Piotr Trzepacz
Karol Janas
Karolina Piech

5. STRUKTURA WIEKU I PROCESY STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI MIAST POLSKI W LATACH 2006–2016

5.1. Uwarunkowania procesu demograficznego starzenia się ludności

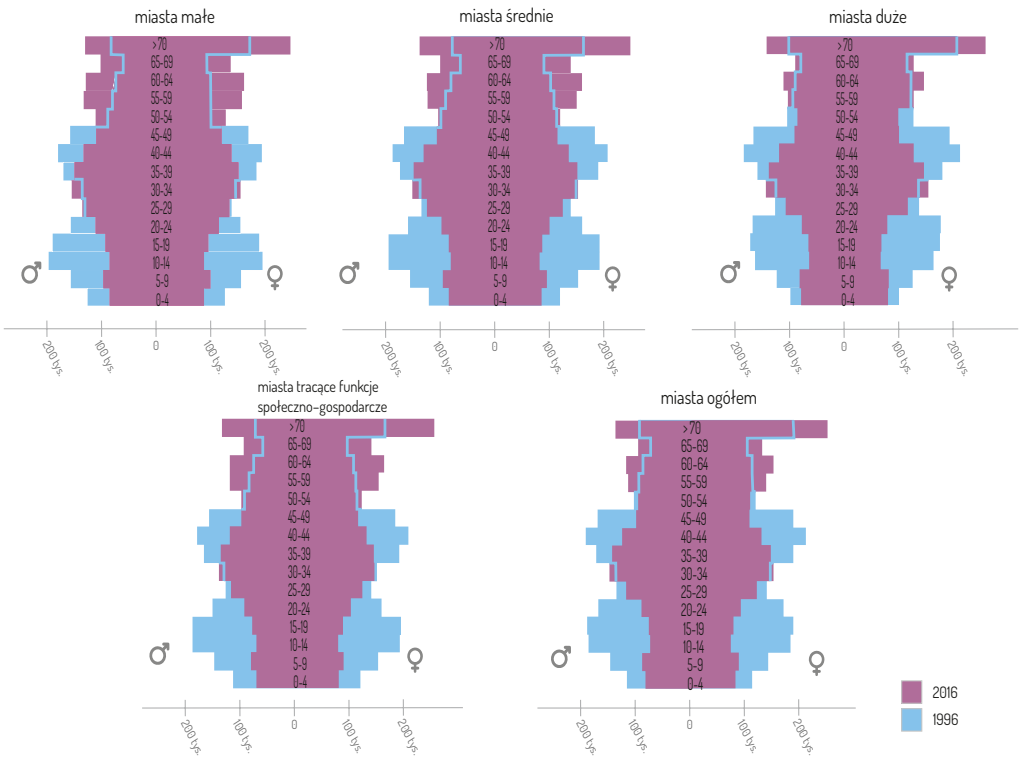
W analizie struktury wieku ludności społeczeństwo najczęściej dzieli się na 3 podstawowe grupy: wieku przedprodukcyjnego, produkcyjnego i poprodukcyjnego. Najliczniejszą z nich stanowią osoby w wieku produkcyjnym, czyli pomiędzy 17. a 65. rokiem życia. Pozostałe dwie grupy są mniejszością, a ich suma w polskich miastach nie przekracza 50% społeczeństwa. Relacje między liczebnością tych 3 grup wieku są szczególnie istotnym sygnałem dla wyzwań stojących przed państwem w zakresie kształtowania jego potencjału gospodarczego, polityki migracyjnej oraz w coraz większym stopniu popytu na zmieniające się wraz z przemianami struktury wieku ludności zapotrzebowanie na usługi.

Za jedno z największych współczesnych wyzwań uważa się proces demograficznego starzenia się ludności. Jednym z podstawowych jego wyrazów jest rosnący udział ludności w wieku poprodukcyjnym. Struktura populacji jest w coraz większym stopniu obciążona osobami starszymi. Ma to swój szczególny wpływ na gospodarkę. Oznacza to bowiem m.in. wzrost zapotrzebowania na usługi dedykowane właśnie osobom starszym – np. w zakresie ochrony zdrowia. Duży problem stanowi fakt, że wzrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym nie równoważy przyrost liczby urodzeń. W perspektywie oznacza to jeszcze większe obciążenie ekonomiczne coraz mniej licznych roczników młodszych, których praca będzie musiała pokryć koszty związane z opieką i ochroną zdrowia osób starszych. W tym kontekście pojawiają się niezwykle wrażliwe pod względem politycznym sugestie doty-

czące potrzeby przesunięcia wieku emerytalnego, co w Polsce spotkało się z bardzo złym przyjęciem i ostatecznie wycofaniem zmian w tym obszarze. Należy pamiętać, że proces demograficznego starzenia się zachodzi z obu stron piramidy wieku (ryc. 18). Zachodzą tym samym zwężanie się jej postawy poprzez spadającą liczbę urodzeń oraz jej rozszerzanie się na górze poprzez zwiększające się roczniki najstarsze (Górecka 2005). Rozszerzanie się górnej części piramidy postrzegane jest częściowo jako zjawisko pozytywne w kontekście jego przyczyn, gdyż wynika ono z osiągnięć rozwoju społeczno-ekonomicznego, nawet cywilizacyjnego. W przypadku Polski problem demograficznego starzenia się został niejako dodatkowo wzmocniony tym, że przełom lat 80. i 90. XX w. był czasem, w którym równolegle na negatywne skutki transformacji nałożyła się niżowa faza cyklu demograficznego z lat 80. XX w. (Runge, Runge 2002). Tym samym nie dość, że negatywne skutki przemian społeczno-gospodarczych wypychały wielu ludzi do emigracji, to jeszcze wyjściowy potencjał demograficzny był obniżony echem niżu.

