

Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej

6.1. Wstęp

Proces starzenia się ludności objął całą Polskę, lecz jest regionalnie zróżnicowany. Zróżnicowanie to nakłada na organy samorządu terytorialnego konieczność dostosowania organizacji form pomocy społecznej do lokalnych potrzeb seniorów.

Zwiększająca się liczba osób wkraczających w tzw. czwarty wiek, czyli fazę życia, w której następuje szybka utrata samodzielności, powoduje zwiększenie zapotrzebowania na pomoc przy wykonywaniu codziennych czynności. Wzrost liczebności populacji dożywającej sędziwej starości zwiększy zapotrzebowanie na miejsca w domach pomocy społecznej (dps), przychodnie i szpitale z oddziałami geriatrycznymi, hospicja, placówki rehabilitacyjne i pielęgnacyjne.

Celem pracy jest zaprezentowanie w ujęciu regionalnym obecnej liczby miejsc dla osób starszych w domach pomocy społecznej oraz prognoza zapotrzebowania na miejsca w dps do roku 2030. Cel zostanie zrealizowany poprzez prezentację procesu demograficznego starzenia się społeczeństwa Polski do roku 2050, omówienie instytucjonalnych i nieinstytucjonalnych form pomocy osobom starszym, niepełnosprawności osób starszych i wykonanie symulacji liczby niepełnosprawnych do 2030 roku dla subpopulacji osób w wieku 75 lat i więcej. Powyższa symulacja będzie podstawą do wykonania projekcji odnośnie do zapotrzebowania na liczbę miejsc w domach pomocy społecznej dla niepełnosprawnych seniorów według województw.

6.2. Pomoc społeczna wobec osób starszych – rys historyczny

W niniejszym punkcie przedstawiono krótki zarys ewolucji opieki i pomocy społecznej w Polsce, w celu lepszego zrozumienia specyfiki polskich współczesnych form pomocy społecznej dla osób starszych.

Pomoc społeczna wywodzi się z charytatywnej i filantropijnej działalności prowadzonej we wcześniejszych epokach. Na ziemiach polskich w okresie przed przyjęciem chrześcijaństwa pomoc osobom starszym opierała się wyłącznie na systemie naturalnym. Była to pomoc wynikająca z rodzinnej i sąsiedzkiej solidarności oraz tradycji ustroju rodowo-plemiennego [Radwan-Pragłowski, Frysztacki, 1996]. Po przyjęciu chrześcijaństwa Polska znalazła się pod wpływem kultury zachodniej Europy oraz istniejących tam modeli instytucji dobroczynnych, które wprowadzali przybywający do Polski duchowni [Góra, 1989]. Pierwsze instytucje charytatywne w Polsce sięgają XII wieku i były to szpitale – przytułki usytuowane przy klasztorach lub kościołach. Szpitale były zakładane dzięki fundacjom biskupim, darowiznom królów oraz książąt [Bunsch-Konopka, 1985]. Pełniły one rolę zakładów opiekuńczych w mniejszym stopniu leczniczych. Instytucje te zapewniały schronienie, noclegi, wyżywienie, odzież i opiekę początkowo wszystkim ubogim potrzebującym pomocy niezależnie od wieku, płci, rodzaju choroby, a więc dorosłym, dzieciom, bezdomnym, kalekom, starcom, włóczęgom, a także pielgrzymom. W okresie średniowiecza nędza nie była zjawiskiem masowym. Ubodzy byli otaczani szacunkiem a ubóstwo było wartością duchową. Sytuacja uległa zmianie w epoce nowożytnej; wzrost liczby ubogich i rozpowszechnianie się żebractwa pobudzało władze państwowe do ingerencji w sprawę opieki nad ubogimi i chorymi. Dopiero w okresie stanisławowskim dobroczynność stawała się działalnością publiczną, a władze państwowe dążyły do ustanowienia organów zajmujących się opieką nad ubogimi.

Należy zaznaczyć, że starość nie była postrzegana jako czynnik determinujący konieczność udzielenia pomocy. To niepełnosprawność i niesamodzielność były uznawane za czynniki uniemożliwiające dalsze egzystowanie w dotychczasowym środowisku, a osoby niedołążne lub chore mogły stać się beneficjentami pomocy udzielanej przez społeczność lokalną czy organizacje filantropijne. Nie każda osoba starsza wymagała pomocy czy też umieszczenia w specjalnej placówce. Dlatego też nie było domów pomocy dla osób starszych, tylko ogólnie dla osób potrzebujących pomocy i wsparcia.

Po utracie państwowości, jak pisał Norman Davies [1995], „społeczno-ekonomiczny rozwój dawnego społeczeństwa polskiego stał się integralną częścią społeczeństwa i gospodarki Rosji, Prus i Austrii”. W latach 1795-1918 funkcjonowanie społeczeństwa polskiego odbywało się według zasad narzuconych przez państwa zaborcze, dlatego dobroczynność różniła się w poszczególnych zaborach, a także w poszczególnych okresach. W zaborze pruskim od 1870 roku istniał obowiązek

opieki publicznej, a od 1880 obowiązek ubezpieczenia chorobowego, od wypadku przy pracy oraz podeszłego wieku.

W zaborze austriackim gminy miały obowiązek udzielania pomocy najuboższym, ale dopiero w sytuacjach, gdy organizacje charytatywne nie były w stanie jej udzielić. Ubezpieczenia chorobowe i od wypadków przy pracy wprowadzono od 1880 roku. W zaborze austriackim system opieki i pomocy społecznej miał charakter subsydiarny.

W zaborze rosyjskim obowiązkowe ubezpieczenia z tytułu choroby i nieszczęśliwych wypadków wprowadzono dopiero po 1912 roku. Wcześniej opieka i pomoc ubogim była głównie domeną działalności organizacji charytatywnych. Polskie towarzystwa społeczne przejęły zastępczo funkcje nieistniejących instytucji publicznych, rozbudzając solidaryzm społeczny [Leś, 2001]. Po upadku Powstania Styczniowego ograniczenia swobód obywatelskich utrudniały inicjatywy socjalne. Idea wzajemnej pomocy wiązała się ściśle z hasłami pracy organicznej. Należy podkreślić powszechny charakter tej działalności, nie związanej z żadną orientacją ideologiczną. W ten sposób niezależnie od polityki państw zaborczych rozwijało się opiekuńcze społeczeństwo obywatelskie, podczas gdy na zachodzie Europy budowano już podstawy państwa opiekuńczego. Wybuch I wojny światowej spowodował likwidację wielu placówek opiekuńczych przez państwa zaborcze, a to spowodowało konieczność powołania instytucji obywatelskich.

Po zakończeniu tej wojny przez pewien czas jeszcze głównymi podmiotami pomocy społecznej były organizacje pozarządowe, fundacje i stowarzyszenia. Prawo do pomocy każdej osobie potrzebującej przyznała konstytucja z 17 marca 1921 roku, natomiast zasady przyznawania pomocy zostały określone w *Ustawie o opiece społecznej z 16 sierpnia 1923 roku*. Ustawa określała zakres działania opieki społecznej, środki zaspokajania potrzeb, zasady finansowania oraz podział obowiązków opiekuńczych gmin, powiatów, województw i władzy centralnej. Państwo przejmowało odpowiedzialność za opiekę społeczną, ale realizatorem zadań były samorządy terytorialne. Główny ciężar finansowy spoczywał na gminach, które musiały udzielać pomocy stałym mieszkańcom. Po zakończeniu I wojny światowej nowe władze Polski zaczęły tworzyć domy pomocy społecznej w kształcie zbliżonym do dzisiejszego. Wraz ze wzrostem udziału osób w najstarszych grupach wieku nastąpiła konieczność tworzenia domów dla osób starszych. Podstawową zasadą prawa socjalnego w II Rzeczypospolitej była powszechność i obowiązkowość świadczeń. Ponadto charakterystyczną cechą było jego uspołecznienie, czyli współpraca sektora publicznego z organizacjami pozarządowymi. Ten krótki okres budowy publicznego systemu pomocy społecznej został przerwany przez II wojnę światową, a następnie poprzez wprowadzenie nowego ustroju w roku 1945. Powstałe państwo socjalistyczne przejęło kontrolę nad całością życia społecznego i kulturalnego, a także zapewniało bezpieczeństwo socjalne. Formalnie podstawą działania opieki i pomocy społecznej było ustawo-

