

Zofia Szweda-Lewandowska  
Uniwersytet Łódzki

## WYZWANIA ZWIĄZANE ZE STARZENIEM SIĘ LUDNOŚCI SIĘ W ZAKRESIE POMOCY INSTYTUCJONALNEJ W ŁODZI

**Abstrakt:** W nadchodzących dekadach kształt systemu wspierania osób starszych i sposób jego finansowania staną się jednym z najważniejszych problemów społecznych. Wyzwania, w obliczu których stanie system opieki instytucjonalnej, wynikają głównie z czynnika demograficznego oraz z przemian struktury i funkcji rodziny. Celem niniejszego artykułu przedstawienie problemów związanych z rozwojem tego typu opieki i z wyzwaniami wynikającymi z szybkiego wzrostu liczby seniorów wymagających całodobowej opieki. Różnorodność zbiorowości seniorów sprawia, że rośnie popyt nie tylko na dotychczasowe, „tradycyjne” formy opieki, ale również na wypracowanie nowych form wspierania seniorów. Z uwagi na wysoki koszt większości osób starszych nie stać na opiekę instytucjonalną, co dotyczy zwłaszcza kobiet, zważywszy na ich niższe świadczenia emerytalne i rentowe. W efekcie kobiety są szczególnie podatne na wykluczenie na rynku usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Ich pobyt w placówkach całodobowych jest częściej związany z koniecznością dofinansowania pobytu przez gminę. W nadchodzących dekadach popyt na opiekę instytucjonalną wzrośnie, zaś zapewnienie środków na sfinansowanie owych usług stanie się jednym z najważniejszych wyzwań, z jakimi będą musiały się zmierzyć władze samorządowe.

**Słowa kluczowe:** pomoc instytucjonalna, usługi opiekuńcze, ochrona zdrowia, pomoc społeczna, proces starzenia się populacji wielkich miast Polski.

### Wprowadzenie

Starzenie się populacji jest jednym z głównych czynników wpływających na zwiększanie się zapotrzebowania w zakresie opieki, zarówno tej nieformalnej, sprawowanej przez rodzinę i znajomych, jak i formalnej, świadczonej przez profesjonalne służby. Zgodnie z zasadą subsydiarności pomoc środowiskowa i instytucjonalna

powinny być świadczone wtedy, gdy wsparcie rodziny i najbliższego otoczenia seniora jest niewystarczające do zapewniania mu optymalnej opieki.

Akceleracja procesu starzenia się, a szczególnie dynamiczny wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej, stwarza nowe wyzwania w zakresie opieki środowiskowej i instytucjonalnej w najbliższych dziesięcioleciach. Celem niniejszego artykułu jest wskazanie wyzwań w zakresie opieki nad seniorami w Łodzi, które wynikają przede wszystkim ze zmian struktury ludności według wieku oraz przemian struktury i funkcji rodziny. Sytuacja w zakresie opieki nad seniorami w Łodzi została przedstawiona na tle pozostałych, wielkich, polskich miast – Warszawy, Krakowa, Wrocławia i Poznania. Aby pokazać wpływ poszczególnych czynników społeczno-demograficznych na system opieki nad seniorami, w pierwszej części artykułu zaprezentowane zostały aktualne informacje o liczbie placówek świadczących usługi opiekuńcze i liczbie osób korzystających z nich. W kolejnych częściach przedstawione zostały wyzwania wynikające z procesu starzenia się populacji poszczególnych miast oraz przemian struktury rodziny. Ze względu na brak najnowszej prognozy ludności analizowanych pięciu miast wykorzystane zostały dane z poprzedniej prognozy GUS na lata 2003-2030, przygotowanej w 2002 roku.

## **Pomoc instytucjonalna**

Pomoc instytucjonalna to wsparcie w postaci usług opiekuńczych, świadczonych w wyspecjalizowanej instytucji osobom nie mogącym, ze względu na np. stan zdrowia, samodzielnie egzystować w swoim dotychczasowym środowisku. W literaturze z zakresu gerontologii podkreśla się, że pomoc instytucjonalna powinna być udzielana wtedy, gdy pomoc środowiskowa jest niewystarczająca i nie powinna być traktowana jako substytut pomocy środowiskowej (Callahan 1993: 2-3). Zgodnie z koncepcją *aging in place*<sup>1</sup> rozwinięta sieć pomocy środowiskowej powinna ułatwiać seniorom zachowanie samodzielności. W przypadku, gdy wsparcie środowiskowe jest niewystarczające, lub – co zdarza się częściej – stan zdrowia seniora uniemożliwia jego samodzielne zamieszkiwanie, konieczne jest umieszczenie osoby starszej w odpowiedniej instytucji.

Pomoc instytucjonalna jest świadczona w ramach dwóch systemów: pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Głównym wskaźnikiem przyznania danego rodzaju pomocy powinien być stan zdrowia. Jednak w praktyce instytucje działające w ramach ochrony zdrowia i pomocy pełnią rolę substytutów w stosunku do instytucji pomocy społecznej.