W przypadku wszystkich kategorii wielkościowych miast Polski zauważa się wyraźny wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Największa zmiana między rokiem 1996 a 2016 nastąpiła w przypadku miast średnich, a następnie małych (ryc. 18). W przypadku miast dużych dynamika zmiany w tym obszarze była najmniejsza. Jednak dopiero wyodrębnienie grupy miast tracących funkcje społeczno-gospodarcze pokazuje, z jaką skalą problemów demograficznych borykają się właśnie takie ośrodki. To one w omawianym okresie zestarzały się szczególnie. Widać to nie tylko po rozszerzeniu ostatnich przedziałów wieku, ale także w tym, że to właśnie w przypadku tej grupy miast nastąpiło najwyraźniejsze wyrównanie piramidy wieku: jej spłaszczenie na poziomie przedziałów najważniejszych z bieżącej perspektywy ekonomicznej, czyli produkcyjnych.

Trzeba również zauważyć silne i powiększające się dysproporcje, jeśli chodzi o strukturę płci zwłaszcza w górnej części piramidy. Jest ona silnie zdominowana przez kobiety, które żyją średnio kilka lat dłużej niż mężczyźni. Decydują o tym czynniki biologiczne (już na poziomie genetycznym i chromosomalnym), socjalne, behawioralne, a nawet ewolucyjne (Gryglewska 2016). W przypadku czynników socjalnych często powtarza się jeden z już nieaktualnych, a mianowicie większe narażenie mężczyzn na sytuacje stresowe związane z aktywnością zawodową. Tymczasem wraz ze znacznym zwiększeniem zaangażowania społeczno-ekonomicznego kobiet one również w nie mniejszym stopniu niż mężczyźni narażone są na wynikające z tego trudności – zwłaszcza w warunkach środowiska miejskiego. Jednocześnie liczba samobójstw w przypadku mężczyzn jest znacznie wyższa niż w przypadku kobiet – w 2016 r. aż 85,8% wszystkich samobójstw popełnili właśnie mężczyźni (*Zamachy…* 2017). Może to świadczyć bardziej o problemie nieradzenia sobie ze stresem niż różnym stopniu narażenia na takie okoliczności. Dużo uwagi w próbach wyjaśnienia źródeł nadumieralności mężczyzn przykłada się do jej wyjaśnienia czynnikami behawioralnymi. Szczególnie odnosi się to do rozmaitych niekorzystnych nawyków – zwłaszcza palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu, które stanowią szczególny problem wśród męż-



Ryc. 18. Piramidy wieku dla wybranych kategorii miast – porównanie 1996 i 2016
Źródło: dane Głównego Urzędu Statystycznego

czyzn, choć niestety zaczyna on również rosnąć w przypadku kobiet. B. Gryglewska (2016) przypomina także o odmiennym podejściu mężczyzn i kobiet do kwestii dbałości o zdrowie i ogólnie do profilaktyki zdrowotnej. Większa świadomość i zaangażowanie kobiet w tym zakresie również należy do istotnych czynników behawioralnych wpływających na różnice w umieralności mężczyzn i kobiet.

Jednym z czynników wpływających na proces starzenia się jest wydłużające się trwanie życia. Przeciętne dalsze trwanie życia dla osób urodzonych w 2015 r. wynosiło dla kobiet 81 lat, a dla mężczyzn było wyraźnie krótsze – tylko 73,6 lat. A. Urbaniak (2017) przypomina jednak, że tego rodzaju wskaźnik należy wzbogacić o wymiar jakościowy, czyli wskazanie przeciętnego trwania życia w zdrowiu, bez niepełnosprawności. W 2012 r. wskaźnik ten dla Polski wyniósł 59,2 lat dla mężczyzn (poniżej średniej europejskiej) i 61,3 lat dla kobiet (powyżej średniej europejskiej). Tym samym dla kobiet w Polsce oznacza to życie z niepełnosprawnością blisko 20 lat. Wyniki te są w dużej mierze pochodną stylu życia, a zwłaszcza jego higieny (m.in. nadużywanie używek i słaba kondycja fizyczna). Nadumieralność mężczyzn nie jest sytuacją szczególną, ale w Polsce skala tego zjawiska jest znacznie wyższa

niż średnio (Ciabiada i in. 2017). Analizy prowadzone przez P. Szukalskiego (2013a) pokazują, że wraz z wydłużaniem się trwania życia człowieka wydłuża się również jego ekspozycja na czynniki ryzyka odpowiedzialne m.in. za choroby nowotworowe, co wpływa na wzrost ich znaczenia jako przyczyny zgonu – z 8,9% w 1960 r. do 25,3% w 2010 r. Dominującą przyczyną zgonów w Polsce pozostają choroby układu krążenia, chociaż od początku lat 90. XX w. zauważa się ich spadek. Z jednej strony warunki życia w mieście sprzyjają temu, żeby cieszyć się nim dłużej – lepsza dostępność do służby zdrowia oraz narzędzi profilaktyki (uprawiania sportu itp.). Jednocześnie stresujące środowisko pracy oraz dostęp do używek stanowią duże obciążenie.