dawstwo przedwojenne, potwierdzone dekretem z dnia 22 października 1947 roku. W roku 1950 zlikwidowano samorząd terytorialny rozpoczęto likwidację organizacji i stowarzyszeń, upaństwowiono zakłady opieki stacjonarnej. Działalnością socjalną zajęły się zakłady pracy i związki zawodowe. Rozwój pomocy społecznej uległ zahamowaniu z przyczyn politycznych, uważano bowiem, że ustroj socjalistyczny gwarantuje wszystkim pracę, ubezpieczenia społeczne i zakładową pomoc socjalną, tym samym system opieki jest niepotrzebny. Systemem pomocy były objęte tylko osoby niezdolne do pracy, tj. ludzie starzy lub z zaburzeniami psychofizycznymi. Udzielona pomoc polegała na umieszczeniu w zakładzie opieki zamkniętej lub na wypłacie zasiłku pieniężnego [Daszkiewicz, 1952]. Próby reform systemu opieki i pomocy społecznej nastąpiły po wydarzeniach z 1956 roku. Scentralizowana pomoc społeczna w PRL na wiele lat zahamowała możliwość korzystania z polskiej tradycji społeczeństwa obywatelskiego.

Nowoczesny system pomocy społecznej w Polsce powstał po roku 1989, a zasady funkcjonowania zostały określone w *Ustawie o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r.* Ustawa ta zastąpiła najdłużej funkcjonującą ustawę z roku 1923. Na podstawie *Ustawy o samorządzie terytorialnym z dnia 8 marca 1990 r.* sprawy pomocy społecznej, w tym ośrodków i zakładów opiekuńczych, weszły w zakres zadań własnych gminy (realizowanych z własnych środków finansowych gminy). Obowiązek realizacji znacznej części pomocy społecznej spoczywa na gminie oraz jej organach szczególnie na ośrodkach pomocy społecznej [Błędowski, 1996]. O niedoskonałościach tej ustawy świadczą liczne jej nowelizacje, a reforma administracyjna z 1999 roku, która miała doprowadzić do zakończenia decentralizacji zadań społecznych państwa w zakresie pomocy społecznej. W latach 2003-2004 pomoc społeczna była przedmiotem dalszych reform, których głównym celem było ograniczenie kosztów jej funkcjonowania. 12 marca 2004 roku została uchwalona nowa ustawa o pomocy społecznej. Przyjęte po roku 1989 ustawy o pomocy społecznej spowodowały jakościową zmianę instytucji pomocy społecznej w Polsce. Decentralizacja pomocy i przeniesienie części kompetencji na podmioty lokalne oraz tworzenie warunków do rozwoju działalności organizacji pozarządowych jest nawiązaniem do polskiej tradycji rozwoju systemu ochrony socjalnej, a także jest zgodne z rozwiązaniami przyjętymi w krajach UE [Sierpowska, 2006]. Potrzeba kolejnych nowelizacji ustawy wskazuje na konieczność ciągłego dostosowywania się systemu do zmieniającej się rzeczywistości. Obecnie postępujący proces starzenia się społeczeństwa stawia nowe wyzwania przed pomocą społeczną [Szatur-Jaworska, 2002]. Jednak ustawodawca nie określił szczegółowych praw osób starszych: zadania realizowane w grupie pomocy społecznej w jednakowym stopniu odnoszą się do wszystkich kategorii wieku. W związku ze stale zwiększającą się liczebnością osób w tej grupie Błędowski [1998] wskazuje na potrzebę wyodrębnienia nowego podsystemu polityki wobec osób starszych. Należy przypuszczać, że w Polsce, podobnie jak np. w Niemczech, nastąpi rozwój

różnorodnych form domów pomocy społecznej. Od domów złożonych z samodzielnych apartamentów do domów z oddziałami o standardzie szpitalno-hospicyjnym dla osób z zaawansowaną demencją lub innymi chorobami wieku podeszłego.

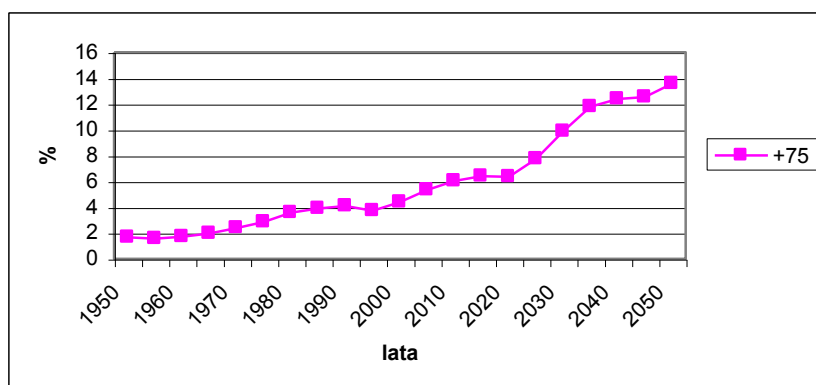
6.3. Proces starzenia się populacji Polski

Zapotrzebowanie na pomoc społeczną ze strony osób starszych zależy od różnych czynników. Najważniejszy z nich to liczba seniorów, ich stan zdrowia, status rodzinny oraz status materialny. W kolejnych punktach przyjrzymy się tym uwarunkowaniom z punktu widzenia osób, które w perspektywie najbliższych 25 lat osiągną zaawansowany wiek.

W poniższym podrozdziale zostanie omówiony proces demograficznego starzenia się populacji Polski. Należy zwrócić szczególną uwagę na dualny charakter starzenia się ludności Polski. W najbliższym ćwierćwieczu wzrastać będzie nie tylko udział osób w wieku 60 lat i więcej, lecz również wzrośnie udział najstarszej części populacji Polski, czyli osób powyżej 75 lat. Wzrost tej subpopulacji ma najistotniejsze znaczenie z punktu widzenia zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej, ponieważ po 75. roku życia szybko wzrasta niesamodzielność seniorów.

Rysunek 6.1

Udział osób w wieku 75 lat i więcej w Polsce w latach 1950-2005 oraz prognoza do roku 2050



Źródło: *UN World Population Prospects, The 2004 Revision*, Vol. I: Comprehensive Tables, United Nation, New York 2005, s. 356 (do roku 2004 dane rzeczywiste, dla lat 2005-2050 prognoza)

Początki starzenia się ludności na ziemiach polskich wystąpiły pod koniec XIX wieku. Na intensywność tego procesu wpływ miało przede wszystkim zmniejszanie się współczynnika dzietności oraz wydłużanie się trwania życia. Jednak wzrost ten nie był jednorodny, a występujące wahania były spowodowane kataklizmami wojennymi, które miały miejsce w XX. wieku. Od lat 1950. (rys. 6.1) obserwujemy ciągły wzrost udziału osób w wieku 75 lat i więcej.

Tabela 6.1

Liczba osób (w tys.) w wieku 75 lat i więcej w Polsce w roku 2005, 2020 i 2030
w poszczególnych województwach i ich udział (jako % ludności ogółem)

Region	2005		2020		2030	
	Liczba	Udział	Liczba	Udział	Liczba	Udział
Polska	2134,4	5,6	2566,0	6,9	4047,7	11,6
Dolnośląskie	166,8	5,8	190,1	6,9	326,7	12,5
kujawsko-pomorskie	106,2	5,1	130,1	6,4	216,0	11,1
Lubelskie	139,0	6,4	151,1	7,2	221,9	11,1
Lubuskie	49,3	4,9	58,9	6,0	106,6	11,2
Łódzkie	171,4	6,6	182,0	7,5	286,8	12,6
Małopolskie	180,7	5,5	229,5	6,9	336,0	10,3
mazowieckie	332,0	6,4	382,2	7,4	590,9	11,7
opolskie	53,0	5,1	70,3	7,4	100,2	11,6
podkarpackie	112,4	5,3	135,9	6,5	203,4	9,9
podlaskie	77,7	6,5	88,6	7,6	124,4	10,9
pomorskie	105,6	4,8	140,3	6,3	234,9	10,9
śląskie	236,4	5,0	331,1	7,7	489,9	12,4
świętokrzyskie	83,9	6,5	90,1	7,4	137,3	11,8
warmińsko-mazurskie	67,1	4,7	82,7	5,8	138,2	10,3
wielkopolskie	169,2	5	200,0	5,9	350,7	10,5
zachodniopomorskie	83,7	4,9	103,1	6,2	183,8	11,6

Źródło: Obliczenia własne na podstawie Prognozy ludności Polski do 2030 roku, GUS <http://www.stat.gov.pl> dane dostępne w dniu 18.08.2007 r. oraz Prognozy ludności według województw dane dostępne w dniu 18.08.2007 r.

