Rozdział 5

ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI OPIEKUŃCZE W KONTEKŚCIE STARZEJĄCEJ SIĘ POPULACJI

Zofia Szweda-Lewandowska

1. Wprowadzenie

Proces starzenia demograficznego ludności implikuje wzrost zapotrzebowania na pomoc osobom starym, świadczoną przez osoby trzecie. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Kirkwooda (1996), starzenie się jest procesem postępującego upośledzenia funkcji życiowych organizmu oraz utratą zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych, wraz ze zwiększającym się prawdopodobieństwem zgonu. Proces starzenia się jednostek z perspektywy biologicznej może przebiegać dwutorowo. Część jednostek w danej populacji odczuwa utratę sprawności i niemożność wykonywania czynności wymagających wysiłku fizycznego, która jest wynikiem naturalnych procesów biologicznych zachodzących w organizmie. Wraz z wiekiem pogarsza się słuch, wzrok, motoryczność itp. U części jednostek proces ten będzie jednak przebiegał w sposób patologiczny. Na przykład, wraz z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia choroby nowotworowej bądź współwystępowania kilku schorzeń (wielochorobowość).

Badania prowadzone w ramach projektu PolSenior wykazały, że ponad 20% polskich seniorów w wieku 85 lat i więcej ma orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności [Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., 2012]. Problemy zdrowotne są jedną z głównych determinant niemożności samodzielnego wykonywania codziennych czynności, a często samodzielnego zamieszkiwania. Zgodnie z zasadą subsydiarności, w pierwszej kolejności wsparcia udziela seniorowi rodzina, następnie nieformalne, nierodzinne sieci wsparcia, organizacje pozarządowe, a ostatnim szczeblem w hierarchii podmiotów udzielających pomocy jest samorząd terytorialny. Zakres, wymiar czasowy oraz rodzaj pomocy są uzależnione od podmiotu udzielającego wsparcia. Rodzina, znajomi, sąsiedzi, związki wyznaniowe, organizacje pozarządowe wspomagają seniora w jego miejscu zamieszkania, samorząd terytorialny natomiast ofe-

ruje usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania seniora oraz pomoc świadczoną w wyspecjalizowanych instytucjach.

Celem niniejszego rozdziału jest zaprezentowanie metod oceny zapotrzebowania na różnorodne formy pomocy, świadczone przez nieformalne sieci wsparcia oraz przez samorząd terytorialny. Przed przestąpieniem do oszacowywania potencjału pielęgnacyjnego rodziny, szacowania zapotrzebowania na pomoc środowiskową i instytucjonalną, omówione zostaną determinanty konieczności korzystania z danego typu wsparcia oraz przybliżona zostanie struktura wsparcia niesamodzielných osób starych w Polsce.

2. Determinanty korzystania ze wsparcia przez ludzi starych

Głównym czynnikiem implikującym niesamodzielną jest stan zdrowia. Pogarszanie się wraz z wiekiem sprawności psychomotorycznej ogranicza samodzielność seniora. Występująca niepełnosprawność oraz pojawianie się chorób chronicznych wpływają dodatkowo na możliwość samodzielnego zamieszkiwania, wykonywania czynności niezbędnych do funkcjonowania gospodarstwa domowego, jak również na możliwość samoobsługi. Pozostałe czynniki wymienione w tablicy 1 determinują możliwość otrzymania wsparcia ze strony rodziny (status rodzinny), nieformalnych, nierodzinnych sieci wsparcia (zasoby kulturowe), nabycia usług świadczonych przez prywatne firmy (status ekonomiczny). Wszystkie czynniki wpływają na możliwość otrzymania wsparcia ze strony samorządu lokalnego (w postaci usług opiekuńczych lub pomocy instytucjonalnej).

Tab. 1. Czynniki determinujące korzystanie z pomocy

Stan zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> – niepełnosprawność – niesamodzielną – choroby chroniczne (przewlekłe)
Zasoby kulturowe	<ul style="list-style-type: none"> – kapitał kulturowy – wykształcenie – umiejętności w tym umiejętności w zakresie relacji interpersonalnych
Status rodzinny	<ul style="list-style-type: none"> – stan cywilny – liczba dzieci – liczba rodzeństwa – dalsi krewni – jakość relacji z członkami rodziny – miejsce zamieszkiwania członków rodziny – współzamieszkiwanie z członkami rodziny
Status ekonomiczny	<ul style="list-style-type: none"> – zasoby majątkowe: własność lokalu, oszczędności – dochody: transfery publiczne, transfery prywatne

Źródło: opracowanie własne.