---

<sup>1</sup> Zgodnie z koncepcją *aging in place* osoba starsza powinna zamieszkiwać jak najdłużej w swoim dotychczasowym środowisku, a wsparcie w postaci pomocy instytucjonalnej powinno być ograniczone tylko do osób, które – nawet korzystając z usług opiekuńczych – nie mogą, ze względu na stan zdrowia, zamieszkiwać w swym środowisku.

Zgodnie z *Ustawą o pomocy z dnia 12 marca 2004* wsparcie instytucjonalne jest świadczone w domach pomocy społecznej (dps) oraz placówkach zapewniających całodobową opiekę.

Ustawodawca wyróżnił sześć typów dps w zależności od profilu mieszkańca danego domu:

- dla osób w podeszłym wieku,
- dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- dla osób przewlekle chorych psychicznie,
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym i w podeszłym wieku są prowadzone na podstawie zezwolenia wojewody w ramach działalności gospodarczej. Główna różnica pomiędzy domami pomocy społecznej a placówkami zapewniającymi całodobową opiekę dotyczy standardu świadczonych usług oraz wymogów z zakresie infrastruktury. Dodatkowo ustawodawca ograniczył liczbę mieszkańców dps (nie powinna ona przekroczyć 100 osób), podczas gdy w przypadku placówek nie ma takich wymogów (Sierpowska 2007: 261).

W ramach systemu ochrony zdrowia pomoc instytucjonalna jest zapewniana głównie w zakładach opiekuńczo-leczniczych (zol) oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (zpo) (Kozierkiewicz, Szczerbińska 2007: 23). To właśnie te dwie instytucje „zastępują” domy pomocy społecznej w sytuacji, gdy nie ma w nich miejsc. Dodatkowo wsparcie instytucjonalne świadczone jest w:

- hospicjach,
- oddziałach szpitalnych długoterminowej opieki,
- oddziałach medycyny paliatywnej.

W przypadku wielkich miast największa liczba domów pomocy społecznej znajduje się na terenie Warszawy i Krakowa (tab. 1.). Należy jednak pamiętać, że dane te przedstawiają wszystkie typy dps, podczas gdy osoby starsze najczęściej są kierowane do domów dla osób w podeszłym wieku i somatycznie chorych.

Lepszym, niż liczba domów pomocy społecznej, wskaźnikiem sytuacji w zakresie pomocy instytucjonalnej jest liczba miejsc w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców danego miasta (rys. 1.). W takim przypadku Łódź z prawie 37 miejscami na 10 000 mieszkańców plasuje się na pierwszym miejscu przed Krakowem (niespełna 35) i Warszawą (20,8). Poznań i Wrocław mają zdecydowanie mniejszą niż Warszawa, Kraków i Łódź liczbę dps i miejsc w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej.

Tabela 1

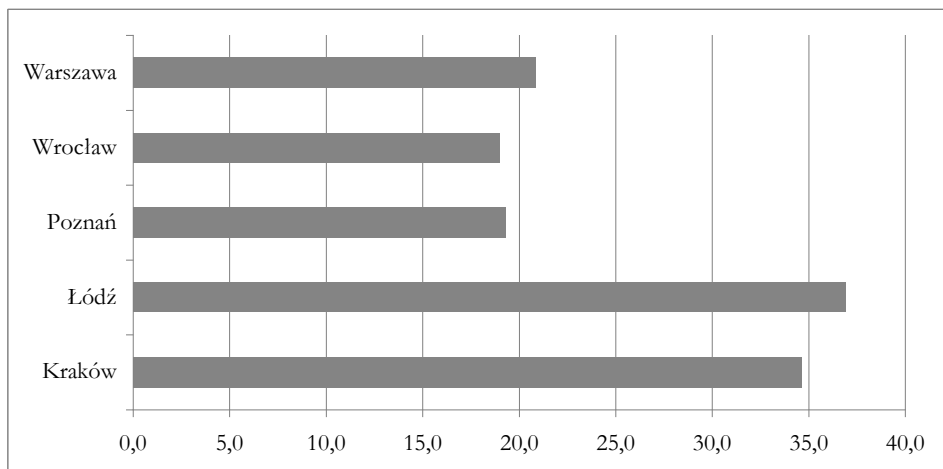
Liczba domów pomocy społecznej w pięciu wielkich miastach w 2009 r.

Miasto	Liczba dps-ów
Poznań	7
Wrocław	9
Łódź	16
Warszawa	18
Kraków	19

Źródło: GUS, Bank danych regionalnych, dane dostępne w dniu 30.04.2010 r. na stronie [http://www.stat.gov.pl/bdr\\_n/app/dane\\_podgrup.katgrup?p\\_dane=0&p\\_kate=3](http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrup?p_dane=0&p_kate=3)

Rysunek 1

Liczba miejsc (łącznie z filiami) w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej podległe samorządowi powiatu w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców w 2009 r.



Źródło: obliczenia własne na podstawie: GUS, Bank danych regionalnych, dane dostępne w dniu 30.04.2010 r. na stronie

[http://www.stat.gov.pl/bdr\\_n/app/dane\\_podgrup.katgrup?p\\_dane=0&p\\_kate=3](http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrup?p_dane=0&p_kate=3)

Tabela 2

Liczba mieszkańców (łącznie z filiami) w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej podległe samorządowi powiatu w 2009 r.

