje się stosownie do wielkości jej potencjału demograficznego – na czwartym lub piątym miejscu.

Wskaźniki charakteryzujące kształtowanie się czynników wzrostu gospodarczego w przeliczeniu na jednego mieszkańca, a szczególnie oszczędności czy wartości nakładów inwestycyjnych, znacznie pogarszają pozycję województwa, które w rankingu przesuwa się na miejsce ósme i dalej. To może oznaczać, że w Małopolsce zagrożone są podstawy wzrostu endogenicznego. Jednocześnie działania na rzecz zwiększenia atrakcyjności regionu wobec potencjalnych inwestorów są słabe. Z analiz Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową (2008) wynika, że Małopolska pod względem aktywności w tej dziedzinie sytuuje się zaledwie na 11 pozycji, czyli znacznie poniżej innych wskaźników rozwoju.

Inną i dodatkową słabością rozwoju Małopolski jest bardzo duże zróżnicowanie potencjału gospodarczego wewnątrz województwa. Obok wiodącego Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego względnie dobrze rozwija się zachodnia część regionu i pojedyncze ośrodki dużych miast. Wschodnia i północna część województwa są w znacznie gorszej sytuacji. Wydaje się, że pod tym względem Małopolska jest swego rodzaju odzwierciedleniem rozwoju gospodarczego całej Polski. Ten nierówny potencjał gospodarczy prowadzić może nie tylko do zanegowania spójności rozwoju, lecz przede wszystkim zmarnowania potencjału zasobów ulokowanych w zaniedbanych częściach województwa, które byłyby do wykorzystania w koncepcji „srebrnej gospodarki” (np. rozwój potencjału walorów uzdrowiskowych i przy-

rodniczych) i mogłyby zdynamizować rozwój regionu w sposób znacznie bardziej zrównoważony.

Rekomendacje

Uruchomienie endogenicznych czynników rozwoju Małopolski wymaga wielu średnio- i długookresowych działań, które nie mieszczą się w kompetencji jednego ośrodka, a ponadto wymagałyby zmiany rozwiązań systemowych pozwalających województwu na większą koordynację i ukierunkowywanie przedsięwzięć. Główne rekomendacje byłyby następujące:

- Uwzględnienie w strategii rozwoju województwa koncepcji wewnątrzregionalnej polityki spójności zorientowanej na wykorzystanie zasobów naturalnych i koncepcji „srebrnej gospodarki”. Jej powodzenie jest silnie uwarunkowane rozwojem infrastruktury komunikacyjnej ułatwiającej połączenia z naturalnym centrum gospodarczym województwa, jakim pozostaje jego stolica.
- Przygotowanie koncepcji zwiększenia możliwości koordynacyjnych województwa w zakresie planów i programów inwestycyjnych ukierunkowanych na cele strategii.
- Przygotowanie koncepcji ukierunkowanego oddziaływania finansów publicznych regionu w kierunku rozwiązań zgodnych ze strategią.
- Zwiększenie oddziaływania na inwestorów zagranicznych i krajowych w celu lokalizacji inwestycji w zgodzie ze strategią w wyniku stosowania odpowiedniej polityki promocji oraz negocjowania warunków realizacji inwestycji.

Część VIII.

Wnioski i rekomendacje. Promocja małopolskiej strategii „srebrnej gospodarki”

1. Wnioski

Rozważania i analizy poświęcone opracowaniu strategii rozwoju Małopolski w kontekście sprostania wyzwaniu starzenia się populacji w sposób aktywny i przedsiębiorczy, czyli zgodnie z koncepcją „srebrnej gospodarki”, zwróciły uwagę zarówno na istniejący potencjał regionu, jak i na jego deficyty. Poniżej zaprezentowane syntetyczne zestawienie daje obraz zidentyfikowanych cech.

Ogólnie można by powiedzieć, że największym bogactwem regionu, stanowiącym o jego przewagę, są zasoby ludzkie zarówno w sensie demograficznym, jak i edukacyjnym. Inne zasoby to bogactwo instytucji kultury i turystyki oraz bardzo atrakcyjny i urozmaicony krajobraz oraz zasoby naturalne do wykorzystania w rozwoju uzdrowisk oraz w gospodarce.

Małopolska posiada także względnie duże zasoby nieruchomości oraz infrastruktury transportowej, ale ich stan nie jest dobry; wymagają remontów i modernizacji, a niekiedy wręcz rewitalizacji.

Problemem rozwoju Małopolski jest jej ogromne zróżnicowanie i dalsze zaniedbywanie wielu podregionów i ośrodków lokalnych, mimo istnienia w nich potencjału rozwojowego. Barię zmniejszania i likwidowania deficytów są niskie oszczędności, relatywnie niskie nakłady inwestycyjne i popyt wewnętrzny, a także zbyt niska aktywność w uatrakcyjnianiu Małopolski dla inwestorów tak zagranicznych, jak i krajowych.

Zidentyfikowane przewagi i deficyty w rozwoju województwa małopolskiego nie są specyficzne, mimo że perspektywa starzenia się populacji i poszukiwanie potencjału dla rozwoju srebrnej gospodarki były głównym kryterium analizy. Ta perspektywa pozwoliła spojrzeć głębiej i dostrzec te cechy rozwoju regionu, które go ograniczają i wewnętrznie różnicują.

2. Rekomendacje

Strategia rozwoju regionu opracowana w odpowiedzi na wyzwanie starzenia się populacji zawiera główne elementy regionalnej koncepcji „srebrnej gospodarki”. Służy do przygotowania gospodarki do zmiany potrzeb i popytu wewnętrznego w regionie oraz wskazuje te kierunki rozwoju Małopolski, które można by (należy) wykorzystać w eksporcie produktów „srebrnej gospodarki”, dynamizując jej rozwój.