Przedstawione wyżej prawidłowości pokazują, że problemem nie jest jedynie ilościowy, ale także strukturalny aspekt procesu starzenia się. P. Szukalski (2010b) podaje, że połowa przyrostu trwania życia kobiet dokonuje się dzięki redukcji ich umieralności w wieku 80 lat i więcej, a obniżka umieralności kobiet po 60. roku życia odpowiada za 85% wzrostu trwania życia noworodka. W przypadku mężczyzn jest to odpowiednio 30% i 75%. Te dysproporcje nie mają jedynie wymiaru czysto demograficznego. Dłuższe życie kobiet wpływa także na zjawisko „feminizacji starości". Jest ono dodatkowo połączone z singularyzacją (pozostawaniem w jednoosobowym gospodarstwie domowym), która ma poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne (Urbaniak 2017). Warto o tym pamiętać, mając również na uwadze, że to kobiety są dominującą grupą migrantów decydujących się na życie w mieście, chociaż jeszcze kilka dekad temu migracje postrzegane były jako aktywność zarezerwowana dla mężczyzn (Dobosz, Glinkowska 2015).

5.2. Przestrzenne zróżnicowanie skali procesu demograficznego starzenia się ludności w Polsce

W Polsce regionalne zróżnicowanie starzenia się jest ciągle konsekwencją wielu historycznych czynników, niemniej zmiany spowodowane współczesną sytuacją polityczną i społeczno-gospodarczą zaburzają tradycyjny demograficzny podział kraju na młodszy północny zachód oraz starszą Polskę środkową i wschodnią (Długosz i in. 2011). Układ ten ulega coraz większym zaburzeniom związanym m.in. z procesami suburbanizacji, w których uczestniczą przede wszystkim osoby relatywnie młode, w wieku 30–45 lat, które są na tyle młode, aby chciało im się podjąć trud budowy i przenosin, i na tyle stare, aby zdołały zgromadzić zasoby wystarczające na podjęcie takiego kroku (Szukalski 2010a).

Proces demograficznego starzenia się (jego skala, dynamika zmian, a także przestrzenne zróżnicowanie) ma szczególne znaczenie, ponieważ determinuje m.in. przestrzenne i konsumenckie zachowania ludności, a na nie z pewnym wyprzedzeniem powinna reagować polityka społeczna, gospodarcza i przestrzenna. To, czy miasta będą nadążały za przygotowywaniem się na realizowanie potrzeb rosnącej liczby osób starszych, będzie miało szczególny wpływ na procesy migracyjne – mogąc aktywizować w tym kierunku ludność w wieku

poprodukcyjnym na zasadach czynnika wypychania. Jeżeli bowiem osoby starsze nie będą mogły pozostać w mieście jako samodzielne z dostępem do doraźnej lub stałej opieki, to będą zmuszone je znaleźć u bliskich, którzy już tego miasta nie zamieszkują. Osoby starsze są najczęściej raczej niechętne wobec przeprowadzek i zdecydowana większość z nich nie chce dobrowolnie zmieniać miejsca zamieszkania. Jedynie względy zdrowotne – a tutaj przede wszystkim potrzeba opieki ze strony rodziny lub powołanych do tego instytucji – należą do czynników, które mogą przekonać seniorów do migracji (Kałuża-Kopias 2015, 2017). Znacznie mniejszą rolę w takich wyborach odgrywają warunki mieszkaniowe czy atrakcyjność miejsca, w którym mogliby się osiedlić. Należy zatem oczekiwać, że chociaż jest to z jednej strony często sprzeczne z ich subiektywnymi odczuciami, to jednak ze względów praktycznych osoby starsze będą coraz częściej migrować, i to do strefy podmiejskiej (Pytel 2017). Można powiedzieć, że jest to ironia, gdyż część z nich wyemigrowała do miast po to, aby móc korzystać z ich lepszego wyposażenia w usługi i tym samym wyższego poziomu życia niż na wsi. Brak zapewnienia osobom starszym dostępu do opieki i służby zdrowia będzie zatem czynnikiem, który pogłębi emigracje z miast na obszary podmiejskie, co może zmienić dotychczasowe wyobrażenie o tym kierunku migracji jako ograniczonym do ludzi młodych. Osoby, które nie będą miały możliwości samodzielnego funkcjonowania w mieście, przeprowadzą się do najbliższych opiekunów, którzy wcześniej zdecydowali się na emigrację do strefy podmiejskiej (Kałuża-Kopias 2015, 2017). Wspominane wcześniej zmiany zachowań prokreacyjnych ludności mają znacznie głębszy wymiar niż ich wpływ na zasygnalizowane niezmiernie istotne cechy struktur demograficznych. Zwłaszcza w społeczeństwach wysokozindustrializowanych posiadanie dzieci nie jest tak jak dawniej rozpatrywane w kategoriach „zabezpieczenia na przyszłość", kiedy to posiadanie odpowiednio dużej rodziny miało docelowo gwarantować opiekę dla osób starszych – zwłaszcza w warunkach poprzedzających wprowadzenie systemu emerytalnego. Dzisiaj mówi się już wręcz o „niskim zysku ekonomicznym z posiadania dzieci" (Laszewska-Hellriegel 2011). Posiadanie coraz mniejszej liczby dzieci sprawi zatem, że zapotrzebowanie na opiekę instytucjonalną dla osób starszych będzie stale rosło. Właśnie to może w przyszłości podnieść znaczenie tego czynnika w decyzji o migracji (Kałuża-Kopias 2014, 2015).