W latach 1950-2006 udział osób w wieku 75 lat i więcej wzrósł z 1,6% do 5,3%. Proces starzenia się populacji Polski zgodnie z wynikami prognozy ONZ ulegnie znacznemu przyspieszeniu w pierwszej połowie XXI wieku (rys. 6.1). W roku 2030 odsetek osób w wieku 75 lat i więcej wyniesie 10%.

W roku 2005 największy udział osób w wieku 75 lat i więcej w subpopulacji wystąpił w województwach łódzkim, podlaskim, świętokrzyskim. W 2020 roku ponad 7% udział osób najstarszych będzie w województwie: lubelskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, podlaskim, śląskim oraz świętokrzyskim. W ostatnim roku prognozy sporządzonej przez GUS w 10 województwach udział osób w czwartym wieku przekroczy 11%.

6.4. Niepełnosprawność w populacji osób starszych

Starość jest fazą życia charakteryzującą się narastaniem niekorzystnych zmian obejmujących wszystkie sfery funkcjonowania człowieka: biologiczną, psychiczną i społeczną. Ogólnie biorąc proces starzenia się jest równoznaczny z pogarszaniem się sytuacji życiowej jednostki. Staręga-Piasek [1975] określa to jako „zmniejszanie się w miarę starzenia szansy zaspokojenia potrzeby przystosowanej egzystencji”. Stopniowo wraz z wiekiem postępujące obniżanie się sprawności psychofizycznej w końcu prowadzi do niepełnosprawności [Szatur-Jaworska, 2002]. Według ustawy o pomocy społecznej (art. 2), przez niepełnosprawność rozumie się „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy, powodujący trwałe lub okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie samodzielnej egzystencji”.

Starzenie się postępuje etapami, które znacznie się różnią. Po przekroczeniu 75 lat proces starzenia postępuje szybko i tym samym rośnie zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze. Natomiast osoby w wieku powyżej 85 lat wymagają najczęściej stałej opieki [Żakowska-Wachelko, 2002]. Procesy starzenia się ulegają przyspieszeniu, gdy towarzyszą im różnego typu schorzenia. W związku z tym można mówić o fizjologicznym i patologicznym starzeniu się. Starzenie się często prowadzi do niepełnosprawności.

Badania oceny stanu zdrowia ludności prowadzone przez GUS wskazują na jego poprawę na przestrzeni lat 1996-2004. Zgodnie z badaniami prowadzonymi na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski we wszystkich grupach wieku zmalał odsetek osób oceniających swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej. W roku 2004 odsetek ten wynosił 39%, podczas gdy w roku 1996 wynosił 46%. Jednak w najstarszej grupie wieku (70 lat i więcej) poprawa oceny stanu zdrowia była najniższa i wynosiła cztery punkty procentowe (spadek udziału osób oceniając swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej z 91% do 87%). Odzwierciedleniem poprawy stanu zdrowia jest również wydłużanie się średniego dalszego trwania życia osób w najstarszych grupach wieku. Od 1950 roku do 1990 średnie dalsze trwanie życia mężczyzn

ny w wieku 75 lat wzrosło o 8,5% (z 6,92 lat w 1950 roku do 7,51 w 1990 roku), podczas gdy w ostatniej dekadzie XX. wieku i początkach XXI. wzrost ten wyniósł 21% (z 7,51 lat w 1990 do 9,09 lat w 2006). Odpowiednio dla kobiet w tych samych latach wzrost wyniósł 21% (z 7,8 lat do 9,46 lat) i 19,5% (z 9,46 lat do 11,31 lat). Tak dynamiczny wzrost trwania życia jest wynikiem poprawy stanu zdrowia. Poprawa ta wynika między innymi z łatwiejszej dostępności do leków, rehabilitacji, lepszej jakości sprzętu medycznego. Wpływ na poprawę stanu zdrowia ma zarówno profilaktyka jak i prowadzone na szeroką skalę przez agendy rządowe i organizacje pozarządowe, kampanie mające na celu poprawę świadomości odnośnie do zdrowia. Kampanie te są kierowane nie tylko do osób starszych lecz również osób w młodszych grupach wieku. Doświadczenia krajów lepiej rozwiniętych (Europa Zachodnia, Stany Zjednoczone, Japonia) pokazują, że średnie dalsze trwanie życia osób w najstarszej grupie wieku będzie się nadal wydłużać, jednak tempo tego procesu będzie znacznie mniejsze niż w poprzednich dekadach.

Pomimo poprawy stanu zdrowia osób powyżej 75. roku życia, zbiorowość ludzi starych na tle ogółu ludności charakteryzuje wysoki poziom niepełnosprawności. Zgodnie z NSP w 2002 roku w Polsce było 547 tys. osób niepełnosprawnych, a 40,3% z nich to osoby w wieku 60 lat i więcej. Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku rósł od 34,6% wśród seniorów w wieku 60-64 lat do 50,6% wśród najstarszych (tj. 80 lat i więcej) [Skrętowicz, Gorczyca, 2004]. Wśród osób powyżej 60 lat jest więcej niepełnosprawnych kobiet. Kobiety bowiem – żyjąc dłużej niż mężczyźni – częściej uskarżają się na zdrowie. Kobiety nawet poniżej 75 lat częściej wymagają specjalnej opieki i pomocy w wykonywaniu codziennych czynności [Tobiasz-Adamczyk, 1996]. W ciągu następnego ćwierćwiecza w grupie osób starszych będzie się utrzymywać przewaga liczby kobiet nad liczbą mężczyzn. Będą to głównie samotne wdowy, które w miarę starzenia się będą w coraz większym stopniu zadane na pomoc osób trzecich. Biorąc po uwagę wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych przy równoczesnym rozpadzie gospodarstw wielopokoleniowych, zmiany w strukturze rodziny, a przede wszystkim warunki mieszkaniowe utrudniają sprawowanie opieki nad osobą starszą. Samotne bytowanie osób starszych jest częstym zjawiskiem i stanowi poważny problem społeczny. Wymaga rozwijania różnych działań opiekuńczych w postaci zinstytucjonalizowanych form opieki społecznej, która oprócz świadczeń pieniężnych musi być ukierunkowana na świadczenia w naturze i usługach oraz na rozwijanie kontaktów międzyludzkich i międzykulturowych. Istnieje potrzeba dostosowania środowiska mieszkaniowego do niesprawnych seniorów, szczególnie osób o ograniczonej sprawności lokomocyjnej. Bardzo często funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym uniemożliwiają bariery architektoniczne i urbanistyczne. Odnosi się to do wielkości i rozkładu mieszkań, zbyt wąskich korytarzy, braku balkonów, wind, niefunkcjonalnych łazienek. Podstawowym warunkiem egzystencji ludzi starych jest dostosowanie przestrzeni do potrzeb ruchowych szybko rosnącej grupy seniorów

w zaawansowanym wieku, tj. powyżej 75 lat. Badania wskazują, że ludność starsza zamieszkuje na ogół domy i dzielnice o niższym standardzie z gorszym wyposażeniem. Mimo to osoby starsze niechętnie opuszczają własne środowisko mieszkalne nawet w przypadku dużej niepełnosprawności [Frąckiewicz, 2002]. Z badań prowadzonych przez Błędowskiego [2002] wynika, iż jednym z warunków zachowania samodzielności nawet w późnej starości jest wygodne i dobrze wyposażone mieszkanie. Do najważniejszych celów polityki społecznej wobec ludzi starych należy zachowanie jak najdłuższej ich samodzielności w gospodarstwie domowym oraz ich integrację z otoczeniem.

