

Mikrodeterminanty korzystania z pomocy instytucjonalnej przez seniorów

Streszczenie: Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego w 2035 roku prawie 1/3 populacji Polski stanowić będą osoby w wieku 60 lat i więcej. Przytoczone dane demograficzne wskazują, że w najbliższych dekadach zapotrzebowanie na pomoc, zarówno środowiskową, jak i instytucjonalną, będzie wzrastać. Czynniki determinujące konieczność korzystania ze wsparcia publicznego można podzielić na mikro- i makro. Do czynników poziomu mikro zaliczyć należy cechy społeczno-ekonomiczne charakteryzujące poszczególne jednostki takie jak: wiek, płeć, stan zdrowia, stan cywilny. Celem niniejszej pracy jest analiza powyższych mikrodeterminant oddziałujących na popyt na wsparcie publiczne na przykładzie województwa łódzkiego.

Słowa kluczowe: pomoc instytucjonalna, proces starzenia się, opieka nad osobami starszymi, pomoc społeczna

Micro factors influencing the demand on institutional care for senior citizens

Summary: According to forecasts by the Central Statistical Office, in 2035 persons aged 60+ will constitute almost 1/3 of the Polish population. These demographic data show that in the decades to come the demand on both community and institutional assistance is going to grow. The determinants of the necessity of public assistance can be classified into micro and macro factors. The micro determinants include the socio-economic characteristics of particular individuals such as age, gender, health, and marital status. The objective of this work is to analyse the above micro factors influencing the demand on public assistance on the example of the Łódź Province.

Key-words: institutional care, population ageing

1. Wprowadzenie

Zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego w 2035 roku prawie 1/3 populacji Polski stanowić będą osoby w wieku 60 lat i więcej. Dodatkowo nastąpi dynamiczny wzrost odsetka osób w najstarszej grupie wieku 80 lat i więcej. W 2035 roku 7,2% populacji będzie w tym wieku. Zmiany w strukturze wieku istotnie wpłyną na praktycznie wszystkie obszary życia społeczno-gospodarczego. Obecnie najczęściej poruszonym tematem w dyskursie dotyczącym starzenia się społeczeństwa są kwestie związane z ubezpieczeniami społecznymi oraz systemem ochrony zdrowia. Kwestie opieki nad seniorami nie należą do głównego nurtu dyskusji. Jednak przytoczone dane demograficzne wskazują, że w najbliższych dziesięcioleciach zapotrzebowanie na pomoc, zarówno środowiskową, jak i instytucjonalną, będzie wzrastać. Czynniki determinujące konieczność korzystania ze wsparcia publicznego można podzielić na mikro i makro. Wzrost populacji osób w IV wieku jest główną makrodemograficzną determinantą wzrostu zapotrzebowania na opiekę nad osobami starszymi. Do czynników poziomu mikro zaliczyć należy cechy społeczno-ekonomiczne charakteryzujące poszczególne jednostki, takie jak: wiek, płeć, stan zdrowia, stan cywilny. Sieć rodzinna oraz nieformalne, nierodzinne sieci wsparcia wpływają na konieczność korzystania ze wsparcia publicznego. Celem niniejszej pracy jest analiza powyższych mikrodeterminant oddziałujących na popyt na wsparcie publiczne na przykładzie województwa łódzkiego. Powyższy cel zostanie zrealizowany poprzez przedstawienie poszczególnych czynników oraz ukazanie ich wpływu na sytuację w zakresie opieki nad seniorami.

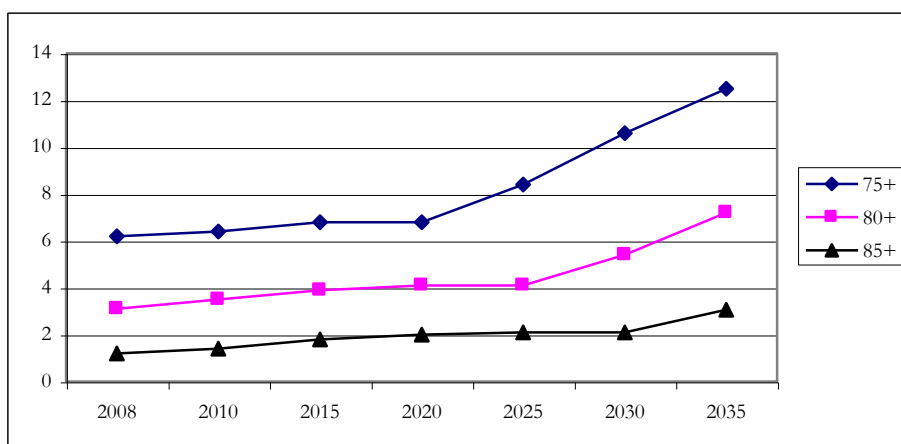
2. Proces podwójnego starzenia się populacji Polski