Pomiędzy poszczególnymi czynnikami zachodzą sprzężenia zwrotne. Poziom wykształcenia, będący częścią zasobów kulturowych, jest powiązany z dochodami, które są najistotniejszym elementem statusu ekonomicznego. Wykształcenie jest również skorelowane ze stanem zdrowia – im wyższy poziom wykształcenia, tym większa świadomość możliwości wystąpienia problemów zdrowotnych oraz tym lepsze rozeznanie w zakresie systemu ochrony zdrowia i możliwości leczenia. Status rodzinny determinuje możliwość otrzymania wsparcia w postaci opieki nad osobą starszą ze strony krewnych. Brak potencjalnych opiekunów sprawia, że jednostka musi poszukiwać innych źródeł wsparcia. Stan zdrowia może wymagać specjalistycznej opieki pielęgnarsko-lekarskiej lub infrastruktury, np. łazienki, przystosowanej do potrzeb osoby niesamodzielnej. Czynniki te uniemożliwiają sprawowanie opieki nad seniorem w jego miejscu zamieszkania. Osoby starsze, dopóki mogą (tj. ich stan zdrowia jest dobry), starają się zaspokoić potrzeby samodzielnie, jednak pojawiające się problemy zdrowotne sprawiają, że nie każdy rodzaj potrzeb mogą samodzielnie zaspokoić. Niemożność zaspokojenia niektórych z nich (np. wspomnianych już czynności wymagających sprawności fizycznej, jak zakupy) powoduje, że osoby starsze poszukują wsparcia ze strony sąsiadów, kolegów, znajomych.

W literaturze socjologicznej wsparcie dzielone jest na postrzegane (*perceived social support*) oraz otrzymywane (*received social support*) [Sęk H., Cieślak R., 2004]. Pierwszy rodzaj to wsparcie potencjalne. Osoba starsza wie, do kogo może się zwrócić z prośbą o pomoc i zakłada, że dana osoba udzieli jej wsparcia. Istotne są tutaj dwa czynniki – dostępność i szybkość reakcji na potrzeby osoby starszej. Drugi rodzaj to rzeczywiste wsparcie, które otrzymuje jednostka. Należy brać pod uwagę, że wsparcie może być różnie oceniane przez jednostki będące jej częściami. Dlatego często trudno ocenić, czy wsparcie otrzymywane przez jednostkę jest wystarczające. Brak nieformalnych sieci wsparcia lub ich nieskuteczność powoduje, że potrzeby osoby starszej w zakresie opieki nie mogą być zaspokojone w ramach naturalnego środowiska.

W kolejnych paragrafach przedstawione zostały metody estymacji długości życia w zdrowiu, potencjału poszczególnych podmiotów, mogących świadczyć wsparcie seniorowi (wielkości sieci rodzinnej, nierodzinnych sieci wsparcia) oraz zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i pomoc instytucjonalną. Pominięte zostało miejsce zamieszkania seniora, które jest istotną determinantą wpływającą na dostęp do pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Mieszkańcy wsi mają utrudniony dostęp do sektora prywatnego, świadczącego usługi opiekuńcze. Niższe świadczenia emerytalne wypłacane z KRUS ograniczają możliwości zakupu tychże usług. Dodatkowo na obszarach wiejskich funkcjonuje przekonanie, że seniorem powinna opiekować się rodzina.

3. Liczba lat do przeżycia w dobrym zdrowiu

Jedną z głównych przyczyn konieczności korzystania ze wsparcia innych osób w wykonywaniu czynności dnia codziennego jest niesamodzielność wynikająca ze złego stanu zdrowia. W sytuacji, gdy osoba starsza cieszy się dobrym zdrowiem i jest w pełni sprawna, nie wymaga pomocy. Liczba lat do przeżycia przez jednostkę w dobrym zdrowiu HLYE (*Healthy Life Years Expectancy*), a więc potencjalny czas, w którym nie wymaga pomocy, jest jednym z najczęściej stosowanych wskaźników oceny długości życia bez niesamodzielności. Należy zaznaczyć, że do obliczania HLYE stosowane są różne wskaźniki stanu zdrowia. Najczęściej korzysta się z deklaracji respondentów dotyczących stanu zdrowia, udzielanych w formie odpowiedzi na pytania typu:

- ✓ Proszę ocenić stan swojego zdrowia na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy. Warianty odpowiedzi (bardzo dobry, dobry, (...), bardzo zły),
- ✓ Czy cierpi Pan/Pani na choroby przewlekłe, odczuwa niepełnosprawność lub dolegliwości powodujące niesamodzielność?