6.5. Przemiany demograficzne rodziny – sytuacja człowieka starszego

Występujące w całym świecie procesy starzenia się społeczeństw skutkują większą liczbą osób starszych potrzebujących opieki przy równocześnie zmniejszających się możliwościach sprawowania opieki przez rodziny. Czynnikiem wpływającym na spadek potencjału opiekuńczego rodziny wobec osób starszych są zmiany demograficzne rodziny. Przemiany te odnoszą się do wielkości i struktury rodziny. Celem niniejszego punktu jest przedstawienie zmian demograficznych rodzin polskich w kontekście ich wpływu na miejsce i sytuację człowieka starego.

Kierunek przemian rodzin polskich w ostatnim stuleciu jest zgodny z ogólnym kierunkiem przemian zachodzących w Europie Zachodniej, chociaż zjawiska te w Polsce zachodziły i zachodzą ze znacznym opóźnieniem i zakres ich jest znacznie mniejszy [Tyska, 2002].

Rodzina tradycyjna funkcjonująca w okresie przedindustrialnym była to zwykle rodzina prowadząca wspólne gospodarstwo, spełniająca rolę instytucji ekonomicznej i opiekuńczej. Adamski [2002] scharakteryzował ją w następujący sposób: „Cechą znamionową takiej rodziny była jej opiekuńczość. Rodzina żyła i pracowała nie na rzecz swych członków, szczególnie dzieci, ale przeciwnie wszyscy członkowie rodziny żyli i pracowali na rzecz rodziny. Grupa rodzinna gwarantowała im środki utrzymania i uwalniała od ryzyka ekonomicznego w sytuacji choroby lub niepełnosprawności. Nie zachodziła przeto potrzeba tworzenia domów opiekuńczych dla dzieci, starców czy chorych członków rodziny. Wszyscy oni znajdowali pomoc wewnątrz rodziny...”. Te wszystkie cechy przyczyniały się do stabilności związku małżeńskiego i rodziny jako grupy i instytucji.

Modernizacja społeczeństwa zachodząca w epoce industrialnej prowadziła do zmiany funkcji rodziny. Rodzina przestała być trwałą, stabilną, wielodzietną i wielofunkcyjną instytucją społeczną, zmieniała się stopniowo w małą nuklearną, małodzietną, demokratyczną, niestabilną z ograniczonymi funkcjami. W społeczeństwie polskim do około połowy XX wieku dominował typ rodziny tradycyjnej. Największe zmiany w modelu rodziny w Polsce zaszły po II wojnie światowej w okresie

socjalizmu. Uprzemysłowienie, rozwój miast, umasowienie pracy kobiet, wzmożona ruchliwość przestrzenna, zmieniający się rytm życia rodzinnego, ewolucja obyczajów wpłynęły na wewnątrzrodzinne procesy zmieniając wzorce rodziny i system wartości. W Polsce dopiero w latach 1970. widać zmiany we wzorach życia rodzinnego. Charakterystyczną cechą współczesnej polskiej rodziny jest ograniczenie jej rozmiarów, bowiem upowszechnił się typ rodziny z jednym lub dwójką dzieci. Obniżenie płodności i umieralności mają także wpływ na wielkość rodziny rozszerzonej, czyli „sieci rodzinnej” obejmującej osoby spokrewnione lub powinowaczone [Balcerzak-Paradowska, 2004; Szukalski, 2000, 2004]. Wskutek zmniejszania się liczby żyjących krewnych stanowiących potencjalne źródło pomocy pogorszy się w przyszłości dostęp osób starszych do opieki rodzinnej. W związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększył się udział osób dorosłych mających żyjących rodziców i dziadków. Pojawiają się rodziny trzy- i czteropokoleniowe, a nawet na krótko pięciopokoleniowe. Już w XX wieku w Polsce zwiększyło się prawdopodobieństwo występowania rodzin, w których żyją pradziadkowie, dziadkowie i rodzice. Struktura życia rodzinnego przekształcała się z horyzontalnej w wertykalną, a więc międzypokoleniową. 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 [Susłowska, 1989, Szukalski, 2002]. 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]. W wyniku postępujących procesów nuklearyzacji i modernizacji rodzina w coraz mniejszym stopniu może wypełniać obowiązki wcześniej uznawane, jako 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; Szukalski, 2007]. 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 kohabituujące 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].

Czynnikiem wpływającym na zmienność potencjału opiekuńczego rodziny nad seniorami są migracje ludności. Konsekwencją migracji osób młodszych jest nie tylko zmniejszenie udzielanej pomocy przez rodzinę, ale także wzrost osamotnienia ludzi starszych.

W życiu człowieka, szczególnie starszego, rodzina odgrywa ważną rolę i powinna być podstawowym miejscem bytowania. Dokonujące się przemiany demograficzne rodziny powodują konieczność rozbudowania systemu instytucjonalnej pomocy społecznej dla osób starszych. Z jednej strony koniecznym staje się rozbudowanie pomocy instytucjonalnej skierowanej do osób samotnych nie mających żadnych opiekunów. Pojawiająca się coraz częściej bezdzietność sprawia, że osoby starsze nie mają potencjalnych opiekunów. Dodatkowo nadumieralność mężczyzn sprawia, że kobiety przebywają dłużej we wdowieństwie i nie mają oparcia we współmałżonku. W sytuacji wystąpienia rozvodu i przyznania opieki rodzicielskiej najczęściej matce, szczególnie gdy potomstwo jest małe i nie wytworzyła się silna więź emocjonalna łącząca rodzica z dzieckiem, zmniejsza się prawdopodobieństwo, że dzieci będą opiekowały się ojcem. Również osoby żyjące w związku kohabitacyjnym są bardziej narażone na samotność i brak opieki ze strony konkubenta w ostatniej fazie życia. Nawet gdy w takim związku pojawiają się dzieci, prawdopodobieństwo, że będą pomagały swoim starszym rodzicom jest mniejsze niż w sformalizowanym związku (wynika to z częstszego rozpadu kohabitacji). Pomoc instytucjonalna powinna być ukierunkowana na pomaganie rodzinom w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi. Taką formą pomocy są domy dziennego pobytu, gdzie osoba starsza może przebywać w czasie gdy młodsze pokolenie pracuje bądź uczy się. Pomoc instytucjonalna powinna wspierać w opiece nad osobą starszą. Taka forma pomocy „zmusza” członków rodziny do włączenia się do opieki nad seniorami. Instytucje pomocy w tym przypadku nie przejmują roli rodziny, a jedynie ją wspierają. Rodzina nie jest instytucją dysfunkcyjną, lecz pełni obowiązki w stosunku do swoich starszych członków, przy wsparciu odpowiednio rozwiniętych w tym kierunku instytucji.

6.6. Domy pomocy społecznej

Domy pomocy społecznej (dps) są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Dps-y zajmują się świadczeniami usług opiekuńczych osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, czyli osobom, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania w życiu [Szumlicz, 1989]. Domy pomocy społecznej wywodzą się z dawnych szpitali, które pełniły głównie rolę przytułków oraz zamkniętych domów opieki. Już w piśmien-