Zestawienie 11. Przewagi i deficyty zasobów potencjału województwa małopolskiego niezbędnego dla rozwoju srebrnej gospodarki

Dziedziny	Przewaga	Deficyt
Zasoby ludzkie	Względnie młoda populacja, kształcąca się	Zasoby pracy w okresie do 2030 r.
Opieka zdrowotna i długoterminowa	Istnienie uczelni medycznych w Małopolsce będących bazą rozwoju kształcenia w zawodach medycznych	Dramatyczny niedobór lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry i chorób przewlekłych Brak bazy szpitalnej do kształcenia w zawodach medycznych niezbędnych w opiece zdrowotnej i długoterminowej nad osobami starszymi
Pomoc społeczna	Relatywnie duży zasób domów opieki	Ogromne zróżnicowanie przestrzenne w lokalizacji domów opieki
Uzdrowiska	Liczne uzdrowiska i miejscowości o walorach uzdrowiskowych Istnienie tradycji w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji Zasoby kadry leczniczej i rehabilitacyjnej (z nielicznymi wyjątkami) w miejscowościach uzdrowiskowych	Zaniedbania w gospodarce komunalnej oraz przestarzała baza sanatoryjna małopolskich uzdrowisk
Zasoby mieszkaniowe	Relatywnie duże zasoby mieszkaniowe	Duży udział zasobów najstarszych i „problemowych” wymagających remontów i modernizacji. Wysokie zagęszczenie mieszkań. Duże zróżnicowanie przestrzenne sytuacji mieszkaniowej
Przestrzeń publiczna	Enklawy dostępnej i dobrze zagospodarowanej przestrzeni publicznej, zabytkowe parki i zieleń osiedlowa	Duże zróżnicowanie w zagospodarowaniu przestrzeni publicznej miast małopolskich; przeciętnie niski poziom zagospodarowania odpowiadającego koncepcji „srebrnej gospodarki”
Infrastruktura komunikacyjna i transportowa	Relatywnie większa sieć linii kolejowych i dróg niż w innych regionach	Zaniedbania inwestycji drogowych i kolejowych umożliwiających dynamizację rozwoju regionu; także w zgodzie z koncepcją „srebrnej gospodarki”
Zasoby edukacyjne	Liczne szkoły i uczelnie, duża liczebność kształcących się oraz absolwentów Najwyższy w kraju poziom efektów nauczania	Niedostosowanie kierunków średniego kształcenia zawodowego, pomaturalnego i wyższego do koncepcji „srebrnej gospodarki” Niska efektywność kształcenia języków obcych
Kapitał społeczny	Relatywnie znaczny rozwój NGOs (czwarte miejsce w kraju); często występują w roli organizatora placówek opiekuńczych i pielęgnacyjnych	Bardzo duże zróżnicowanie w regionie; występowanie białych plam społecznej aktywności
Kultura	Bogactwo zasobów dziedzictwa kulturalnego, liczne instytucje kultury (pierwsze miejsce w kraju), atrakcyjna oferta kulturalna	Relatywnie gorsze dostosowanie obiektów i instytucji kultury do potrzeb osób mniej sprawnych Relatywnie niższe wydatki na kulturę w budżetach JST
Turystyka	Liczne zabytki, urozmaicone ukształtowanie terenu, urodziwy krajobraz, lokalne mikroklimaty oraz bogate złoża kopaliny i wód termalnych	Koncentracja w kilku ośrodkach na czele z Krakowem; niedorozwój innych atrakcyjnych miejsc turystycznych w regionie
Potencjał gospodarczy	Wysoka dynamika wzrostu gospodarczego i lokalizacja centrum usług zewnętrznych	Niska stopa oszczędności, koncentracja potencjału w ośrodku metropolitalnym oraz w pobliżu Śląska Niska dbałość o atrakcyjny wizerunek Małopolski wobec inwestorów zagranicznych i krajowych

Zestawienie 12. *Potrzebne działania w odpowiedzi na wyzwanie starzenia się i w zgodzie z koncepcją srebrnej gospodarki*

Składniki zasobów	Potrzebne działania
Zasoby ludzkie	Rozwijanie warunków pracy „przyjaznych” starszym zasobom pracy Wzrost innowacyjności gospodarki w celu podnoszenia produktywności pracy Wydłużanie okresu aktywności zawodowej Rozwój korzystnych warunków instytucjonalnych i infrastrukturalnych dla godzenia funkcji rodzinnych i zawodowych sprzyjających aktywności zawodowej kobiet w bardziej zróżnicowanych formach
Opieka zdrowotna i długoterminowa	Kształcenie lekarzy specjalistów w zakresie geriatry Rozszerzenie programu studiów z zakresu geriatry na wszystkich kierunkach medycznych Przygotowanie lekarzy rodzinnych do wzrostu funkcji leczniczych i konsultacyjno-opiekuńczych nad osobami starszymi Rozwój sieci „Centra Zdrowia Seniora” w podregionach, a następnie w powiatach Przygotowanie warunków organizacyjnych i kadrowych potrzebnych dla rozwoju opieki domowej jako preferowanego kierunku opieki długoterminowej Rozwiązanie problemu koordynacji opieki zdrowotnej i opiekuńczej w systemie wyodrębnionej opieki długoterminowej Wdrożenie standardów i zbudowanie systemu kontroli jakości opieki w instytucjach opieki długoterminowej (publicznych i prywatnych) Wprowadzenie długookresowego programu promocji zdrowia na rzecz zdrowego starzenia się
Pomoc społeczna i opieka długoterminowa	Stosowanie preferencji dla rozwoju opieki domowej z dochodzącymi opiekunami i pomocą pielęgnacyjną Stopniowy rozwój sieci małych domów pomocy społecznej, otwartych na środowisko lokalne Rozwój dziennych domów pomocy społecznej
Lecznictwo uzdrowiskowe i rehabilitacja	Opracowanie Planu Inwestycji na rzecz Uzdrowisk w Małopolsce i programów realizacji rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego oraz turystyki zdrowotnej Utworzenie Regionalnego Funduszu Inwestycyjnego na rzecz rozwoju małopolskich uzdrowisk
Zasoby mieszkaniowe	Oszacowanie potrzeb finansowych w zakresie remontów i modernizacji istniejących zasobów, dostosowanych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa Postulowanie stworzenia centralnego funduszu remontowego i utworzenie małopolskiego funduszu na remonty starych zasobów mieszkaniowych
Przestrzeń publiczna	Opracowanie kompletnego i skoordynowanego planu przestrzennego zagospodarowania regionu i wszystkich jego miejscowości Zaprojektowanie wzorcowych rozwiązań zagospodarowania przestrzeni publicznej głównych miast regionu na czele z Krakowem (w zgodzie z koncepcją zdrowego miasta), uwzględniających dostosowanie do potrzeb osób mniej sprawnych i starszych Przygotowanie projektu rewitalizacji osiedli, budynków i mieszkań w miastach województwa małopolskiego
Infrastruktura komunikacyjna i transportowa	Opracowanie szczegółowego planu rozwiązań transportowych i komunikacyjnych, łączących Kraków i główne miasta regionu z ośrodkami lecznictwa uzdrowiskowego i turystyki zdrowotnej, umożliwiających przygotowanie programów inwestycyjnych z preferencyjnymi okresami realizacji Zakupy i modernizacja taboru transportowego wyłącznie takiego, który byłby dostosowany do potrzeb osób mniej sprawnych
Edukacja	Zdecydowane zwiększenie limitów przyjęć na kierunki medyczne w regionie Małopolski, w którym zasoby kadr zostaną wykorzystane w rozwoju „srebrnej gospodarki” Otwarcie nowych i rozwój wybranych dotychczasowych kierunków medycznych potrzebnych w warunkach starzenia się populacji, wzrost przyjęć do szkół i uczelni medycznych
Kapitał społeczny	Popularyzowanie i promowanie wolontariatu w szkołach i na uczelniach, a także poprawa regulacji i tworzenie warunków do świadczenia wolontariatu przez osoby starsze Wspieranie przez JST organizacji pozarządowych w ich aktywności na rzecz osób starszych i solidarności międzypokoleniowej, szczególnie prowadzonych przez seniorów
Turystyka	Rozwój i promocja ośrodków niedoinwestowanych, o dużych walorach turystycznych i obiektów turystyczno-rekreacyjnych o zintegrowanych funkcjach, dostosowanych do korzystania przez osoby mniej sprawne

