

## Usługi opiekuńcze dla osób starszych w Polsce

Ewa Krakowińska\*

*Autorka podejmuje kwestie dotyczące osób starszych w zakresie potrzeb opiekuńczych. Proces starzenia się ludności doprowadził do przesunięcia do typowej struktury dla populacji starej. Według szacunków GUS w 2030 r. 800 tysięcy Polaków osiągnie wiek 85 lat i więcej, a wraz z wiekiem następuje pogorszenie stanu zdrowotnego ludności przez choroby przewlekłe, niepełnosprawności. Wsparciem dla osób starszych jest rodzina oraz bliscy krewni, ale nie zawsze mogą oni sprostać obowiązkowi opiekuńczym, gdyż koliduje to z ich życiem rodzinnym i zawodowym, a także z miejscem zamieszkania. Nieformalne sieci wsparcia znajomi, przyjaciele, sąsiedzi, wspierają rodzinę lub krewnych w świadczeniu usług opiekuńczych. Osoby wymagające całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność korzystają z domów pomocy społecznej. Proces starzenia się ludności i niewielkie zmiany liczby ponadgminnych domów pomocy społecznej powodują, że liczba osób oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej wciąż jest znacząca. Rozwiązanie kwestii opieki nad osobami starszymi już obecnie wymaga poszukiwania nowych rozwiązań instytucjonalnych i organizacyjnych, a także innego spojrzenia na problemy starzejącego się społeczeństwa.*

**Słowa kluczowe:** usługi opiekuńcze, seniorzy, starość, domy pomocy społecznej.

Nadesłany: 25.08.17 | Zaakceptowany do druku: 29.12.17

### Nursing services for elderly people in Poland

*The concern of elderly people and their caring needs is elaborated in this paper. The aging process for humanity has led to the shift of typical structure towards the old population pattern. In 2030, according to the Polish Central Statistical Office, 800,000 Poles will reach the age of 85 and more, whereas the health state of humanity is worsening with age, i.e. chronic diseases, disabilities. Family and relatives provide support for elderlies, but they may not follow up with nursing duties all the time, because it collides with their family and professional life, as well as residential place. Informal support networks, friends and neighbours support the family or relatives in the provision of nursing services. People requiring all-day care as a result of age, disease or disability pursue the services of nursing homes. The aging process for humanity and small changes in the quantity of multi-municipal nursing homes has leads to still significant number of people expecting for location in such nursing homes. Nursing concerns of elderly people currently require a search for new institutional and organisational solutions, as well as another insight into the concern of the aging society.*

**Keywords:** nursing services, seniors, old age, nursing homes.

Submitted: 25.08.17 | Accepted: 29.12.17

**JEL:** I38, J11, J14

---

\* Ewa Krakowińska, dr – Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.  
Adres do korespondencji: Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania UW, ul. Szturmowa 1/3,  
02-678 Warszawa; e-mail: EKrakow@wz.uw.edu.pl.

## 1. Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa w Polsce sprawia, że wyłania się znacząca grupa osób o różnorodnych i specyficznych potrzebach. Produkty i usługi skierowane do tej grupy konsumentów powinny ułatwiać życie codzienne, opiekę, rehabilitację, ale także korzystanie z rekreacji, kultury i rozrywki, aby wraz z malejącą z wiekiem możliwością samodzielnego zaspokojenia potrzeb zapewnić ludziom starym godne warunki życia.

Prognozy opracowane przez GUS wyraźnie wskazują, że wzrost odsetka osób starych w Polsce będzie nabierał coraz większego tempa i do 2035 roku ¼ populacji będą osoby w wieku 65 i więcej lat. Proces demograficznego starzenia się ludności nie będzie przebiegał równomiernie; w większym stopniu będzie on dotyczył mieszkańców miast, gdzie odsetek osób w wieku 80 lat i więcej będzie znacznie wyższy. Dane te wskazują, że będzie rosło zapotrzebowanie na różne formy pomocy i wsparcia dla osób najstarszych, szczególnie w miastach.

Wraz ze zwiększającą się liczbą osób starszych w populacji rośnie znaczenie rozwoju sektora usług opiekuńczych i zdrowotnych.

Celem autorki artykułu jest omówienie rosnącego zapotrzebowania osób starszych w Polsce na wsparcie społeczne i na długoterminowe usługi opiekuńcze. Analiza zmian zachodzących w strukturze wieku ludności Polski na podstawie opracowanej przez GUS prognozy ludności na lata 2008–2035 oraz opracowanego przez GUS raportu *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, a także analiza stanu zdrowia ludzi starych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku 70 lat i więcej, które mają trudności z wykonywaniem czynności domowych z uwagi na stan zdrowia lub wiek, przybliżają skalę zagadnienia, a także obszary działań w zakresie usług opiekuńczych. W dalszej części opracowania dokonano analizy różnych form wsparcia społecznego dla osób starszych przewlekle chorych, niesprawnych w podeszłym wieku oraz długoterminowych usług opiekuńczych, wskazując na stan ich zaspokojenia obecnie oraz na trudności, które występują w świadczeniu należytej kompleksowej opieki i pielęgnacji wobec osób starych.

Opieka nad osobami starszymi prędzej czy później będzie dotyczyła każdego z nas, zatem już obecnie należy podejmować działania, aby zapewnić godne warunki życia osobom starym.

## 2. Zmiany w strukturze wieku ludności w Polsce

Genetycznie uwarunkowane zmiany w starzejącym się organizmie są zjawiskiem powszechnie występującym w świecie roślin, zwierząt i ludzi. Nie można wyleczyć się ze starości, gdyż wynika ona z kolejnych faz życia. Pierwsza faza życia obejmuje dzieciństwo i okres młodości, i jest to faza uczenia się i zdobywania doświadczeń, kolejna faza to okres implementacji posiadanej wiedzy i ta faza obejmuje dorosłość, a ostatnia faza starości to faza regresu. Trzeba jednak pamiętać, że poszczególne fazy mogą występować u różnych jednostek w różnym czasie i nie jest możliwe określenie sztywnych granic wieku zaczynającego lub kończącego poszczególne fazy cyklu życia.

Wydłużanie się życia i poprawa jego jakości wśród osób starszych spowodowały, że podział ostatniego etapu życia człowieka ulega zmianie i w literaturze dokonuje się podziału starości na trzy fazy: młodzi starzy – osoby w wieku 60/65–74 lata, starzy starzy – osoby w wieku 75–84 lata i najstarsi starzy – osoby w wieku 85 lat i więcej (Szweda-Lewandowska, 2012, s. 16–17). Obecnie stosuje się również inny podział ostatniej fazy życia, przyjmując za kryterium wiek funkcjonalny, czyli możliwości psychofizyczne osób starszych: w pierwszej fazie osoby starsze są samodzielne funkcjonalnie i niesamodzielne ekonomicznie (tzw. trzeci wiek), natomiast w drugiej fazie osoby starsze są niesamodzielne zarówno funkcjonalnie, jak i ekonomicznie (tzw. czwarty wiek – 80 lat i więcej) (Szweda-Lewandowska, 2012, s. 16).