nictwie średniowiecznym istnieją wzmianki, wskazujące na pewne zróżnicowanie szpitali w zależności od grupy społecznej, której miały służyć. Szpitale, które zalewniały schronienie starcom, to tzw. *Gerontoconium* [Leś, 2001]. Instytucje te ulegały przemianom w poszczególnych okresach historycznych. Znaczne przemiany tych instytucji zaszły w Polsce po II wojnie światowej. Początkowo po wojnie funkcjonował tylko jeden typ domu – dom opieki. Potocznie domy te były nazwane „domami starców”, „domami opieki społecznej”, „przytułkami”. Później przyjęła się nazwa domy pomocy społecznej i została ona zastrzeżona w obecnej ustawie o pomocy społecznej dla stacjonarnych instytucji opiekuńczych mających zezwolenie na prowadzenie działalności od właściwego wojewody i znajdujące się w rejestrze. Natomiast osoby korzystające z opieki, czyli dawni pensjonariusze, zostali nazwani mieszkańcami [Leszczyńska-Rejchert, 2005]. Zmiana nazwy już w PRL była związana z przemianami tych instytucji, które polegały na poprawie warunków bytowych i przybliżeniu warunków życia do warunków w domu rodzinnym. Ponadto, biorąc pod uwagę sprawność fizyczną i stan zdrowia mieszkańców, utworzono dwa podstawowe typy domów pomocy społecznej typu zamkniętego, tj. domy rencistów i domy specjalne. Domy rencistów miały charakter zbliżony do domu mieszkalnego, stanowiły one formę pomocy ludziom starszym, którzy byli sprawni fizycznie i umysłowo, ale nie byli w stanie funkcjonować samodzielnie. Natomiast domy specjalne pełniły rolę placówek leczniczych przeznaczonych dla osób dorosłych przewlekle chorych lub z ciężkim kalectwem fizycznym, których stan nie wymagał leczenia szpitalnego, a tylko opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. W latach 1960. rozpoczęto tworzenie w tych domach oddziałów specjalistycznych, m.in. geriatrycznych, neurologicznych, itp. Jako specjalne typy domów dla przewlekle chorych uznano domy dla niewidomych, domy dla dorosłych upośledzonych umysłowo, itp. [Leszczyńska-Rejchert, 2007]. Domy rencistów były prowadzone i finansowane przez zespoły opieki zdrowotnej, pozostałe domy przez wojewódzkie wydziały zdrowia i opieki społecznej. Wszystkie domy rencistów były domami państwowymi, pozostałe typy domów były placówkami państwowymi lub społecznymi. Funkcjonowały bowiem domy prowadzone przez Zrzeszenie Katolików „Caritas” oraz domy dotowane i prowadzone przez zgromadzenia zakonne. Ponadto działały domy rencistów o specjalnym przeznaczeniu np. „Domy Kombatanta”, „Dom Górnik”, „Dom Chemika”, „Dom Nauczyciela”, itd. Zmiany, jakie wprowadzono w dps po II wojnie, oprócz podniesienia standardu domów, polegały na wprowadzeniu odpłatności za pobyt. Odpłatność za koszt pobytu wynosiła do 75% otrzymywanej emerytury lub renty, z tym, że nie mogła ona przekroczyć rzeczywistych kosztów utrzymania ustalonych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W przypadku osób nie posiadających emerytury lub renty koszt pobytu pokrywały osoby zobowiązane do alimentacji [Oleszczyńska, Karczewski, 1986]. Do roku 1970 domy rencistów i domy dla przewlekle chorych spełniały głównie

opiekę pielęgnacyjną. Dopiero w latach 1970. w domach rencistów zaczęto organizować działalność kulturalną i terapię zajęciową.

Stopniowo domy pomocy społecznej o charakterze opiekuńczym przekształcono na początku lat 1990. w placówki rehabilitacyjno-leczniczo-opiekuńcze. Przełomem w działalności dps było uchwalenie *Ustawy o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r.* Od tego czasu dps przestały podlegać resortowi zdrowia, a zostały przesunięte do resortu pracy. Organizacja i zakres zadań dps zostały uregulowane *Rozporządzeniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 2 lutego 1993 (Dziennik Ustaw nr 13 z 1993 r., poz. 63)*. W rozporządzeniu tym stwierdzono, że „zakres i poziom świadczeń domu powinien uwzględnić stopień psychicznej i fizycznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego, godnego życia, ochronę dóbr osobistych oraz możliwość zachowania samodzielności i wyboru stylu życia”.

Jak wskazuje w swojej pracy Z. Szarota [1998], zwrócono wówczas uwagę na konieczność podmiotowego traktowania mieszkańca dps w odniesieniu do potrzeb socjalno-opiekuńczych, jak i społeczno-kulturalnych.

W Polsce istnieje obecnie sześć typów dps przeznaczonych dla¹:

1. osób w podeszłym wieku;
2. osób przewlekle somatycznie chorych;
3. osób przewlekle chorych psychicznie;
4. dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
5. osób niepełnosprawnych fizycznie;
6. dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Osoby starsze zamieszkują praktycznie we wszystkich typach dps z wyjątkiem ostatniego. Domy pomocy społecznej działają na podstawie ustawy o pomocy społecznej. Zgodnie z tym aktem prawnym 70% emerytury bądź renty mieszkańca jest przeznaczane na pokrycie kosztów jego pobytu w dps, pozostała część kosztów jest finansowana z budżetu gminy, na terenie której zamieszkiwała osoba skierowana do dps (o ile członkowie rodziny nie mają środków finansowych na pokrycie pełnych kosztów przebywania osoby starszej w dps). Średni miesięczny koszt pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej waha się w granicach 1500-2600 zł, a średnia miesięczna emerytura wypłacana przez ZUS wynosi 1262 zł, a przez KRUS 758 zł (średnia miesięczna renta wynosi odpowiednio 900 zł i 600 zł). Gminy w większości przypadków muszą pokrywać część kosztów związanych z pobytem osoby starszej w dps. Przed wprowadzeniem ustawy w 2004 roku dofinansowanie pochodziło z budżetu państwa, który przekazywał je gminie w postaci funduszu celowego. Po zmianach w zasadzie finansowania dps nastąpiło znaczne zmniejszenie liczby osób kierowanych do tych placówek przez gminy [Jachowicz, 2006]. Gminna pomoc społeczna sprowadza się do finansowania opieki nad osobą starszą

¹ Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., Dz. U., nr 64, poz. 593, z późn. zm., rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”

w jej domu. Pojawia się jednak pytanie, czy potrzeby osób starszych są w pełni zaspokajane i czy opieka taka jest wystarczająca.

W Polsce na koniec 2005 roku funkcjonowało 795 domów pomocy społecznej, z czego 592 to domy samorządów powiatowych, a 203 to domy prowadzone przez podmioty niepubliczne. We wszystkich województwach poza śląskim istnieje prawie dwukrotnie więcej domów prowadzonych przez samorządy powiatowe niż tych należących do niepublicznych podmiotów. Łącznie w 795 domach pomocy społecznej w 2005 roku przebywało 77 864 mieszkańców, a liczba miejsc wynosiła 80 246. W domach podlegających samorządom powiatowym przebywało 65 199 osób (67 162 miejsc), w domach prowadzonych przez niepubliczne podmioty 12 665 osób (13 084 miejsc). Najmniej miejsc w dps w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców jest w województwie pomorskim, śląskim (17 miejsc) i mazurskim (18 miejsc). W województwie opolskim na 10 000 mieszkańców przypada 27 miejsc, w łódzkim 26, a w świętokrzyskim i wielkopolskim 25. Należy zaznaczyć, że dane te dotyczą wszystkich typów domów pomocy społecznej, a nie tylko tych, w których przebywają osoby starsze.

6.7. Prognoza liczby osób niepełnosprawnych

Podstawą do wykonania prognozy były dane zebrane podczas Narodowego Spisu Powszechnego (NSP'2002) w 2002 roku oraz prognoza ludności Polski na lata 2003-2030 sporządzona przez GUS w 2003 roku [GUS, 2003]. Jako wyjściowy przyjęto poziom niepełnosprawności określony na podstawie NSP w roku 2002 (5 457 tys. osób niepełnosprawnych). Projekcja została wykonana dla subpopulacji osób w wieku 75 lat i więcej w czterech wariantach, przy czym przyjęto stałe w ujęciu względnym tempo zmian niepełnosprawności w badanej grupie wieku.

Wariant podstawowy zakłada brak zmian w częstości występowania niepełnosprawności, a w trzech kolejnych wariantach założono obniżenie odsetka osób niepełnosprawnych kolejno o 2%, 1% i 0,5%, zgodnie z proponowanymi kilka lat temu przez P. Szukalskiego [2004b] propozycjami. Dla wariantu podstawowego częstość występowania niepełnosprawności przyjęto na podstawie danych dla roku 2002 (tab. 6.2).

Tabele 6.3-6.6 zawierają przewidywaną liczbę niepełnosprawnych seniorów w kolejnych latach prognozy według czterech założonych wariantów w poszczególnych województwach.