Składniki zasobów	Potrzebne działania
Kultura	Przygotowanie średniookresowego programu inwestycyjnego wyposażenia instytucji kultury w rozwiązania dla osób mniej sprawnych i starszych Rozwój sieci gminnych ośrodków wg koncepcji „biblioteka plus” oraz innych wielofunkcyjnych instytucji kultury
Potencjał gospodarczy	Uwzględnienie w strategii rozwoju województwa koncepcji wewnątrzregionalnej polityki spójności i zrównoważonego wzrostu zorientowanych na wykorzystanie zasobów naturalnych zaniedbanych części regionu i rozwoju koncepcji „srebrnej gospodarki” Przygotowanie koncepcji ukierunkowanego oddziaływania finansów publicznych regionu w kierunku rozwiązań zgodnych ze strategią Zwiększenie oddziaływania na inwestorów zagranicznych i krajowych w celu lokalizacji inwestycji w zgodzie z koncepcją „srebrnej gospodarki” w wyniku prowadzenia intensywnej polityki promocji oraz odpowiedniego negocjowania warunków realizacji inwestycji

Powyżej zestawione rekomendacje mają charakter kierunkowy, czyli wskazują, co i w jakim obszarze należy przedsięwziąć, aby wcielić w życie koncepcję „srebrnej gospodarki”. Nie mówią jeszcze, jak i kto to powinien realizować. Narzędzia realizacji zależą od możliwości i kompetencji głównych decydentów i interesariuszy polityki rozwoju regionalnego. Spójrzmy, jakie w tej dziedzinie istniałyby potrzeby i możliwości.

Samorząd wojewódzki powinien być nie tylko konceptorem i promotorem strategii w duchu rozwoju „srebrnej gospodarki”, ale także animatorem i koordynatorem działań samorządów powiatowych i gminnych oraz lobbystą strategii na poziomie krajowym oraz międzynarodowym. Samorząd wojewódzki, podobnie jak UE, która w celu oddziaływania na autonomiczne decyzje krajowe stosuje metodę otwartej koordynacji (OMC), mógłby zastosować tę metodę wobec samorządów powiatowych i gminnych w celu ukierunkowywania działań zgodnych ze strategią.

Wdrażanie strategii „srebrnej gospodarki” wymagałoby stworzenia specjalnej marszałkowskiej struktury – **Pełnomocnika Marszałka ds. wdrażania koncepcji srebrnej gospodarki**, którego podstawowym zadaniem byłoby zbieranie środków i ewidencjonowanie istniejących funduszy (krajowych i unijnych) na niezbędne inwestycje oraz kontrolowanie procesów inwestycyjnych w Małopolsce pod kątem zgodności z niniejszą strategią. Szczególne znaczenie miałyby następujące inwestycje:

- Modernizacja małopolskich uzdrowisk.
- Rozwój transportu i komunikacji do miejsc o szczególnym znaczeniu dla „srebrnej gospodarki”: małopolskich uzdrowisk, innych miejsc turystyki zdrowotnej i sportu, turystyki kulturalnej i pielgrzymowania.
- Rozwój sieci „Centra Zdrowia Seniora”.
- Inwestycje (modernizacja) szpitalne w celu zapewnienia dydaktyki także na potrzeby rozwoju specjalizacji w dziedzinie geriatry.
- Wsparcie i przyspieszenie procesu remontowania i modernizacji starych zasobów mieszkaniowych w miastach województwa małopolskiego.

- Tworzenie przestrzeni publicznej w miastach w zgodzie z koncepcją zdrowych miast, przyjaznych osobom mniej samodzielnym i starszym.
- Modernizowanie instytucji kultury i turystyki w kierunku placówek wielofunkcyjnych, z uwzględnieniem funkcji informacyjnych i doradczych, w tym rozwój sieci „biblioteka plus”.

Samorzady powiatowe, posiadając kompetencje w obszarze rynku pracy i edukacji na poziomie średnim, powinny z dużą uwagą rozwijać kierunki kształcenia i rozwoju usług społecznych w dziedzinach niezbędnych dla wdrażania strategii.

Samorzady lokalne, główni realizatorzy strategii na swoim terenie, w większym zakresie powinny zgłaszać potrzeby i problemy samorządowi wojewódzkiemu w celu podejmowania wspólnych i w odpowiedniej sekwencji realizowanych programów.