Najwyższe wartości wskaźnika młodości demograficznej (udział ludności w wieku przedprodukcyjnym) występują w strefie oddziaływania dużych miast – dotyczy to zwłaszcza ich ośrodków satelitarnych. Można również zauważyć większe skupiska takich ośrodków położone w województwach wielkopolskim, mazowieckim, małopolskim. Z kolei najniższe wartości wskaźnika osiągają miasta położone w paśmie Sudetów i w centralnej Polsce.

Średnia wartość wskaźnika dla miast Polski wynosi 15,5%. W miastach małych najliczniejszą grupę stanowią ośrodki, w których jego wartość mieści się w granicach 18,1–19,5 (33%). Drugą co do liczebności grupę stanowią jednostki, których wartości mieszczą się w granicach 16,6–18,0 (23%). W 22% ośrodki małe charakteryzują się wartościami z przedziału 19,6–21,0. W niespełna 9% tych ośrodków udział osób w wieku przedprodukcyj-

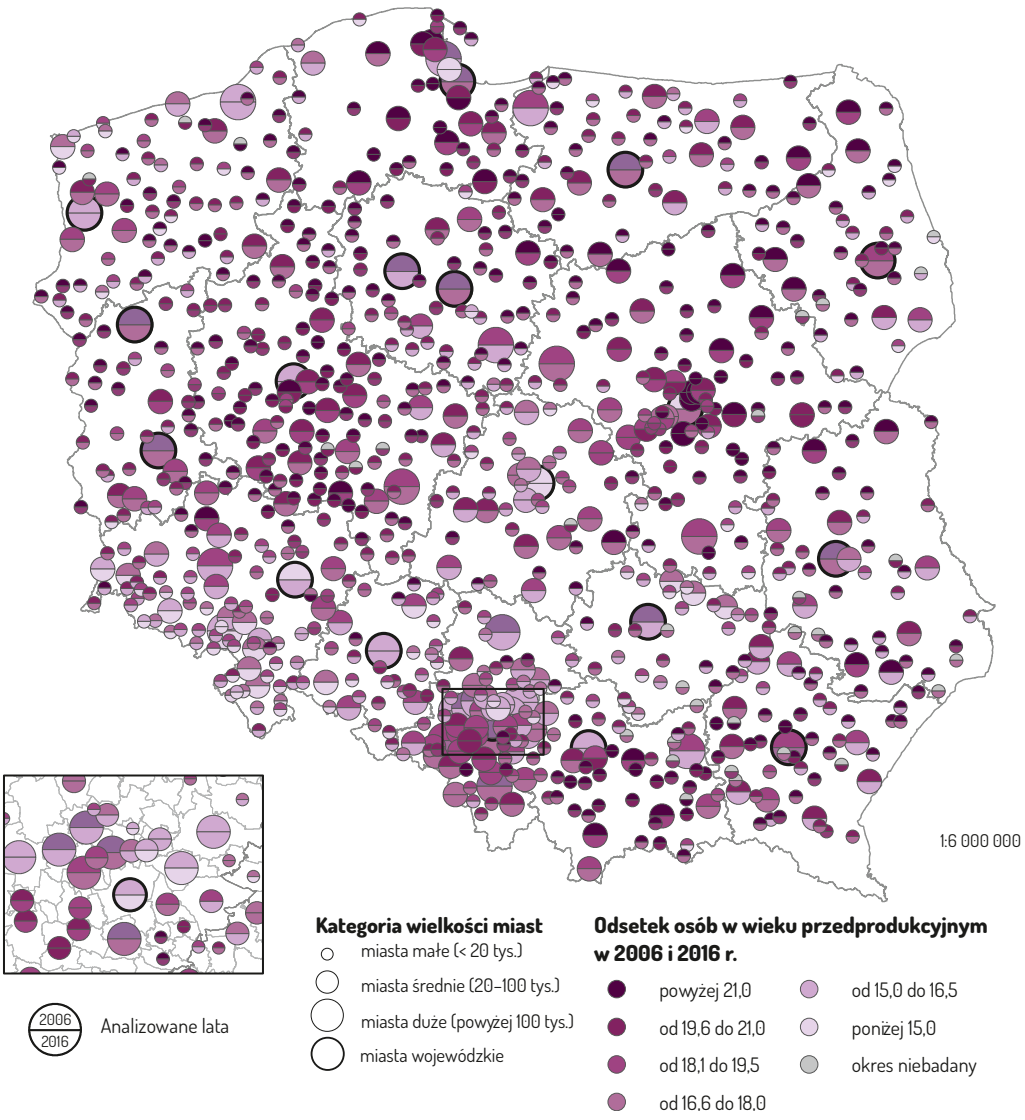
nym jest wyższy niż 21,0%. 8% miast małych charakteryzuje się wartościami z przedziału 15,0–16,5, a najmniej liczną grupę ośrodków poniżej 20 tys. mieszkańców stanowią te, których wartość wskaźnika jest niższa niż 15,0. W miastach małych średnia wartość odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym wynosi 18,75%.

