

*Zofia Szweda-Lewandowska\**

## **POMOC INSTYTUCJONALNA W ŁODZI – ANALIZA PORÓWNAWCZA NA TLE WYBRANYCH MIAST POLSKI**

### **1. Wprowadzenie**

Łódź – z populacją liczącą 747 tys. osób w 2008 roku – znajduje się na trzecim miejscu pod względem liczby ludności w rankingu miast polskich. Jednak zarówno pod względem demograficznym, jak i społeczno-ekonomicznym Łódź wyróżnia się na tle innych miast Polski liczących powyżej 500 tys. ludności. Uwarunkowania historyczne, a szczególnie ruchy wędrownicze ludności wpłynęły znacząco na demograficzny obraz Łodzi. Rozwój przemysłu włókienniczego spowodował napływ ludności wiejskiej, a szczególnie kobiet do dynamicznie rozwijającego się ośrodka miejskiego. Jednocześnie rozwój infrastruktury miejskiej nie był tak dynamiczny jak napływ ludności (np. Łódź została skanalizowana dopiero w latach dwudziestych XX wieku). W poniższej pracy dokonano porównania sytuacji w zakresie pomocy instytucjonalnej świadczonej w ramach dwóch systemów, pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia, w czterech wielkich miastach Polski Łodzi, Krakowie, Wrocławiu i Poznaniu. Analiza sytuacji w zakresie pomocy instytucjonalnej została poprzedzona porównaniem struktury wieku oraz stanu zdrowia ludności tych czterech miast. Te dwa czynniki są głównymi determinantami konieczności korzystania z pomocy instytucjonalnej.

### **2. Pomoc instytucjonalna**

W zakresie opieki instytucjonalnej występuje przenikanie się systemu pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej. Brak jednoznacznych kryteriów przyjmowania do poszczególnych typów instytucji oferujących pomoc długookresową sprawia, że często pełnią one dla siebie rolę substytutów, np. osoby kierowane do

---

\* Mgr, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej, Uniwersytet Łódzki.

domów pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych oraz do zakładów opiekuńczo-leczniczych (zol) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (zpo) charakteryzują się podobnym stanem zdrowia [Kozierkiewicz, Szczerbińska, 2007, s. 23]. W pierwszej części opracowania omówione zostaną domy pomocy społecznej jako forma pomocy instytucjonalnej w ramach systemu pomocy społecznej. W drugiej części omówione zostaną instytucjonalne formy opieki świadczone w ramach systemu ochrony zdrowia.

Domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Dps zajmują się świadczeniami usług opiekuńczych osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, czyli osobom, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania [Szumlicz, 1989, s. 23]. Potocznie domy te były nazwane „domami starców”, „domami opieki społecznej”, „przytułkami” [Leś, 2001 s. 38]. Obecnie używa się nazwy „domy pomocy społecznej”, która została zastrzeżona w Ustawie o pomocy społecznej z 2004 r. dla stacjonarnych instytucji opiekuńczych mających zezwolenie na prowadzenie działalności od właściwego wojewody i znajdujących się w rejestrze. Natomiast osoby korzystające z opieki, czyli dawni pensjonariusze, zostali nazwani mieszkańcami [Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 2]. Przełomem w działalności dps było uchwalenie Ustawy o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r. Od tego czasu dps przestały podlegać resortowi zdrowia, a zostały przesunięte do resortu pracy. Organizacja i zakres zadań dps zostały uregulowane Rozporządzeniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 2 lutego 1993 (Dziennik Ustaw nr 13 z 1993 r., poz. 63). W rozporządzeniu tym stwierdzono, że „zakres i poziom świadczeń domu powinien uwzględnić stopień psychicznej i fizycznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego, godnego życia, ochronę dóbr osobistych oraz możliwość zachowania samodzielności i wyboru stylu życia”.