Eurostat do oszacowania HLYE wykorzystuje dane dotyczące umieralności oraz dane dotyczące samooceny stanu zdrowia uzyskane w badaniu EU-SILC. W badaniu tym zadaje się następujące pytanie dotyczące stanu zdrowia:

- ✓ W jakim stopniu w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwał Pan/Pani problemy z wykonywaniem codziennych czynności?

Skorygowana długość życia w dobrym zdrowiu (QALE) jest definiowana wzorem:

$$QALE_{g,x} = \sum_{a=x}^{\infty} \pi_{g,a|x} q_{g,a},$$

gdzie:

$q_{g,a}$ – prawdopodobieństwo, iż jednostka z kohorty g , będąca w wieku a , cieszy się dobrym stanem zdrowia,

$\pi_{g,a|x}$ – prawdopodobieństwo, że jednostka należąca do kohorty g i będąca w wieku x , osiągnie wiek a .

EUROSTAT do oszacowania długości życia w zdrowiu używa metody Sullivan, która została opracowana w 1975 roku. Przyjrzyjmy się, zatem tej metodzie estymacji długości życia w zdrowiu¹. Metoda ta bazuje na tablicach trwania życia (por. rozdział 2). Wykorzystuje się reguły obliczania przeciętnego dalszego trwania życia oraz na wspomniane wyżej oceny dotyczące stanu zdrowia obywateli danego kraju lub regionu. Przyjmuje się przy tym założenie, że zgony występują w połowie danego roku (tzw. interpolacja liniowa), a najstarszą grupę wieku definiuje się jako $[\omega, \infty)$, gdzie $\omega=85$ lat.

¹Eurostat Healthy Life Years Expectancy. Disability-free Life Expectancy-DFLE Method, na podstawie: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_hlye_esms_an1.pdf

Czas ekspozycji (liczbę osobolat) w stanie zdrowia j (bardzo dobrym, dobrym, złym itp.) w kohorcie osób dożywających wieku x uzyskuje się ze wzoru:

$$K_x(j) = K_x \pi_x(j),$$

gdzie:

K_x – czas ekspozycji na ryzyko zgonu osób w wieku x lat,

$\pi_x(j)$ – prawdopodobieństwo pozostawiania w stanie zdrowia j w wieku x .

W następnym kroku, aby otrzymać łączą liczbę lat (fundusz lat), które przeżyły osoby w danej kohorcie, będące w wieku x i pozostające w stanie zdrowia j , obliczamy sumę:

$$T_x(j) = \sum_{y=x}^{\omega} K_y(j).$$

Średnie dalsze trwanie życia w stanie zdrowia j wyznaczamy jako iloraz funduszu lat przeżytych w stanie zdrowia j przez liczbę osób, które dożyły wieku x w tym stanie zdrowia, czyli:

$$e_x(j) = \frac{T_x(j)}{I_x(j)}.$$

Wyniki estymacji trwania życia w zdrowiu wykonane przez EUROSTAT przy użyciu metody Sullivana przedstawia tablica 2.

Tab. 2 Średnie dalsze trwanie życia w dobrym lub bardzo dobrym zdrowiu osób w wieku 65 lat w latach 2007–2010

Kraj	Kobiety				Mężczyźni			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
1	2	3	4	5	6	7	8	9
EU-27	8,9	8,4	8,3	8,8	8,7	8,2	8,2	8,7
Belgia	10,3	10,2	10,1	9,7	10,1	10,3	10,5	10,3
Bułgaria	14,1	9,3	9,1	9,9	11,5	8,7	8,4	8,8
Czechy	8,3	8,2	8,4	8,8	8,0	7,4	8,0	8,5
Dania	14,3	12,3	12,0	12,8	13,1	12,0	11,2	11,8
Niemcy	7,5	6,6	6,5	7,1	7,7	6,2	6,4	6,9
Estonia	4,1	4,2	5,3	5,5	3,5	3,9	5,5	5,3
Irlandia	10,4	10,3	10,5	11,2	9,5	9,4	10,2	11,1
Grecja	9,4	8,1	6,6	8,1	9,8	8,9	7,2	8,8
Hiszpania	9,9	8,6	8,4	8,9	10,3	9,8	9,2	9,6
Francja	9,9	9,8	9,2	9,8	9,3	8,7	8,8	9,0
Włochy	7,2	6,8	7,2	9,9	7,9	7,3	8,0	10,1