W miastach średnich najliczniejszą grupę stanowią ośrodki, których wartości mieszczą się w granicach 16,6–18,0 (33%). W niespełna 33% tych ośrodków przyjmują one wartości 18,1–19,5. Ponad 14% miast charakteryzuje się wartościami z pogranicza 15,0–16,5. W 13% miasta średnie posiadają wartości 19,6–21,0. Tylko niespełna 2% ośrodków średnich posiada wartości niższe niż 15,0. Średnia wartość wskaźnika dla tych ośrodków wynosi 18,07%.

W miastach dużych najliczniejszą kategorię stanowią ośrodki, których wartości mieszczą się w granicach 16,6–18,0 (46%). W 41% miasta te charakteryzują się wartościami z przedziału 15,0–16,5. Tylko 10% dużych ośrodków miejskich posiada wartości niższe niż 15,0. Najmniej liczną grupę miast stanowią te, których wartość wskaźnika mieści się w granicach 18,1–19,5 (2,6%). W miastach dużych średnia wartość udziału osób w wieku przedprodukcyjnym wynosi 16,34%. W ośrodkach tracących funkcje najwięcej z nich posiada wartości z zakresu 15,0–16,5 (48 miast). W przypadku 34 jednostek wskaźnik ten charakteryzuje się wielkościami z przedziału 18,1–19,5. Odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym w granicach 16,6–18,0 cechuje 24 miasta. Tylko 13 ośrodków posiada wartości z zakresu 19,6–21,0. W 3 ośrodkach odnotowano wartości poniżej 15,0. Średni odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym w miastach tracących funkcje wynosi 17,60 (ryc. 19).

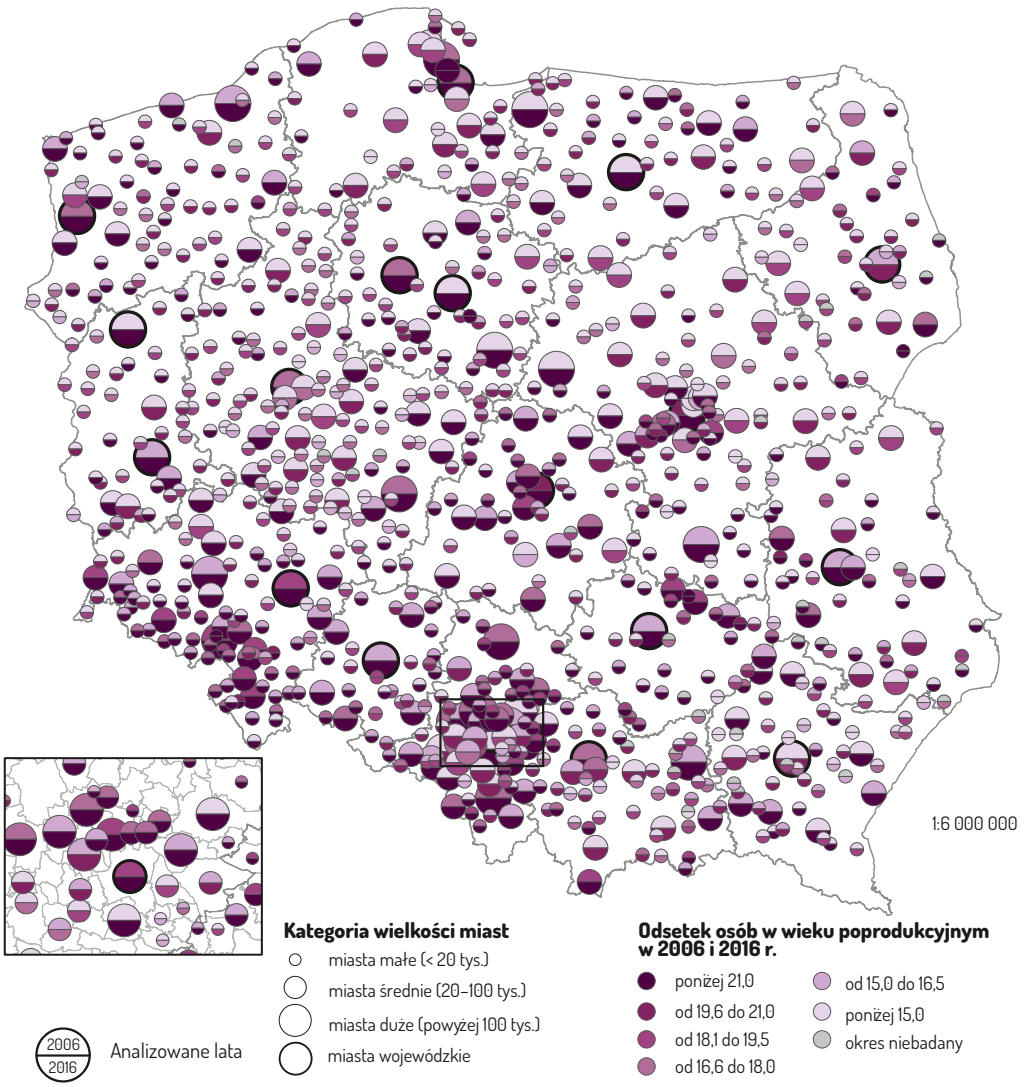
Wielkie miasta cechują się niższym poziomem umieralności wśród najstarszych seniorów niż dla Polski ogółem, co wpływa również na wysoki poziom zaawansowania procesu starzenia się ludności (Szukalski 2010a). Pojawia się pytanie, co władze miejskie mogą uczynić, aby zahamować ten proces. Jednym z rozwiązań wydaje się odpowiednia polityka mieszkaniowa i także często bardzo niezadowalająca jakość przestrzeni miejskiej. Duże miasta to również najczęściej ośrodki akademickie, które tą funkcją przyciągają ludzi młodych, którzy wraz z zakończeniem edukacji mogą w tym mieście pozostać, związać się ekonomicznie i założyć rodzinę, co chwilowo może poprawiać sytuację demograficzną konkretnego ośrodka. Dzieje się tak, dopóki młodzi nie zdecydują się na przeprowadzkę do strefy podmiejskiej. Stworzenie dobrych (w dużej mierze pod względem ekonomicznym) warunków mieszkaniowych oraz takie kształtowanie przestrzeni, z której po czasie pracy nie chce się uciekać do podmiejskiego zacisza, wydaje się istotnym krokiem w kierunku zatrzymania młodszej części populacji miasta w jego granicach.