W 2004 roku została wprowadzona nowa Ustawa o pomocy społecznej. Zgodnie z tą ustawą w Polsce istnieje obecnie sześć typów dps przeznaczonych dla [Ustawa o pomocy społecznej, 2004]:

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

W Polsce na koniec 2008 roku funkcjonowało 877 domów pomocy społecznej, z czego 650 to domy samorządów powiatowych, a 227 to domy prowadzone przez podmioty niepubliczne. We wszystkich województwach poza śląskim istnieje prawie dwukrotnie więcej domów prowadzonych przez samorządy powiatowe niż tych należących do niepublicznych podmiotów. Łącznie w 877

domach pomocy społecznej w 2008 roku przebywało 78 871 mieszkańców, a liczba miejsc wynosiła 79 752. W domach podlegających samorządom powiatowym przebywało 65 335 osób (65 897 miejsc), w domach prowadzonych przez niepubliczne podmioty 13 536 osób (13 855 miejsc) [GUS, 2008, s. 157]. Najmniej miejsc w dps w przeliczeniu na 10 000 ludności jest w województwie pomorskim, śląskim (17 miejsc) i warmińsko-mazurskim (18 miejsc), najwięcej zaś w województwie opolskim (27 miejsc), w łódzkim (26), a w świętokrzyskim i wielkopolskim (25).

Należy również zwrócić uwagę na placówki zapewniające całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku i osobom niepełnosprawnym. Powstawanie tych placówek wpisuje się w szersze ramy przekazywania zadań publicznych podmiotom prywatnym (tzw. prywatyzacja zadań publicznych) [Sierpowska, 2007, s. 249–250]. Zakres usług świadczonych przez tego typu instytucje jest podobny do tych świadczonych przez dps. Różnica występuje np. w zakresie maksymalnej liczby mieszkańców. Ustawodawca ustalił tę liczbę w dps na 100 osób, a w przypadku placówek zapewniających całodobową opiekę nie ma limitu liczby mieszkańców. Przy czym jeśli nie ma wystarczającej liczby miejsc w domach pomocy społecznej, ośrodek pomocy społecznej może podpisać umowę z daną placówką świadczącą całodobową opiekę wyłonioną w otwartym konkursie i skierować do niej klienta oczekującego na miejsce w dps.

W ramach opieki oferowanej przez NFZ można wyróżnić placówki:

- opieki zamkniętej,
- opieki ambulatoryjnej,
- opieki dziennej.

Uzupełnieniem powyższej typologii są oddziały rehabilitacyjne oraz geriatryczne. Opieka w placówkach zamkniętych, zapewniających usługi opiekuńcze finansowane przez NFZ, jest świadczona w ramach [Kozierkiewicz, Szczerbińska, 2007, s. 10]:

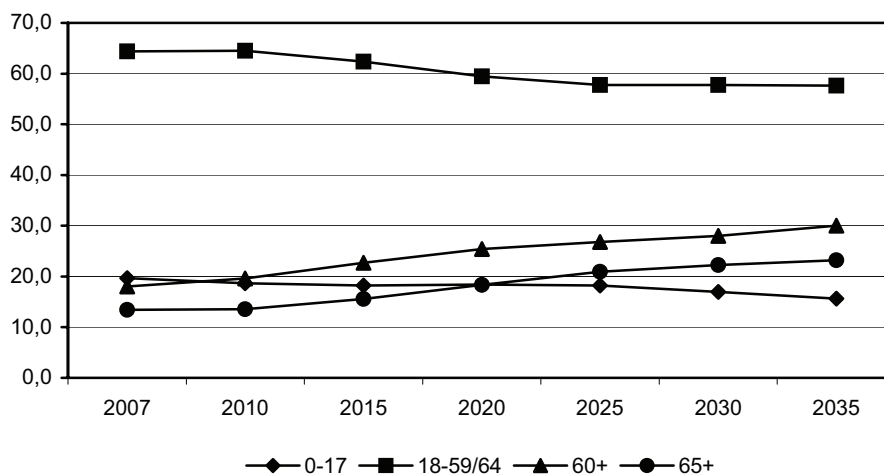
- oddziałów szpitalnych,
- oddziałów opieki paliatywnej,
- oddziałów dla osób przewlekle chorych,
- hospicjów,
- zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczy (zpo),
- zakładów opiekuńczo-leczniczych (zol).

Na szczególną uwagę zasługują zol i zpo, które jak już wspomniano, często zastępują domy pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych w opiece nad osobami niesamodzielnymi.