Powodzenie strategii zależy w istotnej mierze od regulacji państwowych i decyzji rządowych. Wiele problemów wymaga bowiem podejścia generalnego. Dotyczy to problemów pozostających w gestii władz centralnych, np. preferencji dla kontyngentu przyjęć na studia medyczne, ustanowienia standardów sprawowania opieki nad osobami starszymi w domach opieki, rozwoju specjalizacji w dziedzinie geriatry, a także rozwiązań finansowych. JST nie udźwigną bowiem problemu remontów starych zasobów mieszkaniowych czy problemu rozwoju sieci transportu kolejowego i drogowego.

3. Promocja strategii „srebrnej gospodarki”

Realizacja strategii w zasadniczym stopniu zależy od zrozumienia (świadomości) procesu starzenia i szerokiego poparcia politycznego oraz społecznego wskazanych w strategii działań. Szczególnie istotne jest tu:

- Informowanie lokalnych decydentów (radnych, wójtów, starostów i prezydentów) o zjawisku starzenia się i jego konsekwencjach (i związanych z tym wyzwaniach) – nie tylko w ramach strategii rozwiązywania problemów społecznych, ponieważ starzenie nie powinno być definiowane jako problem społeczny, lecz jako tendencja przyszłości wymagająca odpowiedniego przygotowania się doń (aktywnego dostosowania).

- Wzmocnienie współpracy³⁴ między samorządem wojewódzkim a gminami i powiatami w zakresie programowania inwestycji w infrastrukturę „srebrnej gospodarki”: program remontowy starego zasobu mieszkaniowego, sieć Centrów Zdrowia Seniora, przyjazna przestrzeń publiczna w miastach, modernizacja uzdrowisk – Plan Inwestycji na rzecz Uzdrowisk, wyposażanie instytucji kultury w rozwiązania dostępne dla osób mniej sprawnych, „biblioteka plus”.
- Tworzenie przy urzędach samorządów terytorialnych społecznych rad opiniująco-konsultacyjnych ds. „srebrnej gospodarki” przy wszystkich programach zdrowotnych i społecznych opracowywanych w jednostkach samorządu terytorialnego (wzorem – Małopolska Rada Zdrowia Publicznego przy tworzeniu i konsultowaniu Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia).
- Organizowanie konferencji i debat (także w lokalnych mediach) dla mieszkańców na temat kierunków rozwoju „srebrnej gospodarki” i usług dla osób starszych zapisywanych w strategiach i programach regionalnych i lokalnych.
- Stworzenie systemu raportowania, który pozwoliłby na bieżące monitorowanie sytuacji w dziedzinie potrzeb i warunków życia osób starszych, a jednocześnie obejmował ocenę realizacji dotychczasowych programów i planów „srebrnej gospodarki” podejmowanych na każdym poziomie samorządu terytorialnego: gminnym, powiatowym i regionalnym, nie w jednym obszarze, ale kompleksowo w kontekście całej jakości życia (tak jak w niniejszym dokumencie obszary: zdrowia, edukacji, mieszkalnictwa, transportu itp.).
- Promocja koncepcji małopolskiej „srebrnej gospodarki” za granicą, szczególnie w ośrodkach polskich emigrantów: USA, Niemcy, Wielka Brytania. Wzrost aktywności w ukazywaniu atrakcyjności inwestycyjnej regionu.

³⁴ Nawet obligowanie do niej w formie odpowiedniej regionalnej „regulacji prawnej”.

Spis tabel

Tabela 1. Częstość występowania chorób	29
Tabela 2. Problemy zdrowotne osób starszych	29
Tabela 3. Liczba akredytowanych miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy w 2010 r. w Polsce	31
Tabela 4. Kursy specjalizacyjne dla lekarzy specjalizujących się z zakresu geriatryi prowadzone przez Centra Medyczne Kształcenia Podyplomowego	32
Tabela 5. Wykaz poradni geriatrycznych na terenie Województwa Małopolskiego posiadających kontrakt z NFZ	33
Tabela 6. Domy pomocy społecznej w wybranych województwach	36
Tabela 7. Domy pomocy społecznej w Małopolsce	36
Tabela 8. Przyznane usługi opiekuńcze wg województw w 2009 r.	39
Tabela 9. Wskaźniki warunków mieszkaniowych, 2008	56
Tabela 10. Wybrane wskaźniki cech przestrzeni i ochrony środowiska	59
Tabela 11. Wskaźniki infrastruktury transportowej i środków transportu	60
Tabela 12. Liczba placówek, uczniów i absolwentów szkół gimnazjalnych dla dzieci i młodzieży na 1000 mieszkańców w Polsce i w Małopolsce w roku szkolnym 2008/2009	63
Tabela 13. Zdawalność egzaminu maturalnego wg poszczególnych typów szkół	66
Tabela 14. Liczba osób przystępujących do egzaminu oraz osób, które otrzymały dyplom w poszczególnych zawodach w 2009 r.	68
Tabela 15. Wskaźniki liczby studentów i absolwentów szkół wyższych w Małopolsce na 1000 mieszkańców w 2009 r.	67
Tabela 16. Liczba zarejestrowanych organizacji pozarządowych według województw	75
Tabela 17. Odpłatna praca w stowarzyszeniach w wybranych krajach Unii Europejskiej w latach 2002–2003	78
Tabela 18. Główne problemy utrudniające funkcjonowanie organizacji w ciągu ostatnich 2 lat	80
Tabela 19. Ranking województw pod względem wskaźników liczby danego rodzaju instytucji kultury na 100 tys. mieszkańców	85
Tabela 20. Wybrane instytucje kultury dostępne dla osób niepełnosprawnych według województw	87
Tabela 21. Wydatki na kulturę per capita w jednostkach samorządu terytorialnego w PLN	89
Tabela 22. Udział wydatków na kulturę w budżecie województwa małopolskiego w latach 2001–2010	89
Tabela 23. Dynamika wzrostu indywidualnych wydatków gospodarstw domowych na kulturę według województw	90
Tabela 24. Dochód rozporządzalny oraz przeciętne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych według województw, 2009 r., Polska = 100%	99
Tabela 25. Rodzaje oszczędności w Polsce i Małopolsce, 2008	100
Tabela 26. Procentowy rozkład liczby dłużników-konsumentów w województwach	101
Tabela 27. Wskaźnik przedsiębiorczości 31 XII 2009	103