Obciążenie populacji ludnością w wieku poprodukcyjnym jest jedną z miar pokazujących skalę i przestrzenną dystrybucję demograficznego problemu starzenia się społeczeństwa. Można wskazać 4 obszary charakteryzujące się występowaniem miast, w których na 100 mieszkańców przeszło 40 to osoby w wieku poprodukcyjnym (ryc. 20). Pierwszy z nich to obszar południowo-zachodniej części Polski – zwłaszcza obszary górskie, w tym



Ryc. 19. Wskaźnik młodości demograficznej – udział ludności w wieku przedprodukcyjnym w latach 2006 i 2016
Źródło: dane Głównego Urzędu Statystycznego

przypadku zdecydowana większość miast charakteryzuje się dużą skalą problemu starzenia. Drugi obszar o podobnych cechach to regiony centralne – województwo łódzkie oraz środkowa i południowa część województwa mazowieckiego. Podobny problem wykazują miasta województwa świętokrzyskiego. Trzeci obszar to miasta konurbacji katowickiej – choć w tym przypadku grupa miast jest znacznie bardziej zróżnicowana. W przypadku obszarów poprzemysłowych aktualnie bardzo niepokojąca sytuacja demograficzna jest następstwem



Ryc. 20. Obciążenie ludności osobami w wieku poprodukcyjnym w latach 2006 i 2016
Źródło: dane Głównego Urzędu Statystycznego

wchodzenia w przedział wieku poprodukcyjnego tej ludności, która migrowała do tych miast w fazie intensywnej urbanizacji oraz industrializacji. Ludzie młodzi, którzy przybyli do największych ośrodków przemysłowych np. w latach 70. XX w., dziś osiągają wiek emerytalny. Natomiast ich dzieci w wielu przypadkach skorzystały z możliwości migracji zagranicznych, co dodatkowo pogłębiło skalę problemu. Czwartym obszarem jest Pomorze Zachodnie – a dotyczy to zarówno obszarów popegieerowskich, jak i pasa wybrzeża. W tym 2. przypadku jest to o tyle odmienne od pozostałych ośrodków, że miasta wybrzeża nie są najczęściej ob-

ciążone problemami typowymi dla ośrodków poprzemysłowych. Z racji rozwinięcia funkcji turystycznej mają większą możliwość przyciągnięcia ludzi młodych (w związku z rozwojem sektora usługowego). Proces starzenia się ludności jest z jednej strony wynikiem wydłużania się średniej długości życia, ale w dużej mierze jego skalę kształtują procesy migracyjne. Dlatego też ośrodki charakteryzujące się znacznym ubytkiem migracyjnym będą charakteryzowały się dalszym wzrostem problemu starzenia się ludności. Średnia wartość wskaźnika dla miast Polski wynosi 16,97%.