### 3. Proces starzenia się

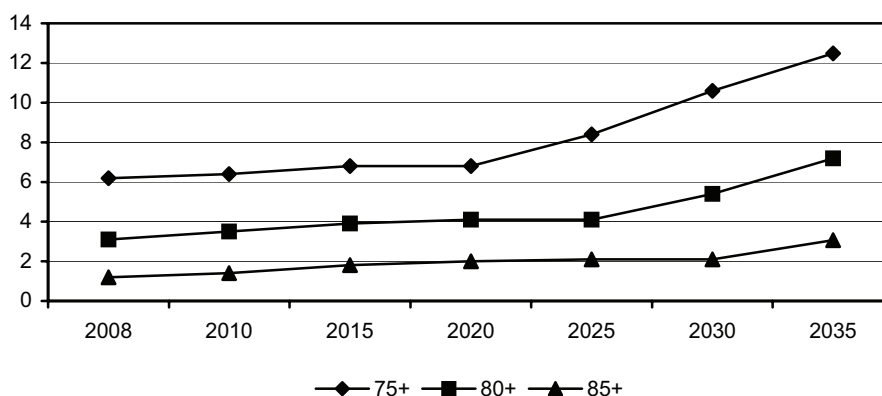
Struktura ludności według wieku wpływa na rodzaj świadczonych usług w ramach pomocy instytucjonalnej. Wraz z postępującym procesem starzenia się populacji, czyli wzrostem udziału osób starszych, zmienia się również zapotrzebowanie na określone usługi medyczne i opiekuńcze (np. maleje zapotrzebowanie specjalistów w zakresie pediatrii, a rośnie zapotrzebowanie na lekarzy geriatrów).

Najnowsza prognoza sporządzona przez GUS w 2008 roku zakłada zwiększenie odsetka osób powyżej 65 lat do 18,4% w roku 2020 i 23,8% w 2035 roku. Udział osób w wieku produkcyjnym w całej populacji naszego kraju wyraźnie zacznie się zmniejszać po roku 2015, kiedy to wiek 65 lat osiągnie populacja powojennego wyżu demograficznego. Natomiast odsetek osób w wieku 60 lat i więcej w ostatnim roku prognozy wyniesie 30% (rys. 1.). Wraz z postępującym procesem starzenia się populacji Polski przewidywane jest nasilenie procesu podwójnego starzenia się, czyli wzrostu odsetka osób w najstarszych grupach wieku 75 lat i więcej oraz 80 i 85 lat i więcej (rys. 2). Odsetek ten zacznie wzrastać dynamicznie około 2025 roku, kiedy to wiek 75 lat i więcej będzie osiągany przez osoby należące do pokolenia powojennego wyżu demograficznego.



Rys. 1. Udział poszczególnych grup wiekowych w populacji Polski w latach 2007–2035 (jako % ogółu ludności)

Źródło: Rocznik demograficzny, GUS, Warszawa 2008, tab. 55.

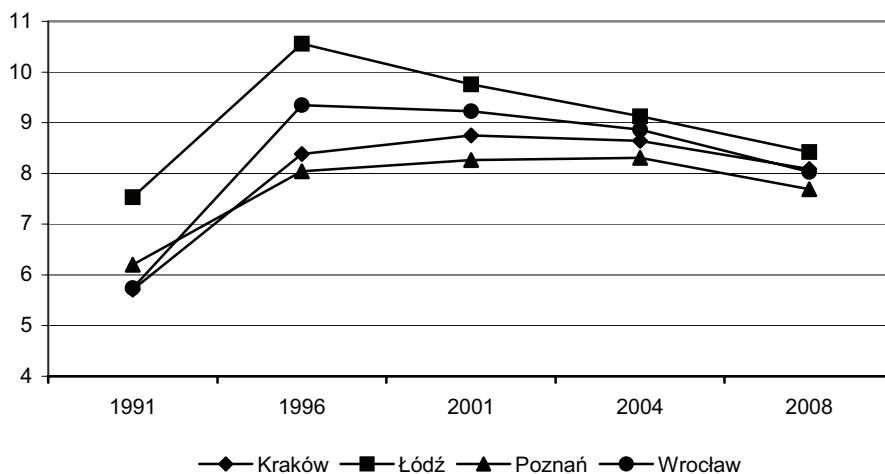


Rys. 2. Udział subpopulacji osób najstarszych w populacji Polski w latach 2008–2035 (jako % ogółu ludności)

Źródło: Rocznik demograficzny, GUS, Warszawa 2008, tab. 55.