Z punktu widzenia systemu opieki nad osobami starszymi główną makrodeterminantą konieczności korzystania z pomocy instytucjonalnej jest wielkość populacji osób starszych oraz subpopulacji najstarszych starych. W literaturze gerontologicznej granica pomiędzy III a IV wiekiem jest przyjmowana w zależności od kraju na poziomie 75-85 lat. Cechą charakterystyczną subpopulacji osób w najstarszej grupie wieku jest zwiększone prawdopodobieństwo korzystania ze wsparcia publicznego, w postaci usług opiekuńczych lub opieki świadczonej przez wyspecjalizowane instytucje. Zarówno długość życia, jak i stan zdrowia ludności, są zróżnicowane w zależności od kraju, dlatego też nie można ustalić jednej, uniwersalnej granicy IV wieku. Najczęściej przyjmowaną granicą jest wiek 75, 80 i 85 lat. Udział osób w wieku 75 lat i więcej w populacji Polski wynosił w 2008 roku 6,2%, osób w wieku 80 lat i więcej 3,1%, a osoby w wieku 85 lat i więcej stanowiły 1,2%. Jednak, jak pokazują wyniki prognozy sporządzonej przez GUS, w 2035 roku co ósmy Polak będzie w grupie osób w wieku 75 lat i więcej (rys. 1.). Tak dynamiczny przyrost subpopulacji najstarszych Polaków jest związany z czynnikiem kohortowym. Dy-

namika przyrostu subpopulacji osób w najstarszych grupach wieku będzie największa po 2025 roku, kiedy to roczniki powojennego *baby boomu* wejdą w wiek zaawansowanej starości.

Rysunek 1

Prognoza udziału osób w najstarszych grupach wieku w populacji Polski 2010-2035



Źródło: *Rocznik Demograficzny 2008*, GUS, Warszawa 2008, tab. 55

Proces starzenia się populacji Polski, jak już wspomniano, jest jednym z głównych czynników wpływających na zapotrzebowanie na określony typ pomocy instytucjonalnej. Dynamiczny wzrost liczby seniorów spowoduje konieczność rozwoju systemu pomocy instytucjonalnej oraz lepszego jego dostosowania do zmieniającej się struktury demograficznej populacji Polski. W zakresie ochrony zdrowia niezbędne będzie zwiększanie wraz z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa nakładów, zarówno na doraźną pomoc lekarską, jak i na opiekę długoterminową (*long-term care*). W zakresie opieki długoterminowej niezbędne jest rozwinięcie sieci oddziałów opieki geriatrycznej i paliatywnej oraz sieci hospicjów. Wzrośnie również zapotrzebowanie na miejsca w placówkach opiekuńczych, tj. w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych.

3. Mikrodeterminanty korzystania z pomocy instytucjonalnej

Spośród podstawowych charakterystyk jednostek wyznaczających możliwość samodzielnej realizacji przez nie potrzeb szczególne znaczenie posiadają: wiek (faza cyklu życia), zasoby kulturowe, status rodzinny, stan zdrowia oraz status ekonomiczny (tab. 1.). Pomędzy poszczególnymi składowymi zachodzą sprzężenia zwrotne. Przykładowo poziom wykształcenia, będący częścią zasobów kulturowych, jest skorelowany z dochodami, które są najistotniejszym elementem statusu ekonomicznego. Wykształcenie wpływa również na stan zdrowia, im wyższy poziom wykształcenia, tym większa świadomość możliwości wystąpienia problemów zdrowotnych oraz tym lepsze rozeznanie w zakresie leczenia. Wiek jest zmienną niezależną wpływającą na pozostałe cztery obszary i będącą główną ich determinantą. Status rodzinny determinuje możliwość otrzymania wsparcia w postaci opieki nad osobą starszą. Brak potencjalnych opiekunów sprawia, że jednostka musi poszukiwać innych źródeł wsparcia. Stan zdrowia może wymagać specjalistycznej opieki pielęgniarско-lekarskiej lub infrastruktury, np. łazienki przystosowanej do potrzeb osoby niesamodzielnej. Czynniki te uniemożliwiają sprawowanie opieki nad seniorem w jego miejscu zamieszkania.