Strukturę wieku ludności Polski kształtują wyżej i niżej demograficzne na przestrzeni lat, co jest określane jako falowanie demograficzne i ten proces odzwierciedla piramida wieku ludności.

Wyż demograficzny z połowy lat 50. XX wieku, nazywany wyżem kompensacyjnym, charakteryzuje się wzrostem liczby urodzeń o około 780 tys. dzieci rocznie (na 1000 ludności przypadało 29 urodzeń), a współczynnik dzietności wynosił powyżej 3,5. Dzisiaj są to osoby w wieku 56–62 lata. Kolejny wyż

demograficzny miał miejsce na przełomie lat 70. i 80. ub. wieku. Rodziły się wtedy dzieci wyżu kompensacyjnego (25 lat po poprzednim wyżu demograficznym), jednak dzieci rodziło się znacznie mniej; średnio 700 tys. urodzeń rocznie (na 1000 ludności przypadało 19 noworodków), a współczynnik dzietności był na poziomie 2,3. Pokolenie boomu urodzeniowego z I połowy lat 80. ma około 30–35 lat. Wydawało by się, że po kolejnym ćwierćwieczu nadejdzie kolejny boom urodzeniowy, jednak to nie nastąpiło, gdyż rodziło się średnio około 415 tys. dzieci rocznie (na 1000 ludności 11 urodzeń), a współczynnik dzietności wynosił 1,4, czyli poniżej prostej zastępowalności pokoleń (Stańczak i Szałtys, 2017). Od połowy lat 90 ub. wieku liczba urodzeń oscyluje wokół 400 tys. rocznie, a wpływ na przyrost ludności w kraju w ciągu minionych 25 lat miał ustabilizowany poziom umieralności oraz wydłużanie trwania życia, co spowodowało, że mocno przyspieszył proces starzenia się ludności w Polsce.

Obydwa wyże demograficzne przesuwają się do starszych roczników wieku przy malejącej liczbie urodzeń. Mediana wieku (parametr wyznaczający granicę wieku, którą połowa ludności już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła) ludności Polski wzrosła z 33 lat w roku 1990 do 40 lat w roku 2015, a w 2040 wyniesie ona 50 lat, natomiast wskaźnik starości demograficznej (udział w % osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej populacji) w 1990 roku wynosił 10,2%, w 2015 roku – 15,8%, a w 2040 roku – 26,4% (Stańczak i Szałtys, 2017).

Założenia prognozy demograficznej opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny, obejmującej okres do 2050 roku wskazują, że w kraju nastąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci i osób dorosłych, zaś zwiększy się liczba i udział osób starszych. Do 2050 roku udział osób starszych – 65+ wzrośnie o 19 p. proc. w miastach i o 16,8 p. proc. na wsi. W skali kraju liczebność osób w wieku 65+ zwiększy się o 5,4 mln w 2050 roku (GUS, 2014a, s. 34, 35).

Zmiany w przyszłej strukturze ludności w starszym wieku w rozbiciu na trzeci wiek (65–79 lat) i czwarty wiek (80 lat i więcej) według prognozy demograficznej 2014–2050 wskazują, że do 2025 roku będzie wzrastał udział „młodszej” subpo-

pulacji (65–79 lat), a będzie ubywało osób w wieku 80 lat i więcej. Po 2025 roku znacząco wzrośnie jednak odsetek 80-latków i osób starszych, gdyż ten wiek osiągną osoby urodzone w czasie powojennego wyżu. W 2040 roku osoby w wieku 80 lat i więcej będą stanowiły aż 36% zbiorowości osób starszych, w wieku 65–79 – 64,2%, w 2050 roku 68,1% populacji osób starszych będą stanowiły osoby w wieku 65–79 lat, a odsetek osób 80+ w populacji w wieku 65 lat i więcej zmniejszy się do 32% (3,5 mln osób). 60% ludności w podeszłym wieku będzie mieszkało w miastach, a kobiety będą stanowiły 64% tej populacji. Zgodnie z założeniami prognozy osoby w wieku 80 lat i więcej będą w 2050 roku stanowiły 10,4% populacji kraju, gdy w 2013 roku było to 3,9%. (GUS, 2014a, s. 37–38).

Zaprezentowane opracowania wskazują, że proces starzenia ludności w Polsce jest nieuchronny, a w 2050 roku Polska stanie się jednym z krajów Europy o najbardziej zaawansowanym procesie starzenia się populacji. Na 100 osób w wieku 15–64 lata będą przypadaly 63 osoby w starszym wieku, jak wynika z opracowanej przez Eurostat prognozy dla krajów UE i EFTA.

W końcu 2015 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,4 mln, w tym 8,8 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. Osoby 60–64-letnie w subpopulacji osób starszych stanowiły najliczniejszą grupę – 1/3 populacji, a osoby w wieku 80 lat i więcej to prawie 18% populacji osób starszych (GUS, 2016, s. 4).

Wśród populacji osób starszych (2015 r.) większość stanowią kobiety (59%) i przewaga ta wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup podeszłego wieku. Dla przykładu: wśród osób co najmniej 80-letnich 73% to kobiety. W strukturze ludności według stanu cywilnego najliczniejszą grupą są osoby pozostające w związku małżeńskim – 56% osób w wieku 60 lat i więcej, ale wraz ze wzrostem wieku tendencja ta ulega zmianom i w wieku sędziwym aż 2/3 to są osoby owdowiałe, w tym 80% to samotnie żyjące kobiety (GUS, 2016, s. 6).

54,2% osób należących do populacji w wieku 65 lat i więcej mieszka samotnie lub z małżonkiem, 17,1% tej populacji mieszka z osobami należącymi do pokolenia ich dzieci, a 20% mieszka z dziećmi i wnukami. Im większa miejscowość, tym większy jest odsetek osób w starszym wieku

mieszkających samotnie (Szatur-Jaworska, 2012, s. 54).

### 3. Stan zdrowia ludzi starych w Polsce

Analiza stanu zdrowia ludzi starych w Polsce pochodzi z badań stanu zdrowia ludności przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w 2014 roku zgodnie z wytycznymi Eurostatu, jako Europejskie Ankietyw Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey, EHIS). Badania przeprowadzono w gospodarstwach domowych dla osoby dorosłej w wieku 15 lat i więcej oraz dla dzieci w wieku 0–14 lat i przeprowadzono je metodą wywiadu bezpośredniego w wylosowanych mieszkaniach. W badaniu nie uczestniczyli mieszkańcy placówek opiekuńczych i innych zbiorowych gospodarstw domowych (GUS, 2016).