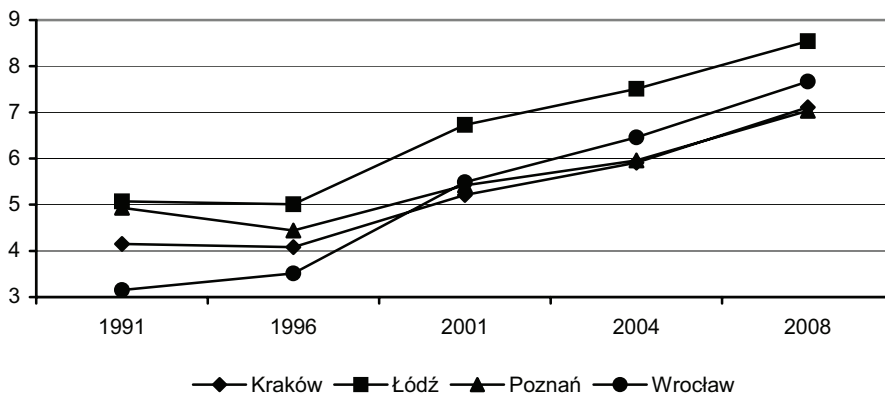
Cechą charakterystyczną procesu starzenia się populacji Polski jest zróżnicowanie regionalne oraz różnice pomiędzy obszarami miejskimi i wiejskimi. Udział osób starszych w populacji miejskiej jest wyższy niż w populacji wiejskiej. Przyjrzyjmy się zatem, jak na tle demograficznej mapy Polski, przedstawia się sytuacja w zakresie procesu starzenia się w wybranych czterech miastach.

Odsetek osób w wieku 65–74 lat w latach 1991–2008 był najwyższy w Łodzi i w 2008 roku wynosił 8,3% (rys. 3). Miastem charakteryzującym się najmniejszym odsetkiem ludności w wieku 65–74 lat był Poznań. Podobna tendencja zarysowuje się w przypadku udziału najstarszych seniorów w populacji wybranych miast (rys. 4.). Udział osób w wieku 75 lat i więcej w 2008 roku w Łodzi wynosił 8,5%, podczas gdy w Poznaniu osoby te stanowiły 7%. Należy podkreślić, że we wszystkich czterech miastach udział seniorów w wieku 75 lat i więcej był wyższy niż dla populacji Polski. Zgodnie z przedstawionymi danymi Łódź charakteryzuje się największym zaawansowaniem procesu starzenia się populacji wśród analizowanej grupy miast.



Rys. 3. Udział osób w wieku 65–74 lata w populacji czterech miast Polski w latach 1991–2008 (jako % ogółu ludności)

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



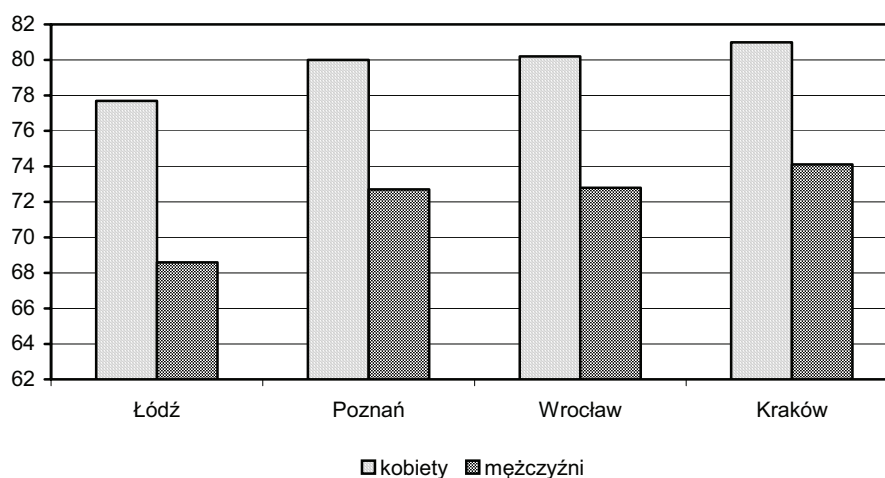
Rys. 4. Udział osób w wieku 75 lat i więcej w populacji czterech miast Polski w latach 1991–2008 (jako % ogółu ludności)

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

Łódź jest miastem nie tylko charakteryzującym się najbardziej zaawansowanym procesem starzenia się populacji wśród analizowanych miast. Jest miastem, które „wyróżniają” pod względem demograficznym, spośród wielkich miast Polski trzy główne cechy:

- najwyższy, w ostatnich dwóch dekadach wśród analizowanych miast, odsetek ludności w wieku 65–74 lata oraz 75 lat i więcej,
- wysoki współczynnik feminizacji, szczególnie w grupie wieku 75 lat i więcej – 242 w 2008 roku (w Poznaniu na 100 mężczyzn w wieku 75 lat i więcej przypada 199 kobiet, w Krakowie 195, we Wrocławiu 196),
- najkrótsze w grupie dużych miast średnie dalsze trwanie życia w momencie urodzenia – 68,6 lat – mężczyźni, 77,7 lat – kobiety w 2008 roku (rys. 5.).