Tabela 6.2

Częstość występowania niepełnosprawności wśród ludności w wieku 75 lat i więcej według województw w 2002 r. (w odsetkach liczby ludności w danej grupie wieku)

Województwo	Częstość występowania niepełnosprawności
Polska	47
Dolnośląskie	52
Kujawsko-pomorskie	47
Lubelskie	57
Lubuskie	57
Łódzkie	41
Małopolskie	67
Mazowieckie	39
Opolskie	39
Podkarpackie	47
Podlaskie	47
Pomorskie	49
Śląskie	38
Świętokrzyskie	45
Warmińsko-mazurskie	53
Wielkopolskie	45
Zachodniopomorskie	50

Źródło: [GUS, 2003]

Największy wzrost liczby niepełnosprawnych zgodnie z wariantem podstawowym prognozy w roku 2030 wystąpi w województwach: lubuskim, pomorskim oraz w zachodniopomorskim i będzie ponaddwukrotny w stosunku do roku 2005. Łącznie ponaddwukrotny wzrost liczby niepełnosprawnych w roku 2030 w porównaniu z rokiem 2005 wystąpi w 7 województwach. Najmniejszy wzrost w tym okresie będzie w województwie lubelskim (wzrost o 60%) oraz podkarpackim (wzrost o 56%).

Tabela 6.3

Liczba niepełnosprawnych w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030, wariant podstawowy

Województwo	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Polska	1012310	1154634	1229559	1217440	1518192	1919026
Dolnośląskie	86361	98539	102933	98483	129248	169181
Kujawsko-pomorskie	50250	57208	61332	61716	80719	102227
Lubelskie	80005	87042	88637	87032	103175	127663
Lubuskie	28283	32665	34555	33828	46026	61201
Łódzkie	70861	76605	77068	75251	95449	118653
Małopolskie	121280	141717	153541	154018	182726	225518
Mazowieckie	128389	144610	150819	148215	180104	228446
Opolskie	20987	25588	29046	27883	32545	39669
Podkarpackie	53359	61440	65818	64540	77055	96567
Podlaskie	36303	40879	42453	41403	46712	56750
Pomorskie	52058	61667	68336	69167	90216	115807
Śląskie	91822	108347	123310	128654	153956	190343
Świętokrzyskie	38125	41614	42970	40971	49892	62369
Warmińsko-mazurskie	35695	41922	45032	44094	56244	73662
Wielkopolskie	76722	85730	91395	90711	124590	159089
Zachodniopomorskie	41810	49061	52314	51474	69535	91881

Jeśli poziom niepełnosprawności będzie niższy o 2%, liczba niepełnosprawnych osób w województwie lubuskim wzrośnie tylko o 30%, w pomorskim o 34%, a w zachodniopomorskim o 33% w roku 2030 w porównaniu z rokiem 2005. Natomiast w województwach lubelskim, podlaskim i świętokrzyskim nastąpi spadek populacji osób niepełnosprawnych o odpowiednio około 4%, 6% i 1,3%. W pozostałych wariantach projekcji, tj. zakładających spadek niepełnosprawności o 0,5% i 1%, nastąpi wzrost liczby osób niepełnosprawnych w roku 2030 w porównaniu z rokiem 2005.

Tabela 6.4

Liczba niepełnosprawnych w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030, wariant ze spadkiem niepełnosprawności o 2% rocznie

Województwo	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Polska	952770	982312	945550	846279	953943	1089953
Dolnośląskie	81282	83833	79157	68459	81212	96090
Kujawsko-pomorskie	47294	48670	47165	42900	50719	58062
Lubelskie	75300	74052	68163	60499	64829	72509
Lubuskie	26619	27790	26573	23515	28920	34760
Łódzkie	66693	65172	59267	52309	59975	67392
Małopolskie	114147	120567	118076	107063	114815	128088
Mazowieckie	120838	123028	115983	103029	113167	129751
Opolskie	19752	21769	22337	19382	20449	22531
Podkarpackie	50221	52270	50615	44864	48417	54847
Podlaskie	34168	34778	32647	28780	29351	32232
Pomorskie	48996	52464	52551	48080	56686	65775
Śląskie	86422	92177	94828	89431	96737	108110
Świętokrzyskie	35882	35403	33044	28480	31349	35424
Warmińsko-mazurskie	33595	35665	34630	30651	35340	41838
Wielkopolskie	72210	72935	70284	63056	78285	90358
Zachodniopomorskie	39351	41739	40230	35781	43692	52186

Przy założeniu 2% spadku występowania niepełnosprawności w 2010 roku w porównaniu z 2005 w trzech województwach: lubelskim i łódzkim i świętokrzyskim nastąpi spadek liczby niepełnosprawnych o odpowiednio 1,7%, 2,3%, 1,3%. Wariant zakładający spadek niepełnosprawności o 1% prowadzi do wzrostu liczby niepełnosprawnych w 2010 roku w porównaniu z rokiem 2005. Zgodnie z tym wariantem projekcji w 2015 roku w porównaniu z rokiem 2005 tylko w jednym województwie nastąpi spadek liczby osób niepełnosprawnych (łódzkie spadek z 2109 do 2075).

Tabela 6.5

Liczba niepełnosprawnych w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030, wariant ze spadkiem niepełnosprawności o 1% rocznie

Region	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Polska	982233	1065424	1078956	1015961	1204851	1448317
Dolnośląskie	83795	90926	90325	82185	102573	127684
Kujawsko-pomorskie	48757	52788	53820	51502	64059	77152
Lubelskie	77628	80317	77780	72629	81881	96349
Lubuskie	27442	30141	30322	28229	36526	46189
Łódzkie	68756	70686	67628	62797	75749	89549
Małopolskie	117677	130768	134735	128530	145013	170202
Mazowieckie	124575	133438	132346	123687	142933	172412
Opolskie	20363	23611	25488	23268	25828	29938
Podkarpackie	51774	56693	57756	53859	61151	72880
Podlaskie	35224	37720	37253	34551	37071	42830
Pomorskie	50511	56902	59966	57720	71596	87401
Śląskie	89094	99976	108207	107363	122181	143655
Świętokrzyskie	36992	38399	37707	34190	39595	47071
Warmińsko-mazurskie	34634	38683	39516	36797	44636	55594
Wielkopolskie	74443	79106	80201	75699	98876	120067
Zachodniopomorskie	40568	45270	45906	42955	55183	69344

Przy założeniu spadku występowania niepełnosprawności o 0,5% w całym okresie projekcji w porównaniu z rokiem bazowym nastąpi wzrost liczby osób niepełnosprawnych (jedynie w 2020 w porównaniu z 2005 nastąpi spadek liczby niepełnosprawnych o 0,3% w województwie świętokrzyskim oraz o 1,5% w województwie łódzkim). W tym wariantcie najwyższy wzrost będzie w województwie pomorskim (96%), zachodniopomorskim (94%) i lubuskim (91%).

Tabela 6.6

Liczba niepełnosprawnych w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030 wariant ze spadkiem niepełnosprawności o 0,5% rocznie

Województwo	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Polska	997192	1109242	1151984	1112397	1352869	1667726
Dolnośląskie	85072	94665	96439	89986	115174	147027
Kujawsko-pomorskie	49500	54959	57462	56391	71929	88840
Lubelskie	78810	83620	83045	79523	91940	110945
Lubuskie	27860	31381	32375	30909	41014	53186
Łódzkie	69803	73593	72206	68758	85055	103115
Małopolskie	119469	136146	143854	140730	162828	195987
Mazowieckie	126472	138925	141304	135427	160492	198531
Opolskie	20673	24582	27213	25477	29001	34474
Podkarpackie	52562	59024	61665	58971	68664	83921
Podlaskie	35761	39272	39774	37830	41625	49318
Pomorskie	51281	59243	64025	63199	80392	100642
Śląskie	90451	104088	115530	117554	137191	165418
Świętokrzyskie	37555	39978	40259	37436	44459	54201
Warmińsko-mazurskie	35162	40274	42191	40289	50119	64016
Wielkopolskie	75576	82360	85629	82884	111023	138256
Zachodniopomorskie	41185	47132	49013	47033	61963	79849

6.8. Prognoza liczby miejsc w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej

Symulacja liczby niepełnosprawnych w latach 2005-2030 była podstawą do wykonania prognozy dotyczącej zapotrzebowania na liczbę miejsc w dps dla niepełnosprawnych seniorów. Z danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wiadomo, że w 2005 roku udział osób w wieku 75 lat i więcej wśród mieszkańców dps wynosił 30%. Natomiast udział mieszkańców dps w populacji osób niepełnospraw-

nych w wieku 75 lat i więcej wynosił 2,3%. Przyjęto udział osób zamieszkujących dps w populacji osób niepełnosprawnych powyżej 75 lat na stałym poziomie dla całego okresu prognozy (tab. 6.7).