W ciągu ostatnich 5 lat subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Polski uległa poprawie, gdyż o ile w 2009 r. ponad 34% badanych oceniało swoje zdrowie jako takie sobie, złe lub bardzo złe, o tyle w 2014 r. takie opinie formułowało mniej niż 33% Polaków.

Wraz z wiekiem zwiększa się częstość ocen niższych na niekorzyść ocen wyższych, w grupie wiekowej 50–59 lat. 50% ankietowanych oceniło swoje zdrowie poniżej oceny dobrej, w grupie wiekowej 60–69 lat – 65%, w grupie wiekowej 70–79 lat – 79%, a w grupie wiekowej 80 lat i więcej – 88%, choć w porównaniu do roku 2009 i w tych grupach wiekowych zanotowano poprawę w ocenie zdrowia (GUS, 2016, s. 59). Jednocześnie należy dodać, że osoby słabiej wykształcone gorzej oceniają swoje zdrowie niż ich lepiej wykształceni rówieśnicy i to we wszystkich grupach wiekowych. Oceny stanu zdrowia ze względu na stan cywilny również są zróżnicowane, ponieważ osoby żyjące w związkach zarówno małżeńskich, jak i partnerskich lub będące w stanie wolnym lepiej oceniają swoje zdrowie niż osoby owdowiałe lub rozwiedzione. Zła ocena stanu zdrowia osób starszych może zatem wynikać z ich gorszego wykształcenia niż osób młodszych, a także z faktu, że są to osoby częściej niż osoby młode, owdowiałe.

Sprawność narządów zmysłu i ruchu oraz poziom możliwości samoobsługi i wykonywania czynności domowych maleją w miarę upływu lat. Najszybciej psuje się wzrok

– w 2014 r. co drugi dorosły Polak używał okularów lub szkieł kontaktowych, kłopoty z widzeniem miały najczęściej osoby 70-letnie i starsze, tj. co drugi siedemdziesięciolatek i 2/3 osób w wieku 80 lat i więcej, a co piąta osoba z najstarszej grupy wiekowej miała duże trudności z widzeniem lub w ogóle nie widziała. W miarę upływu lat rosną też problemy ze słuchem. Co trzeci siedemdziesięciolatek i co drugi osiemdziesięciolatek nie słyszeli dobrze rozmowy odbywanej w cichym pomieszczeniu.

Problemem jest też samodzielne przejście 500 metrów (co druga osoba 70-letnia i 3/4 osób najstarszych), a także wejście i zejście ze schodów na pierwsze piętro (co druga osoba 70-letnia i 80% najstarszych seniorów) (GUS, 2016, s. 70).

Problemy ze wzrokiem i słuchem oraz ograniczenia sprawności ruchu są istotną przyczyną niesamodzielności, szczególnie w najstarszych grupach wieku.

Kolejną przyczyną niesamodzielności osób najstarszych jest ich zdolność do samoobsługi. Chodzi tu o samodzielne wykonywanie czynności życia codziennego i zaspokajanie potrzeb fizjologicznych.

Z przeprowadzonego przez GUS badania wynika, że w 2014 r. w Polsce ponad 1,6 mln osób w wieku 65 lat i więcej miało trudności związane z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem i wstawaniem z krzesła (70–79 lat – 26,3%, 80 lat i więcej 46,8%), ponad 1,3 mln osób miało kłopoty z samodzielnym ubraniem się czy rozebraniem (70–79 lat – 20,7%, 80 lat i więcej – 42%), 1,6 mln osób miało problem z samodzielnym umyciem się (70–79 lat – 23,4%, 80 lat i więcej – 51%). Prawie 875 tys. osób starszych miało trudności przy korzystaniu z ubikacji (70–79 lat – 13,1%, 80 lat i więcej – 29,6%), a blisko 520 tys. osób miało trudności ze spożywaniem posiłków (70–79 lat – 7,4%, 80 lat i więcej – 17,7%) (GUS, 2016, s. 71).

Wyniki badania wykazują skalę niezaspokojonych potrzeb związanych z samoobsługą osób starszych. Około 30% najstarszych seniorów, które ma problemy z podstawową samoobsługą, musiało sobie radzić samodzielnie, ponieważ nie miało żadnej pomocy. Wśród siedemdziesięciolatek borykających się z takimi problemami 3/5 musiało radzić sobie samodzielnie. Osoby starsze chętnie by przyjęły dodatkową pomoc w samoobsłudze, gdyż 30% spośród nich mieszka samotnie, co

trzecia osoba w gospodarstwie domowym dwuosobowym (z wiekowym współmałżonkiem/partnerem lub dorosłym dzieckiem czy siostrą lub bratem), a tylko co trzecia osoba w gospodarstwie bardziej licznym,

składającym się z trzech osób (GUS, 2016, s. 72).

Samodzielność życia odnosi się również do prowadzenia gospodarstwa domowego, własnego czy wspólnego.

Tabela 1. Osoby w wieku 70 lat i więcej mające duże trudności z wykonywaniem czynności domowych z uwagi na stan zdrowia lub wiek (odsetek danej grupy wieku)

Wyszczególnienie	70–79 lat	80 lat i więcej
<b>Przygotowanie posiłków</b>		
Z dużą trudnością	2,7	7,1
Nie wykona	2,7	14,2
<b>Korzystanie z telefonu</b>		
Z dużą trudnością	1,8	5,6
Nie wykona	1,6	11,4
<b>Robienie zakupów</b>		
Z dużą trudnością	6,6	11,9
Nie wykona	7,6	30
<b>Stosowanie/ zażywanie leków</b>		
Z dużą trudnością	0,9	5,8
Nie wykona	1,8	11,2
<b>Lekkie prace domowe</b>		
Z dużą trudnością	4,1	11,3
Nie wykona	5,2	22,1
<b>Ciężkie prace domowa</b>		
Z dużą trudnością	13,4	15,9
Nie wykona	19,6	49,5
<b>Zajmowanie się finansami i innymi sprawami administracyjnymi</b>		
Z dużą trudnością	3,8	7,7
Nie wykona	9,1	32,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, Warszawa 2016, tabl. IV/28.

Trudności przy wykonywaniu czynności domowych z powodu problemów zdrowotnych miały 3,4 mln osób w wieku 65 lat i więcej; ograniczenia bardzo duże miało 1,3 mln osób. Trudności z powodów zdrowotnych przy wykonywaniu prac domowych miało 57% siedemdziesięciolatek i blisko 85% osiemdziesięciolatek.