Typ placówki	Miasto				
	Poznań	Łódź	Wrocław	Kraków	Warszawa
Dla osób w podeszłym wieku	311	393	265	260	781
Dla osób somatycznie chorych	345	924	451	856	863

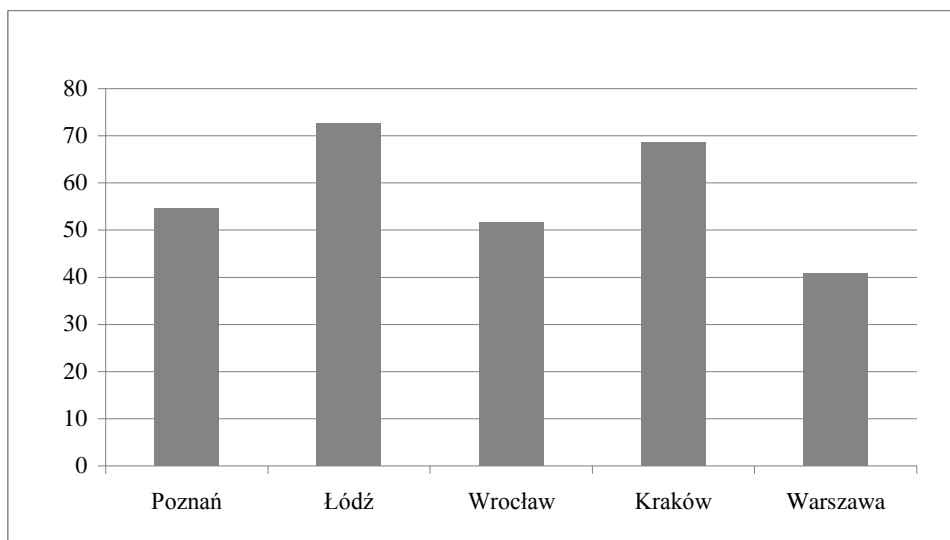
Źródło: GUS, Bank danych regionalnych, dane dostępne w dniu 30.04.2010 r. na stronie [http://www.stat.gov.pl/bdr\\_n/app/dane\\_podgrup.katgrup?p\\_dane=0&p\\_kate=3](http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrup?p_dane=0&p_kate=3)

Seniorzy wymagający wsparcia instytucjonalnego najczęściej są kierowani do dps i placówek dla osób w podeszłym wieku oraz somatycznie chorych. Najwięcej osób zamieszkuje warszawskie placówki tych dwóch typów (tab. 2), aby jednak móc porównywać dane, należy porównać liczbę mieszkańców tych placówek oraz seniorów w wieku 60 lat i więcej. Łódź i Kraków są miastami, w których relacja mieszkańców placówek stacjonarnej pomocy społecznej i osób w wieku 60 lat i więcej jest najwyższa i wynosi odpowiednio 72 i 68, podczas gdy w Warszawie jest to 41 (rys. 2). Tak więc sytuacja w zakresie liczby miejsc i mieszkańców placówek stacjonarnej pomocy społecznej w Łodzi na tle prezentowanych miast jest dobra.

Chociaż sytuacja w zakresie liczby miejsc w placówkach świadczących wsparcie instytucjonalne w Łodzi w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców powyżej 60 lat jest najlepsza wśród wielkich miast, to jednak dostępność pomocy instytucjonalnej jest nadal niewystarczająca. W Łodzi średnio co roku około 250 osób powyżej 60. roku życia oczekuje na przyjęcie do domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i somatycznie chorych. Około 14% oczekujących zostaje umieszczonych w zol, ponieważ wymagają natychmiastowego wsparcia, a brak miejsc w dps powoduje konieczność przejęcia przez zakład opiekuńczo-leczniczy funkcji domu pomocy społecznej. Wraz ze wzrostem udziału osób najstarszych, jak już wspomniano, będzie się zwiększać zapotrzebowanie zarówno na miejsca w domach pomocy społecznej, jak i zakładach opiekuńczo-leczniczych. Przyjrzyjmy się zatem, jak w najbliższym dwudziestoleciu kształtować się będzie odsetek seniorów w wielkich miastach Polski.

Rysunek 2

Liczba mieszkańców (łącznie z filiami) w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i somatycznie chorych podległych samorządowi powiatu w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców i więcej w 2009 r.