Tabela 1

Mikrodeterminanty warunkujące konieczność korzystania z pomocy instytucjonalnej

Stan zdrowia	Zasoby kulturowe	Status rodzinny	Faza życia	Status ekonomiczny
- niepełnosprawność - niesamodzielność - choroby chroniczne	- kapitał kulturowy - wykształcenie - umiejętności - umiejętności w zakresie relacji interpersonalnych	- stan cywilny - liczba dzieci - liczba rodzeństwa - dalsi krewni - jakość relacji z członkami rodziny - miejsce zamieszkiwania członków rodziny - współzamieszkiwanie z członkami rodziny	- role społeczne	- zasoby majątkowe: własność lokalu, oszczędności - dochody: transfery publiczne, transfery prywatne

Źródło: opracowanie własne

W dalszej części opracowania omówione zostały poszczególne mikrodeterminanty na przykładzie województwa łódzkiego.

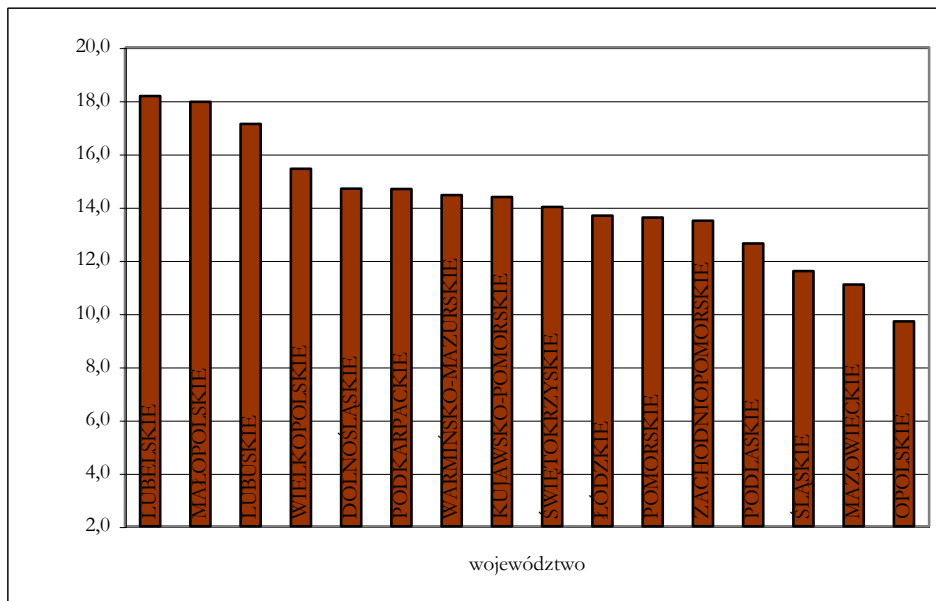
4. Stan zdrowia

Stan zdrowia jest podstawową determinantą konieczności korzystania z pomocy innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności. Skorelowana z wiekiem stopniowa utrata samodzielności powoduje, że jednostka musi korzystać ze wsparcia rodziny, znajomych lub pomocy publicznej. Aby przybliżyć sytuację w zakresie stanu zdrowia ludności województwa łódzkiego, należy spojrzeć na badanie stanu zdrowia ludności Polski, które zostało przeprowadzone w 2004 r. Zgodnie z tym badaniem 39% Polaków oceniało swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej, zaś w województwie łódzkim odsetek ten był najwyższy i wynosił 44,5% [GUS, 2006]. Wśród osób w wieku 70 lat i więcej tylko co 10 osoba twierdziła, że jej stan zdrowia jest bardzo dobry, a 12,4%, że jest zły i bardzo zły. Województwo łódzkie charakteryzowało się również najwyższym udziałem osób deklaruujących występowanie u nich choroby przewlekłej – 50,1% (średnia dla Polski 46%), a wśród osób w najstarszej grupie wieku – 92,5% [US w Łodzi, 2007]. Jednak największym problemem seniorów zamieszkujących to województwo jest utrata sprawności ruchowej. Ponad 30% osób powyżej 70. roku życia ma problemy z poruszaniem się, 25% miało problemy z wejściem na pierwsze piętro. Biorąc pod uwagę zamieszkiwanie przez seniorów w starych zasobach mieszkaniowych, gdzie brak jest wind, może być istotnym czynnikiem utrudniającym dalsze zamieszkiwanie w swoim środowisku. Problemy ze wzrokiem miało 24% ludności w najstarszej grupie wieku. Problemy motoryczne oraz utrata wzroku są głównymi czynnikami powodującymi, że 40% seniorów ma problemy z samodzielnym wykonywaniem zakupów (większe odsetki były tylko w małopolskim i lubelskim).