O skali ograniczeń w prowadzeniu gospodarstwa domowego na podstawie przeprowadzonego badania przez GUS mogą świadczyć poniższe szacunki: 1,1 mln osób starszych miało trudności z przygotowaniem sobie posiłków, ponad 810 tys. miało problemy z używaniem telefonu,

2,1 mln osób z codziennymi zakupami, a ponad 800 tys. z przygotowaniem i zażywaniem leków (GUS, 2014b, s. 73).

Pogarszający się z wiekiem stan zdrowia, któremu towarzyszą nie tylko smutek i przygnębienie, ale też utrata zainteresowań i radości życia, to objawy depresji. Poważne objawy depresji pojawiają się zwykle o osób po 50. roku życia – miała je co piąta osoba w wieku 80 lat i więcej.

Osoby stare częściej niż osoby młodsze patrzą na świat w sposób pesymistyczny, a przyszłość widzą w czarnych kolorach. Może to wynikać ze zmiany dotychczasowych ról życiowych: przejście na eme-



ryturę, pogorszenie sytuacji finansowej, obniżenie sprawności fizycznej oraz samotności (śmierć partnera życiowego, usamodzielnienie się dzieci). Objawy depresji mają głównie osoby o złym stanie zdrowia (22%) oraz niesprawne (19%), owdowiałe (częściej niż co siódma) i w każdej grupie wieku znacznie częściej są to kobiety (GUS, 2014b, s. 83).

Osoby w wieku 70–79 lat oraz w wieku 80 lat i więcej wymagają wsparcia społecznego, które buduje poczucie bezpieczeństwa, gdyż samo istnienie sieci osób mogących wspomóc osoby stare w trudnej sytuacji pozytywnie wpływa na ich życie.

#### **4. Wsparcie społeczne dla osób starszych**

Świadczenie nieformalnej opieki lub długoterminowej pomocy osobom przewlekle chorym, niesprawnym, w podeszłym wieku najczęściej dotyczy członków własnej rodziny (3/4 osób pomagających otaczało opieką tylko członków własnej rodziny, a co piąta osoba mieszkająca w mieście (kobieta) pomagała osobom spoza rodziny) (GUS, 2014b, s. 86).

Rodzina stanowi najważniejszą i najczęściej jedyną grupę wsparcia dla osób starszych. Skład rodzinnego kręgu wsparcia jest uzależniony od wieku i płci osoby starszej, co wynika z faktu, że wraz z wiekiem maleje potencjał pomocowy małżonków i rodzeństwa, gdyż w wyniku naturalnych procesów ubywa tych osób z kręgu rodzinnego. W starszym wieku wzrasta liczba kobiet owdowiałych, stąd są one pozbawione wsparcia ze strony małżonka, ale mogą częściej niż mężczyźni liczyć na wsparcie dzieci i wnuków.

Spadek potencjału opiekuńczego rodziny wobec osób starszych wynika z przemian demograficznych rodziny, jej wielkości i struktury. Tradycyjna rodzina była najczęściej rodziną prowadzącą wspólne gospodarstwo, pełniącą funkcję instytucji ekonomicznej i opiekuńczej. Zachodzące w epoce industrialnej zmiany społeczne spowodowały zmiany w funkcjach rodziny. Współcześnie rodzina nie jest już trwałą, stabilną i wielofunkcyjną instytucją społeczną. Wzmożona ruchliwość przestrzenna, spadek dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń, rosnąca liczba rozwodów, separacji i rosnąca liczba związków partnerskich, zmieniający się

rytm życia rodzinnego, ewolucja obyczajów, zmiana systemów wartości, a także zmniejszanie się wielkości rodziny rozszerzonej, obejmujące osoby spokrewnione lub spowinowacone – wszystkie te zmiany mają znaczący wpływ na zmniejszanie się możliwości opieki rodzinnej nad osobami starszymi. Czynnikiem wpływającym na zmniejszenie potencjału opiekuńczego rodziny nad seniorami są migracje ludności, które również prowadzą do osamotnienia ludzi starszych.

W wyniku zachodzących zmian w rodzinie zwiększa się liczba osób wymagających pomocy przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów osób starszych.

Potencjalna opiekunka osoby starszej jest najczęściej kobietą w wieku 45–64 lata i ma wnuki, stąd często występuje konflikt pomiędzy chęcią udzielenia wsparcia dzieciom – opieką nad wnukami, a opieką nad starszymi rodzicami. Dodatkowo taka osoba jest na przedpolu wieku starszego i jej stan zdrowia może stanowić przeszkodę w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych. Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego w Polsce na przestrzeni najbliższego ćwierćwiecza XXI wieku będzie malał i o ile w 2014 r. wynosił -364,7, o tyle w 2020 r. będzie wynosił -323,4, a w 2030 r. osiągnie – 259,0 w przeliczeniu na 100 osób (GUS, 2008).

Brak rodziny lub niemożność zaspokojenia potrzeb osób starszych w jej ramach, sprawia, że osoba starsza poszukuje innych źródeł i form wsparcia nieformalnego. Osoby starsze niechętnie zmieniają swoje środowisko i najczęściej chcą pozostawać w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania. Często pozostanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania jest jednak możliwe tylko dzięki wsparciu grupy sąsiedzkiej czy koleżeńskiej. Ostatnim ogniwem łańcucha pomocy, którą można uzyskać osoba starsza jest dom pomocy społecznej. Sieć wsparcia sąsiedzkiego pozwala osobom starszym na funkcjonowanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania i często jest ona komplementarna wobec usług pomocy środowiskowej oferowanej przez lokalne ośrodki pomocy społecznej. Wsparcie rodzinne i sąsiedzkie zapewnia osobie starszej poczucie bezpieczeństwa oraz sprawia, że sytuacja życiowa osób starszych jest bardziej stabilna.

W Polsce mobilność przestrzenna społeczeństwa w starszych grupach wieko-

wych zanika, stąd kontakty sąsiedzkie są dość trwałe. Seniorzy najczęściej prowadzą mniej aktywne życie społeczne niż osoby młodsze, ale ich więzi z innymi członkami społeczności lokalnej i sąsiedzkiej są głębsze i trwalsze. Powoduje to, że sąsiedzi znają lepiej potrzeby osoby starszej niż pracownicy socjalni i opiekunowie środowiskowi.

Pozostawanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania osoby starszej, gdy jest ona samotna i nie ma bliskich krewnych, jest możliwe tylko dzięki pomocy sąsiadów i znajomych, a świadomość, że można liczyć na czyjąś pomoc, daje poczucie bezpieczeństwa osoby starszej i niewątpliwie wpływa pozytywnie na jej psychikę.