Źródło: obliczenia na podstawie: GUS, *Bank danych regionalnych*, dane dostępne w dniu 30.04.2010 r. na stronie [http://www.stat.gov.pl/bdr\\_n/app/dane\\_podgrup.katgrup?p\\_dane=0&p\\_kate=3](http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrup?p_dane=0&p_kate=3)

## Proces starzenia się mieszkańców wielkich miast Polski

W miastach powyżej 500 000 mieszkańców odsetek ludności powyżej 60 lat w 2030 roku będzie wyższy niż średnia dla Polski. Wynika to przede wszystkim z utrzymywania się na niskim poziomie współczynnika dzietności oraz wydłużania się trwania życia. Zwiększająca się populacja seniorów będzie głównym czynnikiem generującym wzrost zapotrzebowania na różnorodne formy pomocy w tym pomoc instytucjonalną. Wzrost udziału osób w wieku 60 lat i więcej obrazuje zmiany struktury wieku ludności poszczególnych miast<sup>2</sup>. Dynamiczny wzrost odsetka seniorów

<sup>2</sup> Prezentowane dalej różnice w poziomie zaawansowania starzenia się ludności największych miast są prostą kontynuacją długookresowych tendencji przedstawionych w artykule P. Szukalskiego *Starzenie się ludności Łodzi na tle największych polskich miast od początku XX wieku* w niniejszym tomie.

powinien być sygnałem między innymi dla samorządu terytorialnego wskazującym na konieczność rozbudowy systemu wsparcia kierowanego do osób starszych. Łódź, na tle wielkich miast, w najbliższym dwudziestoleciu będzie się charakteryzowała najwyższym odsetkiem ludności w wieku 60 lat i więcej (tab. 3). W 2030 r. łodzianie w wieku 60 lat i więcej będą stanowili prawie 36% ogółu ludności (rys. 3). W ostatnim roku prognozy we wszystkich porównywanych miastach co trzeci mieszkaniec będzie seniorem.

Tabela 3

Udział ludności w wieku 60 lat i więcej w wielkich miastach w latach 2002-2030 (w %)

Rok	Miasto				
	Warszawa	Poznań	Łódź	Wrocław	Kraków
2002	21,5	18,1	21,1	19,3	18,6
2010	24,7	22,2	25,3	23,1	22,4
2015	28,5	26,1	29,9	27,4	26,0
2020	31,0	28,9	33,3	30,5	28,9
2025	31,8	30,2	34,5	31,9	30,6
2030	33,0	31,6	35,7	33,3	32,7

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Ruch ludności w latach 2000-2002* oraz *Prognoza na lata 2003-2030*, GUS 2002, dane w dniu 22.07.2010 r. dostępne na stronie [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_648\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_648_PLK_HTML.htm)

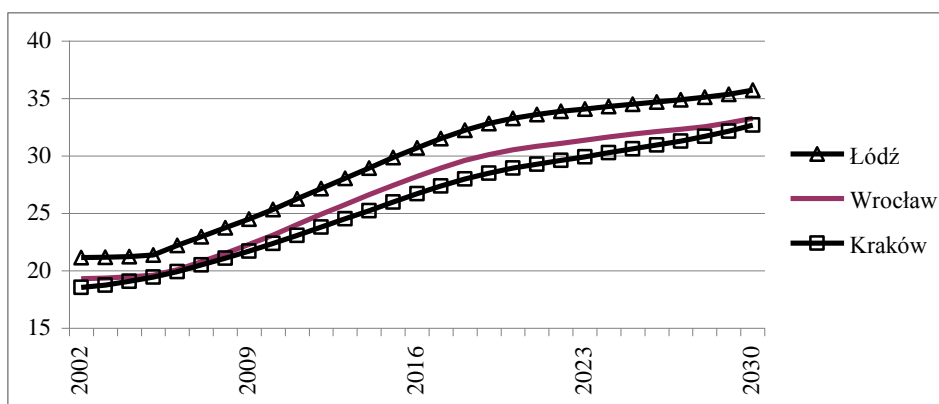
Najczęściej jednak z pomocy instytucjonalnej korzystają osoby powyżej 80. roku życia. Dlatego też największy wpływ na zapotrzebowanie na instytucjonalne formy pomocy będzie miał wzrost populacji osób w tzw. IV wieku<sup>3</sup>. Przyspieszenie procesu podwójnego starzenia się (czyli dynamicznego wzrostu odsetka osób w wieku 80 lat i więcej) samoczynnie „wymusza” podejmowanie przez decydentów działań w zakresie rozbudowy systemu wsparcia kierowanego do seniorów. Ze względu na najkrótsze, wśród wielkich miast, trwanie życia w Łodzi odsetek seniorów w wieku 80 lat i więcej w latach 2010-2025 będzie się utrzymywał na zbliżonym do Warszawy poziomie (tab. 4). Dopiero w ostatnich trzech latach prognozy udział subpopulacji najstarszych seniorów w Łodzi będzie najwyższy wśród porównywanych miast (rys. 4.). Dynamiczny wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej

<sup>3</sup> Faza starości jaką jest IV wiek charakteryzuje się utratą sprawności fizycznej i koniecznością korzystania ze wsparcia osób trzecich przy wykonywaniu codziennych czynności. W Polsce przyjmuje się jako granicę pomiędzy III a IV wiekiem 80 lat.

pod koniec prognozowanego okresu jest związany z działaniem czynnika kohortowego. Wtedy to roczniki powojennego *baby boomu* zaczną wchodzić w fazę zaawansowanej starości, a w konsekwencji zwiększy się zapotrzebowanie na wsparcie instytucjonalne.