Tab. 2 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cypr	7,3	7,7	8,5	8,2	8,9	9,3	9,9	10,0
Łotwa	4,3	4,9	5,7	5,6	5,1	4,8	4,7	4,9
Litwa	5,4	6,3	6,7	6,7	5,2	5,7	5,9	6,3
Luksemburg	10,7	11,6	11,4	12,4	9,0	10,8	10,8	10,5
Węgry	5,8	6,3	5,6	5,9	5,3	5,5	5,7	5,4
Malta	11,0	11,4	11,2	11,9	10,3	10,4	11,0	12,0
Holandia	12,1	9,6	10,3	9,5	11,2	9,7	9,4	9,4
Austria	7,7	7,3	8,0	7,9	7,3	7,3	8,1	8,5
Polska	7,0	7,5	7,4	7,5	6,5	6,9	6,8	6,7
Portugalia	5,3	5,4	5,4	5,7	6,8	6,6	6,6	7,1
Rumunia	7,7	7,8	7,0	5,0	7,6	7,7	7,2	5,9
Słowenia	9,9	9,3	9,9	7,2	9,0	9,2	9,3	6,6
Słowacja	4,1	2,6	2,8	2,8	4,1	2,9	3,4	3,3
Finlandia	8,8	8,9	8,9	8,9	7,8	8,0	8,1	8,8
Szwecja	13,8	13,8	14,6	15,5	12,8	12,9	13,6	14,1
Wielka Brytania	11,5	11,8	11,4	11,8	10,3	10,7	10,9	10,8
Islandia	16,5	14,0	13,6	14,8	15,7	13,8	12,7	13,4
Norwegia	13,1	14,8	14,0	15,7	12,4	14,1	13,5	14,5

Źródło: Eurostat, Healthy life years at age 65, females, 2007–2010, Luksemburg, 2012.

Należy jednak podkreślić, że odwołanie się do samooceny stanu zdrowia przy estymacji HLYE sprawia, że otrzymane rezultaty mogą być obciążone, z powodu nieadekwatnej do rzeczywistości oceny stanu zdrowia dokonanej przez respondentów. W zależności od płci, wykształcenia lub wieku respondenci mają skłonność do zbyt optymistycznego lub zbyt pesymistycznego określania stanu swojego zdrowia. Przykładowo, osoby z wyższym wykształceniem oceniają go zwykle lepiej niż jest w rzeczywistości. Tendencję do zaniżania oceny stanu zdrowia mają z kolei osoby o niższym statusie społecznym lub bezrobotne.

4. Stan zdrowia i niesamodzielność ludzi starych

Informacje o stanie zdrowia ludzi starych w Polsce można uzyskać, analizując wyniki badań reprezentacyjnych, prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny. W roku 1996 i 2004 przeprowadzane zostały badania ankietowe dotyczące stanu zdrowia ludności na reprezentatywnej grupie Polaków². W 2009 roku przeprowadzono po raz pierwszy Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia. Badanie zostało zaprojektowane zgodnie z wytycznymi określonymi przez EUROSTAT. Umożliwiło pozyskanie aktualnych danych na temat stanu zdro-

² GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., Warszawa, 2011, s. 3.

wia ludności oraz analizę zamian zachodzących w tym zakresie w Polsce. Badanie – dzięki standaryzacji narzędzia – umożliwia także porównania międzynarodowe. Na bieżąco przeprowadzane są również badania ankietowe, w których kwestie dotyczące samooceny stanu zdrowia stanowią jeden z modułów pytań zadawanych respondentowi³.

Na tle wymienionych badań szczególnie interesujące – ze względu na zasób zgromadzonych danych – jest badanie „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce” funkcjonujące pod skróconą nazwą PolSenior. W badaniu tym zespół lekarzy, demografów, socjologów, polityków społecznych, ekonomistów i architektów zaprojektował ankietę oraz koordynował badania wśród 5695 osób w wieku 55–59 lat i 65 lat i więcej [Piechór E. i inni 2012]. Jest to najbardziej kompleksowe badanie seniorów, przeprowadzone w ostatnich latach w Polsce.