Z danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny na temat *Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników badania spójności społecznej 2015* (GUS, 2017, s. 13–20) wynika, że 96% ankietowanych osób w wieku 65 lat i więcej odczuwa związek ze swoim miejscem zamieszkania, w tym osoby bardzo silnie związane to 59%, 85% osób w wieku 65 lat i więcej odczuwa związek z ludźmi z sąsiedztwa, a bardzo silny związek odczuwa 36%. 66% osób w grupie wiekowej 65+ deklaruje natomiast, że ma przyjaciół spoza rodziny, z czego 11% odwiedza znajomych, rodzinę przyjaciół lub przyjmuje ich u siebie w domu raz w tygodniu lub częściej, 37% 1–3 razy w miesiącu, a 34% rzadziej niż raz w miesiącu. W grupie wiekowej 65 lat i więcej 91% badanych zadeklarowało, że może uzyskać pomoc rodziny, znajomych lub przyjaciół w przypadku trudności finansowych. Zaufanie do najbliższej rodziny zadeklarowało 97% badanych w wieku 65+, zaufanie do znajomych i przyjaciół – 92%, a do sąsiadów 79% badanych. 13% osób w wieku 65 lat i więcej zadeklarowało, że przynajmniej raz na pół roku poświęcały swój wolny czas na dobrowolną bezpłatną pracę w ramach działalności różnego rodzaju organizacji lub instytucji świeckich bądź religijnych (4% w organizacjach pozarządowych i 6% w organizacjach, grupach i wspólnotach religijnych).

Poziom przynależności osób starszych do organizacji jest podobny jak całego społeczeństwa. Seniorzy zdecydowanie najczęściej należeli do kościołów, wspólnot i organizacji o charakterze religijnym – 1/4 osób starszych, tj. więcej niż w pozosta-

łych grupach wiekowych. Aktywność osób starszych jest stosunkowo duża i tylko nieznacznie niższa niż w skali całego społeczeństwa.

Bezpłatna praca na rzecz poszczególnych rodzajów organizacji to również źródło kontaktów społecznych i możliwości nawiązywania znajomości, które w przyszłości mogą być częścią wsparcia, a także sama organizacja może udzielać wsparcia jej członkom.

Czynniki takie jak stan zdrowia, samodzielność, sytuacja ekonomiczna, wiek, zasoby kulturowe, są determinantami konieczności korzystania ze wsparcia osób trzecich przy wykonywaniu codziennych czynności.

W pierwszej kolejności osoba starsza stara się samodzielnie zaspokoić swoje potrzeby, jednak gdy stan jej zdrowia pogarsza się, trzeba zwrócić się o pomoc do innych. Osoba starsza liczy na pomoc rodziny lub grupy krewniaczej, a gdy z powodu odległości zamieszkania, opieki nad dziećmi czy choroby, rodzina lub krewni nie są w stanie otoczyć pełną opieką osoby starszej, wówczas sąsiedzi, przyjaciel i znajomi stanowią ważne ogniwo łańcucha wsparcia niesamodzielnego seniora, albo zastępując rodzinę, albo tylko ją uzupełniając w świadczeniu wsparcia. Ostatecznym rozwiązaniem jest korzystanie z domów opieki społecznej.

W ramach systemu pomocy społecznej osobom starszym przysługuje szereg świadczeń i rozwiązań, które mają na celu zaspokojenie ich potrzeb oraz podwyższenie poziomu życia.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi w miejscu zamieszkania przysługują osobie, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Usługi te mogą być przyznane także osobie w rodzinie, gdy rodzina, lub współmałżonek nie są w stanie takiej pomocy zapewnić.

W 2015 r. z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych korzystały 93 272 osoby, a gminy wydatkowały na te usługi 407 mln zł, natomiast na specjalistyczne usługi opiekuńcze gminy wydatkowały 16,5 mln zł, a skorzystało z nich 5176 osób (MRPiPSa, 2016, s. 29). Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone w ośrodkach wsparcia, w tym w środowiskowych domach samopomocy.

Tabela 2. Liczba ośrodków wsparcia funkcjonujących wg stanu na dzień 31.12.2015 r.

Wyszczególnienie	Liczba jednostek	Liczba miejsc	Liczba osób korzystających
Ośrodki wsparcia	1853	85477	132899
W tym Środowiskowe domy samopomocy	760	27796	28073

Źródło: Dane MRPiPS (2016a, s. 30) oraz dane Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej MRPiPS (2016b, s. 34).

Liczba osób umieszczonych w środowiskowych domach samopomocy w 2015 r. wynosiła 5417 osób, a oczekujących na umieszczenie w środowiskowych domach samopomocy było 1468 osób. Stopień zaspokojenia potrzeb (liczba osób umieszczonych x 100/liczba osób umieszczonych + oczekujących) wynosił 78,68% i jest wyższy o 3,48% w stosunku do roku 2014 (MRPiPS, 2016a, s. 34).

W sytuacji, kiedy rodzina z różnych powodów nie może sprawować opieki nad osobą starszą i nie ma możliwości zastąpienia jej w tej opiece, osoba starsza może zostać skierowana do rodzinnego domu pomocy, mieszkania chronionego lub do domu pomocy społecznej na pobyt stały lub okresowy.

Rodzinny dom pomocy społecznej przeznaczony jest na pobyt stały lub czasowy dla osób wymagających pomocy innych osób z powodu wieku lub niepełnosprawności, którym nie można zapewnić opieki w miejscu zamieszkania. Zapewnienie usług opiekuńczych i bytowych jest świadczone w mieszkaniu (budynku mieszkalnym) przez osoby fizyczne lub organizacje pożytku publicznego.

W roku 2015 w Polsce funkcjonowało 26 rodzinnych domów pomocy, które dysponowały ogólną liczbą miejsc – 166, a przebywało w nich 241 osób (MRPiPS, 2016a, s. 30). Ta forma wsparcia rozwija się bardzo słabo, co może wynikać z niechęci gmin do zawierania umów z osobami prywatnymi w sprawie zakupu usług opiekuńczych lub z braku możliwości spełnienia standardów bytowych, jak np. likwidacji barier architektonicznych i spełnienia wymogów sanitarnych.

Mieszkanie chronione to miejsce, w którym osoba, ze względu na wiek, niepełnosprawność lub chorobę, może otrzymać okresowe, a w wyjątkowych sytuacjach stałe wsparcie w codziennym funkcjonowaniu, przygotowujące ją do prowadzenia samo-

dzielnego życia w integracji ze społecznością lokalną. Ta forma pomocy może być prowadzona przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej lub na ich zlecenie, albo przez organizacje pożytku publicznego. W tego typu placówkach kadre stanowi pracownik socjalny, psycholog, terapeuta, asystent osoby niepełnosprawnej.