Rysunek 3

Udział ludności w wieku 60 lat i więcej w Łodzi, Wrocławiu i Krakowie w latach 2002-2030 (w %)



Źródło: jak w tab. 3

Tabela 4

Udział ludności w wieku 80 lat i więcej w pięciu miastach Polski w latach 2002-2030 (w %)

Rok	Miasto				
	Warszawa	Poznań	Łódź	Wrocław	Kraków
2002	3,0	2,6	3,0	2,3	2,5
2010	4,9	3,8	4,8	4,4	4,0
2015	5,6	4,3	5,2	5,1	4,7
2020	5,8	4,6	5,2	5,3	5,1
2025	5,8	4,7	5,3	5,3	5,5
2030	7,6	7,2	8,0	7,5	7,3

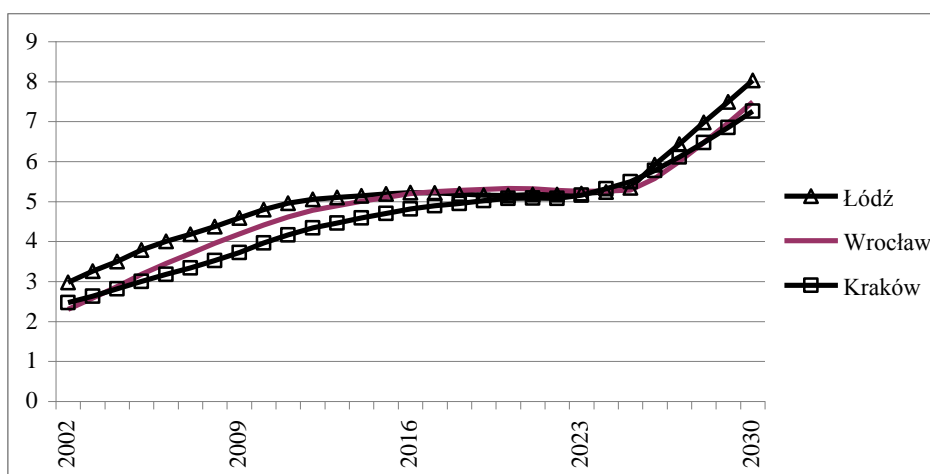
Źródło: jak w tab. 3



Czynnik demograficzny oddziałuje na zapotrzebowanie na instytucjonalne formy pomocy dwojako. Z jednej strony zwiększa się populacja osób starszych, z drugiej zmniejsza się grupa potencjalnych opiekunów. Dlatego też istotna jest analiza potencjału opiekuńczego w kontekście starzejącej się populacji wielkich miast Polski.

Rysunek 4

Udział ludności w wieku 80 lat i więcej w Łodzi, Wrocławiu i Krakowie w latach 2002-2030 (w %)



Źródło: jak w tab. 3

## Potencjał opiekuńczy

Wyzwanie stojące przed systemem wsparcia wynikają z deficytu potencjalnych opiekunów dotyczy zarówno wsparcia nieformalnego, świadczonego w ramach rodziny, jak i formalnego. Przykłady krajów Europy Zachodniej pokazują, że z uwagi na przemiany demograficzne niezbędny jest „import” fachowej siły roboczej, mogącej świadczyć usługi pielęgnacyjne (głównie pielęgniarek, opiekunów i asystentów osób starszych). Austriacy zachęcili filipińskie pielęgniarki do opieki nad swoimi seniorami. Niemcy natomiast chętnie zatrudniają wykwalifikowanych opiekunów osób starszych z Polski. Można się spodziewać, że wraz z całkowitym otwarciem rynku pracy UE dla Polaków emigracja zarobkowa osób świadczących

usługi opiekuńcze wzrosnąć, a to przyczyni się do zwiększenia deficytu opiekunów w Polsce.

Usługi opiekuńcze najczęściej są świadczone w ramach sieci wsparcia rodzinnego. Wpływ na wsparcie udzielane w ramach sieci rodzinnej mają nie tylko zmiany struktury rodziny, lecz również przemiany funkcji rodziny. W związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększa się udział osób dorosłych mających żyjących rodziców i dziadków. Pojawiają się rodziny trzy- i cztero-pokoleniowe, a nawet na krótko pięciopokoleniowe. Struktura życia rodzinnego przekształcała się z horyzontalnej w wertykalną. Taka przemiana przyczynia się do kształtowania nowych jakościowo relacji pomiędzy starszą a młodszą generacją. Rola człowieka starego w rodzinie nie ogranicza się do relacji rodzice – dzieci, bowiem dziadkowie mają możliwość obcowania z wnukami, a także z prawnukami (Susułowska 1989: 199, Szukalski 2002: 236). Charakter kontaktów pomiędzy generacjami uzależniony jest np. od sytuacji życiowej osób będących dziadkami, od wspólnego lub oddzielnego miejsca zamieszkania. Potwierdza się dominująca w świecie zasada, że najchętniej utrzymywaną formą współżycia jest „intymność na dystans”, a więc mieszkanie w tym samym mieście, ale nie we wspólnym mieszkaniu. Rodzina, a szczególnie wnuki, stanowi ważne oparcie emocjonalne dla starszych osób. Jednak stosunki panujące pomiędzy starszą i młodszą generacją zależne są od społecznych tradycji, norm i oczekiwań odnoszących się do pozycji i ról rodzinnych. Rodziny często korzystają z pomocy babci lub dziadka przy opiece nad dziećmi. Problem pojawia się wówczas, gdy stary człowiek staje się niepełnosprawny i wymaga specjalnej opieki (Szatur-Jaworska 1999: 17-18). W wyniku postępujących procesów nuklearyzacji i modernizacji rodzina w coraz mniejszym stopniu może wypełniać obowiązki wcześniej uznawane za należące do niej w naturalny sposób. Drugie przejście demograficzne, obserwowane we współczesnych społeczeństwach określanych jako postindustrialne, charakteryzuje się nie tylko dalszym spadkiem dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń, ale i znacznymi zmianami w strukturze rodziny (Kotowska 2002: 2-7, Szukalski 2007: 14-16). Małżeństwa stają się mniej trwałe, wzrasta liczba rozwodów, separacji i zwiększa się rola związków partnerskich. Oprócz rodzin tworzonych przez parę małżeńską (z dziećmi lub bez) oraz rodzin niepełnych pojawiły się rodziny tworzone przez pary kohabitujące posiadające potomstwo lub nie, rodziny zrekonstruowane, związki typu LAT. Występowanie nieformalnych form rodziny powoduje trudności w określaniu wzajemnych praw i obowiązków jej członków (Szukalski 2002: 236).