W Krakowie średnie trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło w 2008 roku 74,1 lat i było najdłuższe spośród przedstawionych miast. W Poznaniu i Wrocławiu średnie trwanie życia noworodka płci męskiej to prawie 73 lata. W przypadku dziewczynek również Kraków zajmuje pierwsze miejsce pod względem długości trwania życia – 81 lat, we Wrocławiu i Poznaniu – 80 lat.



Rys. 5. Średnie dalsze trwanie życia w czterech miastach Polski w roku 2008

Źródło: GUS, Trwanie życia w 2008 r., GUS, Warszawa 2009, s. 73–74.

Proces starzenia się populacji miast Polski, jak już wspomniano, jest jednym z głównych czynników wpływających na zapotrzebowanie na określony typ pomocy instytucjonalnej. W zakresie ochrony zdrowia niezbędne będzie zwiększenie wraz z postępującym procesem starzenia społeczeństwa nakładów, za-

równy 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. Według szacunków badaczy, aby poziom usług medycznych pozostał na dotychczasowym poziomie, niezbędne jest ich relatywne zwiększenie w ciągu najbliższych dwóch dekad o 13% [Szukalski, 2006, s. 13–17]. Powinny wzrosnąć również wydatki na rehabilitację oraz działania prewencyjne, mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia niektórych schorzeń i niepełnosprawności.

#### 4. Stan zdrowia

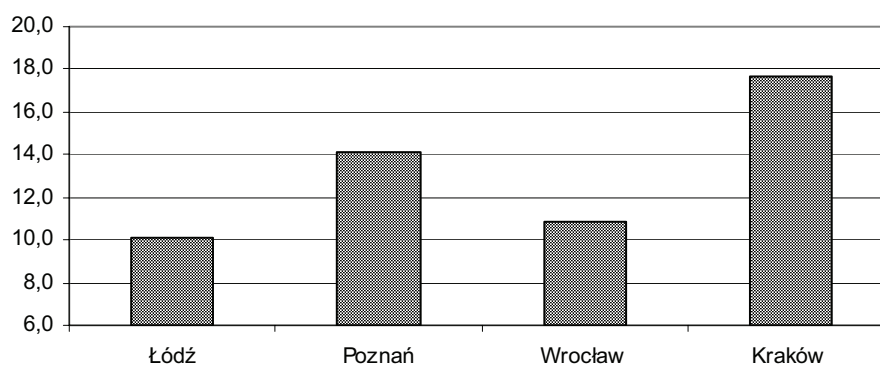
Jedną z głównych determinant korzystania z pomocy instytucjonalnej oferowanej w ramach systemu ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej jest stan zdrowia. Stan zdrowia jednostki jest skorelowany z postępującym wraz z wiekiem procesem starzenia się organizmu ludzkiego. W literaturze przedmiotu występuje podział na fizjologiczne starzenie się (np. pogorszenie się słuchu wraz z wiekiem) oraz patologiczne starzenie się. Osoby, u których wystąpiło patologiczne starzenie się będą częściej korzystały z pomocy instytucjonalnej. Przedstawione w poprzednim punkcie dane dotyczące procesu starzenia się pokazują, że proces ten jest najbardziej zaawansowany w Łodzi. Analiza długości trwania życia, które jest również wskaźnikiem stanu zdrowia ludności, pokazuje także niekorzystną w tym zakresie sytuację Łodzian. Badania stanu zdrowia ludności prowadzone przez GUS za pomocą samooceny respondentów wskazują na jego poprawę na przestrzeni lat 1996–2004. Zgodnie z badaniami prowadzonymi na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski we wszystkich grupach wieku zmalał odsetek osób oceniających swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej. W roku 2004 odsetek ten wynosił 39%, podczas gdy w roku 1996 wynosił 46%. Jednak w starszej grupie wieku (70 lat i więcej) poprawa oceny stanu zdrowia była najniższa i wynosiła cztery punkty procentowe (spadek udziału osób oceniając swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej z 91% do 87%).