Tabela 28. Liczba spółek z udziałem kapitału zagranicznego wg województw w latach 2005–2008	103
Tabela 29. Liczba podmiotów gospodarczych w podregionach Małopolski, 2009	104
Tabela 30. Wskaźnik przedsiębiorczości w latach 2005–2009 w Małopolsce według powiatów	104
Tabela 31. Wartość nakładów inwestycyjnych wg sektorów gospodarki i województw, 2008 r., tys. PLN	105
Tabela 32. Nakłady inwestycyjne na 1 mieszkańca wg województw w latach 2005–2008, PLN	105
Tabela 33. Wartość brutto środków trwałych w gospodarce narodowej w przedsiębiorstwach sektora prywatnego wg województw w latach 2005–2008, tys. PLN	106
Tabela 34. Dochody i wydatki jednostek samorządu terytorialnego wg województw, 2008	109

Spis wykresów

Wykres 1. Porównanie prognoz wielkości ludności Polski	12
Wykres 2. Prognozowana wielkość populacji województwa małopolskiego	12
Wykres 3. Całkowita liczba mieszkańców Polski wg województw – rok 2010 i 2030	13
Wykres 4. Piramida wieku dla województwa małopolskiego – rok 2008	14
Wykres 5. Piramida wieku dla województwa małopolskiego – rok 2050	14
Wykres 6. Prognoza struktury wiekowej populacji województwa małopolskiego	15
Wykres 7. Udział osób w wieku 65+ w populacji województwa małopolskiego i Polski	16
Wykres 8. Prognozowane zmiany udziału osób w wieku 65+ w populacji polskich województw w latach 2010–2030	16
Wykres 9. Prognoza wartości wskaźników obciążenia demograficznego dla województwa małopolskiego	17
Wykres 10. Wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością starszą w roku 2010 i 2030 dla województw w Polsce	18
Wykres 11. Zmiany wielkości populacji osób starszych w poszczególnych grupach wiekowych	19
Wykres 12. Udział osób w wieku 80+ w grupie wiekowej 65+	19
Wykres 13. Wskaźnik zatrudnienia wg płci i wieku w 2009 r. (dane średnioroczne)	20
Wykres 14. Liczebność grup wchodzących na rynek pracy i opuszczających go	21
Wykres 15. Prognozowane zmiany demograficzne w grupie osób w wieku 15–64	21
Wykres 16. Prognoza struktury wiekowej zatrudnienia w województwie małopolskim przy założeniu niezmiennych wskaźników zatrudnienia	22
Wykres 17. Liczba osób zatrudnionych przy założeniu osiągnięcia w 2025 r. stopy zatrudnienia określonej w Europejskiej Strategii Zatrudnienia	23
Wykres 18. Prognozowane zmiany liczby zatrudnionych w województwie małopolskim w okresach pięcioletnich	23
Wykres 19. Prognozowana wielkość populacji w wieku 15–59/64 (kobiety/mężczyźni) oraz 15–64/69 (kobiety/mężczyźni)	24
Wykres 20. Procentowe zmiany wielkości populacji w regionach europejskich (NUTS2) w latach 2010–2030	25
Wykres 21. Przewidywany udział osób w wieku 65+ w populacji regionów krajów Unii Europejskiej, Norwegii i Szwajcarii w 2030 roku	25
Wykres 22. Liczba szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych wg województw w 2009 r.	47
Wykres 23. Liczba łóżek w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych wg województw w 2009 r.	47
Wykres 24. Liczba szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych w woj. małopolskim w latach 1999–2009	49
Wykres 25. Liczba łóżek w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w woj. małopolskim w latach 1999–2009	49
Wykres 26. Liczba i struktura (%) zabiegów leczniczych wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w woj. małopolskim w 2009 r.	51

Wykres 27. Tabor komunikacji miejskiej w Polsce	61
Wykres 28. Tabor komunikacji miejskiej w Małopolsce	61
Wykres 29. Średnie wyniki egzaminu gimnazjalnego uczniów z części humanistycznej wg województw w roku szkolnym 2008/2009	64
Wykres 30. Średnie wyniki egzaminu gimnazjalnego uczniów z części matematyczno-przyrodniczej wg województw w roku szkolnym 2008/2009	64
Wykres 31. Średnie wyniki egzaminu gimnazjalnego uczniów z języka obcego wg województw w roku szkolnym 2008/2009	65
Wykres 32. Struktura uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Małopolsce w 2008/2009 r.	65
Wykres 33. Uczniowie szkół zawodowych według najczęściej wybieranego zawodu – 2008	66
Wykres 34. Liczba studentów i absolwentów uczelni wyższych w Małopolsce	69
Wykres 35. Liczba studentów w Małopolsce w 2008 r. według kierunków studiów	70
Wykres 36. Liczba studentów kierunków inżyniersko-technicznych (razem z budownictwem i architekturą) według województw	70
Wykres 37. Liczba klubów seniora w Polsce i Małopolsce	74
Wykres 38. Liczebność wszystkich obiektów kultury w kraju i udział obiektów przystosowanych dla osób niepełnosprawnych ruchowo w kraju	86
Wykres 39. Liczebność wszystkich obiektów kultury w kraju i udział obiektów przystosowanych dla osób niepełnosprawnych ruchowo w Małopolsce	87
Wykres 40. Wydatki samorządów terytorialnych na kulturę i sztukę	88
Wykres 41. Wydatki gospodarstw domowych na kulturę przeciętnie na osobę w gospodarstwie	90
Wykres 42. Przedstawienia i widzowie w teatrach i instytucjach muzycznych	91
Wykres 43. Czytelnicy bibliotek publicznych w 2008 r. wg grup wiekowych	91
Wykres 44. Ruch turystyczny w Małopolsce w latach 2003–2009	93
Wykres 45. Pochodzenie turystów zagranicznych przyjeżdżających do Małopolski	94
Wykres 46. Wzrost PKB i jego poziom per capita w województwach	97
Wykres 47. PKB per capita w małopolskich podregionach	98
Wykres 48. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej wg województw, maj 2010	98
Wykres 49. Oszczędności (w ujęciu strumieniowym) na 1 osobę w gospodarstwach domowych w 2008 r. PLN	100
Wykres 50. Szacowana liczba osób mających depozyty według wieku	101
Wykres 51. Zaległości wobec fiskusa w podziale na województwa, koniec września 2009 r. PLN	102
Wykres 52. Wartość bezpośrednich inwestycji zagranicznych w Małopolsce w latach 1997–2008, mld USD	107
Wykres 53. Struktura kapitału zagranicznego według województw w 2008 roku w podmiotach z udziałem kapitału zagranicznego	107
Wykres 54. Wydatki budżetów JST w latach 2007–2008, mln PLN	108