Rolę opiekunów pełnią zazwyczaj kobiety w wieku 45-64 lat. Jak już wspomniano w poprzednim punkcie, osobami wymagającymi wsparcia są najczęściej seniorzy w wieku 80 lat i więcej. Miernikiem najlepiej oddającą sytuację w zakresie opieki jest współczynnik potencjału opiekuńczego, przedstawiający relacje potencjalnych opiekunów do potencjalnych podopiecznych w przeliczeniu na 100 osób. Do roku 2026 tylko Warszawa spośród wielkich miast będzie się charakteryzowała niższym niż Łódź współczynnikiem potencjału pielęgnacyjnego (tab. 5).

W 2030 na 100 łódzian powyżej 80 lat będzie przypadało 209 kobiet w wieku 45-64 lat (rys. 5). Spadek liczby potencjalnych opiekunek przypadającej na 100 seniorów w 2030 roku w porównaniu z 2010 rokiem wyniesie 43%. W pozostałych miastach brak potencjalnych opiekunek osób starszych będzie również stanowił istotny problem i stanie się wyzwaniem dla istniejącego systemu pomocy instytucjonalnej.

Tabela 5

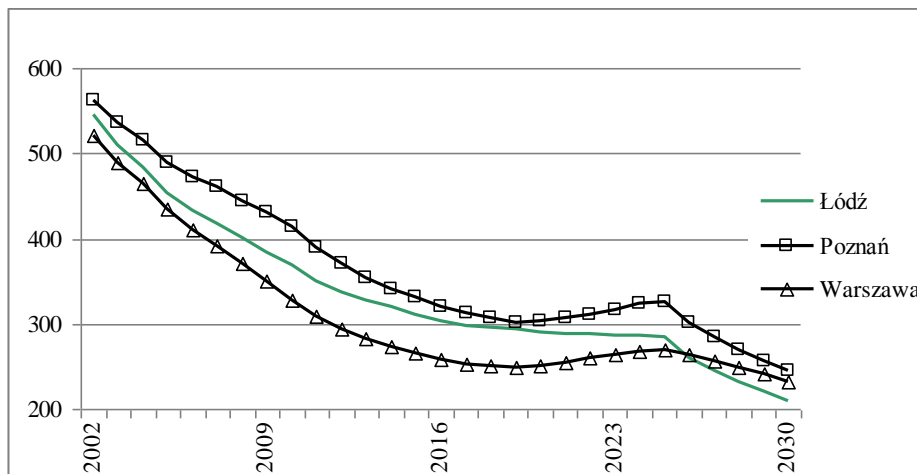
Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego dla pięciu miast Polski w latach 2002-2030

Rok	Miasto				
	Łódź	Kraków	Wrocław	Warszawa	Poznań
2002	546,4	576,6	640,5	522,0	563,1
2010	369,1	378,2	358,4	328,3	414,9
2015	311,2	305,1	287,3	265,1	330,8
2020	290,9	280,2	263,6	250,6	302,7
2025	285,0	276,0	284,8	270,0	326,6
2030	208,9	233,3	227,9	231,7	244,4

Źródło: jak w tab. 3

Zmniejszający się potencjał opiekuńczy rodziny powoduje konieczność przejęcia jej obowiązków przez państwo. Jednak, jak już wcześniej wspomniano, zmniejszająca się relacja liczby kobiet w wieku 45-64 lata do seniorów w wieku 80 lat i więcej wpływa również na zmniejszenie się liczby osób mogących sprawować opiekę w instytucjach pomocy. W instytucjach świadczących usługi opiekuńcze najczęściej zatrudnione są kobiety dlatego też zmniejszanie się populacji kobiet w wieku 45-64 lata i zwiększanie się populacji osób w wieku 80 lat i więcej prowadzi do zwiększonego zapotrzebowania na opiekunki. W latach 2025-2030 wielkie miasta Polski – a szczególnie Łódź – staną przed problemem deficytu pracowników w domach pomocy społecznej, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, itp. Rozwiązaniem, podobnie jak w krajach Europy Zachodniej, może być zachęcanie do imigrowania fachowej siły roboczej, z np. krajów azjatyckich. Jednak wymaga to odpowiednich warunków ekonomicznych i stwarza kolejne problemy, np. w zakresie integracji imigrantów z lokalną społecznością.

Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego dla w Łodzi, Warszawy i Poznania w latach 2002-2030



Źródło: jak w tab. 3

## Struktura subpopulacji seniorów według płci

Jedną z najtrudniejszych kwestii w zakresie pomocy instytucjonalnej, która wymaga rozwiązania w najbliższym dziesięcioleciu, jest problem finansowania tych usług. Wzrastająca liczba osób wymagających pomocy, brak personelu mogącego świadczyć usługi opiekuńcze, zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodziny spowodują wzrost zapotrzebowania na usługi pomocy środowiskowej i instytucjonalnej, jednocześnie generując większe koszty, zarówno dla budżetów samorządów terytorialnych, jak i budżetu centralnego. Jednak należy wziąć pod uwagę, że osoby starsze, zarówno jako grupa społeczna, jak i demograficzna, nie stanowią jednolitej, homogenicznej zbiorowości. Subpopulację osób starszych wyróżniają na tle innych grup społecznych trzy podstawowe cechy (Błądowski 2002: 115-121):

- 1) feminizacja,
- 2) singularyzacja,
- 3) spadek dochodów.

Tabela 6

Współczynnik feminizacji w subpopulacji osób w wieku 60-64 lat dla wielkich miast  
w latach 2002-2030

Rok	Miasto				
	Warszawa	Poznań	Łódź	Wrocław	Kraków
2002	140,1	133,5	138,5	134,8	126,0
2005	136,9	128,1	135,0	129,3	124,4
2010	129,8	127,5	132,3	125,8	131,5
2015	127,2	131,5	133,8	125,0	127,3
2020	124,0	123,1	130,9	118,4	121,8
2025	114,3	112,6	121,2	112,2	112,9
2030	109,7	110,5	113,0	105,0	105,7

Źródło: jak w tab. 3

Tabela 7

Współczynnik feminizacji w subpopulacji osób w wieku 85 lat i więcej dla wielkich miast  
w latach 2002-2030

Rok	Miasto				
	Warszawa	Poznań	Łódź	Wrocław	Kraków
2002	324,6	313,4	329,2	280,0	340,2
2005	297,0	309,3	323,2	246,9	314,1
2010	258,3	298,9	330,0	266,2	277,1
2015	243,9	281,4	359,5	286,0	261,2
2020	264,1	283,5	369,9	287,1	263,8
2025	283,4	295,7	363,7	298,1	264,4
2030	281,0	287,6	330,2	288,1	253,5

Źródło: jak w tab. 3

Subpopulacja osób starszych charakteryzuje się rosnącym wraz z wiekiem udziałem kobiet (tab. 6 i 7). O ile współczynnik feminizacji<sup>4</sup> w grupie 60–64 wynosił w 2002 r. w Łodzi 138,5 i był niższy niż w Warszawie (140,1), to po 85. roku życia subpopulacja kobiet jest w Łodzi jest ponad trzykrotnie liczniejsza niż mężczyzn.

Subpopulacja osób starszych jest wyraźnie zróżnicowana pod względem uzyskiwanych dochodów. Płeć jest jednym z czynników determinujących dochody osiągnięte w okresie pracy zawodowej, a w konsekwencji wpływających na wysokość pobieranej emerytury. W przypadku kobiet emerytura jest niższa niż w przypadku mężczyzn średnio o około 30% (Wiktorow 1999, ZUS 2010). Różnice w dochodach są przyczyną nierówności w dziedzinie leczenia. Możliwość zakupu sprzętu rehabilitacyjnego czy odpowiedniego wyposażenia ułatwiającego codzienne funkcjonowanie osobie z problemami motorycznymi jest uzależniona od możliwości finansowych seniorów. Również wzrastający (wraz z wiekiem) udział kosztów leków jest dla osób otrzymujących najniższe transfery z ZUS dużym obciążeniem. Niższe w porównaniu z mężczyznami dochody kobiet po przejściu na emeryturę wpływają również na konieczność subsydiowania ich pobytu w instytucjonalnych formach pomocy. Obecnie 70% świadczenia emerytalnego bądź rentowego jest przeznaczane na pokrycie kosztów pobytu w dps, pozostałą część kwoty dopłacają gminy (jeśli rodzina nie może pokryć tych kosztów). Biorąc pod uwagę fakt, że kobiety otrzymują niższe świadczenia i ich populacja jest dużo większa niż mężczyzn, głównym wyzwaniem w zakresie pomocy instytucjonalnej w najbliższych dekadach będzie finansowanie różnorodnych form instytucjonalnego wsparcia. Próbą rozwiązania problemu finansowania pobytu w dps i innych formach pomocy instytucjonalnej jest przygotowywane obecnie w parlamencie wprowadzenie – wzorowanego na niemieckim *Pflegeversicherung* – ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Jednak pomimo pięcioletnich prac nad ustawą o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym nie zostało ono wprowadzone. Przyszłe obciążenia budżetów gminnych z tytułu przebywania seniora w instytucji świadczącej pomoc mogą być zbyt wysokie i niemożliwe do udźwignięcia.