Aby przybliżyć sytuację w zakresie stanu zdrowia ludności województwa łódzkiego należy spojrzeć na badanie stanu zdrowia ludności Polski w 2004 r. Zgodnie z tym badaniem 39% Polaków oceniało swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej, jednak w województwie łódzkim odsetek ten był najwyższy i wynosił 44,5%. 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 deklarujących występowanie u nich choroby przewlekłej – 50,1% (średnia dla Polski 46%),



a wśród osób w najstarszej grupie wieku – 92,5% [US w Łodzi, 2004, s. 14–17]. Przedstawione badanie nie jest reprezentatywne dla grupy dużych miast. Niemniej jednak można przypuszczać, że ze względu na zaawansowany proces starzenia się ludności Łodzi oraz charakter wykonywanej przez nich w ciągu życia zawodowego pracy (głównie w przemyśle włókienniczym) stan zdrowia łodzian nie jest lepszy niż ogółu mieszkańców województwa. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę strukturę ludności według wieku oraz znaczną feminizację populacji mieszkańców Łodzi. Wśród osób powyżej 80 lat i więcej niepełnosprawność częściej deklarują kobiety. Kobiety bowiem – żyjąc dłużej niż mężczyźni – częściej uskarżają się na zdrowie. Kobiety nawet poniżej 75 lat częściej wymagają specjalnej opieki i pomocy w wykonywaniu codziennych czynności [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s.118–122]. To właśnie kobiety są potencjalnymi klientami pomocy instytucjonalnej, świadczonej w ramach pomocy społecznej, częściej niż mężczyźni. Ponieważ oprócz gorszego stanu zdrowia, częściej pozostają we wdowieństwie i nie mają opiekunów mogących udzielić wsparcia w przypadku utraty samodzielności.

Jednym ze wskaźników stanu zdrowia ludności jest odsetek osób niepełnosprawnych. Wyniki NSP'2002 dotyczące analizowanych miast przedstawiają niepełnosprawność prawną (rys. 6.). Łódź, na tle czterech porównywanych miast, charakteryzuje się najniższym udziałem osób z orzeczoną niepełnosprawnością i można ją porównać z Wrocławiem. Należy jednak zauważyć, że osoby starsze odczuwając niepełnosprawność biologiczną często nie występują o prawne orzeczenie niepełnosprawności przez uprawniony do tego organ. Ponieważ Łódź cechuje się najstarszą strukturą wieku ludności zapewne łódzcy seniorzy nie występują o orzeczenie niepełnosprawności pomimo odczuwanej niepełnosprawności biologicznej.



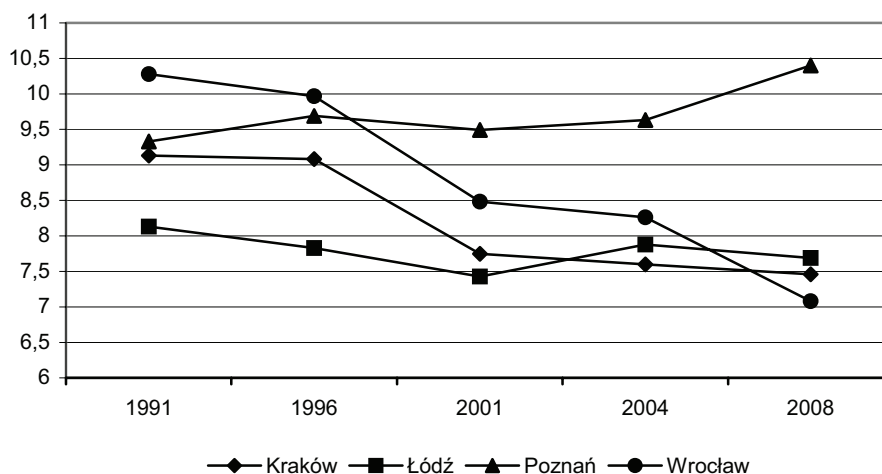
Rys. 6. Odsetek ludności niepełnosprawnej prawnie w 2002 roku

Źródło: Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe, GUS, Warszawa 2003, s. 70–79.

Biorąc pod uwagę wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych oraz rozpad gospodarstw wielopokoleniowych, zmiany w strukturze rodziny, a przede wszystkim warunki mieszkaniowe utrudniające sprawowanie opieki nad osobą jej potrzebującą, problem opieki nad seniorami, a szczególnie nad samotnymi kobietami, będzie jednym z głównych wyzwań stojących przed systemem pomocy instytucjonalnej oraz środowiskowej w najbliższym ćwierćwieczu.

### 5. Pomoc instytucjonalna w wybranych miastach

Liczba łóżek szpitalnych przypadających na 1000 osób jest jednym z podstawowych wskaźników zasobów służby zdrowia oraz rozwoju infrastruktury systemu ochrony zdrowia [Kozierkiewicz, 2002]. Łódź w latach 1991–2001 miała najniższą liczbę łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 1000 ludności (rys. 7). W 1991 roku wskaźnik ten był na poziomie 8,1 i dopiero w 2003 roku nastąpiło zrównanie wskaźników dla Łodzi i Krakowa. W 2008 roku zarówno dla Krakowa, jak i Poznania liczba łóżek przypadających na 1000 osób była poniżej 7,5. Należy zaznaczyć, że od 2004 roku trzy miasta zanotowały spadek liczby łóżek szpitalnych, a jednym miastem, które zanotowało wzrost był Poznań.



Rys. 7. Liczba łóżek szpitalnych przypadająca na 1000 ludności w latach 1991–2008

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

Łódź posiada największą liczbę lekarzy i dentyistów w przeliczeniu na 10 000 ludności (tab. 1.). W 2008 roku na 10 000 mieszkańców Łodzi przypadało ponad 90 lekarzy i lekarzy dentyistów, podczas gdy w Poznaniu, dysponującym największą liczbą łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, wskaźnik ten wynosił 77,7. Zarówno w zakresie liczby łóżek szpitalnych przypadających na 1000 ludności, jak i lekarzy i dentyistów w przeliczeniu na 10 000 ludności sytuacja Łodzi była zbliżona do sytuacji Krakowa. Natomiast w zakresie liczby pielęgniarek i położnych przypadających na 10 000 ludności, Łódź znajduje się na ostatniej pozycji wraz z Wrocławiem (tab.2.). W Łodzi na 10 000 ludności przypada niespełna 90 pielęgniarek i położnych podczas gdy w Poznaniu – 86,2, a w Krakowie – 88,6.

Tablica 1. Lekarze oraz lekarze dentyści w przeliczeniu na 10 000 ludności w 2008 r.

Miasto	Kadra medyczna – lekarze i dentyści
Poznań	77,7
Wrocław	86,5
Kraków	90,0
Łódź	90,2

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

Tablica 2. Pielęgniarki i położne w przeliczeniu na 10 000 ludności w 2008 r.

Miasto	Kadra medyczna – pielęgniarki i położne
Poznań	86,2
Wrocław	79,9
Kraków	88,6
Łódź	79,8

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

Ze względu na brak danych dotyczących stacjonarnych zakładów ochrony zdrowia dla poszczególnych miast dla roku 2008 niemożliwym jest porównanie sytuacji w zakresie ilości dostępnych miejsc w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

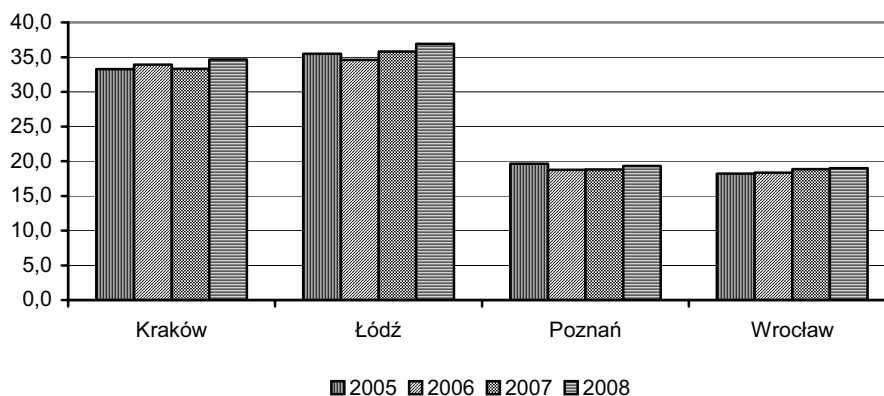
Jak już wspomniano, pomoc instytucjonalna w ramach systemu pomocy społecznej, świadczona jest najczęściej w domach pomocy społecznej. Kraków i Łódź charakteryzują się znaczną liczbą dps (tab. 3.) i wyraźnie różnią się pod względem liczby domów od dwóch pozostałych rozpatrywanych miast. Jednak wskaźnikiem sytuacji w zakresie dostępności pomocy instytucjonalnej jest liczba miejsc w tych placówkach w przeliczeniu na 10 000 ludności.