Spis zestawień

Zestawienie 1. Strategiczne dokumenty na temat przyszłego rozwoju w kontekście zmiany demograficznej	9
Zestawienie 2. Porównanie podstawowych wskaźników zmian demograficznych w okresie prognozowanym w Małopolsce i przeciętnie w kraju	26
Zestawienie 3. Obiekty sanatoryjne i sanatoryjno-wypoczynkowe w Małopolsce	48
Zestawienie 4. Uzdrowiska w województwie małopolskim i ich kierunki lecznicze	50
Zestawienie 5. Zasoby i problemy w miejscowościach uzdrowskich Małopolski	52
Zestawienie 6. Uniwersytety Trzeciego Wieku w województwie małopolskim (dostępne dane z 2010 r.)	72
Zestawienie 7. Aktywności organizacji pozarządowych związane z potrzebami osób starszych	77
Zestawienie 8. Rodzaje działalności przedsiębiorczej osób starszych i dla osób starszych prowadzonej przez organizacje pozarządowe, ogólnie i specyficznie w rolnictwie	79
Zestawienie 9. Słabe i mocne strony małopolskich organizacji pozarządowych	81
Zestawienie 10. Klasyfikacja pozycji Małopolski wśród województw w kraju pod względem wskaźników rozwoju gospodarczego	110
Zestawienie 11. Przewagi i deficyty zasobów potencjału województwa małopolskiego niezbędnego dla rozwoju srebrnej gospodarki	112
Zestawienie 12. Potrzebne działania w odpowiedzi na wyzwanie starzenia się i w zgodzie z koncepcją srebrnej gospodarki	113

Spis map

Mapa 1. Rozmieszczenie domów pomocy społecznej w powiatach Małopolski	37
Mapa 2. Uzdrowiska i obszary uzdrowiskowe w Polsce	46
Mapa 3. Rozmieszczenie uzdrowisk w Małopolsce	51
Mapa 4. Wskaźniki zdawalności matury w Małopolsce w 2008 r.	67
Mapa 5. Poziom aktywności społecznej mieszkańców małopolskich miast	76
Mapa 6. Rozmieszczenie inwestycji zagranicznych w Małopolsce	108

Bibliografia

Ancyparowicz G. (2009), *Monitoring banków 2005–2008*, Studia i Analizy Statystyczne GUS, Warszawa

Borkowski R., Lisowski R. (red.) (2006), *Małopolska w Europie*, Fundacja Inicjatyw Lokalnych i Oświatowych, Kraków

CBOS (2004), *Grupowa aktywność społeczna Polaków w latach 1998–2004*, Komunikat z badań

Centralna Komisja Egzaminacyjna: www.cke.edu.pl

Centrum Edukacji Studiów Niestacjonarnych: www.e-mentor.edu.pl

Departament Polityki Społecznej UMWM (2008), *Raport. Lecznictwo szpitalne w Małopolsce w latach 1999–2007*, Kraków

Departament Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego WM (2009), *Raport. Województwo Małopolskie 2008*, Kraków

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Krakowie (2008), *Raport Lecznictwa Szpitalnego w Małopolsce*, Kraków

Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J. (2008), *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, w: „Gerontologia Polska” tom 16, nr 3, 149–159

Domański B. (red.) (2009), *Inwestycje zagraniczne w Małopolsce 2008*, Małopolskie Obserwatorium Gospodarki, Kraków

Eurostat, *Europop2008* statystyka regionalna, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/region_cities/regional_statistics/data/database

Fundacja Sztuki Osób Niepełnosprawnych: www.idn.org.pl/fsn

Giannakouris K. (2010), *Regional population EUROPO2008: Most EU regions face older population profile in 2030*, Eurostat, European Commission

Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2007), *Health Expenditure Scenarios in the New Member States. Country Report on Poland*, ENEPRI Research Report No. 47

Golinowska S. (2009), *Społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się ludności*, w: *Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa* (red. J. Kleer), Polska Akademia Nauk, Komitet Prognoz ‘Polska 2000 Plus’ Warszawa

Golinowska S. (2009), *Więzi społeczne i kapitał społeczny we współczesnej Polsce. Porównanie z innymi krajami Unii Europejskiej*, w: *Więzi społeczne i przemiany gospodarcze. Polska i inne kraje europejskie*, Wydział Nauk Ekonomicznych UW oraz IPISS, Warszawa

Golinowska S., Żukowski M. (2009), *Diversity, similarity and commonality: Member states’ social policies and EU social policy*, in: S. Golinowska, P. Hengstenberg, M. Żukowski, *Diversity and Commonality in European Social Policies: The forming of a European Social Model*, FES and Wydawnictwo Naukowe Scholar

Górniak J., Jelonek M., Kwinta-Odrzywołek J., Skrzyńska J. (2010), *Uczelnie wyższe a rozwój Małopolski*, w: *Małopolskie Studia Regionalne* nr 1(18)

GUS, *Prognoza ludności według województw na lata 1999–2030*, w: *Wojewódzki Program Polityki i Pomocy Społecznej w Małopolsce wobec starości na lata 2001–2003*

GUS, Bank Danych Regionalnych, http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrup?p_dane=0&p_kate=3

GUS, *Podstawowe Dane z Zakresu Ochrony Zdrowia (lata 1999–2009)*

GUS, Portal informacyjny, <http://www.stat.gov.pl/gus>

GUS, sprawozdania ZD-2 z lecznictwa uzdrowiskowego

GUS (2008), *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Warszawa

GUS (2009), *Badanie budżetów gospodarstw domowych*, Wydział Badań Ankiety GUS, Warszawa