W 2015 r. funkcjonowało 660 mieszkań chronionych, w których było 2605 miejsc, z których skorzystały 2593 osoby, mieszkań chronionych jest zbyt mało w stosunku do potrzeb, mała też jest wiedza rodzin z osobami starszymi dotycząca możliwości skorzystania z usług tego typu placówki. Wiele osób starszych wymagających wsparcia mogłoby mieszkać w takich lokalach, a nie w domach pomocy społecznej (MRPiPSa, 2016, s. 31).

Liczba placówek świadczących usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze wzrasta w niewielkim stopniu, tak jak stopień zaspokojenia potrzeb w tym zakresie, jednak jest to wysoce niewystarczające w stosunku do coraz szybciej rosnących potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

Zróżnicowanie regionalne w zakresie świadczenia usług opiekuńczych, wynikające z możliwości finansowania ich ze środków gmin, również jest powodem do obaw. Dla przykładu: środowiskowych domów samopomocy w 2015 r. było w województwie opolskim zaledwie 12, podlaskim – 19, podczas gdy w małopolskim – 73, wielkopolskim – 69 (MRPiPS, 2016b, s. 155).

Wobec szybko rosnących potrzeb w zakresie świadczenia usług opiekuńczych należy obecnie podejmować działania zmierzające do ich zaspokojenia.

## 5. Długoterminowe usługi opiekuńcze dla osób starszych

Zjawisko starzenia się społeczeństwa, obok wymiaru jednostkowego, ma też wymiar społeczny, gdyż zmiany w struk-



turze demograficznej społeczeństwa nie odbywają się w izolacji od innych procesów, takich jak rynek, rozwój gospodarczy, rozwój technologii, rozwój medycyny itp. Starzejąca się populacja wymaga istotnych zmian w zakresie polityki społecznej państwa, gospodarki, prowadząc do przebudowy modelu produkcji i konsumpcji (Szopa, 2016).

Analizując polską politykę wobec starości, można dojść do wniosku, że jest ona nastawiona na przetrwanie starszego pokolenia, gdyż koncentruje się na zaspokojeniu jego potrzeb podstawowych. Życie kulturalne w placówkach przeznaczonych dla emerytów i rencistów ogranicza się do oglądania telewizji, do gry w karty lub „robótek ręcznych” z powodu braku pieniędzy na zakup biletów na imprezy artystyczne czy zorganizowanie ich na miejscu.

Domy rencisty, kluby seniora, wczasy dla emerytów i rencistów to najczęściej proponowane formy działania, które izolują starsze pokolenie od reszty społeczeństwa, sprzyjają powstawaniu „enklaw starości” i pozbawiają możliwości obcowania ludzi starych z osobami młodymi. Brak możliwości obcowania ludzi młodych ze starszym pokoleniem nie pozwala na poznanie przez ludzi młodych problemów seniorów (Ratyński, 2003, s. 444).

Polityka społeczna w odniesieniu do procesu starzenia się ludności opiera się na dwóch powiązanych ze sobą koncepcjach: polityce wobec starości i polityce wobec ludzi starych/osób starszych. Polityka wobec starości odnosi się do jednej z faz cyklu życia jednostki powiązanej z wcześniejszymi fazami życia i obejmuje ona celowe działania, które wyrównują lub zapobiegają powstawaniu uwarunkowanych strukturalnie deficytowych sytuacji ludzi starych w porównaniu z innymi grupami ludności i niweluje nierówności społeczne w starości. Działania te mogą być prowadzone w formie wsparcia materialnego oraz przez udostępnianie infrastruktury specyficznej dla osób starych, a także adresowanych do tej grupy usług niematerialnych (Błędowski, 2012, s. 203–205).

Polityka wobec ludzi starych i wobec starości powiązane są z dziedzinami polityki społecznej, takimi jak: polityka zabezpieczenia społecznego – emerytury i inne świadczenia, pomoc społeczna, polityka zdrowotna – organizacja ochrony zdrowia, promowanie zdrowego stylu życia, poli-

tyka rynku pracy – opóźnianie odchodzenia z rynku pracy, polityka mieszkaniowa – przystosowanie mieszkań do potrzeb osób starszych, programy budowy i zamiany mieszkań, polityka edukacyjna – kształcenie ustawiczne, polityka kulturalna – rozwijanie aktywności w czasie wolnym.

W polityce społecznej wobec ludzi starych większą rolę powinny odgrywać podmioty centralne, pełniące funkcje redystrybucyjne, prawodawcze i kontrolne, a w polityce wobec starości kluczowe zadania powinny realizować podmioty działające na szczeblu lokalnym i regionalnym (Szatur-Jaworska, 2000, s. 134–144).

Starzenie się polskiego społeczeństwa będzie prowadziło do zmian w strukturze zapotrzebowania na świadczenia usług w zakresie ochrony zdrowia (dostęp do usług zdrowotnych), polityki socjalnej (świadczenia emerytalne), oraz pomocy społecznej (znaczny wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze w tym długoterminowe usługi opiekuńcze). Wzrastająca liczba osób potrzebująca wsparcia spowoduje, że instytucje pomocy społecznej będą funkcjonować w coraz trudniejszych warunkach, dlatego też, już obecnie, należy podjąć działania związane z przemodelowaniem systemu wsparcia w zakresie opieki długoterminowej, co wiązałoby się z integracją świadczeń udzielanych w ramach opieki zdrowotnej i nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia ze świadczeniami realizowanymi w ramach pomocy społecznej i nadzorowanymi w ramach Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej. Należało by zatem zaplanować w sekwencji czasowej działania, które przyczynią się do zapewnienia odpowiedniej bazy materialnej, wykwalifikowanych pracowników pomocy społecznej oraz zagwarantowania odpowiednich środków finansowych dla inwestycji w tym zakresie.

Sektor pomocy społecznej w zakresie usług opiekuńczych składa się z sektora pomocy: nieformalnej (w tym rodzinnej), publicznej, pozarządowej, komercyjnej (Kubicki, 2012, s. 86).

Konieczność reformy systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi i powstania spójnej, systemowej polityki wobec starzenia ludności wynika z rozbitcia i nieprecyzyjnego podziału zobowiązań do świadczeń w opiece nad osobami starszymi. Związane jest to z rozdzieleniem świadczeń i usług, a tym samym odpowiedzialności na różne

resorty i instytucje (Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i samorządy różnych szczebli). Dla przykładu na poziomie lokalnym jest to podział pomiędzy pomocą i świadczeniami udzielanymi i finansowanymi na poziomie gminy a opieką świadczoną w ramach służby zdrowia ze środków budżetu centralnego, co najczęściej prowadzi do przerzucania kosztów i przekazywania sobie osób starszych pomiędzy poszczególnymi instytucjami (Kubicki, 2012, s. 87).