Współczynniki obciążenia demograficznego są istotną miarą, która pośrednio informuje o atrakcyjności miasta dla inwestorów rozbudowujących usługi rynkowe dla osób indywidualnych. Małe obciążenie ogółu populacji ludnością w wieku poprodukcyjnym oznacza wysoki udział osób w wieku aktywności zawodowej. Są to najczęściej osoby z własnym źródłem utrzymania, o dochodach wyższych od świadczeń społecznych. Jednocześnie najczęściej wykazują oni raczej niskie zapotrzebowanie na podstawowe usługi społeczne, z których korzystają głównie starsi i dzieci (Szukalski 2008b). Procesy starzenia się mają zatem istotny wpływ na dywersyfikację sektora usługowego. Rosnące obciążenie demograficzne będzie oznaczało coraz większe koszty administracyjne związane z usługami dedykowanymi osobom starszym. Potrzeba dostosowania się do takiej sytuacji nie ominie służby zdrowia – zmniejszające się zapotrzebowanie na pediatrów, a rosnące w przypadku gerontologów. Jednocześnie usługi komercyjne, te, które nie dotyczą podstawowych potrzeb człowieka, mogą utracić znaczenie czy wręcz zanikać. Tymczasem coraz większe zdominowanie struktury ludności przez ludność starą będzie oznaczało mniejsze wpływy przy jednocześnie rosnących kosztach utrzymania usług podstawowych dla większej liczby mieszkańców.

5.3. Zjawisko podwójnej starości w Polsce

P. Szukalski (2010a) przypomina również, że wraz z długookresowymi przemianami ludnościowymi nie tylko zwiększa się odsetek osób starszych, ale dodatkowo szybciej rośnie subpopulacja osób najstarszych, których dotyczą szczególne potrzeby z zakresu opieki i ochrony zdrowia. To tzw. podwójne starzenie się ludności wynika ze spadku umieralności w starszych grupach wieku oraz przyrostu trwania życia. W przypadku obszarów najlepiej rozwiniętych mówi się nawet o potrójnym starzeniu się ludności – przy intensywnym wzroście liczby osób ekstremalnie starych (90 lat i więcej). P. Szukalski (2013b) przywołuje czynniki, które odpowiadają za to, że proces starzenia się ludności w Polsce dotyczy właśnie zarówno tzw. podwójnego, jak i potrójnego starzenia się. O szybkim i znaczącym wzroście liczby osób ekstremalnie starych w pierwszych 2 dekadach XXI w. zadecydował bowiem także efekt wysokiej dzietności kobiet w pierwszych 3 dekadach XX w. Urodzeni w tym okresie na przełomie XX i XXI w. wchodzili właśnie w wiek starości ekstremalnej. Kolejnym czynnikiem jest także redukcja umieralności osób bardzo starych. Ze względu na rozwój medycyny i dostępu do ochrony zdrowia dożywanie nawet 100 lat to zjawisko coraz częst-

sze. Do końca lat 70. XX w. liczba stulatków w Polsce nie przekraczała 100 osób. W roku 2011 było ich już 3437 (Szukalski 2013c), a obecnie ich liczba powinna sięgać 5 tys. Bardzo trudne jest ustalenie, czy w Polsce aktualnie żyją jacyś superstulatkowie, czyli osoby żyjące dłużej niż 110 lat.