Ocena stanu zdrowia osoby starszej jest tylko punktem wyjścia do oszacowania odsetka osób niesamodzielných. Stan zdrowia oraz niepełnosprawność są bowiem głównymi czynnikami wpływającymi na wystąpienie niesamodzielnosci. Nie każda osoba odczuwająca problemy zdrowotne bądź niepełnosprawna jest osobą wymagającą pomocy w wykonywaniu czynności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania. Z punktu widzenia zapotrzebowania na opiekę istotna jest identyfikacja okoliczności uniemożliwiających samodzielne egzystowanie. Niesamodzielnosc orzeka się zgodnie z Ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie z którą „w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji”⁴.

Do szacowania zapotrzebowania na różnorodne formy pomocy, oprócz danych z badania PolSenior, warto również wykorzystać bieżące statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS) w zakresie liczby osób pobierających dodatki i zasiłki pielęgnacyjne. Legitymacją do uzyskania zasiłku lub dodatku pielęgnacyjnego jest posiadanie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz niezdolności do pracy⁵. Oczywiście podstawą takiego orzeczenia jest stan zdrowia danej jednostki, uniemożliwiający jej samodzielne egzystowanie. Dlatego też przy szacowa-

³ Np. cykliczne badanie „Diagnoza Społeczna”.

⁴ Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jednolity Dz.U. z 2009 r., nr 153, poz. 1227 z późn. zmianami, art. 13, ust. 5.

⁵ Dodatek pielęgnacyjny jest wypłacany wszystkim osobom po 75-tym roku życia, uprawnionym do pobierania świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Tamże.

niu odsetka osób niesamodzielných wśród seniorów odwołam się do danych z obu źródeł.

Wskaźnik niesamodzielnosci uzyskujemy przez podzielenie liczby osób niesamodzielných przez liczbę osób w danej grupie wieku zgodnie ze wzorem:

$$W_{n,x} = \frac{L_{n,x}}{\bar{L}_x} \cdot 100,$$

gdzie:

$L_{n,x}$ – liczba osób niesamodzielných w danej grupie wieku x ,

$\bar{L}_x$ – średnia liczba osób w wieku x .

Jeśli zdecydujemy się użyć do szacowania wskaźnika niesamodzielnosci danych udostępnianých przez ZUS, to napotykamy na problem ujmowania w statystykach tylko tych osób, które mają prawo do pobierania dodatku pielęgnacyjnego (problem ten dotyczy szczególnie osób w młodszym grupach wieku). Jeśli natomiast użyjemy danych MPiPS dotyczące liczby osób, którym przyznano zasiłek pielęgnacyjny, to pomijamy osoby niesamodzielne, które otrzymują dodatek pielęgnacyjny. Te dwa zbiory są jednak rozłączne, ponieważ można pobierać tylko jedno świadczenie (tab. 3). Należy także zaznaczyć, że wskaźnik niesamodzielnosci obliczony na podstawie tych dwóch źródeł danych w przypadku osób w wieku powyżej 75 lat może być nieadekwatny. Wszystkie osoby uprawnione do pobierania świadczenia z ZUS otrzymują dodatek pielęgnacyjny po ukończeniu 75-tego roku życia, a więc jeśli niesamodzielność pojawiła się po 75-tym roku życia senior lub jego rodzina raczej nie będzie występował o formalne potwierdzenie niesamodzielnosci.

W badaniu PolSenior jako wskaźnika stanu funkcjonowania badanej osoby użyto między innymi skali ADL (*Activities of Daily Living*) oraz skali IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*).

Skala ADL służy do pomiaru samodzielności w zakresie wykonywania podstawowych czynności związanych z samoobsługą (tj. wykonywanie czynności higieny osobistej, ubieranie się, jedzenie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, korzystanie z toalety, sprawność motoryczna) [Miller, 2009].

Badani zostali podzieleni na trzy grupy, w zależności od liczby uzyskanych punktów w skali 0–6: sprawni to osoby, które uzyskały od 5 do 6 punktów, częściowo sprawni – z wynikiem od 3 do 4 punktów i niesprawni – od 0 do 2 punktów [Wizner B. i inni 2012]. Ocena samodzielności uzyskana na podstawie tejże skali będzie dla dalszych estymacji kluczowa, ze względu na informacje dotyczące możliwości wykonywania codzienných czynności i konieczności pomocy ze strony innych osób (szczególnie w przypadku seniorów, którzy uzyskali najniższe wyniki).