Tabela 6.7

Udział mieszkańców dps w subpopulacji osób w wieku 75 lat i więcej według województw
w 2005 r. (w %)

Województwo	%
Polska	2,3
Dolnośląskie	1,9
Kujawsko-pomorskie	2,3
Lubelskie	1,6
Lubuskie	2,9
Łódzkie	3,1
Małopolskie	1,9
Mazowieckie	2,4
Opolskie	3,4
Podkarpackie	2,4
Podlaskie	1,6
Pomorskie	1,5
Śląskie	2,6
Świętokrzyskie	2,6
Warmińsko-mazurskie	2,3
Wielkopolskie	2,5
Zachodniopomorskie	2,7

Źródło: obliczenia własne

Założenie to nie uwzględnia zmian w liczbie osób niepełnosprawnych zamieszkujących dps. Nie zostały uwzględnione również zmiany w strukturze wieku osób powyżej 75. roku życia. Przewidywaną liczbę mieszkańców dps w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030 według czterech wariantów przedstawiono w tabelach 8-11.

Tabela 6.8

Liczba mieszkańców domów pomocy w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030 według wariantu podstawowego

Województwo	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Polska	23283	26465	28192	27907	34885	44111
dolnośląskie	1641	1936	2022	1935	2539	3324
kujawsko-pomorskie	1179	1340	1437	1446	1891	2395
lubelskie	1303	1417	1443	1417	1680	2079
lubuskie	824	954	1009	988	1344	1788
łódzkie	2177	2350	2364	2309	2929	3641
małopolskie	2352	2739	2968	2977	3532	4359
mazowieckie	3077	3460	3608	3546	4309	5466
opolskie	724	875	994	954	1113	1357
podkarpackie	1302	1491	1597	1566	1870	2344
podlaskie	579	654	679	662	747	908
pomorskie	779	919	1019	1031	1345	1727
śląskie	2377	2793	3178	3316	3968	4906
świętokrzyskie	996	1082	1117	1065	1297	1622
warmińsko-mazurskie	818	954	1025	1003	1280	1676
wielkopolskie	1968	2191	2335	2318	3184	4065
zachodniopomorskie	1120	1310	1397	1374	1857	2454

Przedstawione powyżej dane (tab. 6.8-6.11) obrazują skalę zapotrzebowania na miejsca w dps dla osób w wieku 75 lat i więcej. Pomędzy poszczególnymi województwami istnieją istotne różnice w liczbie osób zamieszkujących dps. Najmniejszy udział mieszkańców dps wśród osób niepełnosprawnych jest województwach lubelskim, podlaskim i pomorskim. Różnica ta może wynikać nie tylko z różnego poziomu zaawansowania procesu starzenia się lecz również z małej podaży miejsc w dps. W tych trzech województwach stosunkowo mały udział mieszkańców dps w subpopulacji osób w wieku 75 lat i więcej może być następstwem zbyt małej liczby dps, a osobom potrzebujących stałej opieki instytucjonalnej mogą być oferowane miejsca w zakładach opiekuńczo-leczniczych

(ZOL) lub pomoc środowiskowa, która jednak często nie jest wystarczającą formą pomocy.

Tabela 6.9

Liczba mieszkańców domów pomocy w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030 według wariantu 2%

Województwo	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Polska	21841	22511	21679	19398	21916	25051
Dolnośląskie	1597	1647	1555	1345	1595	1888
Kujawsko-pomorskie	1108	1140	1105	1005	1188	1360
Lubelskie	1226	1205	1110	985	1055	1180
Lubuskie	777	812	776	687	845	1015
Łódzkie	2046	1999	1818	1605	1840	2068
Małopolskie	2206	2330	2282	2069	2219	2476
Mazowieckie	2891	2943	2775	2465	2707	3104
Opolskie	675	744	764	663	699	771
Podkarpackie	1219	1268	1228	1089	1175	1331
Podlaskie	546	556	522	460	469	515
Pomorskie	730	782	783	717	845	981
Śląskie	2227	2376	2444	2305	2493	2787
Świętokrzyskie	933	920	859	740	815	921
Warmińsko-mazurskie	764	811	788	697	804	952
Wielkopolskie	1845	1864	1796	1611	2000	2309
Zachodniopomorskie	1051	1114	1074	955	1167	1393

Największe zapotrzebowanie na miejsca w dps w roku 2030 zgodnie z wariantem podstawowym prognozy będzie w województwach o wysokim odsetku ludności miejskiej: mazowieckim (5 466), śląskim (4 906), małopolskim (4 359), wielkopolskim (4 065) i łódzkim (3 641). Spadek niepełnosprawności o 0,5% spowoduje, że tylko w dwóch województwach liczba potencjalnych mieszkańców dps przekroczy 4 tys. (woj. mazowieckie oraz śląskie). Zgodnie z najbardziej optymistycznym wariantem tylko w województwie mazowieckim liczba osób powyżej 75 lat zamieszkującą dps będzie powyżej 3 tys.

Tabela 6.10

Liczba mieszkańców domów pomocy w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030 według wariantu 1%

Wojwództwo	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Polska	22515	24419	24738	23287	27685	33290
Dolnośląskie	1646	1786	1774	1614	2015	2509
kujawsko-pomorskie	1142	1237	1261	1206	1501	1808
Lubelskie	1264	1308	1266	1182	1333	1569
Lubuskie	801	880	886	824	1067	1349
Łódzkie	2109	2169	2075	1927	2324	2747
Małopolskie	2274	2527	2604	2484	2803	3290
Mazowieckie	2980	3192	3166	2959	3420	4125
Opolskie	696	808	872	796	883	1024
Podkarpackie	1256	1376	1401	1307	1484	1769
Podlaskie	563	603	596	553	593	685
Pomorskie	753	848	894	861	1067	1303
Śląskie	2296	2577	2789	2767	3149	3703
Świętokrzyskie	962	998	980	889	1029	1224
Warmińsko-mazurskie	788	880	899	837	1016	1265
Wielkopolskie	1902	2021	2049	1934	2527	3068
Zachodniopomorskie	1083	1209	1226	1147	1474	1852

Przy założeniu 2% spadku niepełnosprawności w skali ogólnokrajowej zapotrzebowanie na miejsca w dps byłoby o 45% mniejsze niż w wariancie podstawowym. Już obniżenie częstości występowania niepełnosprawności o 0,5% spowoduje zmniejszenie liczby potencjalnych mieszkańców dps w stosunku do wariantu podstawowego o 13%.

Tabela 6.11

Liczba mieszkańców domów pomocy w wieku 75 lat i więcej w latach 2005-2030 według wariantu 0,5%

Województwo	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Polska	22861	25421	26415	25499	31087	38333
Dolnośląskie	1671	1860	1895	1768	2263	2889
Kujawsko-pomorskie	1160	1287	1346	1321	1685	2081
Lubelskie	1283	1361	1352	1295	1497	1806
Lubuskie	814	916	946	903	1198	1554
Łódzkie	2142	2258	2215	2109	2610	3164
Małopolskie	2309	2631	2780	2720	3147	3788
Mazowieckie	3026	3324	3381	3240	3840	4750
Opolskie	707	841	931	871	992	1179
Podkarpackie	1275	1432	1496	1431	1666	2037
Podlaskie	572	628	636	605	666	789
Pomorskie	764	883	955	942	1199	1501
Śląskie	2331	2683	2978	3030	3536	4264
Świętokrzyskie	976	1039	1047	973	1156	1409
Warmińsko-mazurskie	800	916	960	917	1140	1457
Wielkopolskie	1931	2104	2188	2118	2837	3533
Zachodniopomorskie	1100	1258	1309	1256	1655	2132

Źródło: Obliczenia własne

Zróznicowanie pomiędzy województwami wynika nie tylko z różnej ich powierzchni, różnego stopnia zaawansowania procesu starzenia się, różnej liczby dps i miejsc w tych domach lecz również z różnego poziomu społecznej akceptacji odnośnie umieszczenia osoby starszej w dps. W województwach z niższym poziomem urbanizacji (lubelskie, podlaskie) społeczność lokalna często nie akceptuje umieszczenia osoby starszej w dps. Jednocześnie liczniejsze rodziny wiejskie mają większy potencjał pielęgnacyjny niż zatamizowane społeczności miejskie. Można przypuszczać, że różnice te będą się zacierały wraz z adoptowaniem przez społeczności wiejskie wielkomiejskich wzorców rodzinnych.