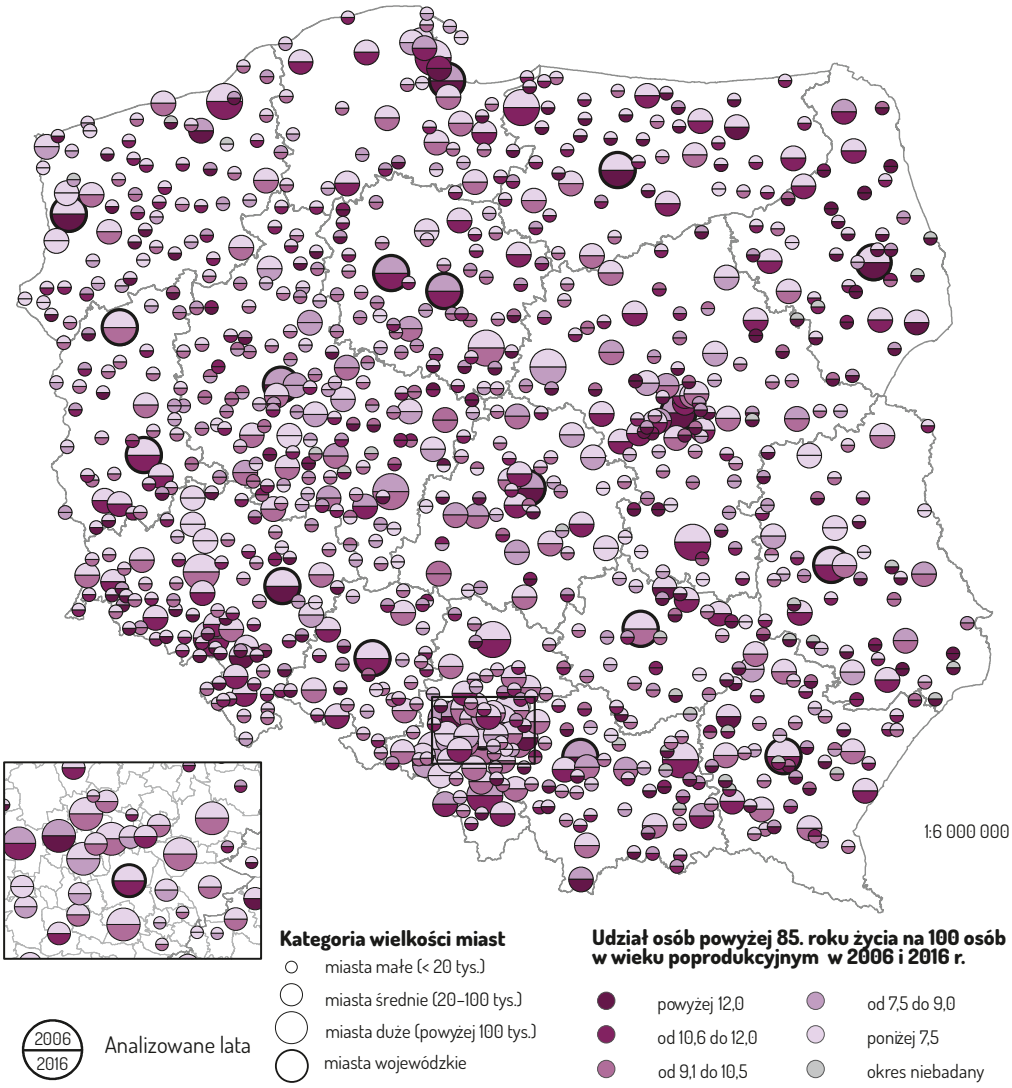
Najwięcej osób powyżej 85. roku życia zamieszkuje ośrodki małe, w większości położone z dala od dużych miast. Sudeckie ośrodki turystyczne charakteryzują się większym udziałem osób powyżej 85. roku życia; podobnie pojedyncze ośrodki w województwach wielkopolskim i podlaskim. Z kolei regionami o stosunkowo niskim udziale osób najstarszych wydają się obszar południowej części konurbacji katowickiej i wschodnia część województwa opolskiego. Średnia wartość wskaźnika dla miast Polski wynosi 9,33%.

W ośrodkach poniżej 20 tys. mieszkańców najliczniejszą grupę stanowią te miasta, w których wartość wskaźnika mieści się w granicach 9,1–10,5 (33%) – rycina 21. Nieco mniej, 29%, stanowią te ośrodki, w których udział osób powyżej 85. roku życia w osobach w wieku poprodukcyjnym wynosi od 7,5–9,0. W przypadku 15% ośrodków wartości te mieszczą się w zakresie 10,6–12,0. Poniżej 7,5% udziału osób najstarszych w grupie osób starszych posiada tylko 11% miast. Najmniej liczną grupę miast małych stanowią te, w których wartość wskaźnika jest wyższa niż 12,0. W miastach poniżej 20 tys. mieszkańców średnia wartość wskaźnika wynosi 9,62%.

Największą grupę miast średnich stanowią te, w których odsetek osób powyżej 85. roku życia mieści się w granicach 7,5–9,0 (43%). W przypadku 40% tych ośrodków wskaźnik ten przyjmuje wartości z zakresu 9,1–10,5. Wielkością wskaźnika poniżej 7,5 charakteryzuje się tylko 13% miast średnich. Tylko 3% tych ośrodków posiada wartości z zakresu 10,6–12,0. Najmniej liczną grupę (1% ośrodków) stanowią te miasta, w których wartość wskaźnika jest wyższa niż 12,0. W przypadku miast średnich jest to tylko 1 ośrodek. Średnia wartość wskaźnika dla tych ośrodków wynosi 8,69%.

W miastach powyżej 100 tys. mieszkańców 51% jednostek posiada wartości z zakresu 9,1–10,5. O połowę mniejszą grupę – 26% stanowią te miasta, których wielkości wskaźnika mieszczą się w granicach 7,5–9,0. Tylko w przypadku 18% ośrodków odsetek osób najstarszych występuje w zakresie 10,6–12,0. Najmniej liczną grupę stanowią te miasta, w których wartość wskaźnika jest niższa niż 7,5. Średni odsetek osób powyżej 85. roku życia w osobach w wieku poprodukcyjnym wynosi 9,42%.

W miastach tracących funkcje najliczniejszą grupę (60 miast) stanowią te ośrodki, w których wartość wskaźnika mieści się w granicach 9,1–10,5. W przypadku 52 jednostek odsetek osób powyżej 85. roku życia wynosi 7,5–9,0. Udział osób najstarszych w grupie osób starszych w 6 ośrodkach jest niższy niż 7,5, a tylko w 4 miastach mieści się w granicach 10,6–12,0. Średnia wartość wskaźnika podwójnej starości w miastach tracących funkcje wynosi 8,95.



Ryc. 21. Wskaźnik podwójnej starości w latach 2006 i 2016

Źródło: dane Głównego Urzędu Statystycznego