## Podsumowanie

Łódź – jako miasto charakteryzujące się najszybciej starzejącą się populacją – już obecnie odczuwa problemy wynikające z braku dobrze rozwiniętego wsparcia instytucjonalnego. Około 14% łodzian oczekujących na miejsce w dps nie doczekało się umieszczenia i zostało skierowanych do zakładu opiekuńczo-leczniczego (Szwed-

---

<sup>4</sup> Współczynnik feminizacji przedstawia stosunek liczby kobiet do liczby mężczyzn (na 100 mężczyzn).

da-Lewandowska, 2009: 17-21). Chociaż Łódź wyróżnia się spośród przedstawionych miast najwyższą liczbą miejsc w zakładach stacjonarnej pomocy społecznej, gdzie świadczone są całodobowe usługi opiekuńcze, to – biorąc pod uwagę przedstawione dane dotyczące procesu starzenia się oraz stanu zdrowia mieszkańców Łodzi – deficyt w zakresie infrastruktury pomocy instytucjonalnej będzie się jeszcze pogłębiał. Odsetek oczekujących na miejsce w dps bez możliwości realizacji swych zamierzeń będzie zapewne wzrastał, gdyż proces podwójnego starzenia się ludności ulegnie – zgodnie z prognozą GUS – akceleracji w najbliższych dekadach.

Przedstawione wyzwania stojące przed systemem pomocy środowiskowej i instytucjonalnej, wynikające ze wzrostu liczby osób starszych i udziału tej grupy w populacji Polski, przemian rodziny, zmniejszania się liczby potencjalnych opiekunów nie są jeszcze często poruszane w dyskursie polityczno-społecznym na szczeblu lokalnym. W najbliższych dziesięcioleciach, wraz ze zwiększaniem się udziału seniorów w populacji mieszkańców przedstawionych miast sytuacja ta zapewne ulegnie zmianie.

## Literatura

- Błędowski P., (2002), *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa, 262 s.
- Callahan J. (ed.), (1993), *Aging in place*, Baywood Publisher, New York, 141 s.
- Kotowska I., (2002), *Zmiany modelu rodziny. Polska – kraje europejskie.*, „Polityka Społeczna”, nr 4, 2-7
- Kozierkiewicz A., K. Szczerbińska (red.), (2007), *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, TerMedia, Poznań, 74 s.
- Sierpowska I., (2007), *Ustawy o Pomocy Społecznej. Komentarz*, Wolter Kluwer Polska, Warszawa, s. 543
- Susulowska M., (1989), *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa, 353 s.
- Szatur-Jaworska B., (1999), *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 9, 17-19
- Szukalski P., (2002), *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UL, Łódź, 234 s.
- Szukalski P., (2007), *Przemiany rodziny – wyzwania dla polityki rodzinnej. Artykuł dyskusyjny*, „Polityka Społeczna”, nr 8, 14-16
- Szweda-Lewandowska Z., (2009), *Domy pomocy społecznej i sieci wsparcia seniorów*, „Polityka Społeczna”, nr 7, 17-21
- Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r.*, Dz. U., nr 64. poz. 593, z późn. zm., rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”
- Wiktorow A., (1999), *Polityka społeczna państwa wobec kobiet, Wpływ procesu prywatyzacji na sytuację kobiet w Polsce*, referat wygłoszony na konferencji zorganizowanej przez Centrum Praw Kobiet Warszawa, tekst dostępny w dn. 10.01.2010 r. na stronie: <http://www.oska.org.pl/biuletyn/5/49.pdf>
- ZUS, *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2009 r.*, Warszawa 2010, 48 s.

*Zofia Szweda-Lewandowska*

### **Socio-demographical challenges in institutional care in Lodz**

**Abstract:** In the coming decades the shape of the care system for elderly and the way of financing it are going to be ones of the most important social cases. The challenges faced by the institutional care system are primarily due to demographic changes and the transformation of the structure and functions of the family. The objective of this article is to present problems related to the development of this type of elderly care and to the challenges faced by society in connection with the rapid growth of the population of senior citizens who require full-time care. Due to diversity of elderly population not only the demand for the “traditional” institutional care but also the demand for new forms is going to increase. Institutional care cannot be afforded for all elderly who need it because of its cost. Since women receive lower pensions they cannot buy care service or pay for the place in institutional care unite. Therefore elderly women are particularly in danger of exclusion from the care system. When woman receives place in elderly home or nursing home the local community is biased by the cost of her stay. In the coming decades the demand for institutional care is going to rise and expenditures for financing the institutional care system are going to be one of the most significant challenges for the local government.

**Key-words:** institutional care, community care, medical services, social security, ageing