Wskaźnikiem stanu zdrowia może być częstość występowania niepełnosprawności. Zgodnie z wynikami NSP'2002 w Polsce było 5,5 mln osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub odczuwających niepełnosprawność biologiczną, ale bez formalnego jej potwierdzenia. Zbiorowość osób niepełnosprawnych stanowiła 14% populacji Polaków. Natomiast w Łódzkiem odsetek osób niepełnosprawnych był niższy niż dla całej populacji Polski i wynosił 13,7% (rys. 2.).

Jeśli jednak porównać częstość występowania niepełnosprawności w subpopulacji osób w wieku 70 lat i więcej, to była ona wyższa w Łódzkiem (17,1%) niż w Polsce (16,3%). Potwierdza się również spostrzeżenie dotyczące różnej częstości występowania niepełnosprawności wśród kobiet i mężczyzn w wieku 70 lat i więcej, odpowiednio 51,1% kobiet odczuwało niepełnosprawność i tylko 41,7% mężczyzn.

Odsetek osób niepełnosprawnych w poszczególnych województwach w 2002 roku
(jako % ludności danego województwa)



Źródło: GUS, Bank Danych Regionalnych, dane dostępne w dniu 15.03.2010 r. na stronie http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/strona.indeks

5. Zasoby kulturowe

Jedną z najistotniejszych cech składających się na heterogeniczność populacji osób starszych jest właśnie kapitał kulturowy. W procesie socjalizacji rodzice przekazują dzieciom nie tylko wiedzę i umiejętności, lecz również sieć swoich kontaktów. Dlatego też jednostki należące do klasy średniej, mając rozległą sieć kontaktów i znajomości, posiadają łatwiejszy dostęp do pożądaných informacji. Bourdieu twierdzi, że kapitał kulturowy, jaki posiada dana jednostka, wpływa na pozycję społeczną przez nią zajmowaną i jest jednym z głównych wyznaczników stratyfikacji społecznej [Bourdieu, Passeron, 1990]. Zasoby kulturowe są składową kapitału społecznego, który rozpatrywany jest najczęściej w dwóch ujęciach: szerokim i wąskim. W pierwszym ujęciu kapitał społeczny to dostęp do źródeł informacji, wsparcia i pomocy, które mogą być uzyskane poprzez interakcje z innymi jednostkami. W przypadku osób starszych, wymagających pomocy, będą to informacje o możliwości jej otrzymania lub pomoc w uzyskaniu świadczeń przysługujących

danej osobie. W szerokim ujęciu kapitał społeczny to zasięg i charakter partycypacji jednostek w nieformalnych i formalnych strukturach społecznych. W ramach tych struktur działają sieci potencjalnego lub rzeczywistego wsparcia osoby starszej. Częstsze uczestnictwo w tych strukturach zwiększa szanse seniora na uzyskanie w razie potrzeby pomocy. Osoby charakteryzujące się lepszym wykształceniem, czyli lepszymi zasobami kulturowymi, częściej uczestniczą w życiu społecznym, np. wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku przeważają osoby z wykształceniem wyższymi i średnim, czyli grupa charakteryzująca się znacznymi zasobami kapitału kulturowego. Ze względu na dostępne dane, jako wskaźnik kapitału kulturowego zostanie użyty odsetek osób posiadających poszczególne poziomy wykształcenia.