Tab. 3. Wskaźnik niesamodzielnosci subpopulacji w wieku 65 lat i więcej w roku 2011 i 2009

Wiek	Liczba osób pobierających dodatek pielęgnacyjny z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji w 2011 r.	Liczba osób pobierających zasiłek pielęgnacyjny w 2009 r.	Wskaźnik niesamodzielnosci obliczony na podstawie liczby osób pobierających dodatek pielęgnacyjny	Wskaźnik niesamodzielnosci obliczony na podstawie liczby osób pobierających zasiłek pielęgnacyjny
65	9 063	7 336	2,33	2,61
66	7 257	7 435	2,59	2,75
67	7 719	7 857	2,85	2,99
68	7 836	8 902	3,02	3,22
69	8 428	9 967	3,35	3,48
70	9 900	10 897	3,76	3,84
71	11 421	11 551	4,21	4,18
72	13 059	12 517	4,88	4,58
73	14 337	13 438	5,52	4,94
74	24 493	13 707	9,60	5,28
75	11 281	5 669	4,48	2,31
76	11 736	3 733	4,91	1,61
77	12 300	3 842	5,50	1,66
78	12 824	3 813	6,13	1,71
79	14 107	3 650	6,81	1,69
80	15 023	3 177	7,65	1,67
81	15 110	2 725	8,05	1,58
82	14 424	2 263	8,88	1,52
83	13 434	1 988	9,26	1,47
84	12 198	1 814	9,92	1,44
85	11 065	1 437	10,10	1,40
86	10 297	1 226	10,31	1,36
87	8 214	1 016	10,31	1,36
88	6 393	674	9,37	1,23
89	4 926	541	8,99	1,20
90+	10 238	1 559	7,46	1,37

Źródło: ZUS Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, MPiPS Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz.

Druga zastosowana w badaniu skala IADL służy do oceny stopnia wykonywania złożonych codziennych czynności. Na liście czynności złożonych znajdują się: używanie telefonu, korzystanie z komunikacji publicznej, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie czynności takich, jak pranie, sprzątanie, przyjmowanie leków, rozporządzanie zasobami finansowymi.

Podobnie jak w przypadku poprzedniej skali, respondenci zostali podzieleni na trzy grupy, w zależności od uzyskanego wyniku. Osoby, które uzyskały najwyższą możliwą liczbę punktów równą 24 – to osoby w pełni sprawne, uzyska-

nie 19–23 punktów wskazywało na częściową niesprawność, uzyskanie 8–18 punktów wskazywało na znaczną niesprawność.

Do estymacji liczby niesamodzielnych seniorów wykorzystane zostaną dane dotyczące odsetków niesamodzielności w poszczególnych grupach wieku uzyskane w badaniu PolSenior (tab. 4).

Tab. 4 Wyniki oceny zdolności wykonywania podstawowych czynności życiowych według skali ADL w badaniu PolSenior

Grupa wieku	Uzyskany wynik punktowy		
	5–6 pkt	3–4 pkt	do 2 pkt
65–69	99,9	–	0,1
70–74	98,9	0,5	0,5
75–79	97,2	1,7	1,1
80–84	94,1	2,9	2,9
85–89	88,3	4,3	7,4
90+	79,1	8,1	12,8

Źródło: B. Wizner, A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki, 2012, Stan zdrowia i sprawność osób starszych [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, terMedia, Poznań, s. 82–83.

Z powodu braku informacji o tym, jaki odsetek osób w wieku 60–64 lata uzyskał wynik poniżej dwóch punktów w skali ADL przyjęto, że odsetek osób w wieku 65 i 66 lat z najniższym wynikiem w skali ADL będzie równy wynikowi przyjętemu dla środka przedziału – 0,1%. Problem z określeniem odsetka osób niesamodzielnych występuje również dla osób powyżej 93 lat. W tym przypadku przyjęto założenie, że osoby w wieku 93 lata i więcej będą się charakteryzowały takim odsetkiem osób niesamodzielnych 92-latkowie, tj. 12,8%. Wyniki estymacji odsetka osób niesamodzielnych w danym wieku przedstawia rysunek 1.

Otrzymany w ten sposób wskaźnik niesamodzielności obrazuje odsetek osób niesamodzielnych w danym wieku, wymagających pomocy w życiu codziennym. Wskaźnik ten jest podstawą do dalszej estymacji zapotrzebowania na różnorodne formy wsparcia.

Rys. 1. Wskaźnik niesamodzielności obliczony na podstawie badania PolSenior

Źródło: obliczenia własne na podstawie B. Wizner, A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki, Stan zdrowia i sprawność osób starszych [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, terMedia, Poznań 2012, s. 82–83.