- GUS (2009), *Budżety jednostek samorządu terytorialnego w latach 2003–2008*, Warszawa
- GUS (2009), *Kultura w 2008 r., Informacje i Opracowania Statystyczne*, Warszawa
- GUS (2009), *Monitoring banków 2005–2008*, Studia i analizy statystyczne, Warszawa
- GUS (2009), *Regiony Polski*, Warszawa
- GUS (2009), *Rocznik Statystyczny Województw 2009*, Warszawa
- GUS (2009), *Sektor non-profit w Polsce*, Warszawa
- GUS (2009), *Turystyka w 2008 r., Informacje i Opracowania Statystyczne*, Warszawa
- GUS (2009 i 2010), *Zmiany w strukturze grup podmiotów gospodarki narodowej w 2009 r.*, Warszawa
- GUS (2010), *Sytuacja gospodarstw domowych w 2009 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, Warszawa
- GUS (2010), *Wstępna informacja na temat Badania Stowarzyszeń, fundacji i organizacji społecznych (SOF -1) zrealizowanego w 2009 roku*, Warszawa
- GUS (2010), *Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej województw*, Nr 1/2010, Warszawa
- GUS (2010), *Warunki powstawania i działania oraz perspektywy rozwojowe polskich przedsiębiorstw powstałych w latach 2004–2008*, Warszawa
- Guzik R., Kołoś A. (2010). Dostępność komunikacyjna, w: *Badanie funkcji, potencjału oraz trendów rozwojowych miast w województwie małopolskim*, projekt zrealizowany na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego
- Halicki J. (1998), *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze* (maszynopis pracy doktorskiej), Białystok–Łódź
- Hałat P. (2010), *Warunki życia w miastach oraz dostępność i jakość usług publicznych*, w: *Badanie funkcji, potencjału oraz trendów rozwojowych miast w województwie małopolskim*, projekt zrealizowany na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego
- Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową (IBnGR) (2008), *Atrakcyjność inwestycyjna województw i podregionów Polski 2008*, red. T. Kalinowski, Gdańsk
- Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej i Instytut Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego (2010), *Badanie funkcji, potencjału oraz trendów rozwojowych miast w województwie małopolskim*, projekt zrealizowany na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego
- Instytut Rozwoju Miast (2009), *Informacje o mieszkalnictwie. Wyniki monitoringu za 2008r.*, Kraków
- Izba Gospodarcza Uzdrowiska Polskie (2010), *Uzdrowiska na mapie* <http://www.igup.pl/index1.php?show=mapa>
- Karmelitański Wolontariat św. Eliasza: www.eliasz.org.pl
- Korzeniewski W. (2008), *Przystosowanie mieszkań w budynkach wielorodzinnych do potrzeb osób niepełnosprawnych*, Przegląd Budowlany 9/2008
- Kozierkiewicz A., Szczerbińska K. (red.) (2007), *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość [Long-term Care in Poland: assessment of current status and solutions for future]*, TerMedia Wyd. Med., Kraków
- Krakowiak-Bal A. (2007), *Wpływ rozwoju infrastruktury na poziom przedsiębiorczości w gminach wiejskich wybranych powiatów województwa małopolskiego*, *Inżynieria Rolnicza* nr 7 (95)
- Małopolskie Obserwatorium Gospodarki (2008), *Inwestycje zagraniczne w Małopolsce*, Kraków
- Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju (2010), *Badanie opinii przedstawicieli organizacji pozarządowych z terenu województwa małopolskiego na temat kluczowych obszarów polityki rozwoju województwa określonych w Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013*, Badanie realizowane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Regionalnej, w ramach projektu systemowego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki „Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju – etap I”, Raport z badań Biostat, Kraków
- Małopolskie Obserwatorium Pomocy Społecznej (2010), *Potencjał małopolskich organizacji pozarządowych*, ROPS Kraków
- Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie: www.malopolska.uw.gov.pl
- Meyer-Bohe W. (1998), *Budownictwo dla osób starszych i niepełnosprawnych*, Arkady, Warszawa
- Ministerstwo Edukacji Narodowej (2001) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 34, poz. 405)
- Ministerstwo Edukacji Narodowej (2006), *Podstawa programowa kształcenia w zawodzie opiekuna w domu pomocy społecznej*, Warszawa
- Ministerstwo Edukacji Narodowej (2006), *Podstawa programowa kształcenia w zawodzie opiekunki środowiskowej*, Warszawa
- Ministerstwo Edukacji Narodowej (2006), *Podstawa programowa kształcenia w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej*, Warszawa

Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego (2009), *Finansowanie kultury i zarządzanie instytucjami kultury*, autorzy: J. Głowacki, J. Hausner, K. Jakóbiak, K. Markiel, A. Mituś, M. Zabiński w: *Raport o Stanie Kultury*, Warszawa

Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego (2009), *Raport o stanie i zróżnicowaniach kultury miejskiej w Polsce*, autorzy: W. Burszta, M. Duchowski, B. Fatyga, J. Nowiński, M. Pęczak, E.A. Sekuła, T. Szlendak przy współpracy A. Hupy i P. Majewskiego, w: *Raport o Stanie Kultury*, Warszawa

Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (2009), *Rozwój regionalny w Polsce. Raport 2009*, Warszawa

Ministerstwo Zdrowia (2004), *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga*, raport, Warszawa

Ministerstwo Zdrowia (2009), *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Vesalius, Kraków

Ministerstwo Zdrowia (2010), Projekt rozporządzenia w sprawie standardu postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry z dn. 12.07.2010

Ministerstwo Zdrowia (2010), Komunikat prasowy MZ PAP, Warszawa, 26 maja 2010 r.

Ministerstwo Zdrowia (2010), *Obszary uznane za uzdrowiska*, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m8&ms=625&ml=pl&mi=625&mx=0&ma=10282>

Ministerstwo Zdrowia (2010), *Kierunki lecznicze uzdrowisk* <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m8&ms=628&ml=pl&mi=628&mx=0&ma=10291>

Misiąg W. (2009), Czynniki kształtujące sytuację finansów publicznych w województwie małopolskim, w: *Małopolskie Studia Regionalne*, Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju, 5 Raport Roczny, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków

Misztela M. (red.) (2006), *Wolontariat w szkole. Organizacja i prowadzenie szkolnego klubu wolontariusza*, Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu, Warszawa, www.wolontariat.org.pl

Okręgowa Komisja Egzaminacyjna w Krakowie, baza danych internetowych www.oke.krakow.pl

ONZ (2009), *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database*, <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=4>

Piłat E. (2010), *Standardy podnoszą komfort, ale i koszty opieki*, Dziennik Polski, 10 kwietnia 2010 r.

Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze: www.pttk.pl

Polski Czerwony Krzyż: www.pck.pl

Polski Związek Rolników, Kółek i Organizacji Rolniczych: www.kolkarolnicze.eu

Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej: www.rejestrzoz.gov.pl

Porozumienie Klubów Inteligencji Katolickiej: www.porozumienie.kik.opoka.org.pl

Rada Miasta Krakowa (2009), Plan Rozwoju dla Osiedla Uzdrożonego Swoszowice – Załącznik do Uchwały Nr LXXIV/952/09 z dnia 3 czerwca 2009 r.

Rada Miejska w Krynicy-Zdroju (2009), Plan Rozwoju Uzdrożonego Krynicy-Zdroju na lata 2008–2015 – Załącznik do Uchwały Nr XXXVII/280/09 z dnia 25 czerwca 2009 r.

Rada Miasta Rabka-Zdrój (2009), Plan Rozwoju Uzdrożonego Rabka-Zdrój na lata 2009–2015 – Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XLI/282/09 z dnia 29 czerwca 2009 r.

Rada Miasta i Gminy Uzdrożonego Muszyna (2009), Plan Rozwoju Uzdrożonego Muszyna na lata 2009–2015 – Załącznik do Uchwały Nr XXX/444/2009 z dnia 25 czerwca 2009 r.

Rada Miasta i Gminy Piwniczna – Zdrój (2009), Plan Rozwoju Uzdrożonego Piwniczna-Zdrój na lata 2007–2013 – Załącznik do Uchwały Nr XXXVII/258/09 z dnia 29 czerwca 2009 r.

Rada Miejskiej Szczawnica (2009), Plan Rozwoju Uzdrożonego Szczawnica na lata 2009–2015 – Załącznik nr 1 do Uchwały XXXVIII/289/09 z dnia 26 czerwca 2009 r.

Rada Gminy Uście Gorlickie (2009), Plan Rozwoju Uzdrożonego Wysowa-Zdrój na lata 2009–2015 – Załącznik nr 1 do Uchwały nr XIX/299/2009 z dnia 26 czerwca 2009 r.

Rada Gminy Sękowa (2009), Plan Rozwoju Uzdrożonego Wałpianne; lipiec 2009 r.

Rady Miasta i Gminy Uzdrożonego Muszyna (2009), Plan Rozwoju Uzdrożonego Żegiestów-Zdrój na lata 2009–2015 – Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XXX/445/2009 z dnia 25 czerwca 2009 r.

Regional Directors of Public Health in South East of England (2009), 2008 Annual Report of the South East England. Including South England Health Strategy progress report and data compendium. Guildford

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie: www.rops.krakow.pl

Rytelewska G., Kłopotcka A. (2010), *Wpływ czynników demograficznych na poziom i strukturę oszczędności gospodarstw domowych w Polsce*, Bank i Kredyt Nr 41, NBP Warszawa

Samarytańskie Towarzystwo im. Jana Pawła II w Zakliczynie i Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie (2006), *Poznaj – Sprawdź – Skorzystaj – Małopolski Informator dla Seniorów 2006*

Sejmik Województwa Małopolskiego (2001), *Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001–2005. Program Wojewódzki*, Kraków

Stowarzyszenie Wspierania Onkologii „Unicorn”: www.unicorn.org.pl

Stowarzyszenie Klon/Jawor: www.ngo.pl

Stowarzyszenie „Senior na czasie”: www.senior.org.pl

Synak B. (red.) (2002), *Polska starość*, praca zbiorowa, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk

UNDP (1999), *Ku godnej i aktywnej starości*. Raport o rozwoju społecznym Polska 1999, red. naukowa – S. Golinowska, Warszawa

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego: www.ma-lopolskie.pl, www.wrotamalopolski.pl

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (2006), *Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2006–2013*, Kraków

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (2008), *Kierunki Rozwoju Turystyki dla Województwa Małopolskiego na lata 2008–2013*, Kraków

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (2009), *Inwestycje zagraniczne 2009*, Kraków

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (2009), *Województwo Małopolskie 2008*, Kraków

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (2010), *Raport o stanie zagospodarowania przestrzennego województwa małopolskiego. Przegląd zmian w zagospodarowaniu przestrzennym*, w: *Małopolskie Studia Regionalne*, Kraków

Urząd Miasta Krakowa: www.krakow.pl

Urząd Statystyczny w Krakowie (2007), *Zasoby mieszkaniowe w województwie małopolskim w 2006 r.*, Kraków

Urząd Statystyczny w Krakowie (2009), *Instytucje kultury w Województwie Małopolskim w 2008 r.*, Kraków

Urząd Statystyczny w Krakowie (2009), *Dzieci i młodzież w Małopolsce*, Kraków

Urząd Statystyczny w Krakowie (2010), *Komunikat o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa małopolskiego*, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS_2010_01_komunikat.pdf

Urząd Statystyczny w Poznaniu (2009), *Miasta Wojewódzkie*, Poznań

Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie (2010), *Regionalna mapa bezrobocia 2010*, WUP Kraków

Woźniak Z. (2003), *Priorytety w programach gerontologicznych organizacji międzynarodowych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych*, w: *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*. Materiały konferencyjne, Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej, Kraków

Wrota Małopolski – portal internetowy, http://www.wrotamalopolski.pl/root_Pomoc+Spoleczna/Instytucje+pomocy+spolecznej/Wprowadzenie/

Zaniewska H. (red.) (2001), *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, IGH, Warszawa

Zaniewska H. i Thiel M. (2009), *Mieszkańowe obszary problemowe w Polsce – identyfikacja cech architektoniczno-przestrzennych*, *Architecturae et Artibus*, nr 1

Zarząd Województwa Małopolskiego (2010), *Projekt „Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2011–2020”, Małopolska 2020. Nieograniczone możliwości*, Kraków

WYDAWCA:
URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO
UL. BASZTOWA 22
31-156 KRAKÓW
TEL.: (+48 12) 299 07 00
FAX: (+48 12) 299 07 26
www.malopolskie.pl