6.9. Podsumowanie

Prognoszowana liczba mieszkańców dps w wieku powyżej 75 lat wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na miejsca w dps do roku 2030. Zwiększenie zapotrzebowania na miejsca w dps będzie stanowiło duże obciążenie dla społeczności lokalnej (obciążenie dopłatami do pobytu mieszkańca budżetów gmin). W roku 2006 planowano zwiększenie liczby miejsc w dps o 544. Zakładając stałe tempo wzrostu, w ciągu 25 lat przybyłoby 13 600 miejsc. Należy zaznaczyć, że miejsca te będą przeznaczone dla wszystkich grup wieku, a nie tylko osób powyżej 75. roku życia. W tym samym czasie według wariantu podstawowego liczba osób niepełnosprawnych powyżej 75 lat wymagających opieki w dps wzrosłaby o 20 840, czyli zapotrzebowanie byłoby o połowę wyższe od planowanego przyrostu miejsc. Jednocześnie czynniki demograficzne, które mają wpływ na terytorialne zróżnicowanie starzenia się ludności (natężenie urodzeń, zgonów, odmienne dla różnych województw salda migracji) przyczyniają się z jednej strony do większego zaawansowania procesu starzenia się, a z drugiej strony do zmniejszenia potencjału pielęgnacyjnego rodziny. Migracja osób młodych prowadzi do zmniejszenia możliwości udzielania pomocy przez rodzinę, a tym samym zachodzi potrzeba większego zaangażowania samorządu terytorialnego (wspólnoty lokalnej) w obszarze instytucjonalnej pomocy osobom starszym. Województwa charakteryzowały się już w momencie wyjściowym tj. roku 2005 zróżnicowaną liczbą osób mieszkających w dps. W 2005 roku największą liczbą miejsc dysponowały domy w województwach: łódzkim, śląskim, mazowieckim, łódzkim. Można przypuszczać, że skala zapotrzebowania na miejsca w dps jest większa niż przedstawione powyżej dane. Na przykład w województwie łódzkim średni czas oczekiwania na miejsce w domu to 3-4 lata, co wskazuje na niewystarczającą liczbę miejsc pomimo stosunkowo dobrej sytuacji jeśli chodzi o porównanie z innymi województwami. Zmiany w liczbie osób wymagających instytucjonalnej pomocy powinny oddziaływać na zwiększanie liczby miejsc bądź budowę nowych dps. Dodatkowo część obecnie istniejących domów dostała tylko warunkową zgodę na prowadzenie działalności, ponieważ nie spełnia wymogów nakładanych przez normy Unii Europejskiej.

Literatura:

- Adamski A., 2002, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wyd. UJ, Kraków, 140 s.
Balcerzak-Paradowska B., 2004, *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków. Przemiany zagrożenia potrzeba badań*, IPiSS, Warszawa, 11-51

- Błądowski P., 1996, *Rola administracji publicznej w funkcjonowaniu pomocy społecznej*, [w:] S. Golinowska (red.), *Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*, IPiSS, Warszawa, 377-392
- Błądowski P., 1998, *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*, „Gerontologia Polska”, nr 6 (3-4), 49-54
- Błądowski P., 2002, *Ludzie starzy a polityka społeczna*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 115-138 s.
- Bunsch-Konopka H., 1985, *Historia opieki społecznej w Polsce*, [w:] J. Staręga-Piasek (red.), *Pomoc społeczna w Polsce cz. II*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 12-40
- Davies N., 1995, *Serce Europy*, aneks Publischers, Londyn, 155 s.
- Frąckiewicz L., 2002, *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Wyd. „Śląsk”, Katowice, 11-25
- Góra W. A., 1989, *Tradycje opieki i pomocy społecznej w Polsce*, „Praca Socjalna”, nr 2, 22-35
- Jachowicz A., 2006, *Domy pomocy społecznej – Konieczność czy może luksus? Sytuacja DPS w świetle zmiany ustawy o pomocy społecznej*, „Polityka Społeczna”, nr 6, 16-20
- Kluzowa K., Slany K., 2003, *Przemiany realizacji funkcji prokreacyjnej w rodzinie*, [w:] B. Mierzwiński, E. Dybowska (red.), *Oblicze współczesnej rodziny polskiej*, Wyd. WAM, Kraków, 63-95
- Kotowska I., 2002, *Zmiany modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna”, nr 4, 2-7
- Kotowska I., 1998, *Teoria drugiego przejścia demograficznego a przemiany demograficzne w Polsce w latach 1990.*, „Studia Demograficzne”, nr 4 (134), 3-35
- Kwak A., 2002, *Uniwersalność instytucji rodziny i kierunku jej przemian*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. XIV, 9-23
- Kwak A., 2004, *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i Kohabitacja*, „Żak”, Warszawa 1-68
- Leszczyńska-Rejchert A., 2005, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2 s.
- Leś E., 2001, *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Prószyński i S-Ka, Warszawa, 38 s.
- Leś E., 2002, *Od filantropii do pomocniczości*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa
- Okólski M., 1990, *Modernizacja społeczeństwa a przejście demograficzne*, [w:] M. Okólski (red.), *Teoria przejścia demograficznego*, PWE Warszawa, 30 s.
- Oleszczyńska A., Karczewski M., 1986, *Organizacja pomocy społecznej na rzecz ludzi starszych w PRL*, [w:] *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa, 243-254
- Radwan-Prąglowski J., Frysztański K., 1996, *Spoleczne dzieje pomocy człowiekowi: od filantropii greckiej do pracy socjalnej*, Interart, Warszawa, 215-230
- Sierpowska I., 2006, *Prawo pomocy społecznej*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków, 116-122

- Skrętowicz B., Górczyca R., 2004, *Niepełnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP 2002*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź, 87-97
- Slany K., 2002, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Nomos, Karków, 15 s.
- Staręga-Piasek J., 1975, *Niematerialne potrzeby ludzi starych*, [w:] J. Piotrowski (red.) *Starzenie się, starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*, PTG, Ossolineum, Warszawa-Wrocław, 134-135
- Szarota Z., 1998, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków, 80-88
- Szatur-Jaworska B., 1999, *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 9, 17-19
- Szatur-Jaworska B., 2002, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-IR, Warszawa, 39-43
- Szukalski P., 2000, *Ewolucja wielkości i struktury rodziny*, „Polityka Społeczna”, nr 4, 21-27
- Szukalski P., 2002, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź, 234 s.
- Szukalski P., 2004, *Kohabitacja w Polsce*, [w:] W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, Wyd. UŁ, Łódź, 49-74
- Szukalski P., 2004a, *Przemiany demograficzne oblicza rodziny – wyzwania dla gerontologii społecznej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 4, 169-186
- Szukalski P., 2004b, *Projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów do roku 2030*, [w:] J. T. Kowaleski i P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ Łódź, 106-112
- Szukalski P., 2005, *Wielkość i struktura rodziny a przejście demograficzne*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. XVI, 95-110
- Szukalski P., 2007, *Przemiany rodziny – wyzwania dla polityki rodzinnej. Artykuł dyskusyjny*, „Polityka Społeczna”, nr 8, 50-53
- Szumlicz J., 1989, *Pomoc społeczna w badaniach empirycznych*, Studia i Materiały, IPiSS, Warszawa, 23 s.
- Tysza Z., 2002, *Rodzina we współczesnym świecie*, Wyd. Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, 89-108, 13 s.
- Woźniak Z., 1999, *Problemy starzenia się i starości wyzwaniem dla polityki społecznej na progu III tysiąclecia*, „Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny”, z. 1, 288-295
- Żakowska-Wachelko B., 2002, *Zadania i perspektywy gerontologii* [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, Wyd. Śląsk, Katowice, 111-123
- Zalewski D., 2005, *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*, WUW, 104-131