5. Estymacja zapotrzebowania na pomoc środowiskową i instytucjonalną

W celu oszacowania zapotrzebowania na wsparcie niezbędne jest ustalenie, jaka część osób korzysta obecnie z pomocy instytucjonalnej i środowiskowej. Zakładamy, że seniorzy mieszkający w instytucjonalnych formach wsparcia to osoby niesamodzielne, natomiast osoby korzystające z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania są jeszcze sprawnymi osobami, niemogącymi jednak samodzielnie wykonywać wszystkich czynności niezbędnych do całkowicie samodzielnej egzystencji. Założymy również, że odsetek osób w wieku 75 lat i więcej, korzystających z usług pomocy środowiskowej i instytucjonalnej, będzie taki sam przez cały okres prognozy.

W pierwszym kroku wykorzystane zostaną wskaźniki niesamodzielności z tabeli 3 oraz prognoza liczby ludności według wieku opublikowana przez GUS. Liczbę osób niesamodzielnych uzyskujemy poprzez pomnożenie wskaźnika niesamodzielności (w naszym przypadku obliczony został na podstawie badania PolSenior) i prognozowanej liczby ludności w danym wieku lub grupie wieku:

$$L_{n,x} = W_{n,x} \bar{L}_x$$

gdzie:

$L_{n,x}$ – liczba osób niesamodzielných w wieku x ,

$W_{n,x}$ – wskaźnik niesamodzielnosci,

$\bar{L}_x$ – średnia liczba ludności w wieku x .

Wyniki oszacowań liczby osób niesamodzielných w wieku 75 lat i więcej w Polsce dla przyszłych okresów przedstawia tablica 5.

Tab. 5 Liczba osób niesamodzielných w wieku 75 lat i więcej w Polsce
(prognoza na lata 2012–2034)

Wiek	Lata					
	2012	2015	2020	2025	2030	2034
75	11272	10891	10152	17520	19627	18656
76	10203	9775	8827	14804	16857	17243
77	10503	10177	8988	15061	17507	18388
78	10846	10897	9380	14915	18375	19429
79	10915	11427	10295	14014	18607	20224
80	11556	11414	11005	10417	18206	19926
81	11504	11039	11046	10138	17239	19663
82	11582	10654	10851	9747	16585	19291
83	11978	12340	12206	10702	17309	21198
84	12440	13271	13369	12282	17042	22037
85	11943	14030	13608	13400	12948	21813
86	11870	13165	13384	13691	12837	21476
87	11934	12592	12925	13482	12376	19940
88	10378	11251	12998	13172	11817	17685
89	9657	10523	12369	12793	12030	12407
90	10047	11952	14119	14092	14252	13727
91	5984	7609	9292	9753	10286	9556
92	5039	6615	8006	8510	9192	8487
93	3629	5328	6433	7725	8137	7962
94	2121	3776	5363	6563	7095	7209
95	1658	2932	4482	5543	5806	6121
96	1350	1940	3224	4144	4588	4980
97	1068	1039	2444	3134	3531	4000
98	978	740	1709	2198	2821	3156
99	659	548	1041	1594	2090	2324
100+	1050	1085	1440	2681	3833	4555
75+	202164	217009	228956	262076	310991	361451

Źródło: obliczenia własne na podstawie: GUS, Prognoza liczby ludności w Polsce 2008, Warszawa 2009.

Do szacowania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze można wykorzystać wyliczenia dotyczące trwania życia w zdrowiu. Wraz z wydłużaniem się życia w zdrowiu, moment konieczności korzystania z pomocy osób trzecich będzie się również opóźniał. W poniższych estymacjach założono jednak, że odsetek ko-

korzystających z różnorodnych form pomocy nie zmieni się w prognozowanym okresie i pozostanie na poziomie z roku 2009. W 2009 roku 10091 osób w wieku 75 lat i więcej korzystało z zakładów stacjonarnej pomocy społecznej, natomiast 12503 osób z zakładów opieki długoterminowej⁶. Założmy, że odsetek osób zamieszkujących w zakładach stacjonarnej pomocy społecznej lub przebywających w zakładach opieki długoterminowej pozostanie bez zmian przez cały prognozowany okres. Przyjmijmy także, że osoby te należą do populacji osób niesamodzielnych. Jeśli przyjąć takie założenia, to okaże się, że w 2009 roku 12% osób niesamodzielnych stanowiły osoby korzystające z opieki długoterminowej (tablica 6).