Jeśli porównać liczbę miejsc w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w Łodzi wskaźnik ten jest najwyższy wśród badanych czterech miast. W 2008 roku w Łodzi przypadało ponad 35 miejsc w przeliczeniu na 10 000 ludności. Sytuację Łodzi można porównać z Krakowem, w którym wskaźnik ten wynosił 34,6 w 2008 roku. Natomiast samorzady lokalne Poznania i Wrocławia dysponowały w 2008 roku mniej niż 20 miejscami w przeliczeniu na 10 000 ludności.

Tablica 3. Liczba domów pomocy społecznej w 2008 r.

Miasto	Liczba dps
Kraków	19
Łódź	16
Wrocław	9
Poznań	7

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



Rys. 8. Miejsca (łącznie z filiami) w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej podległe samorządowi powiatu w przeliczeniu na 10 000 ludności w latach 2005–2008

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

## 6. Podsumowanie

Populacja Łodzi na tle populacji Krakowa, Wrocławia i Poznania charakteryzuje się relatywnie największym zaawansowaniem procesu starzenia się. Ponieważ stan zdrowia jest silnie skorelowany z procesem starzenia się jednostki, zapotrzebowanie na pomoc instytucjonalną będzie w najbliższym ćwierćwieczu wzrastać. Dodatkowo znaczna dysproporcja pomiędzy subpopulacją kobiet i mężczyzn w najstarszej grupie wieku 80 lat i więcej powoduje, że znaczny odsetek najstarszych kobiet nie ma możliwości uzyskania wsparcia w zakresie opieki. Jednocześnie Łódź wyróżnia się spośród czterech miast najwyższą liczbą miejsc w zakładach stacjonarnej pomocy społecznej, gdzie świadczone są całodobowe usługi opiekuńcze. Również w zakresie liczby łóżek szpitalnych oraz lekarzy Łódź zajmuje drugą pozycję wśród porównywanych miast. Jednak biorąc pod uwagę przedstawione dane dotyczące procesu starzenia się oraz stanu zdrowia mieszkańców Łodzi należy rozważyć czy obecna infrastruktura w zakresie pomocy instytucjonalnej jest wystraszająca. Pod uwagę należy również wziąć przedstawioną prognozę ludności sporządzoną przez GUS i rozważyć dostosowanie formy, jakości i dostępności pomocy instytucjonalnej do przyszłego zapotrzebowania wynikającego z dynamicznie postępującego procesu starzenia się populacji Łodzi.

## Literatura

- GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2003, *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, Warszawa
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2008, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 roku*, Warszawa
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2008, *Rocznik demograficzny*, Warszawa
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2009, *Trwanie życia w 2008 r.*, GUS, Warszawa
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), Bank danych regionalnych, dane dostępne na stronie: [http://www.stat.gov.pl/bdr\\_n/app/dane\\_podgrup.katgrup?p\\_dane=0&p\\_kate=3](http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrup?p_dane=0&p_kate=3) w dniu 30.04.2010 r.
- Kozierkiewicz A., 2002, „Klienckie” oczekiwania pacjentów, artykuł dostępny na stronie [http://www.emedyk.pl/artukul.php?idartykul\\_rodzaj=15&idartykul=804](http://www.emedyk.pl/artukul.php?idartykul_rodzaj=15&idartykul=804) w dniu 28.03.2010 r.
- Kozierkiewicz A., K. Szczerbińska (red.), 2007, *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, TerMedia, Poznań
- Leszczyńska-Rejchert A., 2005, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn
- Leś E., 2001, *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Prószyński i S-ka, Warszawa
- Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, A. Kozierkiewicz, K. Szczerbińska (red.), TerMedia, Poznań 2007, s. 23.
- Sierpowska I., 2007, *Ustawy o Pomocy Społecznej. Komentarz*, Wolter Kluwer Polska, Warszawa
- Szukalski P., 2006, *Proces starzenia się ludności – przyczyny, etapy, konsekwencje*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk

- Szumlicz J., 1989, *Pomoc społeczna w badaniach empirycznych*, Studia i Materiały, IPiSS, Warszawa
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., 2004, *Spoleczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Wyd. U.J., Kraków
- Urząd Statystyczny w Łodzi, 2007, *Stan zdrowia ludności w województwie łódzkim w 2004 r.*, Łódź
- Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., Dz. U., nr 64. poz. 593, z późn. zm., rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”.