Obecnie kwestie długoterminowej opieki reguluje 18 ustaw i kilkadziesiąt rozporządzeń, co wpływa na nieprzejrzystość tego systemu oraz utrudnia do niego dostęp dla potrzebujących i ich rodzin. Wzrasta zatem niedopasowanie pomiędzy oczekiwaniami i zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze a dostępną ich ofertą. W konsekwencji z biznesowego punktu widzenia prowadzi to do rozbudowy sektora prywatnego świadczenia usług dla osób starszych, które będzie stać na finansowanie dodatkowej opieki, a jednocześnie może to doprowadzić do marginalizacji rodzin z osobami starszymi, które nie otrzymają usług opiekuńczych finansowanych ze środków publicznych (Kubicki, 2012, s. 87).

Proponowanych rozwiązań w tej kwestii jest wiele, np. finansowanie usług opiekuńczych w ramach usług ubezpieczenia zdrowotnego, dobrowolne ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności, finansowanie kosztów opieki z budżetu państwa przede wszystkim w ramach pomocy społecznej oraz wprowadzenie powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności. Każdy z wariantów ma swoich zwolenników i przeciwników, ale obecnie wszyscy oni są zdania, że system, który mamy dzisiaj, w dłuższej perspektywie jest nie do utrzymania bez wprowadzenia zmian.

W zakresie usług opiekuńczych nad osobami starszymi rozwiązania systemowe w tym zakresie powinny wspierać w większym stopniu rodziny i nie przerzucać całości obowiązków opiekuńczych na instytucje pomocowe, a także dużym wsparciem dla świadczenia usług opiekuńczych mogą być usługi dostarczane przez organizacje pozarządowe, czy to na podstawie podpisania umowy o świadczenie tego typu usług, czy to w ramach niezależnej działalności statutowej organizacji pozarządowych.

Osoby wymagające całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność korzystają z domów pomocy społecznej. Są to placówki całodobowego stałego pobytu zapewniające usługi bytowe,

*Tabela 3. Liczba ponadgminnych domów pomocy społecznej w podziale na domy samorządów powiatowych i podmiotów niepublicznych, wg stanu na dzień 31.12.2015 roku*

Typy domów	Ogółem	Samorządów powiatowych	Podmiotów niepublicznych
Ogółem, z tego dla:	688	529	159
Osób w podeszłym wieku	97	64	33
Osób przewlekle chorych somatycznie	144	115	29
Osób przewlekle psychicznie chorych	163	140	23
Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	128	94	34
Osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych	95	74	21
Osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	7	7	
Osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	15	13	2
Osoby niepełnosprawne fizycznie	9	3	6
Inne zgodnie z art. 56a, ust. 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej	21	20	1

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS (2016a, s. 19).*

opiekuńcze i wspomagające. Decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom lub starosta powiatu prowadzącego dom właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu, a w przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa. Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do pełnego kosztu utrzymania. Jako pierwsza ponosi opłatę osoba kierowana do domu pomocy społecznej w wysokości 70% dochodu własnego, jednak nie więcej niż pełny koszt utrzymania, w drugiej kolejności opłatę ponosi rodzina osoby kierowanej – małżonek, zstępni (dzieci, wnuki) przed wstępnymi (rodzicami, dziadkami), jeśli jej sytuacja na to pozwala, tylko wtedy, gdy odpłatność wnoszona przez mieszkańca domu pomocy społecznej nie pokrywa w pełni średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej. Trzecia w kolejności wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej jest gmina, z której osoba została skierowana, i jest to różnica między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby zstępne lub wstępne.

W 2015 roku w ponadgminnych domach pomocy społecznej przebywało 20 479 osób w wieku 61–74 lata (w domach pomocy społecznej samorządów powiatowych – 17 883 osób, podmiotów niepublicznych – 2596 osób), a w wieku powyżej

74 lat – 22 566 osób (w domach pomocy społecznej samorządów powiatowych – 18 525 osób, podmiotów niepublicznych – 4041 osób) (MRPiPS, 2016a, s. 20).

W 2004 r. w porównaniu do roku 2003 liczba ponadgminnych domów pomocy społecznej zmniejszyła się o 7, a w 2005 roku w stosunku do roku poprzedniego liczba domów zmniejszyła się o 18, w 2011 roku liczba domów pomocy społecznej zmniejszyła się w stosunku do roku 2010 o 10, a w roku 2015 w stosunku do roku 2014, liczba ponadgminnych domów pomocy społecznej zwiększyła się o 2 (MRPiPS, 2016a, s. 175).

Proces starzenia się ludności i niewielkie zmiany ilości ponadgminnych domów pomocy społecznej powoduje, że liczba osób oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej wciąż jest znacząca.

Procentowy wskaźnik zaspokojenia potrzeb osób oczekujących na umieszczenie w ponadgminnych domach pomocy społecznej wynosił w 2004 roku – 60,4%, w 2005 roku – 66,9%, w 2006 – 67,1%, w 2007 roku – 65,1%, 2008 roku – 59,9%, w 2009 roku – 56,4%, a od 2010 roku nieznacznie wzrasta i w roku 2015 wynosił – 66,2% (MRPiPS 2016a, s. 182).

W 2015 r. prowadziły działalność 24 gminne domy pomocy społecznej, z tego 22 samorządów i 2 podmioty niepubliczne; ich liczba wzrosła o jedną placówkę w stosunku do roku poprzedniego. W gmin-

Tabela 4. Ruch liczby miejsc oraz liczba osób oczekujących na umieszczenie w ponadgminnych domach pomocy społecznej w latach 2004–2015

Rok	Liczba miejsc	Ruch miejsc	Liczba osób oczekujących
2004	80633	76	6755
2005	80226	-407	5974
2006	78918	-1308	6208
2007	78377	-541	6310
2008	77998	-379	7837
2009	77711	-287	7856
2010	77093	-618	8294
2011	77368	275	8225
2012	77534	166	7597
2013	77632	98	7662
2014	77908	276	7228
2015	78154	246	6451

Źródło: dane MRPiPS (2016a, s. 171, 178).

nych domach pomocy społecznej (2015 r.), przebywały 352 osoby w wieku 61–74 lata i 665 osób w wieku 74 lat i więcej. Gminne domy pomocy społecznej (13 domów) prowadziły działalność dla osób w podeszłym wieku (MRPiPS, 2016a, s. 26). Gminy nie dysponują dostatecznymi środkami finansowymi na prowadzenie tego typu placówek, tym bardziej, że ponad 90% działających gminnych domów pomocy społecznej jest dofinansowane przez gminy. W 2015 r. w województwie śląskim działało 9 gminnych domów pomocy społecznej, w pomorskim – 4, w mazowieckim i dolnośląskim – po 3, a aż w sześciu województwach nie działał żaden dom gminnej pomocy społecznej (kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, podkarpackie, podlaskie) (MRPiPS, 2016a, s. 189). Podobnie jak w ponadgminnych domach pomocy społecznej, liczba osób oczekujących na umieszczenie w gminnych domach pomocy społecznej wynosiła w 2015 r. – 196 osób, z tej liczby 109 osób w podeszłym wieku oczekuje na umieszczenie w placówkach gminnych.

Typowym zjawiskiem dla demograficznego obrazu zmian w Polsce jest, w niedalekiej perspektywie, starzenie się populacji, zatem nie należy ignorować konsekwencji, które mogą temu zjawisku towarzyszyć. Starzenie się populacji dotyczy każdej dziedziny funkcjonowania człowieka i wymaga odpowiednich zmian oraz dostosowań zarówno na szczeblu makroekonomicznym, jak i lokalnym.

Określenie „srebrny rynek” dotyczy najczęściej towarów i usług dla osób starszych, ale takie podejście prowadzi do zmian w marketingu – tworzenie marek dla osób starszych, a w tym przypadku zachodzi potrzeba skupienia się również na rozwiązaniach, które mogą zmniejszyć dyskryminację ze względu na wiek oraz na rozwiązaniach w zakresie projektowania przestrzeni publicznych, domów i mieszkań przyjaznych dla seniorów (Klimczuk, 2016, s. 43–44).

W przypadku utrzymywania się dotychczasowego trendu starzenia się społeczeństwa coraz większego znaczenia będą nabierać problemy związane z opieką nad osobami starszymi, nastąpi wzrost zapotrzebowania na opiekę nad osobami sędziwymi (ponad 85 lat), które częściowo przejmie pokolenie osób wchodzących w wiek eme-

rytalny, odciażając w ten sposób z takiej powinności instytucje pomocy społecznej, w tym publiczne, jednak nie rozwiązuje to w pełni problemu opieki.

Zachodzi zatem potrzeba szukania nowych rozwiązań w zakresie innowacji społecznych dla starzejącego się społeczeństwa, np. w zakresie wykorzystania nowych technologii dla osób starszych, nowych modeli opieki, w tym kombinacji formalnych i nieformalnych form wsparcia, warunków sprzyjających budowie relacji międzypokoleniowych oraz tworzenia kręgów wsparcia społecznego.

Starzenie się populacji niesie za sobą wiele wyzwań, którym trzeba będzie sprostać. Opieka nad osobami starszymi to nie tylko problemy związane z finansowaniem opieki nad seniorami, ale także problemy o charakterze instytucjonalnym, organizacyjnym oraz potrzeba budowania relacji międzyludzkich.

## Podsumowanie

Nasilający się proces demograficznego starzenia się ludności w Polsce, jak wynika z prognozy GUS, będzie nabierał coraz większego tempa, a rosnący odsetek osób w wieku 70 lat i więcej wśród których będzie wzrastała wraz z wiekiem liczba osób chorych przewlekle i niepełnosprawnych, spowoduje, że zwiększy się zapotrzebowanie na różne formy wsparcia i pomocy w zakresie usług opiekuńczych.

Starzenie się społeczeństwa ma kilka istotnych cech: w kolejnych grupach wiekowych 70 lat i więcej wzrasta udział kobiet, wzrasta odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych, w poszczególnych grupach wiekowych najszybciej będzie wzrastał odsetek ludzi w wieku 80 lat i więcej.

Gospodarstwa domowe jednopokoleniowe osób starych, przewlekle chorych, z ograniczoną samodzielnością wymagają pomocy od innych osób, najczęściej od członków rodziny, jednak funkcje opiekuńcze rodziny ze względu na jej kurczenie maleją, a migracja zarobkowa znacząco je ogranicza. Szansą na uzyskanie pomocy są grupy nieformalne: sąsiedzi, znajomi, organizacje społeczne.

Wydłużanie okresu życia w warunkach ograniczonej lub utraconej samodzielności osób starszych wydłuża czas sprawowa-



nia opieki, stąd będzie następował wzrost zapotrzebowania na opiekę w placówkach zakładowych (środowiskowe domy pomocy, rodzinne domy pomocy społecznej, domy pomocy społecznej), a także na usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, udzielane przez profesjonalnych opiekunów w miejscu zamieszkania.

Tworzenie korzystnych i sprzyjających warunków życia dla osób starych stawia przed administracją państwową i samorządową zadanie opracowania strategii działania na rzecz starzejącego się społeczeństwa i uzyskania społecznej akceptacji dla tych działań, a także zapewnienia środków finansowych i kadr („białe miejsca pracy”) niezbędnych do ich realizacji.

### Bibliografia

- Błędowski, P. (2012). Polityka wobec ludzi starych-ciele i zasady. *Studia BAS*, 2, 203–205.
- GUS (2008). *Prognoza demograficzna na lata 2008–2035*. Warszawa: GUS.
- GUS (2014a). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*. Warszawa: GUS
- GUS (2014b). *Stan zdrowie ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: GUS.
- GUS (2016). Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego. Warszawa: GUS.
- GUS (2017). *Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników badania spójności społecznej 2015*. Warszawa: GUS.
- Klimczuk, A. (2016). Modele „srebrnej gospodarki” w Unii Europejskiej w ujęciu porównawczym. Próba wprowadzenia do dyskusji. *Problemy Zarządzania*, 2.
- Kubicki, P. (2012). Wyzwania dla systemu pomocy społecznej ze względu na demograficzne starzenie się ludności. W: P. Błędowski i in., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: IPISS.
- MRPiPS, Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej (2016a). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*. Warszawa.
- MRPiPS, Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej (2016b). Dane Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej MRPiPS. Warszawa.
- Ratyński, W. (2003). *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*. Warszawa: Difin.
- Stańczak, J. i Szaltys, D. (2017). Terytorialne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności w Polsce w latach 1990–2015 oraz w perspektywie do 2040 roku, referat zaprezentowany na *V Zielonogórskich Spotkaniach z Demografią*. Zielona Góra.
- Szatur-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: Aspra-Jr.
- Szatur-Jaworska, B. (2012). Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce. W: P. Błędowski i in., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: IPISS.
- Szopa, B. (2016). Konsekwencje procesu starzenia się społeczeństwa. Wybrane problemy. *Problemy Zarządzania*, 2.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2012). Starzenie się i starość – ogólna charakterystyka. W: P. Błędowski i in., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: IPISS.