W Polsce odsetek osób z wyższym wykształceniem wśród ludności w wieku 13 lat i więcej zgodnie z NSP'2002 wynosił 9,9% osób, natomiast w subpopulacji starszych mężczyzn odsetki te wynosiły odpowiednio w grupach wieku 60-69 lat – 11,1% i 70 lat i więcej – 9,2%. W porównaniu z mężczyznami starsze kobiety charakteryzują się niższym poziomem wykształcenia. Wśród kobiet w wieku 60-69 lat osoby posiadające wyższe wykształcenie stanowiły 7,5%, natomiast w grupie wieku 70 lat i więcej już tylko niespełna 3%. Kobiety natomiast częściej niż mężczyźni posiadały wykształcenie ogólnokształcące odpowiednio w grupie 60-69 lat i 70 lat i więcej 9,8% i 7,3%, a wśród mężczyzn 3,9% oraz 4,8%. Na niższy poziom wykształcenia kobiet wskazuje również odsetek osób bez wykształcenia i z nieukończonym podstawowym; 18% kobiet w wieku 70 lat i więcej nie ukończyło szkoły podstawowej, podczas gdy wśród mężczyzn w tym samym wieku odsetek ten wynosił 11,2%.

Z kolei mieszkańcy województwa łódzkiego charakteryzują się niższym poziomem wykształcenia niż ogół mieszkańców Polski (tab. 2). Odsetek osób, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, posiadających wykształcenie wyższe był niższy niż odsetek w populacji Polski. Natomiast większy odsetek seniorów legitymował się wykształceniem podstawowym i nieukończonym podstawowym. Wynika to zapewne ze specyfiki gospodarczej tego regionu, gdzie dominował przede wszystkim przemysł włókienniczy oraz chemiczny. Duże uprzemysłowienie regionu determinowało zapotrzebowanie na siłę roboczą, a nie wysoko wykwalifikowaną kadrę.

Należy zaznaczyć, że wykształcenie jest silnie skorelowane z osiąganymi dochodami oraz rodzajem wykonywanej pracy. Im wyższe wykształcenie, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że jednostka będzie wykonywała uciążliwą, nadwyrężającą stan zdrowia pracę fizyczną. A to właśnie te czynniki wpływają na utratę samodzielności w starszym wieku. Gorszy stan zdrowia wynikający z kumulowania się niekorzystnych warunków pracy przez okres jej wykonywania determinuje niemożność samodzielnej egzystencji i wpływa na konieczność korzystania przez seniora z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej.

Tabela 2

Osoby starsze według poziomu wykształcenia i płci w województwie łódzkim w 2002 r. (jako % danej kategorii)

Wykształcenie	Kobiety		Mężczyźni	
	60-69	70 i więcej	60-69	70 i więcej
Wyższe	7,3	2,6	9,7	7,3
Policealne	2,8	0,9	1,1	0,7
Zawodowe	14,5	6,0	17,1	11,5
Ogólnokształcące	9,5	6,8	4,0	4,7
Zasadnicze zawodowe	6,7	3,0	16,2	7,7
Podstawowe ukończone	52,3	57,1	47,0	51,8
Podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	6,0	22,4	3,9	15,3

Źródło: *Ludność. Stan oraz struktura demograficzna i społeczno-ekonomiczna. Województwo Łódzkie*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2003, s. 194-197

6. Status rodzinny

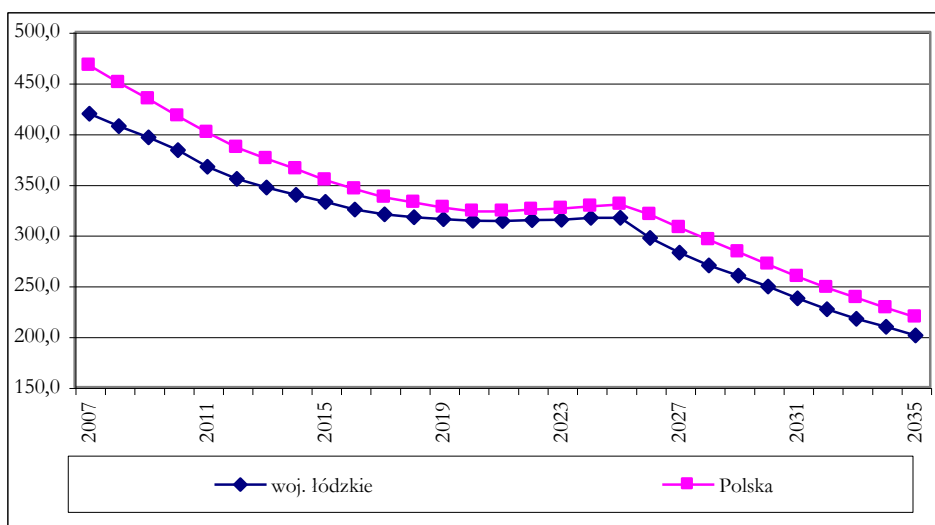
Wskutek zmniejszania się liczby żyjących krewnych stanowiących potencjalne źródło pomocy pogorszy się w przyszłości dostęp osób starszych do opieki rodzinnej [Szukalski, 2000]. W związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększył się udział osób dorosłych mających żyjących rodziców i dziadków. Pojawiają się rodziny trzy- i czteropokoleniowe, a nawet na krótko pięciopokoleniowe, zwiększyło się prawdopodobieństwo występowania rodzin, w których żyją pradziadkowie, dziadkowie i rodzice. Struktura życia rodzinnego przekształcała się z horyzontalnej w wertykalną, a więc wielopokoleniową. Taka przemiana przyczynia się do kształtowania nowych jakościowo relacji pomiędzy starszą a młodszą generacją. Z punktu widzenia pomocy instytucjonalnej, to właśnie wertykalizacja sieci rodzinnej jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na zwiększenie się liczby osób wymagających pomocy przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów osób starszych. Jednocześnie zmniejsza się liczba członków należąca do tego samego pokolenia, ponieważ realizowana dietność jest na poziomie poniżej prostej zastępowalności pokoleń. Oznacza to również, że potencjalna opiekunka osoby starszej (opiekę sprawują najczęściej kobiety w wieku 45-64 lat) będzie jednocześnie posiadała wnuki. Pojawia się w takiej sytuacji dysonans pomiędzy chęcią udzielenia wsparcia dzieciom (opieka nad wnukami) a opieką nad starymi rodzicami. Dodatkowo potencjalna opiekunka to również osoba na przedpolu starości, której stan zdrowia może być przeszkodą w wykonywaniu czyn-

ności pielęgnacyjnych (najczęściej wymagających dużego wysiłku fizycznego jak na przykład umycie osoby starszej).

Miarą potencjalnego wsparcia, jakie mogą uzyskać seniorzy ze strony rodziny, jest współczynnik potencjału opiekuńczego. Współczynnik ten to relacja liczby kobiet w wieku 45-64 lat, czyli osób najczęściej sprawujących opiekę nad seniorami, do liczby osób w wieku 80 lat i więcej (w przeliczeniu na 100 osób) [Szukalski, 2008]. Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego w województwie łódzkim jest niższy niż średnia dla Polski (rys. 3.). W roku 2007 wartość współczynnika dla Polski wynosiła 467, podczas gdy w województwie łódzkim tylko 419. W ostatnim roku prognozy 2035 współczynnik ten w województwie łódzkim spadnie do poziomu 201, a w całej Polsce do poziomu 219.

Rysunek 3

Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego w Polsce i województwie łódzkim w latach 2007-2035



Źródło: obliczenia własne na podstawie GUS, *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, Warszawa 2008

Transformacja modelu rodziny zachodząca obecnie w Polsce w ramach drugiego przejścia demograficznego powoduje zmniejszanie się prawdopodobieństwa uzyskania wsparcia rodzinnego przez osobę starszą [Holzer, 1999]. Role tradycyjnie sprawowane przez młodszych członków rodziny są przejmowane przez instytucje publiczne. Instytucje publiczne będą musiały przejmować coraz większą część obowiązków opiekuńczych tradycyjnie przypisanych rodzinie.

7. Status ekonomiczny

Czynniki ekonomiczne bezpośrednio determinują możliwości zakupu przez osobę starszą usług opiekuńczych oferowanych przez sektor prywatny. W momencie utraty sprawności i niemożności uzyskania dostatecznego wsparcia ze strony rodziny, sąsiadów czy znajomych sektor prywatny oferuje zarówno usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania seniora, jak i pomoc instytucjonalną. Możliwość zakupu niezbędnych usług w potrzebnym wymiarze godzin jest uzależniona od dochodów, którymi rozporządza osoba starsza. Czynniki ekonomiczne determinują nie tylko typ sektora udzielającego wsparcia, lecz również wpływają na sytuację zdrowotną. Niskie dochody nie pozwalają na zakup potrzebnych leków oraz zabiegów rehabilitacyjnych, które mogłyby przywrócić sprawność osobie starszej. Warunki materialne, czyli posiadane zasoby pieniężne oraz majątek trwały, powodują, że konkretne potrzeby osób starszych mogą być zaspokojone lub nie. Posiadane mieszkanie może wpłynąć na możliwość egzystencji we własnym środowisku. Osoby starsze, jak już wspomniano, zamieszkują głównie w starych zasobach mieszkaniowych, często nie posiadających wind oraz nieprzystosowanych do ich potrzeb (brak udogodnień w łazienkach, za wąskie drzwi uniemożliwiające poruszanie się osobie na wózku inwalidzkim), co uniemożliwia im funkcjonowanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania. Gdy osoba starsza zostaje skierowana do instytucji świadczącej pomoc, np. domu pomocy społecznej, zakładu opiekuńczo-leczniczego, i jej dochody nie pozwalają na pokrycie kosztów zamieszkania, niezbędna staje się pomoc finansowa rodziny, a gdy ta jest niewystarczająca (lub gdy mieszkaniec nie posiada rodziny), pozostałą część kosztów pokrywa gmina. Tak więc niskie dochody sprawiają, że konieczna jest partycypacja finansowa gminy (czyli państwa), gdy osoba starsza wymaga umieszczenia w dps. Przyjrzyjmy się zatem wysokości świadczeń emerytalnych, które są głównym źródłem dochodów seniorów.

Chociaż przeciętna miesięczna emerytura wzrastała w latach 2002-2008, to jednak relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia maleje (tab. 3). Wynika to przede wszystkim z szybko rosnących w ostatnich latach wynagrodzeń. Należy podkreślić, że obecna relacja przeciętnej emerytury do przeciętnej płacy jest wysoka, symulacje wykonywane dla świadczeń wypłacanych z nowego systemu emerytalnego wskazują, że relacja ta będzie na poziomie około 40%. Taka sytuacja może spowodować konieczność znacznego ograniczenia konsumpcji oraz zmiany stylu życia po przejściu na emeryturę. Może się również przyczynić do chęci dłuższego pozostawania na rynku pracy osób starszych, które będą chciały podwyższyć swoje przyszłe świadczenia emerytalne.

Średnia emerytura wypłacana na terenie województwa łódzkiego w 2008 roku wynosiła 1343 zł i była niższa od średniego świadczenia emerytalnego, które wynosiło 1442 zł. (rys. 4.). Ludność województwa łódzkiego, pod względem średniego świadczenia emerytalnego, należy do ósemki najbiedniejszych województw. To

sprawia, że usługi opiekuńcze świadczone w ramach sektora prywatnego są dla dużej części seniorów niedostępne.

Tabela 3

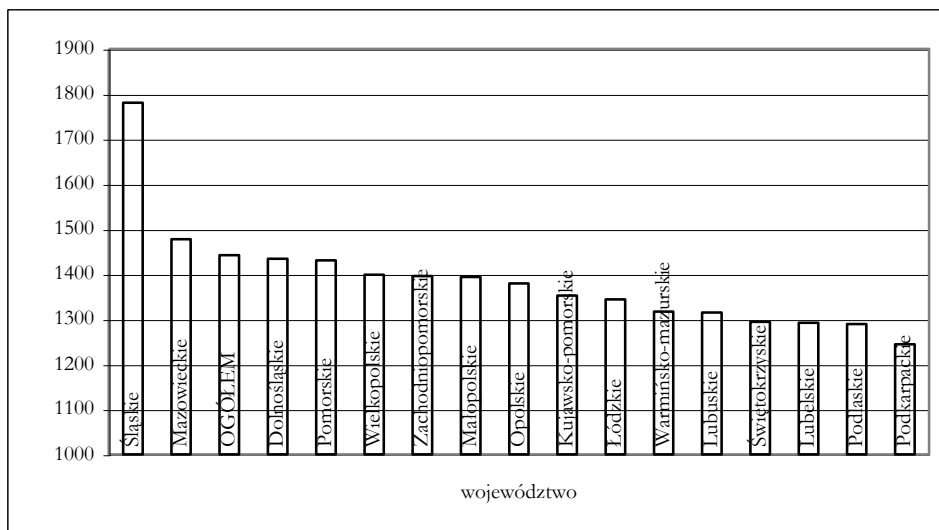
Przeciętna miesięczna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS i relacja tejże wartości wypłacanej przez ZUS w relacji do przeciętnego wynagrodzenia w latach 2002-2008

Rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Świadczenie emerytalne (w zł)	1128,87	1188,34	1237,38	1256,53	1310,75	1346,42	1471,30
Relacja średnia emerytura do średniego wynagrodzenia (w %)	63,7	65,0	65,0	63,6	63,6	59,2	57,1

Źródło: *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2008 r.*, ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2008.pdf>, w dn. 8.03.2010 r., Warszawa 2009

Rysunek 4

Przeciętna miesięczna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS w 2008 r. (w zł)



Źródło: *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2008 r.*, ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2008.pdf>, w dn. 8.03.2010 r.

Należy podkreślić, że chociaż osoby starsze dysponują praktycznie tylko jednym źródłem dochodu i charakteryzują się zwiększoną konsumpcją usług zdrowotnych, to jednak nie są w grupie społecznej potencjalnie narażonej na ubóstwo. Również same osoby starsze poproszone o ocenę swojej sytuacji materialnej nie oceniają jej w najniższych kategoriach. Jednak struktura dochodów osób starszych zazwyczaj nie pozwala na wykupienie dodatkowych usług pielęgnacyjnych, gdy zachodzi taka potrzeba. W przypadku opłat za pobyt w domu pomocy społecznej odsetek opłacających tę usługę samodzielnie jest niższy niż 1% w skali kraju.

8. Podsumowanie

Mikroczynniki wpływające na konieczność korzystania przez seniora z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej są jednocześnie czynnikami stratyfikującymi populację osób starszych. Sytuacja ekonomiczna determinuje możliwość wyboru sektora udzielającego wsparcia. Osoby mające niskie dochody i nie otrzymujące wsparcia ze strony rodziny są wykluczone z korzystania z usług sektora prywatnego. Z drugiej strony osoby, posiadające wystarczające do opłacenia samodzielnie pobytu w dps dochody, są dyskryminowane przy przyznawaniu usług przez sektor publiczny. Czynniki takie, jak stan zdrowia, samodzielność, sytuacja ekonomiczna, wiek, zasoby kulturowe, to determinanty konieczności korzystania ze wsparcia osób trzecich przy wykonywaniu codziennych czynności. Natomiast sieci wsparcia są filtrem pomiędzy seniorem, nie mogącym samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb, a pomocą społeczną, która udziela wsparcia bądź to w postaci usług opiekuńczych lub pomocy instytucjonalnej.

Literatura

- Bourdieu P., Passeron J. C., 1990, *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, PWN, Warszawa
- GUS, 2008, *Rocznik Demograficzny 2008*, Warszawa
- GUS, 2006, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Warszawa, 228 s.
- GUS, Bank Danych Regionalnych, dane dostępne w dniu 15. 03. 2010 r na stronie internetowej http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/strona.indeks
- Holzer J., 1999, *Trzy procesy demograficzne*, [w:] J. Koziński (red.), *Humanistyka przełomu wieków*, Żak, Warszawa
- Szukalski P., 2000, *Ewolucja wielkości i struktury rodziny*, „Polityka Społeczna”, nr 4, 21-27
- Szukalski P., 2008, *Relacje międzypokoleniowych z demograficznego punktu widzenia w starzejącym się społeczeństwie polskim*, [w:] RRL, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007-2008*, ZWS ZUS, Warszawa, 206-223

US w Łodzi, 2003, *Ludność. Stan oraz struktura demograficzna i społeczno-ekonomiczna. Województwo Łódzkie*, , Łódź, 194-197

US w Łodzi, 2007, *Stan zdrowia ludności w województwie łódzkim w 2004 r.*, Łódź, 14-17

ZUS, 2009, *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2008 r.*, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2008.pdf>, w dn. 8.03.2010 r., Warszawa