Tab. 6. Prognoza zapotrzebowania na pomoc instytucjonalną w Polsce
wśród osób w wieku 75 lat i więcej do 2034 roku

Lata	2012	2015	2020	2025	2030	2034
75+	202164	217009	228956	262076	310991	361451
Liczba osób wymagających pomocy instytucjonalnej	24260	26041	27475	31449	37319	43374

Źródło: obliczenia własne na podstawie: GUS, Prognoza liczby ludności w Polsce 2008, Warszawa 2009.

Inną metodą szacowania zapotrzebowania na pomoc instytucjonalną i usługi opiekuńcze, świadczone w środowisku seniora jest przyjęcie udziałów osób z danym stopniem niesamodzielności na podobnym poziomie, jak odnotowywane np. w Niemczech. W Niemczech populacja osób niesamodzielnych jest podzielona na trzy stopnie, w zależności od stanu zdrowia. Osoby wymagające pomocy instytucjonalnej stanowią 12% wśród osób niesamodzielnych (I stopień niesamodzielności), osoby o średnim stopniu niesamodzielności, wymagające codziennej pomocy w postaci usług opiekuńczych stanowią 33% (II stopień niesamodzielności), osoby niesamodzielne, które też muszą korzystać ze wsparcia w postaci usług opiekuńczych, ale w mniejszym wymiarze czasowym niż poprzednie dwie grupy stanowią największą część osób niesamodzielnych – 55% (III stopień niesamodzielności).

⁶ GUS, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., Warszawa, 2010, s. 172.

Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 r., Warszawa, 2010, s. 144.

Tab. 7 Prognoza liczby osób niesamodzielnych w wieku 75 lat i więcej
w zależności od grupy niesamodzielnosci do 2034 roku

Lata	2012	2015	2020	2025	2030	2034
75+	202164	217009	228956	262076	310991	361451
I stopień niesamodzielnosci	24260	26041	27475	31449	37319	43374
II stopień niesamodzielnosci	66714	71613	75556	86485	102627	119279
III stopień niesamodzielnosci	111190	119355	125926	144142	171045	198798

Źródło: obliczenia własne na podstawie: GUS, Prognoza liczby ludności w Polsce 2008, Warszawa 2009.

6. Uwagi podsumowujące

Estymacja zapotrzebowania na usługi opiekuńcze jest zadaniem trudnym ze względu na niedostateczne dane wyjściowe dotyczące stanu zdrowia, liczby osób korzystających z różnych form wsparcia czy agregacji danych (np. ostatnia grupa to osoby w wieku 75 lat i więcej). Ze względu jednak na potrzeby planowania liczby miejsc w instytucjach pomocy osobom starszym oraz liczby osób, które należy przeszkolić, aby mogły pełnić rolę asystenta lub opiekuna osoby starszej, konieczne jest przyjęcie pewnych założeń i oszacowanie liczby osób, wymagających tego rodzaju wsparcia. Pomocne może być skorzystanie z doświadczeń krajów, charakteryzujących się bardziej zaawansowanym procesem starzenia się populacji, które nie tylko mają wypracowane metody szacowania zapotrzebowania na wsparcie, ale posiadają również odpowiednie do tego celu dane.

Bibliografia

- Eurostat, Healthy life years at age 65, females, 2007–2010, Luksemburg 2012
- Eurostat, Healthy Life Years Expectancy. Disability-free Life Expectancy-DFLE Method, instrukcja dostępna na stronie:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_hlye_esms_an1.pdf
- GUS, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., Warszawa 2010
- GUS, Prognoza demograficzna na lata 2008–2035, Warszawa 2008
- GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., Warszawa 2011
- Kirkwood T.B., 1996, *Human Senescence*, "BioEssay", 18(12)
- Miller C. A., Nursing for Wellness in Older Adults, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009
- ONZ, Population Division World Population Ageing 1950–2050, dostęp na stronie
<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/95annexi.pdf> w dniu 29.06.2012 r.
- Piechór E., Manikowski A., Mossakowska M., Zdrojewski T., 2012, *Podstawowe wskaźniki realizacji badania PolSenior*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), terMedia, Poznań

- Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 r., Warszawa 2010
- Sęk H., Cieślak R., 2004, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, PWN, Warszawa
- Szatur-Jaworska B., 2008, *Strategia społeczna Warszawy 2009–2020. Wstępna diagnoza sytuacji seniorów w Warszawie*, Miasto Stołeczne Warszawa, Warszawa
- Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, test jednolity DzU z 2009 r., nr 153, poz. 1227 z późn. zmianami, art. 13, ust. 5.
- Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., 2012, *Stan zdrowia i sprawność osób starszych* [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), terMedia, Poznań.
- ZUS Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, MPiPS Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz