

Potrzeby somatyczne, psychologiczne i społeczne pacjentów w wieku 60+ z Dolnego Śląska

**ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia społecznego
(instrumentalnego, rzeczowego, informacyjnego)
dla pacjentów i ich opiekunów**

Autorzy:

**dr hab. n. med. Donata Kurpas prof. nadzw.
mgr Katarzyna Szwamel**

Wrocław 2016



Publikacja powstała dzięki Projektowi dofinansowanemu ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014, Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa na poziomie Programu PL07

Spis treści:

Wprowadzenie.....	3
1. Zjawisko starości i starzenia się.....	7
2. Struktura ludności województwa dolnośląskiego.....	10
2.1. Analiza ludności pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania.....	10
2.2. Przeciętne dalsze trwanie życia.....	17
2.3. Cechy starzenia się populacji dolnośląskiej i konsekwencje z nich wynikające w świetle prognoz na lata 2020, 2035, 2050.	22
3. Potrzeby osób w wieku podeszłym i ich rodzin.....	34
3.1. Potrzeby seniorów w świetle teorii.....	34
3.2. Potrzeby somatyczne osób w podeszłym wieku.....	36
3.2.1. Struktura chorób przewlekłych w badanej grupie.....	36
3.2.2. Najczęstsze przyczyny hospitalizacji i stan zdrowia pacjentów pozostających pod opieką lekarza POZ.....	43
3.2.3. Poziom potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych.....	48
3.2.4. Wydolność czynnościowa i poziom sprawności osób w wieku 60+ w świecie badań	52
3.2.5. Poziom absencji chorobowych osób pracujących w wieku podeszłym w świecie danych ZUS.....	57
3.2.6. Niepełnosprawność wśród osób w wieku 60+ na terenie Dolnego Śląska.....	67
3.3. Potrzeby psychologiczne.....	73
3.3.1. Potrzeba bezpieczeństwa.....	73
3.3.2. Potrzeba szacunku i uznania.....	81
3.3.3. Potrzeba przynależności i miłości a samotność i poczucie osamotnienia.....	85
3.3.4. Potrzeba samorealizacji. Poziom izolacji a aktywność społeczna.....	90
3.3.5. Zaburzenia psychiczne osób wieku podeszłym.	98
3.4. Potrzeby społeczne.....	109
3.4.1. Rodzaje, źródła i znaczenie wsparcia społecznego.	109
3.4.2. Rodzina jako źródło wsparcia – potrzeby opiekuńcze osób w wieku podeszłym a potencjał opiekuńczy rodziny.....	112
3.4.3. Instytucjonalne formy opieki nad osobami w wieku podeszłym.....	123
3.4.4. Dostępność i koszt świadczeń udzielanych przez instytucjonalne formy opieki a możliwości finansowe pacjentów i ich rodzin.....	136
3.4.5. Wsparcie dla osób wieku podeszłym i ich opiekunów.	144
3.4.6. Zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne – dane Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dolnośląski OW NFZ).....	154
3.4.7. Analiza zapotrzebowania na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym na podstawie danych PEFRON z lat 2012– 2014.....	162

3.5. Uwarunkowania zapotrzebowania seniorów na usługi telemedyczne.....	181
4. Wnioski i rekomendacje.....	194
5. Piśmiennictwo.....	200
6. Załączniki.....	222
7. Spis tabel.....	279
8. Spis rycin.....	282
9. Spis załączników.....	284

Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności jest jednym z najważniejszych zjawisk społecznych XXI wieku a jego skutki odnoszą się zarówno do kwestii ekonomicznych, opieki zdrowotnej jak również do relacji międzypokoleniowych. Starzenie się ludności ma bardzo rozległe konsekwencje dla usytuowania rodzin i gospodarstw domowych, zatrudnienia oraz finansów publicznych. **[Hryniewicz, 2012]**

Według prognoz Eurostatu Polska należy do najszybciej starzejących się społeczeństw UE – do roku 2060 odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie wynosił 31,7%. **[GUS 2014, Zdrowie i ochrona zdrowia]** Trendy demograficzne wskazują na postępujący proces „starzenia się ludzi starych”, co oznacza, że liczba osób w wieku 75 lat i więcej rośnie szybciej niż liczba „młodszych ludzi starych” czyli osób w wieku 60–74 lat. Społeczność dolnośląska znajduje się w bardziej zaawansowanej fazie starzenia się populacji niż populacja ogólnopolska. Analiza danych statystycznych z okresu ostatniej dekady wskazuje na systematyczny spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz stały wzrost liczebności kategorii wieku poprodukcyjnego **[Dolnośląska Strategia, 2013]**

Starzenie się populacji na świecie prowadzi do znacznego wzrostu liczby osób żyjących z następstwami chorób i urazów. Dane ze 188 krajów wskazują, że żyjemy dłużej ale z coraz większym stopniem niepełnosprawności. Na całym świecie, od 1990 do 2013 roku, oczekiwana długość życia przy urodzeniu wzrosła o 6,2 lata (z 65,3 lat w 1990 roku do 71,5 lat w 2013 roku), oczekiwana długość życia w zdrowiu HALE (*Hale Adjusted Life Expectancy*) wzrosła o 5,4 lata (z 56,9 lat do 62,3 lata), całkowita utrata lat życia skorygowana niepełnosprawnością DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) spadła o 3,6 %. Wskaźnik liczby lat życia z niepełnosprawnością YLDs (*Years Lived with Disability*) spada znacznie wolniej niż współczynnik umieralności. **[Murray, 2015]**

Na czołowych miejscach w rankingu chorób powodujących niepełnosprawność są choroby układu mięśniowo – szkieletowego, choroby psychiczne, zatrucia, choroby neurologiczne, przewlekłe choroby układu oddechowego. W przypadku Polski na pierwszym miejscu znajdują się: choroba niedokrwienna serca, kolejno udar, dolegliwości bólowe szyi oraz dolnego odcinka kręgosłupa, rak płuca, urazy związane z upadkami. **[Vos, 2015]**

Pacjenci z wielochorobowością potrzebują całościowej opieki, gdyż usługi udzielane w zakresie opieki specjalistycznej są często powielane i fragmentaryczne przez co zwiększają koszty leczenia. Istnieje również pogląd, że lekarze POZ i zespoły POZ powinny odgrywać

kluczowa rolę w opiece nad pacjentami z wielochorobowością. **[Moffat i Mercer, 2015]** Zakłada się, że najefektywniejszym poziomem dla opracowania i sprawnego funkcjonowania systemu opieki nad chorymi przewlekle jest podstawowa opieka zdrowotna realizowana przez wielodyscyplinarny zespół profesjonalistów, kierowana przede wszystkim do pacjentów chorych przewlekle i uwzględniająca ich potrzeby bio–psycho–społeczne **[Wagner, 2000; Hughes i wsp., 2000; Brumley i wsp., 2003; Brumley i wsp., 2007]**

Interesującą koncepcją zakładającą partnerstwo między współdecydującymi pacjentami i profesjonalistami opieki zdrowotnej, współpracę w ramach opieki oraz edukację uzupełnioną wsparciem dla pacjentów w osiąganiu najwyższej możliwej jakości życia jest koncepcja Modelu Opieki nad Chorymi Przewlekle (*Chronic Care Model, CCM*). Według teorii Wagnera prawidłowo prowadzona opieka dla chorych przewlekle powinna obejmować źródła środowiskowe, uwarunkowania prawne, odpowiednią reorganizację systemu opieki zdrowotnej z ukierunkowaniem na opiekę nad chorymi przewlekle przez wsparcie dla „zarządzania chorobą” przez samych pacjentów i pomoc przy podejmowaniu bio–psycho–społecznych decyzji dotyczących choroby przewlekłej, a także kompleksowy system informacji klinicznej dla pacjentów i członków wielodyscyplinarnego zespołu **[Wagner i wsp., 2001; Wagner, 2000; Ouwens i wsp., 2005]**

Według opinii Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, właściwym rozwiązaniem organizacyjnym opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi jest współdziałanie placówek podstawowej opieki medycznej z wyspecjalizowanymi placówkami geriatrycznymi, zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i szpitalnym. **[Pędich, 2014]** Dodatkowym uzupełnieniem działań leczniczych, promocyjnych, zapobiegawczych i rehabilitacyjnych powinny być działania w zakresie usług wspierających a mających na celu ułatwienie integracji i udziału w społeczeństwie osób w wieku podeszłym i niepełnosprawnych. **[Khasnabis, 2015]**

Odmienność wieku podeszłego powinna znaleźć odpowiednik w odmienności systemu opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym. **[Pędich, 2014]** Niestety jak wskazują ustalenia Najwyższej Izby Kontroli w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku, dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca, brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. **[Raport NIK. Opieka medyczna, 2015]**

Potrzeby osób w wieku podeszłym, zarówno w obszarze ochrony zdrowia, jak i w dziedzinie opieki społecznej, są większe od potrzeb młodszych pokoleń, a wzrastająca liczba osób w wieku podeszłym we współczesnych społeczeństwach wskazuje na konieczność coraz większych nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne i socjalne. **[Pędich, 2014]** W

2030 roku liczba osób po 60 roku życia zwiększy się o 2 miliony i będzie wynosiła około 9,3 milionów. Leczenie tej właśnie części populacji jest najdroższe. W 2020 r. koszty opieki zdrowotnej wzrosną o 2,6 mld zł w stosunku do roku 2014, czyli o 5 procent. Na rok 2030 prognozuje się dalszy wzrost – w stosunku do roku bazowego (2014) o prawie 6,4 mld zł, to jest o 12 procent. Wydatki na świadczenia pielęgnacyjno–opiekuńcze mają wzrosnąć według prognozy NFZ aż o 30 procent – z 1 mld do ok. 1,5 mld zł. Dane NFZ wskazują, że leczenie mężczyzn w wieku podeszłym jest droższe niż leczenie kobiet. Na leczenie mężczyzn między 71 a 85 rokiem życia wydawane jest przynajmniej o jedną trzecią więcej środków finansowych niż na kobiety. W latach 2010–2014 od 20 % do ponad 100 % wzrosły wydatki na osoby w wieku 85 lat, po 10 lub kilkanaście procent wzrosty dotyczyły osób w wieku 79–82, 69–72 lat. **[Kurowska, 2016]** Według autorów raportu *Health at a Glance 2015* systemy opieki zdrowotnej nie radzą sobie ze zmianami demograficznymi, starzeniem się społeczeństw i coraz większą liczbą osób chorujących przewlekle. Zgodni z powyższym raportem Polska ma jeden z najgorszych systemów ochrony zdrowia w grupie wysokorozwiniętych krajów europejskich. **[Solecka, 2015]** Jedną z największych słabości obecnego systemu opieki zdrowotnej jest brak integracji opieki oraz niejasna definicja ról i funkcji pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w proces opieki. Brak interoperacyjności w zakresie funkcjonowania systemów informacji klinicznej dodatkowo utrudnia przepływ informacji między poszczególnymi dziedzinami i dyscyplinami. **[Van Durme i wsp. 2014]**

Zjawiska demograficzne zachodzące w makroskali znajdują swoje odzwierciedlenie w rodzinie. **[Nowakowski, 2004]** W polskiej tradycji opieki nad osobami starszymi znajdujemy silne odniesienia do struktur rodzinnych. Zdaniem demografów i socjologów we współczesnej rodzinie zachodzą poważne przeobrażenia. Zmniejsza się potencjał opiekuńczy rodziny w Polsce. Rodziny stają się mniej liczne, a kontakty w systemach rodzinnych mniej intensywne. Następuje osłabienie więzi, rozpadają się rodziny wielopokoleniowe i zanikają kręgi rodzinne. **[Łuszczynska, 2013]**

W Polsce utrzymuje się ponadto bardzo wysoki poziom emigracji zarobkowej, tak wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Stąd też liczba osób zobowiązanych i zdolnych do udzielenia opieki z przyczyn demograficznych sukcesywnie będzie się zmniejszać. Dodatkowo poziom urodzeń w Polsce na przełomie wieków XX i XXI nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń i w konsekwencji prowadzi do zmniejszania potencjału opiekuńczego rodzin. Nastąpi zatem konieczność podejmowania opieki nad coraz większą grupą ludzi starszych przez instytucje pozarodzinne. Wynikać to będzie z ograniczającego się potencjału opiekuńczego

rodziny oraz wydłużającego się przeciętnego czasu trwania życia, jak również z poszerzającego się w związku z tym zakresu niesamodzielności. **[Hrynkiewicz, 2012]**

Przyspieszenie tempa starzenia się populacji, wzrost liczby różnego rodzaju chorób przewlekłych prowadzących do niepełnosprawności, pojawianie się nowych zjawisk prowadzących do wykluczenia społecznego powodują, że strategiczne kierunki przyszłej polityki społecznej obejmować powinny: promocję zdrowia i funkcjonalnej sprawności starzejących się ludzi, wydłużanie okresu aktywności zawodowej osób po 60 roku życia, zapewnienie świadczeń i usług dobrej jakości adresowanej do osób w wieku podeszłym oraz gwarantowanie bezpieczeństwa dochodowego ludziom w wieku podeszłym. **[Raport IRSS, 2010]**

Realizacja powyższych zadań wiąże się z podejmowaniem różnych działań przez instytucje na rzecz osób w wieku podeszłym. Wiele z tych działań ogranicza się często do zaspokojenia elementarnych potrzeb życiowych w postaci zapewnienia zasiłków, bieżącej pomocy świadczonej w miejscu zamieszkania przez pracowników socjalnych lub pielęgniarki środowiskowe, zapewnienia utrzymania w placówkach pobytu, podczas gdy marginalizowany jest często społeczny aspekt pomocy – aktywizacja seniorów, potrzeba kontaktów towarzyskich i integracji społecznej **[Raport IRSS, 2010]**. Generalnie linia rozgraniczająca obie grupy potrzeb przebiega między realizacją tych potrzeb, które warunkują przetrwanie a tymi, które determinują jakość życia. **[Łuszczynska, 2013]**

Rozwiązania systemowe w sferze ochrony zdrowia, opieki długoterminowej, pomocy i integracji społecznej powinny mieć na celu z jednej strony ochronę osób w wieku podeszłym przed negatywnymi skutkami starzenia się, z drugiej zaś powinny być nastawione na pobudzanie i wykorzystywanie potencjału osób w wieku podeszłym w perspektywie indywidualnej i społecznej. **[Dolnośląska Strategia, 2013]**

Najważniejszą potrzebą w wieku podeszłym osób w sferze somatycznej, psychologicznej i społecznej jest zachowanie samodzielności i niezależności w takim stopniu i tak długo, jak będzie to możliwe. To jedno z podstawowych zadań i obowiązków decydentów i organizatorów polityki społecznej wobec ludzi w wieku podeszłym. **[Pędich, 2014]** Zrozumienie w jaki sposób ludzie doświadczają fizycznych i psychicznych problemów związanych z wielochorobowością może okazać się niezbędne dla koncepcji pomyślnego dostarczania interwencji w zakresie samoopieki. Przyszłe interwencje powinny zmierzać do wspierania odpowiedzialności i niezależności pacjentów w zakresie samoopieki, jak również promować placówki (oddziały), których działania skupiają się na celowym dążeniu do samostanowienia o

sobie pacjentów przez ulepszony dostęp do odpowiedniego wsparcia społecznego i psychologicznego [Coventry i wsp., 2015].

1. Zjawisko starości i starzenia się

Starzenie się populacji jest zjawiskiem powszechnie występującym we wszystkich regionach świata. Istnieje wiele definicji „starości” i „starzenia się”. W bieżącym rozdziale autorzy skupili się na rozumieniu zjawiska starości w ujęciu demograficznym. W takim rozumieniu – starzenie się populacji oznacza zwiększanie odsetka osób w wieku podeszłym przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci. W literaturze jako metrykalny próg starości przyjmuje się najczęściej 60 rok życia (WHO) lub 65 rok życia (ONZ, Eurostat). [GUS 2014, Prognoza ludności]

W 2014 roku na świecie było 868 milionów osób powyżej 60 roku życia co stanowiło 12% ogółu ludności. W 2030 roku liczba ta zwiększy się do 1,2 miliarda, czyli 16% ludności. Obecne szacunki wskazują, że w perspektywie 2050 roku, będzie 2,03 mld ludzi w wieku podeszłym co będzie stanowiło 21% populacji. W roku 2047 po raz pierwszy w historii ludzkości liczba osób w wieku powyżej 60 roku życia będzie większa niż liczba dzieci do 16 roku życia. [Bluestone, 2015]

Starzenie się społeczeństw jest procesem globalnym, nieodwracalnym i silnie zróżnicowanym regionalnie. Przyjmuje się, że im wyższy jest stopień rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju, tym wyższe zaawansowanie starzenia się ludności. Dożywanie starości dotyczy rosnącej części populacji, co przekłada się na coraz większą heterogeniczność zbiorowości osób w wieku podeszłym. [Abramowska-Kmon, 2011] Populacja ludzi w wieku podeszłym jest zróżnicowana wewnętrznie z uwagi na co najmniej pięć zmiennych takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania i źródło dochodów. [Szatur – Jaworska, 2006]

Obserwacja zaawansowania starzenia się populacji według skali Rosseta, opracowana w oparciu o dane ONZ z 2009r. dotyczące wielkości odsetka osób w wieku podeszłym we wszystkich krajach świata w latach 1950–2050 wskazuje, że obecnie jedna trzecia krajów świata ma populację będącą w fazie *starości demograficznej* (tzn. udział ludności w wieku 60 lat i więcej w populacji jest równy lub większy niż 12%), w tym prawie jedna czwarta krajów – w fazie *mocno zaawansowanego stanu starości* (tzn. udział ludności w wieku 60 lat i więcej

w populacji jest równy lub większy niż 18%). Kolejne 19% krajów znajduje się w fazie przejściowej między stanem młodości i starości demograficznej (udział ludności w wieku 60 lat i więcej wynosi od 10 do 12% – tzw. przedpole starości). Można się spodziewać, że w 2050 roku 80% krajów osiągnie fazę starości demograficznej, z czego 65% będzie w mocno zaawansowanym stanie starości. **[Rosset, 1959; Abramowska–Kmon 2011]**

Analiza rozkładu liczby krajów świata według skali zaproponowanej przez ONZ (populacja młoda – mniej niż 4% osób w wieku 65 lat i więcej; populacja dojrzała od 4 do 7%, populacja stara – powyżej 7%) również potwierdza globalny charakter procesu starzenia się ludności. Według tej skali obecnie blisko 40% państw ma populacje na etapie starości demograficznej, zaś jedna trzecia – na etapie młodości demograficznej. Do 2050 roku stadium starości demograficznej osiągnie 84% krajów świata. **[ONZ, 2009]**

Populację Polski podobnie jak większość krajów Europy również charakteryzuje postępujący proces starzenia się. Polska jest obecnie jednym z młodszych demograficznie krajów wysoko rozwiniętych, jednak w przyszłości będzie należała do grupy krajów najstarszych w sensie demograficznym. **[Abramowska–Kmon, 2011]** Zwiększanie się odsetka osób po 60 roku życia w najbliższych latach będzie między innymi następstwem zwiększonej liczby osób urodzonych w połowie lat pięćdziesiątych XX wieku **[Błędowski, 2012]**.

Według prognozy demograficznej na lata 2008–2035 liczba Polaków zmniejszy się z 38,2 mln do około 36 mln przy jednoczesnym wzroście liczby osób w wieku powyżej 65 lat (z 5,1 mln do 8,3 mln). Oznacza to znaczne zmiany w strukturze ludności w ciągu jednego pokolenia, czyli wzrost odsetka osób w wieku 60+ /65+ z 16% (2007 r) do ponad 26,7% (2035 r), a w grupie wiekowej 80+ wzrost z 3% (2007 r) do 7,2% (2035 r). **[GUS 2009, Prognoza ludności na lata 2008–2035]**

Jednym z przejawów postępującego starzenia się społeczeństwa jest podnoszenie się wartości mediany wieku (wartość powyżej i poniżej której znajduje się 50% populacji społeczeństwa). Jeśli mediana wieku przekracza 35 lat, demografowie zaliczają społeczeństwo do bardzo starych demograficznie. W 2013 roku mediana wieku Polaków wynosiła 37,4 lat dla mężczyzn i 40,9 dla kobiet, podczas gdy w 1990 r. była niższa o 6,5 lat dla mężczyzn i 7,2 lat dla kobiet (odpowiednio 30,9 i 33,7 lat). Przewiduje się, że w 2050 r. wiek środkowy wzrośnie do 50,1 lat dla mężczyzn i do 54,8 lat dla kobiet, co oznacza w skali kraju wzrost o odpowiednio 12,7 i 13,9 lat. **[GUS 2014, Prognoza ludności na lata 2014–2050]**

Według prognozy Eurostat, proces demograficznego starzenia się ludności Europy po 2035r. będzie przebiegał znacznie szybciej czego wyrazem będzie dalsze podniesienie mediany

wieku w Polsce. W 2060 r. ma ona przekroczyć poziom 54 lat i będzie, poza Słowacją, najwyższa w całej Unii Europejskiej. **[Giannakouris, 2008]**

Demograficzne starzenie się ludności Polski nie jest procesem nieoczekiwanym i przebiega podobnie jak w większości krajów europejskich jednakże rozmiary tego zjawiska okazały się być większe niż uprzednio zakładano. W następstwie poszukiwania przez młodych ludzi zatrudnienia poza granicami kraju doszło nie tylko do przyspieszenia tempa wzrostu odsetka ludzi w wieku podeszłym w społeczeństwie ale również do zwiększenia tempa dysproporcji między regionami kraju. **[Mossakowska i wsp., 2012]** I tak w regionie północno– zachodnim, w którym udział osób w wieku 65 lat i więcej w roku 2010 wyniósł 11,9 %, a osób wieku 80 lat i więcej osiągnął 3,0% prognozuje się, że wskaźniki te wzrosną odpowiednio o wartości 2,3% i 6,8% (2035r.). Z kolei region wschodni charakteryzujący się najbardziej zaawansowanym procesem starzenia się ludności nadal pozostanie demograficznie najstarszy a region południowo – zachodni, w którym jest położone województwo dolnośląskie będzie odznaczał się wysokim udziałem osób w wieku 80 i więcej lat. **[Błędowski, 2012]**

Przyczyny wzrostu liczby osób w wieku podeszłym są powszechnie znane – to głównie wydłużenie czasu trwania ludzkiego życia oraz spadek liczby urodzeń. Miernikami udziału osób w wieku podeszłym w populacji danego kraju jest współczynnik dzietności oraz średnie trwanie życia. W populacji polskiej obserwujemy zmniejszenie współczynnika dzietności (*TFR– Total Fertility Rate*) oraz wydłużanie się średniego czasu trwania życia . **[Błędowski, 2012, GUS 2014]**

Dane Eurostatu wskazują, że w 2004 r. najwyższy współczynnik TFR wśród krajów środkowo i wschodnioeuropejskich miała Estonia 1,47, najniższy Polska i Czechy (1,23). W 2012 r. TFR Polski wynosił 1,3, w kolejnym roku – 1,26. Spośród krajów europejskich w tym samym roku (2012 r.) niższy współczynnik dzietności był tylko w Portugalii. Dla województwa dolnośląskiego TFR (2013r) wynosił 1,15 i był niższy od wyniku ogólnopolskiego (1,26). Średni wiek rodzenia dziecka w Polsce jest ciągle jednym z niższych w Europie. W 2012 r. wyniósł 28,9 lat podczas gdy średnia dla 28 krajów UE wynosiła 30,1 lat. Dla kobiet województwa dolnośląskiego średni wiek rodzenia dziecka wynosił 28,85 lat (2013r) – wartość ogólnopolska 28,96 lat. Prognozuje się, że wiek ten będzie ulegał stopniowemu wydłużeniu i tak w roku 2020 dla województwa dolnośląskiego będzie wynosił 29,75 lat a w roku 2050– 31,28 lat. Prognozowane zmiany dzietności w perspektywie do 2050 r. nie spowodują wzrostu liczby urodzeń z uwagi na głębokie niekorzystne zmiany w liczbie i strukturze demograficznej populacji kobiet będących w wieku prokreacyjnym. **[GUS 2014, Prognoza ludności na lata 2014–2050]**

Wydłużanie przeciętnego czasu trwania życia jak również trwający już od ponad piętnastu lat spadek natężenia zgonów są skutkiem korzyści wynikających z rozwoju nowych technologii medycznych i nowoczesnych metod diagnostycznych, poprawy kondycji zdrowotnej Polaków oraz prowadzenie prozdrowotnego stylu życia. [Słaby i wsp., 2013]

Według danych GUS (Bank Danych Lokalnych – BDL 2014r.) obecnie przewidywane przeciętne dalsze trwanie życia dla mieszkańca Polski wynosi ogółem 73,8 lat dla mężczyzn (74,2 lata dla mieszkańca miasta i 73,1 lata dla mieszkańca wsi) oraz 81,6 lat dla kobiet (81,5 lat dla mieszkanki miast, 81,7 lat – dla mieszkanki wsi). Dla mężczyzny zamieszkującego Dolny Śląsk przeciętne dalsze trwanie życia wynosi 73,1 lat (73,4 lat – w mieście, 72,4 lat – na wsi) a dla kobiety 81,1 lat (81,2 lat dla mieszkanki miast, 80,8 lat dla mieszkanki wsi). Rozpatrując dane zarówno ogólnopolskie jak i dane dotyczące Dolnego Śląska należy stwierdzić, że przeciętne dalsze trwanie życia jest dłuższe w mieście niż na wsi. Wskazuje to na potencjalnie większe zapotrzebowanie na różne formy pomocy i wsparcia dla najstarszych mieszkańców miast.

Należy również spodziewać się, że coraz większy dostęp do usług medycznych i opiekuńczych, jak również podniesienie jakości tych usług będzie wpływać na dalsze systematyczne wydłużanie się życia ludności, a tym samym wzrastanie tempa starzenia się populacji [GUS 2014, Prognoza ludności na lata 2014–2050].

2. Struktura ludności województwa dolnośląskiego

2.1 Analiza ludności pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania

Według GUS w dniu 31.12.2014 roku województwo dolnośląskie zamieszkiwało 2.908.457 mieszkańców, w tym 1.398.554 mężczyzn (48,09%), i 1.509.909 (51,91%) kobiet. Zdecydowana większość ludności zamieszkiwała obszary miejskie (2.014.847 – 69,28%). Na terenach wiejskich zamieszkiwało 893.610 Dolnoślązaków, co stanowiło 30,72% ogółu populacji. Gęstość zaludnienia wynosiła 146 osób na km². Szczegółowy rozkład ludności województwa dolnośląskiego z podziałem na wiek, płeć, z uwzględnieniem gęstości zaludnienia w poszczególnych powiatach przedstawiono w załącznikach do niniejszej pracy (załącznik 1 i 2)

Analizując liczbę mieszkańców województwa dolnośląskiego w podziale na podregiony, można stwierdzić, że najliczniej zamieszkiwanym był podregion wałbrzyski z liczbą 669. 826 mieszkańców – 23,03% ogółu populacji dolnośląskiej, w dalszej kolejności – podregion Miasto

Wrocław (634.487 osób – 21,82%), podregion wrocławski (578. 294 osób – 19,88%), podregion jeleniogórski (573.389 osób – 19,71%), oraz podregion legnicko – głogowski (452.461 osób – 15,56%). Poniższa **tabela 1** obrazuje liczbę mieszkańców Dolnego Śląska w układzie powiatowym.

Tabela 1. Ludność województwa dolnośląskiego (stan na 31.12. 2014r)

Jednostka terytorialna	rok 2014	
	ogółem	
	liczba mieszkańców	odsetek ogółu mieszkańców województwa
DOLNOŚLĄSKIE	2908457	100%
Podregion 1 – jeleniogórski	573389	19,71%
Powiat bolesławiecki	90346	3,11%
Powiat jaworski	51796	1,78%
Powiat jeleniogórski	64969	2,23%
Powiat kamiennogórski	44700	1,54%
Powiat lubański	55900	1,92%
Powiat lwówecki	47014	1,62%
Powiat zgorzelecki	92389	3,18%
Powiat złotoryjski	44867	1,54%
Powiat m.Jelenia Góra	81408	2,80%
Podregion 2 – legnicko–głogowski	452461	15,56%
Powiat głogowski	90222	3,10%
Powiat górski	36236	1,25%
Powiat legnicki	55026	1,89%
Powiat lubiński	106433	3,66%
Powiat polkowicki	63201	2,17%
Powiat m.Legnica	101343	3,48%
Podregion 3 – wałbrzyski	669826	23,03%
Powiat dzierżoniowski	104075	3,58%
Powiat kłodzki	163672	5,63%
Powiat świdnicki	160438	5,52%
Powiat wałbrzyski *	57492	1,98%
Powiat ząbkowicki	67458	2,32%
Powiat m.Wałbrzych *	116691	4,01%
Podregion 4 – wrocławski	578294	19,88%
Powiat milicki	37266	1,28%
Powiat oleśnicki	106311	3,66%
Powiat oławski	75953	2,61%
Powiat strzeliński	44274	1,52%
Powiat średzki	52725	1,81%
Powiat trzebnicki	83358	2,87%
Powiat wołowski	47439	1,63%
Powiat wrocławski	130968	4,50%
Podregion 5 – m. Wrocław	634487	21,82%
Powiat m.Wrocław	634487	21,82%

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL– wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

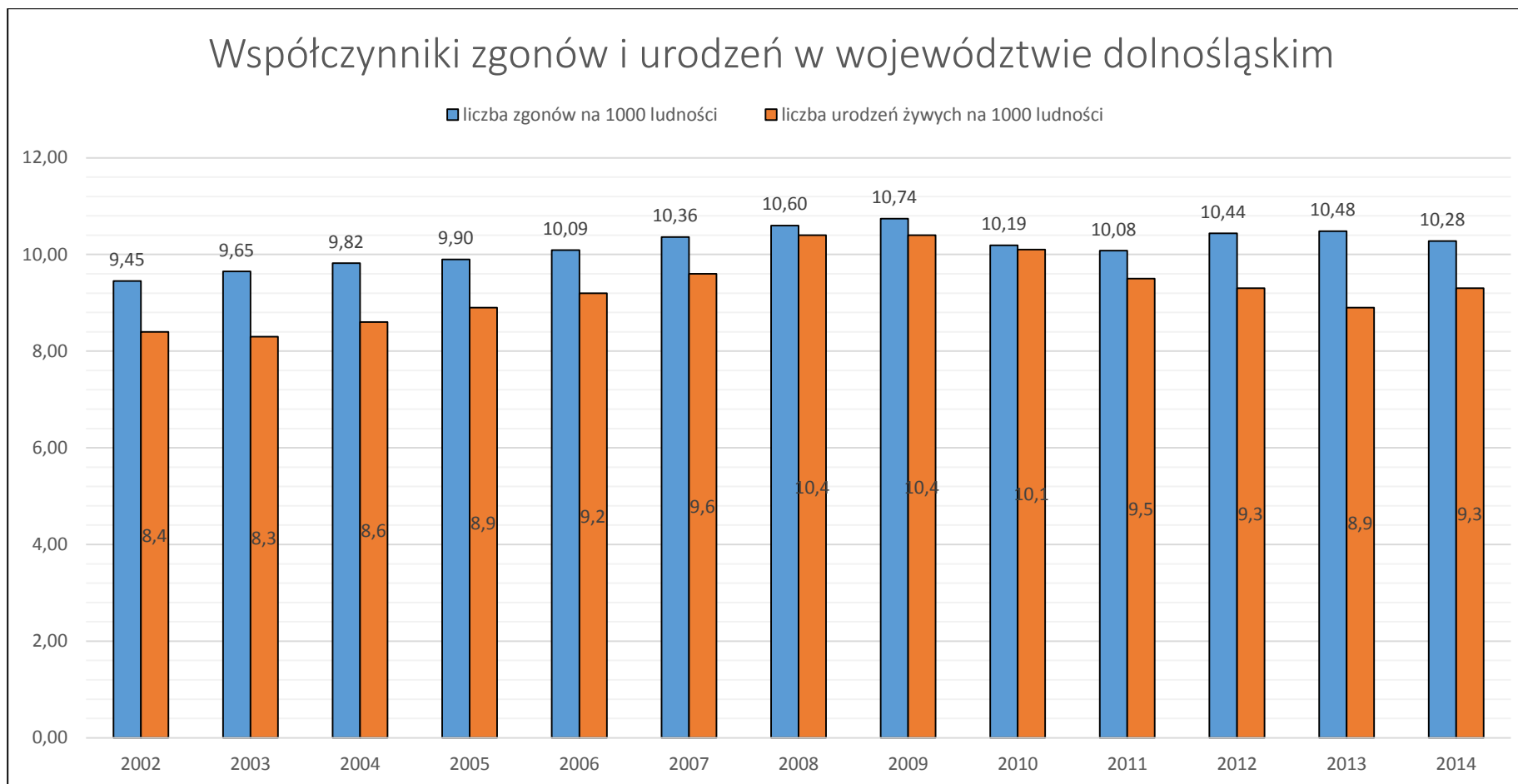
Struktury ludności według wieku i płci wyznaczają inne parametry demograficzne, a mianowicie natężenie zgonów, małżeństw, urodzeń, a co za tym idzie również tempo zmian ludności. Mają one zasadnicze znaczenie dla życia gospodarczego i społecznego danego obszaru. Wskazują również na tendencje, które w przyszłości będą wpływać na jego kondycję i kształtować życie jego mieszkańców.

Porównanie współczynników zgonów i urodzeń świadczą o wchodzeniu populacji Dolnoślązaków w fazę starzenia: zmniejszeniu będzie ulegać liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym na rzecz ludności w wieku poprodukcyjnym. Dane z lat 2002–2014 wskazują na ujemne saldo przyrostu naturalnego tzn. współczynniki zgonów są wyższe aniżeli współczynniki urodzeń. **(rycina 1)**

W Polsce w latach 2002–2014 przyrost naturalny na 1000 ludności kształtował się w sposób zmienny. W latach 2002–2005 oraz w 2013 roku zaobserwowano ujemne wskaźniki przyrostu naturalnego, z kolei w latach 2006–2010 wskaźniki te przyjmowały wartość dodatnią (w 2011 i 2014 – pozostały bez zmian). W województwie dolnośląskim sytuacja dotycząca przyrostu naturalnego ludności prezentuje się znacznie gorzej aniżeli ogólnie w kraju.

Świadczą o tym wartości tych wskaźników w latach 2002–2014 – były one ujemne we wszystkich tych latach. Najniższą wartość wskaźnika odnotowano w 2013 roku (– 1,6). **(rycina 2)**

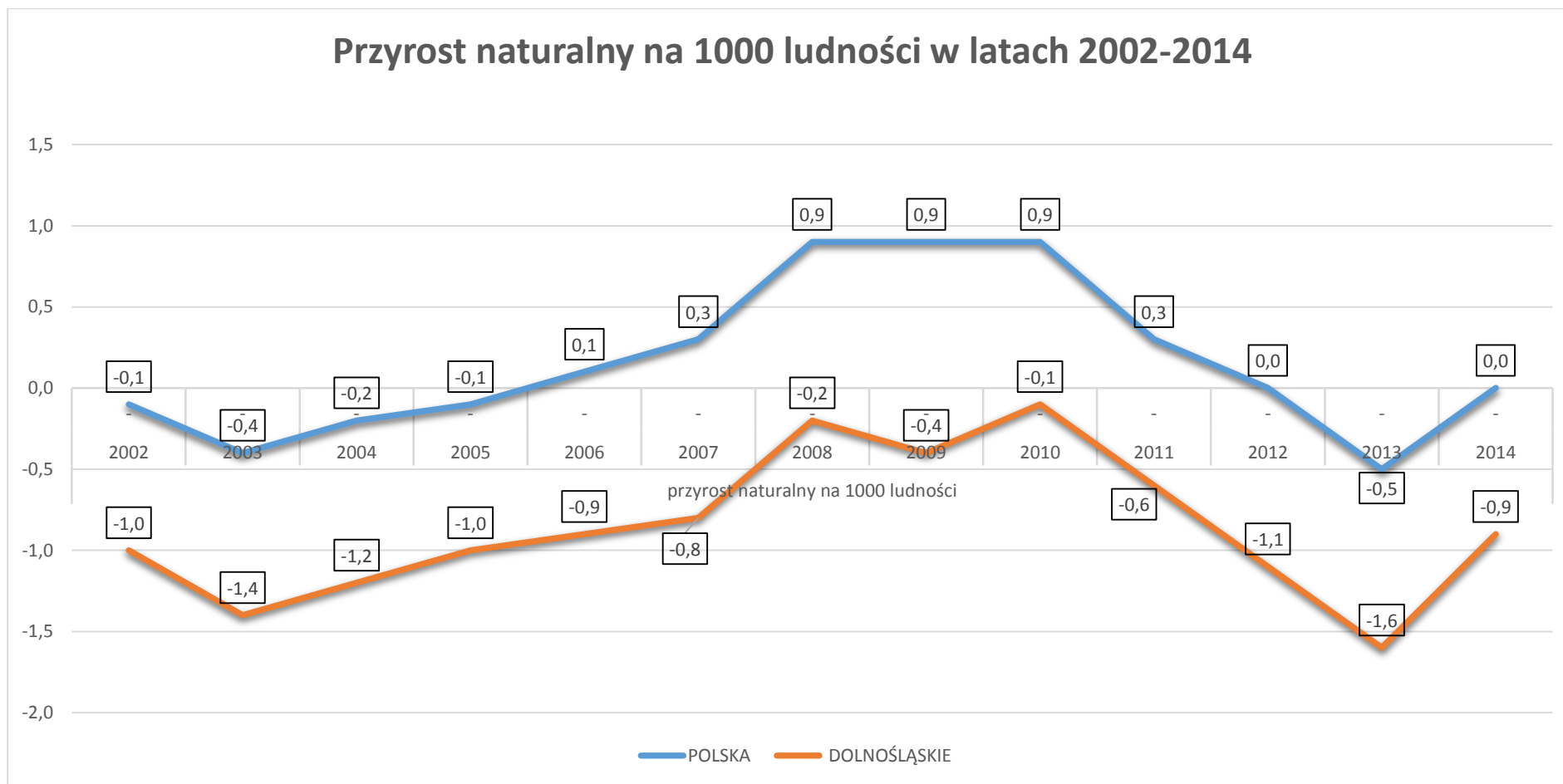
Jedynie w powiatach głogowskim, lubińskim, polkowickim, milickim i oleśnickim odnotowywano corocznie dodatnie wskaźniki przyrostu naturalnego w latach 2002–2014. Najniższą medianę dla wskaźnika przyrostu naturalnego odnotowano dla powiatu miasta Wałbrzych (–5,9) oraz dla powiatu wałbrzyskiego (– 4,1), kolejno dla powiatów lwóweckiego i dzierzoniowskiego (po – 2,8 w każdym z tych powiatów). Najkorzystniej mediany omawianych wskaźników kształtowały się w powiatach: głogowskim (+2,9), wrocławskim (+2,6), polkowickim (+2,5) i lubińskim (+2,4). **(załącznik 6)**



Rycina 1. Współczynniki zgonów i urodzeń w województwie dolnośląskim w latach 2002-2014.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS – NSP 2011

http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks



Rycina 2. Przyrost naturalny na 1000 ludności w latach 2002-2014.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS – NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Istotnym czynnikiem rozwoju gospodarczego jest liczba ludności w wieku produkcyjnym. Liczba dzieci i młodzieży wskazuje m.in. jaki będzie w przyszłości odsetek osób w wieku produkcyjnym, z kolei liczba ludności w wieku poprodukcyjnym wpływa na obciążanie państwa kosztami utrzymania ludzi w wieku podeszłym. **[Dolnośląska Strategia]**

Jednym z kryteriów klasyfikacji populacji ze względu na wiek jest przyjęcie kryterium przynależności do określonych **ekonomicznych grup wieku**, czyli podział na ludność w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym. Takie ujęcie poznawcze umożliwia ustalenie w badanym okresie liczby osób wkraczających w wiek produkcyjny i liczby ludności, która wychodzi z tego wieku.

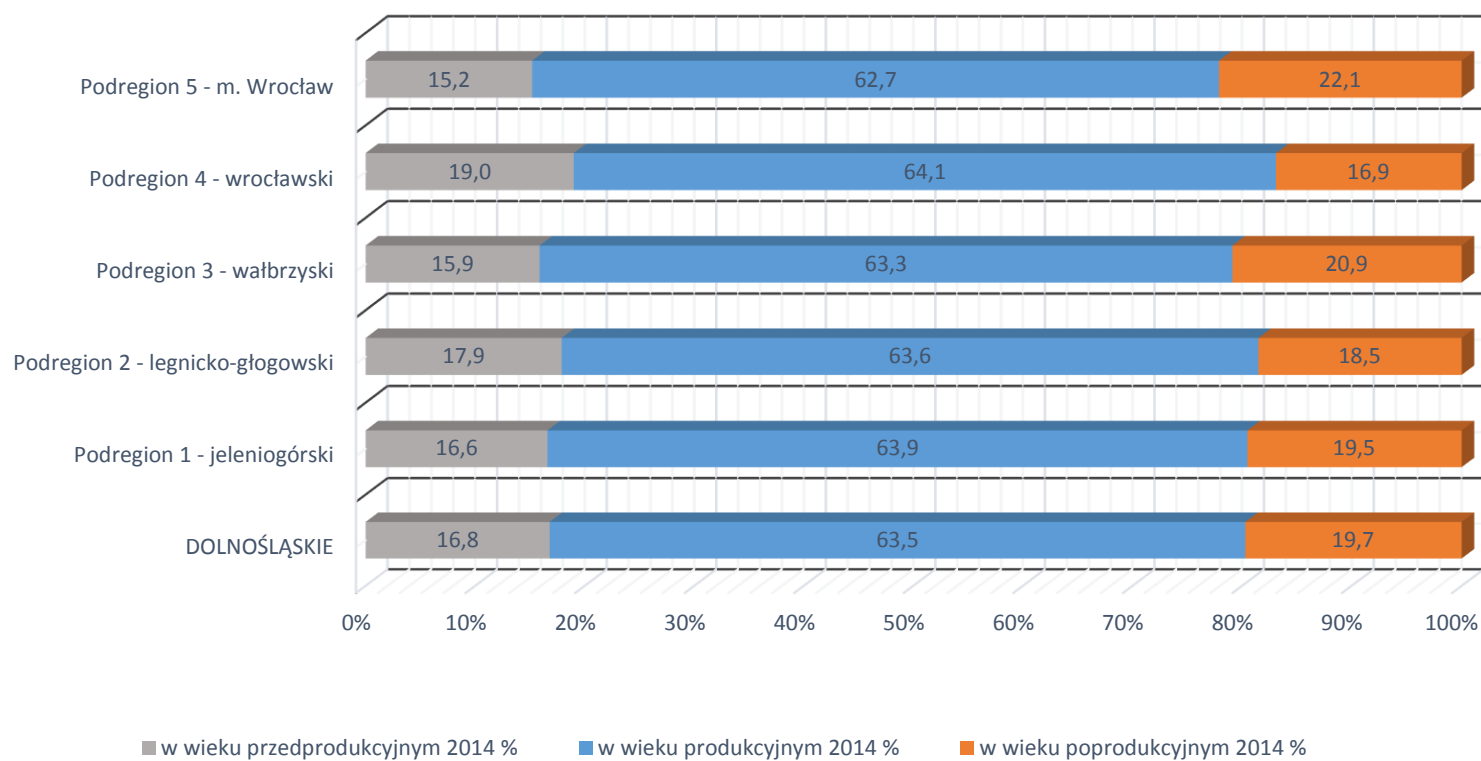
Przez ludność w **wieku produkcyjnym** rozumie się ludność w wieku zdolności do pracy; dla mężczyzn przyjęto wiek 18–64 lata, dla kobiet 18–59 lat. Wśród tej grupy wyróżnia się ludność w wieku mobilnym, tj. w wieku 18–44 lata, i niemobilnym, tj. mężczyzn w wieku 45–64 lata i kobiety w wieku 45–59 lat. Ludność w **wieku nieprodukcyjnym** to ludność w wieku **przedprodukcyjnym**, tj. w wieku do 17 lat, oraz ludność w **wieku poprodukcyjnym** tj. mężczyźni w wieku 65 lat i więcej, kobiety w wieku 60 lat i więcej. **[Szymańczak, 2012]** **Z punktu widzenia niniejszej pracy do dalszych analiz istotne będzie zwrócenie szczególnej uwagi na grupę ludności w wieku poprodukcyjnym.**

Analiza danych statystycznych z okresu ostatniej dekady wskazuje na systematyczny spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz stały wzrost liczebności kategorii wieku poprodukcyjnego. W latach 2002 – 2012 udział osób w wieku 0–17 lat wśród ogółu populacji zmniejszył się o 4 punkty procentowe (z 21,0% do 17%), a odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrósł o 2,9 punktów procentowych (z 15,3% do 18,2%). **[Dolnośląska Strategia]**

Wskaźnik obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym, ludnością w wieku poprodukcyjnym dla województwa dolnośląskiego wynosi 31,0 (dla Polski 30,2). Oznacza to, że na 100 osób wieku produkcyjnym na tym terenie przypada 31 osób w wieku poprodukcyjnym. W najtrudniejszej sytuacji jest podregion Miasto Wrocław – tu wskaźnik wynosi 35,2 i kolejno podregion wałbrzyski – 32,9 (**załącznik 5**)

Podział ludności podregionów województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku zaprezentowano na **rycinie 3**. Natomiast kształtowanie się rozkładu osób w wieku poprodukcyjnym w liczbach bezwzględnych z podziałem na powiaty w latach 2010–2014 zawarto w załączniku (**załącznik 3**).

Ludność podregionów województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku (w %) – 2014 r



Rycina 3. Ludność podregionów województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku (w %) – 2014 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS – NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Przedstawione dane potwierdzają, że w najlepszej kondycji demograficznej jest podregion wrocławski, w którym liczba osób w wieku przedprodukcyjnym wyniosła odpowiednio 19,00% i przewyższała liczbę osób wieku poprodukcyjnym 16,9%. W znacznie trudniejszej sytuacji znajdują się podregiony, w których wysoki jest odsetek osób w wieku poprodukcyjnym, przy jednocześnie zmniejszających się proporcjach ludności w wieku 0–17 lat. Odnosi się to szczególnie do podregionów Miasto Wrocław i wałbrzyskiego, w których osoby wieku poprodukcyjnym stanowią odpowiednio 22,1% i 20,9%.

W **załączniku 4** pokazano również populację województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku z podziałem na płeć w latach 2010–2014.

2.2.Przeciętne dalsze trwanie życia

Przeciętne (średnie) dalsze trwanie życia to wskaźnik liczony w oparciu o jednolitą metodologię zalecaną przez WHO. Wyraża średnią liczbę lat, jaką w danych warunkach umieralności ma jeszcze do przeżycia osoba pochodząca z określonej zbiorowości. [**Holzer, 2003**] Pośrednio jest wskaźnikiem jakości życia danego społeczeństwa, wiążąc się z czynnikami indywidualnymi, takimi jak styl życia, warunki materialne, dbałość o zdrowie, jak i uwarunkowaniami strukturalnymi – poziom zamożności społeczeństwa, stan i dostępność infrastruktury materialnej i instytucjonalnej, stopień zaawansowania medycyny oraz regulacje prawne i instytucjonalne mające na celu ochronę obywateli przed różnego rodzaju czynnikami ryzyka socjalnego (np. utrata pracy, choroba, niepełnosprawność, macierzyństwo, zaawansowany wiek, itp.). [**Dolnośląska Strategia**]

Prognozy opracowywane przez GUS we wszystkich wariantach zakładają wydłużanie się średniego dalszego trwania życia. Takie założenie przyjęli również autorzy niniejszego raportu do szacowania wydatków na rehabilitację społeczną dla osób w wieku poprodukcyjnym – patrz **rozdział 3.4.7.**).

Za przyjęciem takiego założenia przemawiają następujące czynniki:

- obserwowany, począwszy od 1992 r., spadek natężenia zgonów z powodu: chorób układu krążenia we wszystkich grupach wieku, nowotworów wśród osób poniżej 45-go roku życia, oraz wśród mężczyzn w wieku 45–59 lat, zewnętrznych przyczyn (wypadki, urazy, zatrucia)
- spadek umieralności niemowląt,
- pozytywne zmiany w zachowaniach prozdrowotnych ludności

- coraz większy dostęp do usług medycznych i opiekuńczych, a także podniesienie jakości tych usług,
- stały rozwój technologii medycznych oraz upowszechnienie badań profilaktycznych,
- korzystne zmiany struktury wykształcenia przekładające się na większą świadomość konieczności dbania o swoje zdrowie, a co za tym idzie na wydłużenie życia (w Polsce w 2011 roku odsetek osób z wykształceniem wyższym w ogólnej liczbie osób w wieku 13 lat i więcej, wynosił 17,0%, podczas gdy w 2002 r. zaledwie 9,9%).**[GUS 2014, Prognoza ludności]**

Według danych GUS (BDL 2014 r) przeciętne dalsze trwanie życia wyrażone w latach dla mieszkańca Polski wynosi ogółem 73,8 lat dla mężczyzn (74,2 lat dla mieszkańca miasta i 73,1 lat dla mieszkańca wsi) oraz 81,6 lat dla kobiet (81,5 lat dla mieszkanki miast, 81,7 lat – dla mieszkanki wsi). Dla mężczyzny zamieszkującego Dolny Śląsk przeciętne dalsze trwanie życia wynosi 73,1 lat (73,4 dla mieszkańca miasta, 72,4 dla mieszkańca wsi), a dla kobiety 81,1 lat (81,2 lat dla mieszkanki miast, 80,8 lat dla mieszkanki wsi) **(tabela)**. Rozpatrując dane zarówno ogólnopolskie jak i dane dotyczące Dolnego Śląska należy stwierdzić, że przeciętne dalsze trwanie życia jest dłuższe w mieście aniżeli na wsi. **Wskazuje to na potencjalnie większe zapotrzebowanie na różne formy pomocy i wsparcia dla najstarszych mieszkańców miast.**

Tabela 2. Przeciętne dalsze trwanie życia dla noworodka urodzonego w 2014 roku.

Jednostka terytorialna	mężczyźni			kobiety		
	ogółem	w miastach	na wsi	ogółem	w miastach	na wsi
	0	0	0	0	0	0
	2014	2014	2014	2014	2014	2014
	lata	lata	lata	lata	lata	lata
Polska	73,8	74,2	73,1	81,6	81,5	81,7
Dolnośląskie	73,1	73,4	72,4	81,1	81,2	80,8

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS – NSP 2011,

http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

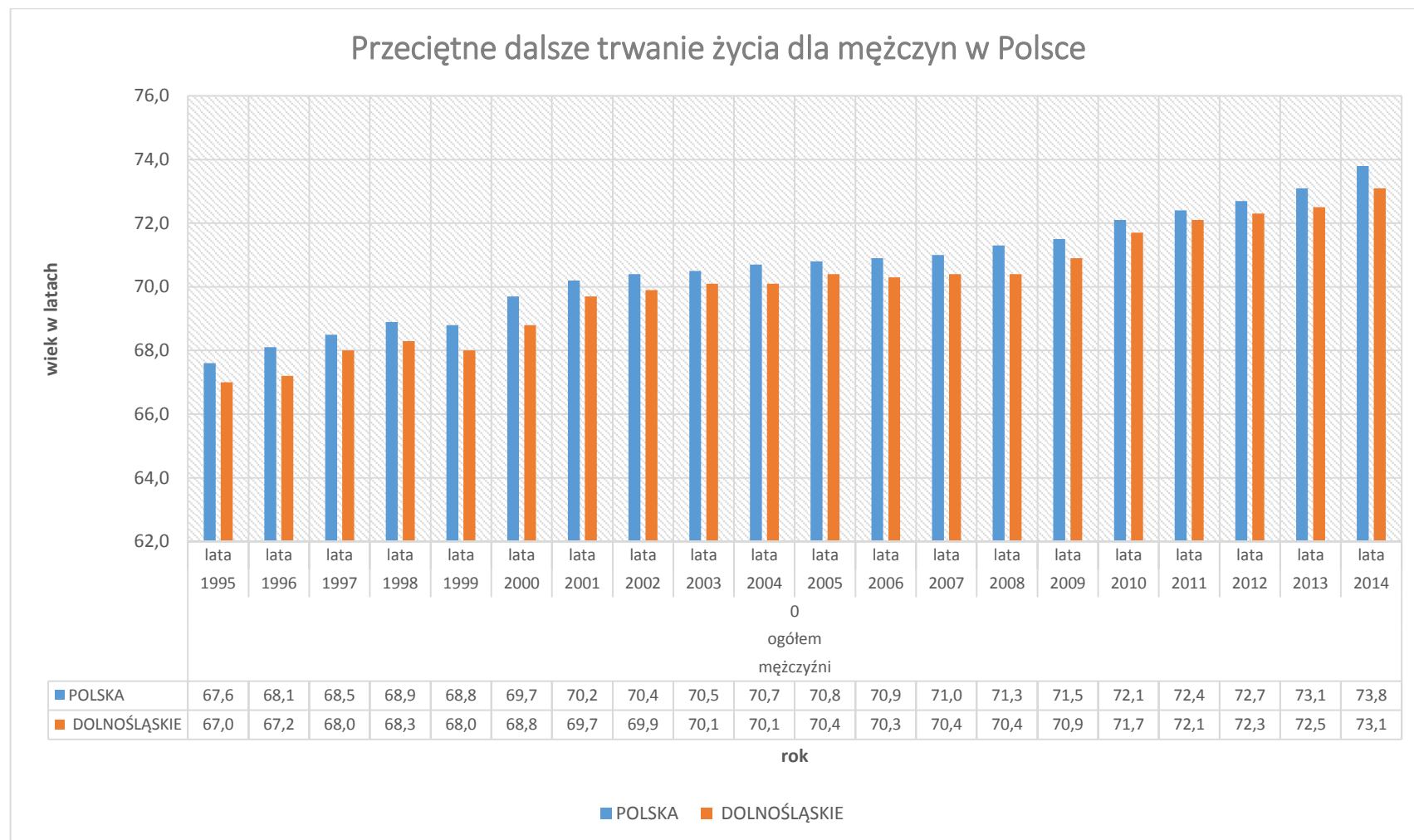
Dla potrzeb niniejszego raportu istotna jest analiza przeciętnego dalszego trwania życia z perspektywy osób w wieku 60 i 65 lat. Dane te z podziałem na płeć zamieszczono w poniższej **tabeli 3.**

Przeciętne dalsze trwanie życia dolnośląskiej populacji jest nieco krótsze niż szacunki ogólnopolskie zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet. Kształtowanie się tego wskaźnika dla obu płci w latach 1995– 2014 zamieszczono na **rycinach 4 i 5.**

Tabela 3 . Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 60 i 65 lat w zależności od miejsca zamieszkania.

Jednostka terytorialna	mężczyźni						kobiety					
	ogółem		w miastach		na wsi		ogółem		w miastach		na wsi	
	60	65	60	65	60	65	60	65	60	65	60	65
	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014
	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata
Polska	19,2	15,9	19,5	16,2	18,7	15,4	24,3	20,2	24,3	20,2	24,2	20,1
Dolnośląskie	18,8	15,6	19,2	16,0	17,8	14,6	23,9	19,9	24,0	20,0	23,5	19,4

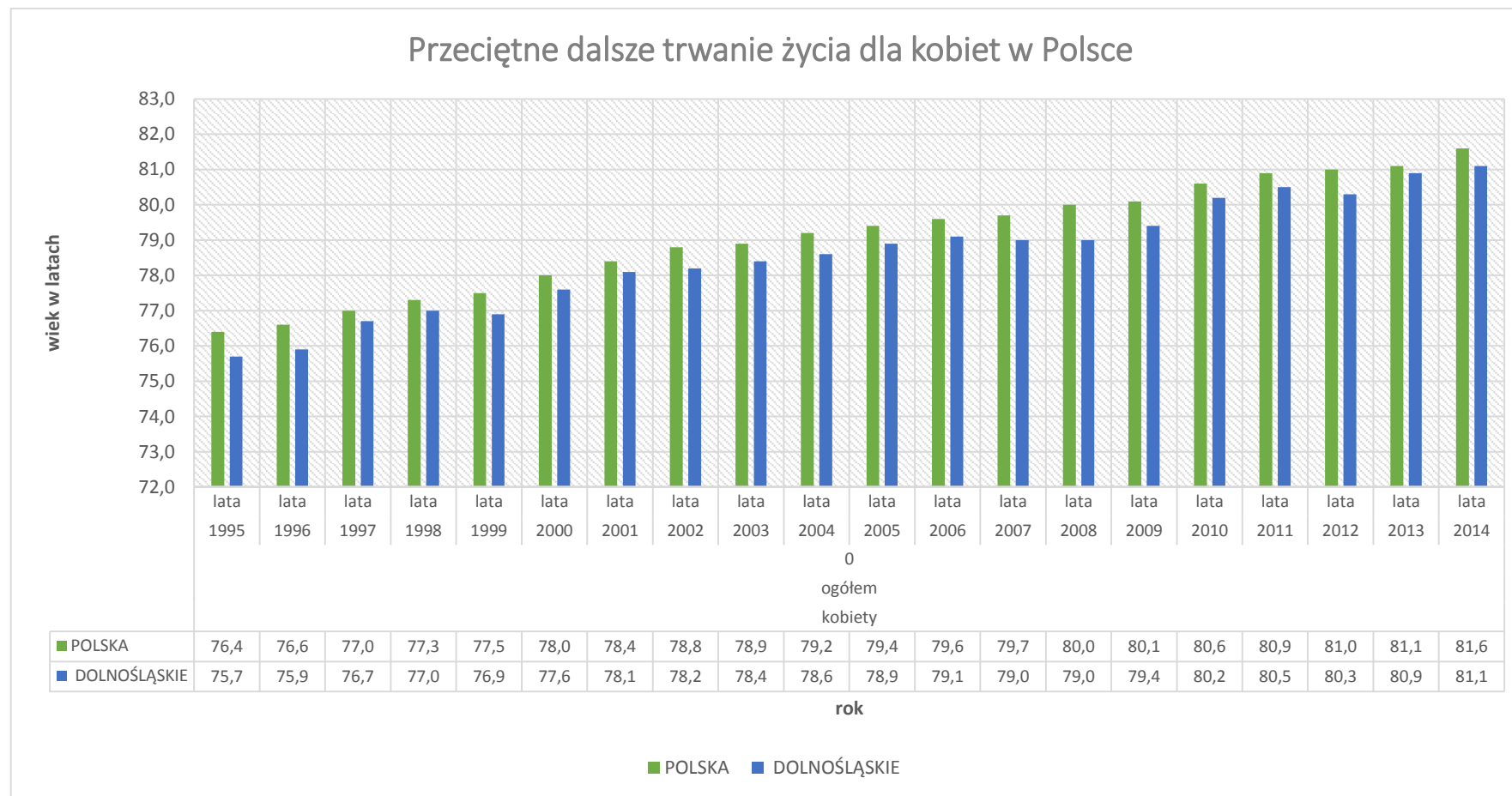
Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS – NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks



Rycina 4. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS – NSP 2011,

http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks



Rycina 5. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS – NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Obok długości trwania życia, istotne znaczenie dla oceny stanu zdrowia ma trwanie życia w zdrowiu. Wskaźnik przeciętnego trwania życia w zdrowiu określa dla danej osoby (przy określeniu płci i wieku) średnią liczbą lat życia bez niepełnosprawności. [GUS2014]

Prognoza długości życia dla Polaka urodzonego w 1990 roku to 66 lat i 5 miesięcy, z czego z w zdrowiu 58 lat i 7 miesięcy, natomiast dla Polki wartości te wynosiły 75 lat i 5 miesięcy z czego w zdrowiu 65 lat i osiem miesięcy. Z kolei przeciętny męski noworodek, który przyszedł na świat w 2013 roku może już liczyć na 72 lata i osiem miesięcy życia w tym 63 lata i 10 miesięcy w zdrowiu. W przypadku noworodka płci żeńskiej wartości te będą odpowiednio wynosiły 81 lat i dwa miesiące z czego w zdrowiu 70 lat i 4 miesiące. [Murray, 2015]

Z danych Eurostatu wynika, że Polska na tle wybranych krajów Europy zachodniej wypada bardzo niekorzystnie, a szczególnie dotyczy to mężczyzn. Występujące w Polsce zjawisko nadumieralności mężczyzn utrzymuje się od lat na wysokim poziomie. W porównaniu z rozwiniętymi krajami europejskimi mężczyźni w Polsce żyją krócej o 2,7 lat a kobiety o 1,6 lat. [GUS 2014]

2.3. Cechy starzenia się populacji dolnośląskiej i konsekwencje z nich wynikające w świetle prognoz na lata 2020, 2035, 2050

Dla lepszego zobrazowania społecznych konsekwencji starzenia się dolnośląskiej społeczności należy najpierw przyjrzeć się cechom charakteryzującym ten proces. Według Błędowskiego (2012) proces starzenia w ujęciu demograficznym charakteryzują:

- **feminizacja** – wyrażająca się powiększającą się wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku przewagą liczby kobiet,
- **singularyzacja w starości**, której wyrazem jest wysoki odsetek osób w wieku podeszłym pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych i najczęściej będą to gospodarstwa domowe prowadzone przez kobiety,
- **podwójne starzenie się**, polegające na szybszym niż ogółem tempie wzrostu odsetka ludności w wieku 80 i więcej lat,
- coraz większe **wewnętrzne zróżnicowanie starości** wyraża się w m.in. przestrzennym zróżnicowaniu procesu demograficznego starzenia się ludności (kształtowanie się wartości tej cechy w zależności od makroregionu zostało omówione w rozdz. 1). Inne kryteria zróżnicowania populacji ludzi w wieku podeszłym, które mają wpływ na kształtowanie zadań

polityki społecznej, to np. stan zdrowia, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i sytuacja rodzinna. [Błędowski, 2012]

Cechy te znajdują swoje odzwierciedlenie w konkretnych danych na poziomie lokalnym. Z danych GUS (BDL, 2011) wynika, że współczynnik feminizacji (określający wzajemne relacje między liczbą kobiet i mężczyzn, tj. liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn) dla Polski w latach 2007–2014 wynosił niezmiennie 107. W województwie dolnośląskim był on wyższy i wynosił 109 w latach 2007–2009 a następnie obniżył się do 108 w latach 2010–2014. Najwyższy współczynnik feminizacji obserwowano w podregionie miasta Wrocław – w omawianym czasie osiągał on wartość od 114 do 115. **(tabela 4)** Rozpatrywanie współczynnika feminizacji wydaje się być istotne zarówno z punktu widzenia polityki dochodowej (emerytury kobiet są przeciętnie niższe niż mężczyzn) jak i polityki zdrowotnej (samoocena stanu zdrowia kobiet jest na ogół gorsza niż mężczyzn w tym samym wieku). Samoocena zdrowia kobiet zostanie omówiona w dalszej części raportu.

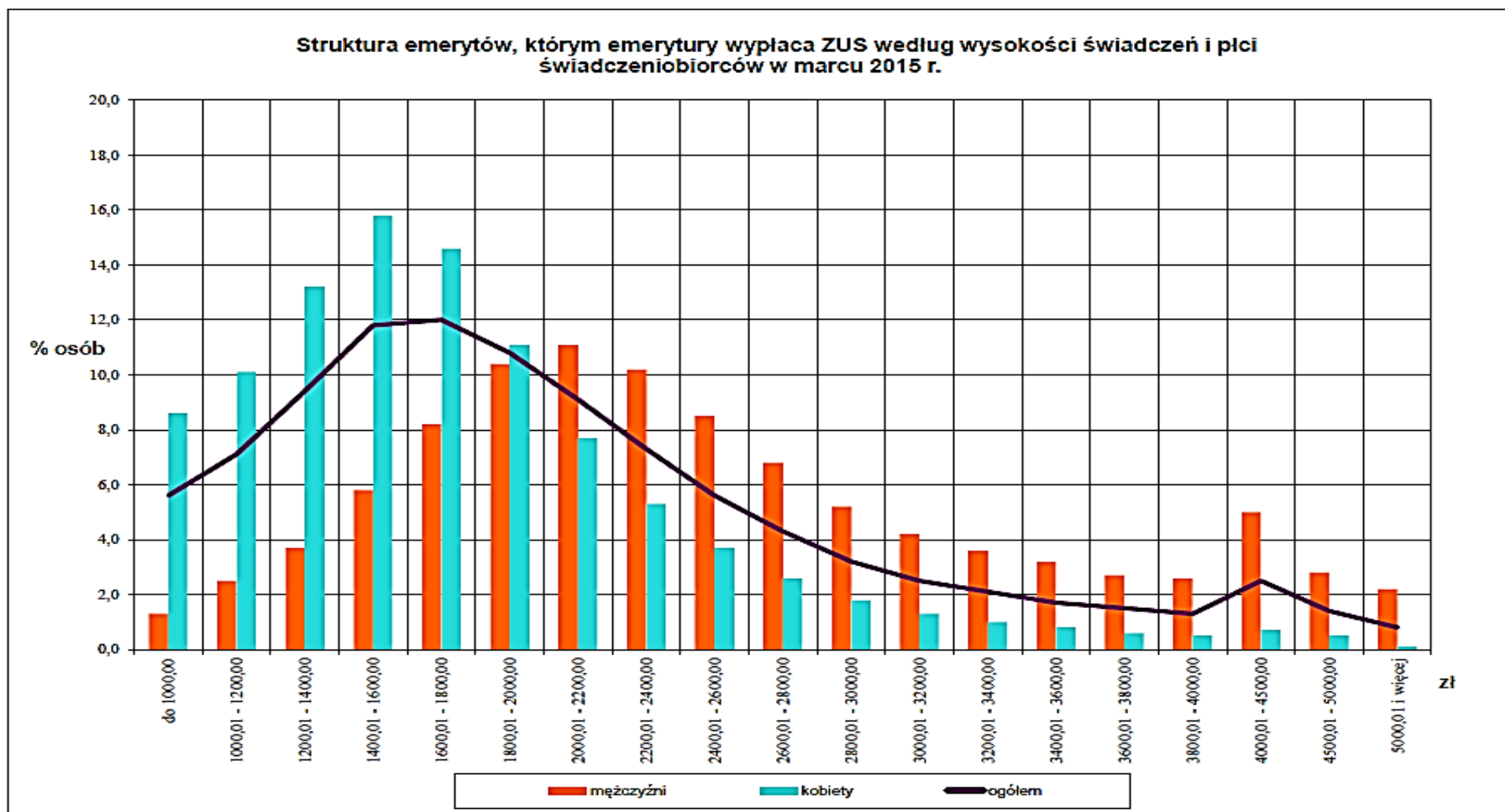
Pozioma analiza struktury emerytur wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2015 pokazuje, że najniższe emerytury pobierają głównie kobiety. Świadczenia z przedziału 500-700 zł pobierało 94,00% kobiet i tylko 6,00 % mężczyzn, świadczenia w wysokości 700-900 zł pobierało 90,8% kobiet i 9,2 % mężczyzn, a te z przedziału 900-1000 zł – 88,8% kobiet i 11,2% mężczyzn. Analogicznie świadczenia emerytalne rzędu 3800- 4000 zł pobierało 78,3% mężczyzn i jedynie 21,7% kobiet, a te w wysokości 5000 zł i wyższe – 87,4% mężczyzn i 12,6% kobiet. **(rycina 6)**

Tabela 4. Kształtowanie się współczynnika feminizacji w Polsce ogółem i województwie dolnośląskim w latach 2007–2014.

Jednostka terytorialna	ogółem							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
POLSKA	107	107	107	107	107	107	107	107
DOLNOŚLĄSKIE	109	109	109	108	108	108	108	108
Podregion 1 – jeleniogórski	108	108	108	107	107	106	106	106
Podregion 2 – legnicko-głogowski	106	106	107	106	106	106	106	106
Podregion 3 – wałbrzyski	110	110	110	109	108	108	108	108
Podregion 4 – wrocławski	104	104	104	104	104	104	104	104
Podregion 5 – m. Wrocław	114	114	114	114	114	114	115	114

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS– NSP 2011

http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks



Rycina 6. Struktura emerytów, którym emerytury wypłaca ZUS według wysokości świadczeń i płci świadczeniobiorców w marcu 2015 roku.

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych. Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2015 roku.

<http://www.zus.pl/files/Struktura%20wysoko%C5%9Bci%20emerytur%20i%20rent%20wyp%C5%82acanych%20przez%20ZUS%20po%20waloryzacji%20w%20marcu%202015%20r.pdf>

Pomimo rozbudowanego w Polsce systemu opieki społecznej bieda dotyczy w większym stopniu kobiet niż mężczyzn. Ubóstwo w wieku podeszłym kobiet jest szczególnie groźne, ponieważ często żyją one samotnie, nie mając środków na podstawowe potrzeby w tym lekarstwa. Swego czasu wcześniejsze przechodzenie na emeryturę kobiet traktowane było jako przywilej, w praktyce okazuje się, że skutki finansowe wcześniejszych emerytur są niekorzystne, pogłębiają ubóstwo i nieszczęścia kobiet. [Galuszka, 2006]

W związku z tym kobiety częściej niż mężczyźni mogą być narażone na ubóstwo, wykluczenie materialne, w większym stopniu mogą wymagać wsparcia społecznego.

Według prognoz GUS, w 2030 r. ogółem aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 i więcej lat. [GUS 2010] Oznacza to, że samotnie w swoich gospodarstwach domowych pozostawać będzie odpowiednio 2740 tys. osób w wieku 65 i więcej lat, w tym 887 tys. osób w wieku 80 lat i więcej. [Błędowski, 2012] W województwie dolnośląskim w roku 2011 było 284 895 gospodarstw jednoosobowych ogółem, w tym najwięcej w podregionie miasta Wrocław – 92 713, kolejno w podregionie wałbrzyskim 66 847 i jeleniogórskim – 52 298.

W Polsce wskaźnik udziału osób w wieku 80 lat i więcej w liczbie Polaków ogółem w 2011 roku wynosił 3,5%, ale już wskaźnik osób w wieku 60 lat i więcej wynosił 19,77%. Dla województwa dolnośląskiego wskaźniki te były odpowiednio wyższe co zaprezentowano w tabeli 5. **Najwyższe wartości omawianego wskaźnika obserwuje się w podregionie miasta Wrocław – 4,48% dla osób w wieku 80 lat i więcej oraz 22,89% dla osób w wieku 60 lat i więcej. W podregionach wałbrzyskim i jeleniogórskim wartości wskaźników są wyższe od ogólnopolskich w obu przypadkach.**

Tabela 5. Wskaźniki dla liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według wybranych grup wiekowych

Tabela 57. Wskaźniki dla grupy wiekowej 60-64 lat w województwie dolnośląskim według wybranych grup wiekowych									
Jednostka terytorialna	ogółem	60-64		60 i więcej		65 i więcej		80 i więcej	
	2011								
	osoba	osoba	%	osoba	%	osoba	%	osoba	%
POLSKA	38511824	2383479	6,19%	7613631	19,77%	5230152	13,58%	1347753	3,50%
DOLNOŚLĄSKIE	2915241	199668	6,85%	591333	20,28%	391665	13,44%	105619	3,62%
Podregion 1 - jeleniogórski	583209	39729	6,81%	115881	19,87%	76152	13,06%	20939	3,59%
Podregion 2 - legnicko-głogowski	454845	32315	7,10%	85127	18,72%	52812	11,61%	12447	2,74%
Podregion 3 - wałbrzyski	684301	47576	6,95%	146336	21,38%	98760	14,43%	26689	3,90%
Podregion 4 - wrocławski	562755	35111	6,24%	99757	17,73%	64646	11,49%	17317	3,08%
Podregion 5 - m. Wrocław	630131	44937	7,13%	144232	22,89%	99295	15,76%	28227	4,48%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Wzrastający odsetek osób w wieku 80 i więcej lat (tzw. „starych starych”) oraz coraz większa liczba bezwzględna osób należących do tej grupy wiąże się z koniecznością zapewnienia wsparcia najstarszym osobom i ich otoczeniu rodzinnemu, częściej niż w przypadku pozostających w rodzinie tzw. „młodych starych” (osób w wieku 65–79 lat), zaangażowanych w sprawowanie funkcji opiekuńczych wobec seniorów. [Błędowski, 2012]

Zgodnie z wcześniejszymi informacjami – w badaniach demograficznych uważa się, że jeżeli udział ludności w wieku 60 lat i więcej w populacji jest równy lub większy niż 12% to populacja znajduje się w fazie *starości demograficznej* natomiast, gdy ten udział jest równy lub większy niż 18% mówi się o fazie *mocno zaawansowanego stanu starości*. **W związku z tym, że udział osób w wieku 60 i więcej lat w populacji dolnośląskiej wynosi 20,28% można wnioskować, że znajduje się ona w fazie mocno zaawansowanego stanu starości.**

W kwestii przyrostu odsetka osób w wieku 80 lat i więcej, najgorszą prognozę przewiduje GUS. Podczas gdy w 2013r. udział osób omawianej grupy wieku stanowił niecałe 4% ogółu ludności, w 2050 roku będzie wynosił 10,4%. Według Eurostatu i ONZ przyrost ten będzie niższy – wyniesie odpowiednio 9,6% i 8,6%. W 2050 r. wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (liczony jako liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadających na 100 osób w wieku 15–64 lata) dla Polski będzie nieznacznie wyższy (53) niż wyznaczony łącznie dla całej Unii Europejskiej (50). W 2012 r. współczynnik ten wynosił dla Polski 20, natomiast dla całej Unii Europejskiej 27 [GUS 2014].

W roku 2020 w Polsce będzie żyło 9 886 893 mln osób w wieku 60+ w tym 126 803 tys. osób w wieku 80+. Wartości te będą stanowiły odpowiednio 25,92% i 4,42% ogółu całej populacji Polaków. Województwo dolnośląskie będzie zamieszkiwało w tym czasie 787 213 tys. osób w wieku 60+ oraz 126 803 tys. osób w wieku 80+ czyli będą to odpowiednio wartości 27,46% i 4,42% ogółu Dolnoślązaków. Warto podkreślić, że o ile wielkość populacji osób wieku 80+ na terenie dolnośląskiego będzie kształtowała się z taką samą tendencją jak zjawisko to będzie obserwowane na poziomie ogólnopolskim – to w przypadku grupy osób w wieku 60+ będziemy mieli do czynienia ze zjawiskiem bardziej nasilonym na Dolnym Śląsku (27,46% dolnośląskie vs. 25,92% Polska). We wszystkich podregionach województwa dolnośląskiego za wyjątkiem podregionu wrocławskiego odsetek osób w wieku 60+ w roku 2020 będzie wyższy od poziomu ogólnopolskiego. (tabela 6)

W roku 2035 według GUS liczba Polaków ogółem obniży się z 38 mln (2020) do około 36 mln. Nadal zauważalna będzie tendencja wzrostowa dotycząca zarówno liczby osób 60+ jak i 80+ w porównaniu do roku 2020. Według prognoz w województwie dolnośląskim w roku

2035 będzie żyło 867 603 tys. osób (32,03%) i 229 526 tys. (8,47%) osób w wieku 80+. **(tabela 7)**

Z kolei prognoza na rok 2050 przedstawia obniżenie ogólnej liczby Polaków do około 33 mln przy nadal rosnącej tendencji do wzrostu liczby osób w obu omawianych grupach wiekowych. Podobnie zauważalny jest spadek w zakresie ogólnej liczby mieszkańców Dolnego Śląska z 2 866 551 mln w roku 2020 do 2 495 378 mln w roku 2050. W roku 2050 Dolnoślązacy w wieku 60+ będą stanowili 41,38% ogółu mieszkańców tego regionu a osiemdziesięciolatkowie i osoby w wieku wyższym – 10,33%. Sytuacja w podregionach jeleniogórskim jak i wałbrzyskim będzie zdecydowanie najtrudniejsza – tam osoby w wieku 80+ będą stanowiły ponad 12% osób w każdym z regionów natomiast osoby w wieku 60+ około 45%. W przypadku osób w wieku 80+ w podregionach jeleniogórskim i wałbrzyskim w porównaniu do poziomu ogólnopolskiego w roku 2050 będziemy obserwować wzrost o 2 punkty procentowe a w przypadku osób w wieku 60+ aż o około 5 punktów procentowych. **(tabela 8) Prognozy ludności w wieku 60+ dla powiatów na lata 2020,2035, 2050 – patrz załącznik 7, 8, 9.**

Tabela 6. Prognoza liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według wybranych grup wiekowych na rok 2020

Jednostka terytorialna	prognoza na rok 2020										
	ogółem	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85 i więcej	60 i więcej	%	80 i więcej	%
	2014										
POLSKA	38137804	2693258	2534082	1947962	1027171	864062	820358	9886893	25,92%	1684420	4,42%
DOLNOŚLĄSKIE	2866551	215035	212773	160493	72109	63871	62932	787213	27,46%	126803	4,42%
Podregion 1 – jeleniogórski	554906	45209	43835	31556	13729	12322	12226	158877	28,63%	24548	4,42%
Podregion 2 – legnicko-głogowski	443653	33138	33164	25790	10833	8932	7721	119578	26,95%	16653	3,75%
Podregion 3 – wałbrzyski	644437	53921	51618	37954	17124	16508	15922	193047	29,96%	32430	5,03%
Podregion 4 – wrocławski	598045	40964	38442	28872	12647	10283	10080	141288	23,62%	20363	3,40%
Podregion 5 – m. Wrocław	625538	41806	45717	36330	17783	15828	16986	174450	27,89%	32814	5,25%
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks</i>											

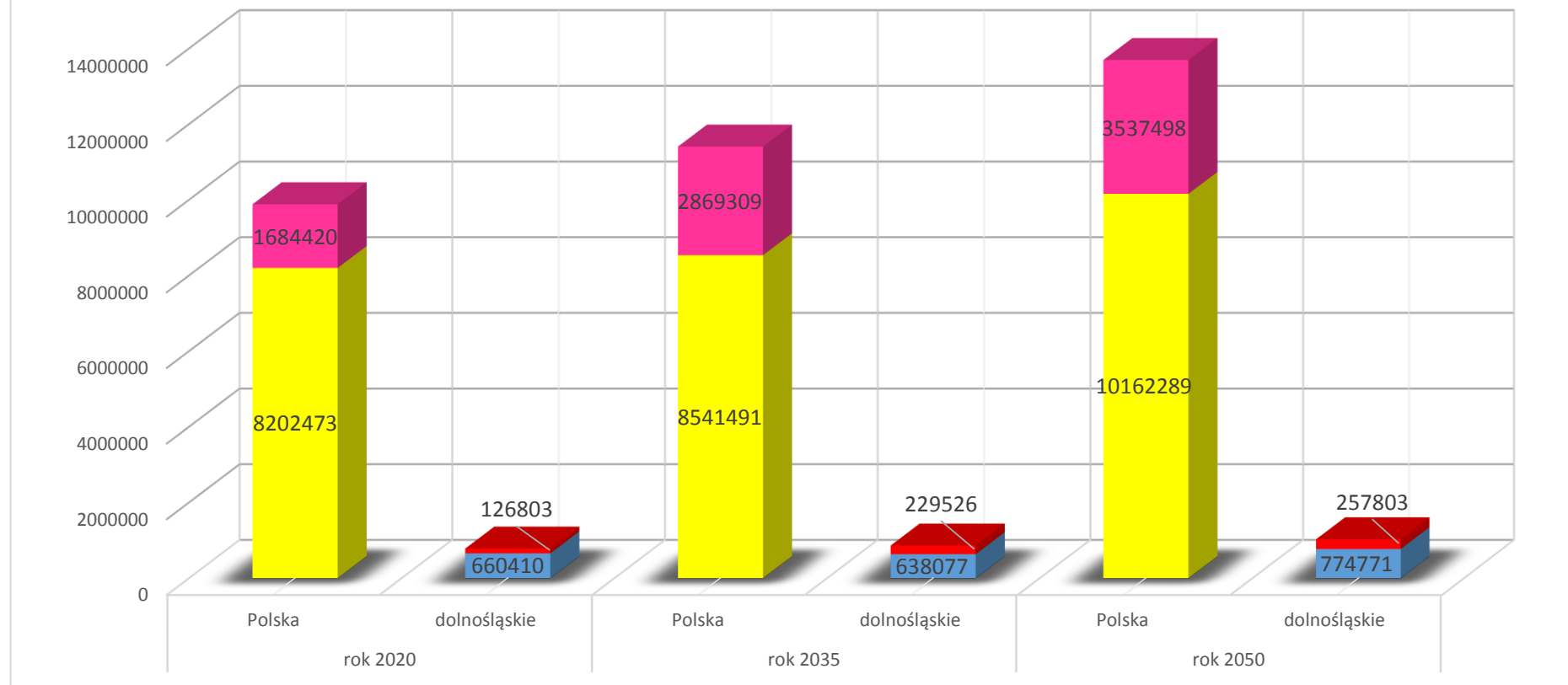
Tabela 7. Prognoza liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według wybranych grup wiekowych na rok 2035

Jednostka terytorialna	prognoza na rok 2035										
	ogółem	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85 i więcej	60 i więcej	%	80 i więcej	%
	2014										
POLSKA	36476771	2493897	2041149	1959820	2046625	1599863	1269446	11410800	31,28%	2869309	7,87%
DOLNOŚLĄSKIE	2709122	188112	145451	143568	160946	131377	98149	867603	32,03%	229526	8,47%
Podregion 1 – jeleniogórski	498576	36432	28863	29740	33420	26628	18975	174058	34,91%	45603	9,15%
Podregion 2 – legnicko-głogowski	409814	29107	22574	21968	24591	20338	14977	133555	32,59%	35315	8,62%
Podregion 3 – wałbrzyski	571046	40825	33258	34809	39985	31603	23358	203838	35,70%	54961	9,62%
Podregion 4 – wrocławski	628600	43069	32574	30185	31398	24031	17306	178563	28,41%	41337	6,58%
Podregion 5 – m. Wrocław	601121	38677	28183	26861	31553	28779	23576	177629	29,55%	52355	8,71%
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks</i>											

Tabela 8. Prognoza liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według wybranych grup wiekowych na rok 2050

Jednostka terytorialna	prognoza na rok 2050										
	ogółem	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85 i więcej	60 i więcej	%	80 i więcej	%
	2014										
POLSKA	33950569	2602299	2875348	2605358	2079284	1465684	2071814	13699787	40,35%	3537498	10,42%
DOLNOŚLĄSKIE	2495378	196181	223224	200243	155123	103161	154642	1032574	41,38%	257803	10,33%
Podregion 1 – jeleniogórski	427366	34414	39663	37001	29630	20097	31395	192200	44,97%	51492	12,05%
Podregion 2 – legnicko-głogowski	363553	27699	31566	29675	23653	15876	23064	151533	41,68%	38940	10,71%
Podregion 3 – wałbrzyski	484446	38692	45629	42292	33407	23339	37322	220681	45,55%	60661	12,52%
Podregion 4 – wrocławski	642374	48341	53468	47640	36374	23409	31191	240423	37,43%	54600	8,50%
Podregion 5 – m. Wrocław	577658	47039	52894	43642	32055	20453	31691	227774	39,43%	52144	9,03%
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks</i>											

Prognozy liczby mieszkańców Polski i Dolnego Śląska na lata 2020, 2035, 2050



Legenda: ■ Polska, osoby w wieku 60-79, ■ Polska, osoby w wieku 80+
■ Dolnośląskie, osoby w wieku 60-79, ■ Dolnośląskie, osoby w wieku 80+

Rycina 7. Prognozy liczby mieszkańców Polski i Dolnego Śląska na lata 2020, 2035, 2050.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Jedną z cech starości jest jej wewnętrzne zróżnicowanie ze względu na takie zmienne jak: wiek, płeć, stan zdrowia, poziom wykształcenia, dochody, miejsce zamieszkania i sytuacja rodzinna. Zapotrzebowanie osób w wieku podeszłym na pomoc ze strony innych osób oraz na świadczenia opiekuńcze będą uzależnione między innymi od samooceny stanu zdrowia a ta z kolei powiązana jest z wyżej wymienionymi zmiennymi. Kwestia dochodów seniorów została omówiona w podrozdziale 3.3.1 natomiast wykształcenie- w podrozdziale 3.5.

Według GUS (2009) samoocena stanu zdrowia wykazuje korelację z: wiekiem, płcią, wykształceniem, miejscem zamieszkania oraz stanem cywilnym.

Kobiety znacznie częściej od mężczyzn oceniają swoje zdrowie poniżej dobrego (37% kobiet, wobec 31% mężczyzn). Również relatywnie częściej niż mężczyźni zgłaszają występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych czy chorób przewlekłych. (odpowiednio 39% mężczyzn i 47% kobiet).

W przypadku osób w wieku podeszłym pozytywne oceny swojego zdrowia częściej deklarowane są przez mieszkańców miast.

Wraz z wiekiem zwiększa się częstość ocen coraz niższych na niekorzyść ocen wyższych. Wśród osób w wieku starszym (60 lat i więcej) tylko co piąta osoba (21%) ocenia swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, podczas gdy wśród pięćdziesięciolatków takie deklaracje są uzyskiwane dwukrotnie częściej.

Widoczne jest także zróżnicowanie ocen według stanu cywilnego. Osoby żyjące w związkach (zarówno małżeńskich, jak i partnerskich) lub będące jeszcze w stanie wolnym (kawaler, panna) lepiej oceniają swoje zdrowie niż osoby owdowiałe czy rozwiedzione.

[Raport GUS, Stan zdrowia 2009].

Uwzględniając osiągnięty poziom wykształcenia można zauważyć, że osoby o wysokim poziomie wykształcenia korzystniej oceniają stan swojego zdrowia niż osoby słabiej wykształcone. Poziom wykształcenia wpływa także na preferowany styl życia. Osoby lepiej wykształcone częściej stosują się do zasad zdrowego trybu życia, starają się odpowiednio odżywiać, dostarczając organizmowi niezbędnych wartości odżywczych, uprawiają sport i inne rodzaje aktywności fizycznej i umysłowej, dbają o swoje zdrowie i kontrolują jego stan, dysponują również większą wiedzą o zagrożeniach dla dobrostanu fizycznego i psychicznego, potrafią owych negatywnych stanów unikać lub minimalizować ich niekorzystne skutki. Dlatego też osoby lepiej wykształcone cieszą się relatywnie lepszym zdrowiem i żyją dłużej.

[Raport GUS, Stan zdrowia 2009 ; Narodowy program 2007–2015]

Owdowiałe lub rozwiedzione, starsze kobiety, z niskim poziomem wykształcenia, zamieszkujące wieś mogą wykazywać duże zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjno – opiekuńcze.

Badania przeprowadzone w 439 ośrodkach POZ na próbie 3827 chorych przewlekle, z medianą wieku 62 lata wykazały, że niższy poziom satysfakcji z jakości stanu zdrowia występował u pacjentów z niższym poziomem jakości życia (quality of life – QoL) w Dziedzinie fizycznej, niskim poziomem satysfakcji z QoL, wyższym poziomem zachowań w kategorii pozytywna nastawienie psychiczne (niski poziom satysfakcji stymuluje więc zachowania zdrowotne w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne), niższym poziomem QoL Dziedzinie Środowisko, u korzystających prywatnie z usług lekarza, z większą liczbą wizyt u lekarza, z większą liczbą leków, z niskim poziomem nawyków żywieniowych, z krótszym akceptowanym czasem oczekiwania na wizytę przed gabinetem lekarza, z wysokim wskaźnikiem somatycznym. [Kurpas 2013]

Ostatecznie jednak bez względu na powyższe zmienne należy się spodziewać, że wraz z wiekiem będą się pojawiały coraz to nowe potrzeby zdrowotne związane z wielochorobowością i postępującą utratą samodzielności.

W tej sytuacji potencjał opiekuńczy rodziny może okazać się niewystarczający i pojawi się zapotrzebowanie na specjalistyczne usługi opiekuńcze. Wówczas zaspokojenie tych potrzeb winno leżeć nie tylko w gestii rodzin seniorskich, ale również samorządu terytorialnego oraz władz administracji państwowej (określenie strategii finansowania wzrastających wydatków związanych ze świadczeniami zdrowotnymi i pielęgnacyjnymi oraz finansowaniem świadczeń emerytalnych).

3. Potrzeby osób w wieku podeszłym i ich rodzin

3.1. Potrzeby seniorów w świetle teorii

Jakość życia jest pochodną możliwości zaspokojenia różnorodnych potrzeb w środowisku, w którym żyje się na co dzień. Źródłem potrzeb człowieka są uznawane przez niego wartości. Można mówić o potrzebach pierwotnych o charakterze biologiczno – naturalnym jak również o potrzebach wyższego rzędu tzn. psychospołecznych, wreszcie kulturowych. Niewątpliwym jest fakt, że ludzie w wieku podeszłym do życia i dobrego samopoczucia potrzebują zaspokojenia nie tylko potrzeb pierwotnych, nie mniej ważne są

potrzeby wyższego rzędu, które budują sens życia człowieka. **[Bogowolska–Wepsięć i wsp., 2008]**

Jedną z bardziej interesujących koncepcji potrzeb osób w wieku podeszłym opracował amerykański gerontolog C. Tibbitts. Spośród dziesięciu potrzeb tylko jedna dotyczy wprost ochrony zdrowia, pozostałe mają charakter rozwojowy – w aspekcie psychologicznym, społecznym i duchowym. Do potrzeb seniorów według Tibbittsa należą: potrzeba wykonywania społecznie użytecznych działań, potrzeba uznania za część społeczeństwa, społeczności i grupy i odgrywania w nich określonej roli, potrzeba wypełnienia powiększonego wolumenu czasu w satysfakcjonujący sposób, potrzeba utrzymywania normalnych stosunków towarzyskich, potrzeba uznania jako jednostki ludzkiej, potrzeba stwarzania okazji i sposobności dla autoekspresji oraz poczucia dokonań, potrzeba odpowiedniej stymulacji psychicznej i umysłowej, potrzeba ochrony zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej, potrzeba odpowiednio ustalonego trybu życia i utrzymania stosunków z rodziną, potrzeba duchowej satysfakcji. **[Tibbitts 1960, Woźniak 1997, Łuszczynska 2013].**

Na fakt, że osoby w wieku podeszłym silniej niż w poprzednich okresach życia odczuwają potrzebę bezpieczeństwa, przynależności i szacunku wskazuje M. Susłowska **[Susłowska, 1989]**. Według Małeckiej człowiek w wieku podeszłym mocno odczuwa potrzebę bezpieczeństwa psychicznego, przynależności do grupy oraz zajmowania w niej określonego miejsca; bycia użytecznym; potrzebę afirmacji siebie i świata **[Małeczka, 1985]**. Zachowanie niezależności i własnej indywidualności jest jedną z dominujących potrzeb osób w wieku podeszłym według Garreta. **[Garrett, 1990]**

Wyeksponowaniu potrzeb najbardziej istotnych z punktu widzenia organizacji systemu ich zaspokajania służy systematyzacja H. Brubakera. Wśród potrzeb osób w wieku podeszłym uzależnionych od pomocy innych wyróżnił on:

- potrzeby finansowe – związane z faktem uzależnienia dochodów osoby emerytowanej od jednego źródła utrzymania i stałej wysokości świadczenia,
- potrzeby fizyczne – związane z obniżającą się sprawnością i postępującym osłabieniem organizmu,
- potrzeby społeczno–emocjonalne – polegające na utrzymaniu kontaktów socjalnych i interakcji z lokalnym środowiskiem. **[Błędowski, 2002]**

Potrzeby seniorów należy rozpatrywać w związku z ich ze stanem zdrowia, sytuacją społeczną, kondycją psychiczno–fizyczną. Zarówno ostre, jak i przewlekłe, choroby wieku starszego z reguły powodują pogorszenie sytuacji materialnej i społecznej. Jest to spowodowane nie tylko kosztami stosowania drogich środków farmakologicznych, ale także

kosztami i dostępnością do droższych lub bardziej nowoczesnych sposobów leczenia (np. protezowanie słuchu, implanty stawów, zabiegi kardiochirurgiczne). Dodatkowe koszty są związane z transportem osób niepełnosprawnych, zapewnieniem dłuższej opieki pielęgnacyjnej w warunkach domowych, czy adaptacją mieszkań do potrzeb niesprawnych osób. Wszystkie te świadczenia są teoretycznie dostępne, jednak ograniczane do środków najtańszych co pośrednio prowadzi do marginalizacji osób w wieku poprodukcyjnym w ich środowisku życiowym i w kontaktach społecznych. Stąd rodzi się postulat równoczesnej oceny potrzeb socjalnych i zdrowotnych oraz wspólnego postępowania profilaktycznego, diagnostycznego, leczniczego i wspierającego, co wymaga większej koordynacji między placówkami służby zdrowia i placówkami pomocy społecznej. **[Pędich , 2014]**

Potrzeby osób w wieku podeszłym, zaspokojone bądź nie, bardzo wyraźnie korelują z odczuwaną przez nie jakością życia, a pośrednio również leczenia. Dzięki ocenie potrzeb pacjenta można wyznaczyć kierunek oraz optymalny zakres postępowania terapeutycznego oraz socjalnego. Dopiero opieka dostosowana do indywidualnych wymagań wydaje się być najkorzystniejsza, bowiem umożliwia podniesienie jakości życia podopiecznych, jak i jest najlepszym rozwiązaniem ekonomicznym. **[Rymaszewska, 2008]** Według Hrynkiewicz wielu przypadków niezdolności do samodzielnej egzystencji można byłoby uniknąć, gdyby w leczeniu pacjenta punktem wyjścia były jego potrzeby wynikające ze stanu zdrowia, a nie „podział” schorzeń według kompetencji, specjalności i dyscyplin medycznych. **[Hrynkiewicz 2012]**

3.2. Potrzeby somatyczne osób w podeszłym wieku

3.2.1 . Struktura chorób przewlekłych

Choroby przewlekłe są czynnikiem w poważnym stopniu utrudniającym samodzielne zaspokajanie potrzeb i zwiększającym zapotrzebowanie na pomoc ze strony rodziny, grup nieformalnych oraz służb pomocy społecznej.

Pod koniec 2009 r. występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych zarejestrowano u prawie 51% ogółu Polaków, zaś w 2004 r. – u 46%. Częstość występowania tych schorzeń wzrasta wraz z wiekiem, a gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. Ponad 82% osób będących w wieku 50 lat i więcej potwierdziło występowanie obecnie przynajmniej 1 choroby lub dolegliwości przewlekłej. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne

występowania chorób i dolegliwości przewlekłych można zauważyć, że najczęściej gorszą sprawność wykazują mieszkańcy województwa opolskiego i dolnośląskiego (55%), a najrzadziej mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego i podkarpackiego – mniej niż 45% ogółu ludności w tych województwach. [**Raport GUS 2009, Stan zdrowia**]

Po przekroczeniu 60–tego roku życia coraz liczniejsza grupa osób choruje na choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa), mających kłopoty z stawami, pojawia się także cukrzyca i choroby tarczycy, częściej występują również problemy z układem moczowym lub prostatą. Pogarsza się także zdrowie psychiczne – częściej występują stany lękowe, depresja lub inne podobne problemy. (**Raport GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2009**).

Według pierwszego w Polsce badania epidemiologicznego zaburzeń psychicznych przeprowadzonego zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia we współpracy z Konsorcjum World Mental Health (badanie EZOP), na próbie losowej liczącej ponad 10 tysięcy respondentów składającej się z osób w wieku 18–64 lata, można wnioskować, że do najczęściej występujących zaburzeń należały te związane z używaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). W dalszej kolejności występowały zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należą fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Zaburzenia nastroju rozpoznawano u 3,5% respondentów, co przy ekstrapolacji wyników umożliwia oszacowanie liczby osób dotkniętych tymi problemami na blisko 1 milion. Impulsywne zaburzenia zachowania (zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zachowania i eksplozywne), które mogą sygnalizować lub poprzedzać szereg innych stanów klinicznych, rozpoznawano u 3,5% respondentów. Stwierdzono, że 20–30% populacji w wieku 18–64 lata uskarża się na takie problemy, jak stany obniżenia nastroju i aktywności, swoiste objawy unikania, przewlekły lęk i drażliwość. Większym ryzykiem zaburzeń psychicznych obciążeni są mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety. [**Raport EZOP, 2014**]

Dla wieku podeszłego charakterystyczną cechą jest **wielochorobowość**. [**Synak 2000, Kurpas 2013, GUS 2011, Hryniewicz 2012, Błędowski 2012**] W badaniach przeprowadzonych pod kierunkiem Synaka (2000), aż 63% badanej grupy ludzi w wieku podeszłym uskarżało się na trzy lub więcej dolegliwości. Byli to głównie mieszkańcy wsi, kobiety i osoby po 75. roku życia. W wieku starszym głównymi schorzeniami były choroby układu kostno-stawowego i układu krążenia oraz typowe zespoły geriatryczne, takie jak: zaburzenia równowagi z upadkiem, nietrzymanie moczu czy zaburzenia pamięci, a także zaburzenia funkcji poznawczych. [**Synak, 2000**]

Badanie przeprowadzone w 439 poradniach POZ na próbie pacjentów z medianą wieku 62 lata pokazuje, że najczęściej występującym schorzeniem w tej grupie było nadciśnienie tętnicze, kolejno zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, miażdżyca, cukrzyca insulinozależna, przewlekła choroba niedokrwienna serca. Mediana liczby chorób przewlekłych wynosiła 2,72, co jest informacją potwierdzającą występowanie **zjawiska wielochorobowości** wśród badanych. [Kurpas, 2013]

Najczęstszych 10 rozpoznań w badanej grupie przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Najczęstszych 10 rozpoznań w badanej grupie pacjentów POZ

Diagnoza według ICD–10 (n=2061)		n	%	n	%	n	%
1.	I10 Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	913	44.30	(1–5)	(1–5)	(1–10)	(1–10)
2.	M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	528	25.62				
3.	I70 Miażdżyca	407	19.75				
4.	E11 Cukrzyca insulinozależna	326	15.82				
5.	I25 Przewlekła choroba niedokrwienna serca	261	12.66				
6.	E10 Cukrzyca insulinozależna	244	11.84	(6–10)	(6–10)	1709	82.92
7.	I11 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca	212	10.29				
8.	M15 Zwyrodnienia wielostawowe	189	9.17				
9.	I50 Niewydolność serca	170	8.25				
10.	M17 Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych	122	5.92				
				1500	72.78		
				746	36.20		

*odsetki w kolumnie drugiej nie sumują się do 100% ponieważ pacjenci deklarowali występowanie więcej niż jednej choroby przewlekłej

Źródło: Kurpas D. Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2013 (Rozprawy Habilitacyjne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; 6/2013).

Wielochorobowość wiąże się ze stosowaniem nadmiernej liczby leków, przyjmowaniem leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub bez wskazań lekarskich. [Pędich, 2014] Udowodniono, że stosowanie wielu leków u chorych w wieku podeszłym zwiększa ryzyko pogorszenia sprawności funkcjonalnej, sprzyja powstawaniu niekorzystnych interakcji lekowych doprowadzając do upadków i w efekcie do złamań szyjki kości udowej. [Lai i wsp 2010].

W regionie południowo – zachodnim Polski, grupa 52% badanych zażywa codziennie co najmniej 5 leków, a 11% co najmniej 10 leków. Średnia liczba leków (Rp+OTC) zażywanych przez zamieszkujących obszary miejskie wynosi $5,5 \pm 3,6$ ($p=0,001$) i jest istotnie statystycznie wyższa od zamieszkujących obszary wiejskie ($4,5 \pm 3,4$, $p < 0,001$). Ponadto zaobserwowano narastanie zjawiska wielolekowości w starości: osoby z grupy wczesnej starości pobierały istotnie statystycznie mniej leków niż osoby z późniejszą starości. **[Rajska – Neumann i wsp., 2012]**

Z badań dotyczących Dolnośląskich seniorów wynika, że aż 75,7% przyjmuje regularnie leki. Prawie 98% badanych oświadczyło, że przyjmuje leki ordynowane przez lekarza. Udział preparatów ziołowych (dostępnych bez recepty) w analizowanym zagadnieniu regularnego leczenia wzrasta po 70. roku życia i dotyczy częściej kobiet, osób ze średnim i wyższym wykształceniem, mieszkających w mieście. Natomiast 9,5% ogółu ankietowanych i 12,7% osób zgłaszających regularnie przyjmowanie leków podaje, że zażywa ponad 7 leków dziennie. Największe zagrożenie polipragmazją (wielolekowość) wykazano wśród osób z wyższym wykształceniem i u płci żeńskiej. **[Bogowolska–Wępiec i wsp., 2008]**

Zjawisko wielolekowości w farmakoterapii osób z chorobami przewlekłymi potwierdza również inne badanie, w którym średnia arytmetyczna liczby spożywanych leków według lekarzy wynosiła 4,07 (min– max; 0–30) a według deklaracji pacjentów 3,30 (min– max; 0–30). **[Kurpas, 2013]**

Najdłużej trwającymi chorobami przewlekłymi w badanej grupie były: stwardnienie rozsiane (G35), konsekwencje dziecięcego porażenia mózgowego (G80), porażenie kończyn dolnych i/lub porażenie czterokończynowe (G82), boczne skrzywienie kręgosłupa (M41), konsekwencje krwotoku podpajęczynówkowego (I60), cukrzyca insulinozależna (E10), cukrzyca związana z niedożywieniem (E12), przewlekłe zaporowe choroby płuc (J44), miażdżycy (I70), nadciśnienie tętnicze (I10).

Z kolei ***chorobami, które wiązały się z największą liczbą wizyt były***: cukrzyca związana z niedożywieniem (E12), konsekwencje krwotoku podpajęczynówkowego (I60), parkinsonizm wtórny (G21), toczeń rumieniowaty układowy (M32), cukrzyca insulinozależna (E10), przewlekłe zaporowe choroby płuc (J44), toksyczne choroby wątroby (K71), choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek (I13), choroba niedokrwienna serca (I24), rozedma płuc (J43). **[Kurpas, 2013] (tabela 10)**

Tabela 10. Czas trwania CHP i liczba wizyt z powodu CHP a rozpoznania według ICD–10

Czas trwania CHP według mediany				Liczba wizyt CHP według mediany		
n – liczba badanych z daną CHP						
	ICD–10	n	mediana	ICD–10	n	mediana
1.	G35	9	20.00	E12	4	16.00
2.	G80	1	20.00	I60	3	12.00
3.	G82	2	20.00	G21	3	12.00
4.	M41	31	15.00	M32	2	12.00
5.	I60	3	12.00	E10	145	10.00
6.	E10	153	11.00	J44	32	10.00
7.	E12	4	11.00	K71	2	9.00
8.	J44	35	11.00	I13	14	8.50
9.	G70	3	11.00	I24	20	8.50
10.	I10	648	10.00	J43	16	8.50

Źródło: Kurpas D. Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2013 (Rozprawy Habilitacyjne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; 6/2013).

O strukturze chorób w zakresie poszczególnych układów może pośrednio świadczyć wskaźnik nasilenia konsultacji w poradniach specjalistycznych. Było on najwyższy dla poradni kardiologicznej i urologicznej oraz ortopedycznej i neurologicznej. **[Kurpas, 2013]**

Według badań GUS (2011) Dolnoślązacy w wieku 50 lat i więcej wśród najczęściej występujących chorób i dolegliwości wskazywali na wysokie ciśnienie krwi (437,3 tys.), bóle pleców (360,9 tys.) oraz zapalenie kości i stawów (274,8 tys.). W pierwszej piątce dolegliwości wśród mężczyzn znajdowały się wysokie ciśnienie krwi (162,7 tys.), bóle pleców (139,6 tys.), zapalenie kości i stawów (86,0 tys.), choroba wieńcowa (79,4 tys.) i choroba prostaty (73,9 tys.). Wśród kobiet najczęściej występowało wysokie ciśnienie (274,6 tys.), bóle pleców (221,3 tys.), zapalenie kości i stawów (188,8 tys.), bóle szyi (155,8 tys.) i choroba wieńcowa (136,0 tys.). **[GUS 2011]. Tabela 11.**

Warto podkreślić, że mieszkańcy Dolnego Śląska w wieku 65 lat i więcej, znajdują się na pierwszym miejscu spośród wszystkich województw pod względem liczby porad medycznych udzielonych w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego. Sytuacja ta pozostawała niezmienna w latach 2010– 2014. Przykładowo w roku 2010 w województwie dolnośląskim odnotowano 280,4 wezwania na 1 tys. ludności w tym wieku przy średniej ogólnopolskiej 212,4 a w roku 2014 – 284,6 wezwań na 1 tys. ludności w tym wieku przy średniej ogólnopolskiej 220,4. **[GUS, 2014].** Liczba wezwań pogotowia ratunkowego wzrasta

istotnie wraz z wiekiem badanych. Z wezwań pogotowia rzadziej korzystają mieszkańcy wsi i małych miast, a częściej mieszkańcy dużych miast. **[Tobiasz – Adamczyk, 2012]**

Tabela 11. Osoby dorosłe według wybranych chorób lub dolegliwości przewlekłych w województwie dolnośląskim																		
wiek	alergia	choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	przewlekłe choroby nerek	choroby tarczycy	choroba prostaty	silne bóle głowy	nieдержание mocz	przewlekłe stany lękowe	przewlekła depresja	astma	choroba wieńcowa	wysokie ciśnienie krwi	reumatoidalne zapalenie stawów	zapalenie kości i stawów	bóle pleców	bóle szyi	cukrzyca	suma
	w tysiącach																	
ogółem	97,9	95,4	54,7	93,2	73,9	98,9	66,9	48,2	51,1	57,6	215,4	437,3	169,6	274,8	360,9	223,4	124,3	2543,5
	3,85%	3,75%	2,15%	3,66%	2,91%	3,89%	2,63%	1,90%	2,01%	2,26%	8,47%	17,19%	6,67%	10,80%	14,19%	8,78%	4,89%	100,00%
50-69 lat	63	65,1	31	59	36,2	75,6	29,1	33,5	35,2	33,5	88	264	97,5	154,3	258,3	155,6	75	
70 lat i więcej	34,9	30,3	23,7	34,2	37,7	23,3	37,8	14,7	15,9	24,1	127,4	173,3	72,1	120,5	102,6	67,8	49,3	
w tym mężczyźni	23,9	36,9	20,9	2,5	73,9	34,7	31,8	15,1	15,1	21,4	79,4	162,7	40,6	86	139,6	67,6	44,7	896,8
	2,67%	4,11%	2,33%	0,28%	8,24%	3,87%	3,55%	1,68%	1,68%	2,39%	8,85%	18,14%	4,53%	9,59%	15,57%	7,54%	4,98%	100,00%
50-69 lat	15,6	30,9	15,8	2,1	36,2	27,2	17,4	12,5	10,4	13,2	37,1	111,1	26,2	60,8	107,9	55,4	34,1	
70 lat i więcej	8,3	6	5,1	0,4	37,7	7,5	14,4	2,6	4,7	8,2	42,3	51,6	14,4	25,2	31,7	12,2	10,6	
w tym kobiety	74	58,4	33,8	90,7	0	64,3	35,1	33,1	36,1	36,2	136	274,6	129	188,8	221,3	155,8	79,5	1646,7
	4,49%	3,55%	2,05%	5,51%	0,00%	3,90%	2,13%	2,01%	2,19%	2,20%	8,26%	16,68%	7,83%	11,47%	13,44%	9,46%	4,83%	100,00%
50-69 lat	47,4	34,2	15,2	56,9	0	48,5	11,7	21	24,8	20,3	50,9	152,9	71,3	93,5	150,4	100,2	40,9	
70 lat i więcej	26,6	24,2	18,6	33,8	0	15,8	23,4	12,1	11,3	15,9	85,1	121,7	57,7	95,3	70,9	55,6	38,6	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

3.2.2. Najczęstsze przyczyny hospitalizacji i stan zdrowia pacjentów pozostających pod opieką lekarza POZ

Określenie poziomu hospitalizacji mieszkańców województwa dolnośląskiego jest ważne z punktu widzenia próby określenia ich potrzeb, ponieważ potrzeby powstają jako skutek wyraźnej współzależności wpływu czynników biologicznych i socjalnych. Zarówno ostre, jak i przewlekłe choroby wieku podeszłego z reguły powodują pogorszenie sytuacji materialnej i społecznej. Spowodowane jest to nie tylko kosztami stosowania coraz droższych środków farmakologicznych, nie w pełni refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale także kosztami i dostępnością do drogich nowoczesnych sposobów leczenia. Dodatkowe koszty są związane z transportem osób niepełnosprawnych, zapewnieniem dłuższej opieki pielęgnacyjnej w warunkach domowych czy też adaptacją mieszkań do potrzeb niesprawnych osób. **[Pędich, Zaspokajanie potrzeb]**

Analiza hospitalizacji pacjentów w wieku 60 lat i więcej, w latach 2013–2014 w szpitalach ogólnych na terenie województwa dolnośląskiego według głównych grup chorobowych potwierdza, że najczęstszymi przyczynami hospitalizacji są choroby układu krążenia (20,55%), czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia (16,41%), nowotwory (12,39%), choroby oka i przydatków oka (6,81%), choroby układu kostno – stawowego, mięśni i tkanki łącznej (6,45%).

Na szczególną uwagę zasługują schorzenia z grupy drugiej – czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia. Grupa ta obejmuje między innymi takie przyczyny hospitalizacji jak:

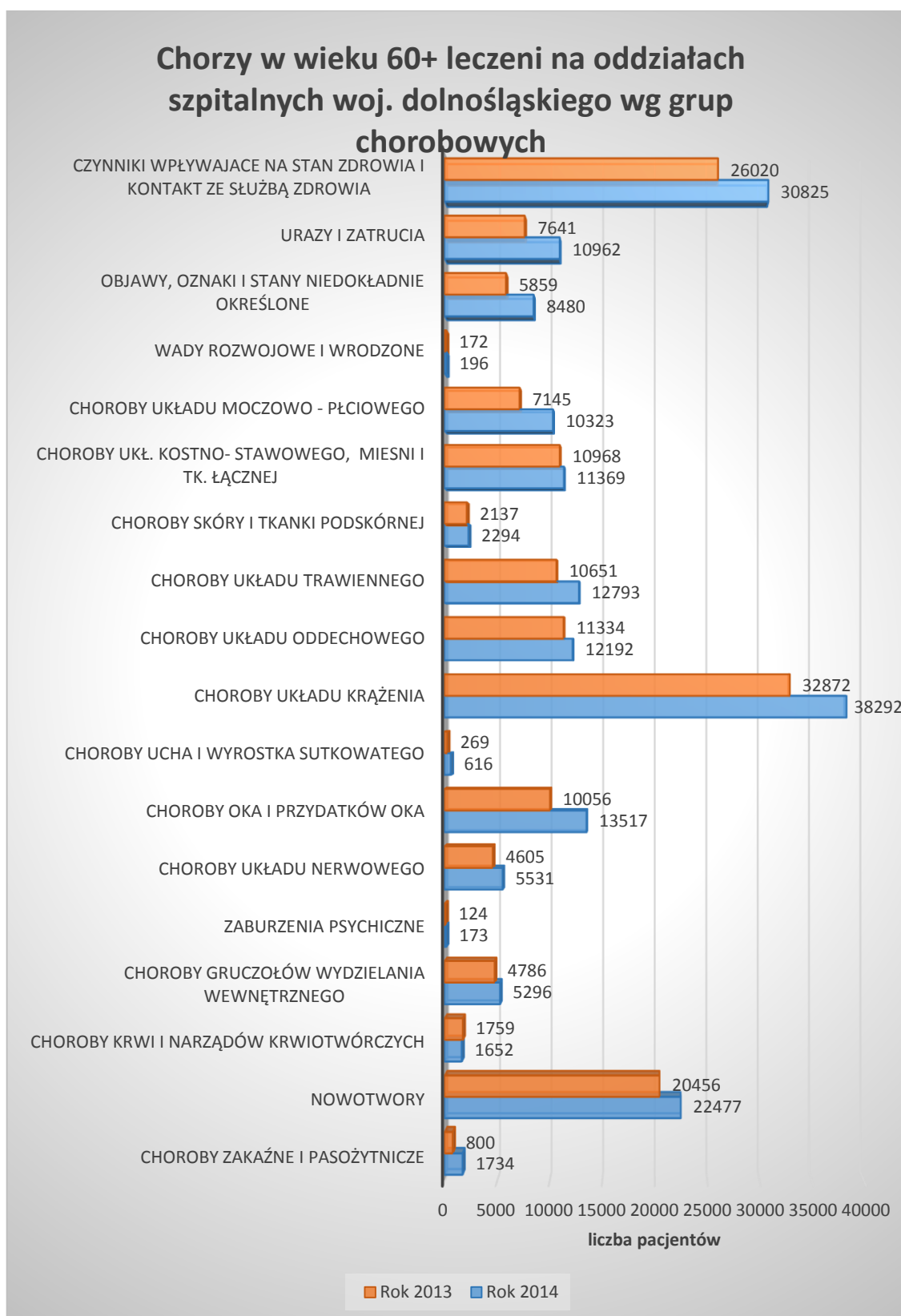
- ogólne badania lekarskie, badania kontrolne i przesiewowe,
- rutynowe ogólne sprawdzenie stanu zdrowia
- potrzeba szczepień profilaktycznych przeciwko chorobom
- dopasowanie i założenie urządzeń wszczepianych,
- założenie i dopasowanie zewnętrznych aparatów protetycznych
- opieka obejmująca dializy
- opieka nad pacjentami ze sztucznymi otworami
- ortopedyczna pomoc pochorobowa
- chirurgiczna opieka pochorobowa
- problemy związane z zamieszkaniem i warunkami ekonomicznymi

- problemy związane z najbliższą rodziną łącznie z okolicznościami rodzinnym
- problemy związane z pewnymi okolicznościami psychosocjalnymi
- problemy związane ze stylem życia
- problemy związane z trudnościami życiowymi
- problemy związane z zależnością od opiekuna
- niedostępność innych placówek medycznych świadczących opiekę

Dwie największe grupy pacjentów kontaktujących się z ochroną zdrowia z powodów, o których mowa powyżej stanowią pacjenci w wieku 60–64 lat (10 342 wizyt w 2014 roku) oraz w wieku 65–69 lat (8927 wizyt w 2014 roku). Analizując liczbę pacjentów we wszystkich pięcioletnich grupach wiekowych, wśród osób w przedziale 0–90 lat i więcej, na terenie Dolnego Śląska kontaktujących się z ochroną zdrowia ze względu na grupę czynników wpływających na stan zdrowia, można z całą pewnością stwierdzić, że nie zaobserwowano tak dużej liczby osób w innej grupie wiekowej jak wśród osób w wieku 60–64 lata i 65–69 lat.

Powyższe dane mogą świadczyć o dużym zapotrzebowaniu osób w wieku 60+ na usługi medyczne z zakresu rehabilitacji i pielęgnacji (np. nauka obsługi i pielęgnacji stomii, nauka chodu z protezą, nauka chodu o kulach, obsługa protez, pielęgnacja kikuta po amputacji) oraz na usługi opiekuńcze. Hospitalizacje w szpitalu ogólnym z powodu niedostępności innych placówek świadczących opiekę są konsekwencją niedostatecznej liczby miejsc w ośrodkach zapewniających opiekę długoterminową.

Poziom hospitalizacji w liczbach bezwzględnych osób w wieku 60+ przedstawiono na poniższym wykresie. Dane w zakresie hospitalizacji tych osób według głównych grup chorobowych z podziałem na pięcioletnie okresy wiekowe pacjentów zamieszczono w załącznikach 10 i 11.



Rycina 8. Chorzy w wieku 60+ leczeni na oddziałach szpitalnych woj. dolnośląskiego wg grup chorobowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego (2013–2014)

W zasadzie w każdej grupie chorób obserwujemy wzrost liczby hospitalizacji w roku 2014 w stosunku do roku 2013.

Stan zdrowia osób w wieku 65+ pozostających pod kontrolą lekarza POZ na terenie województwa dolnośląskiego może być również cennym źródłem informacji na temat potrzeb somatycznych w tej grupie wiekowej.

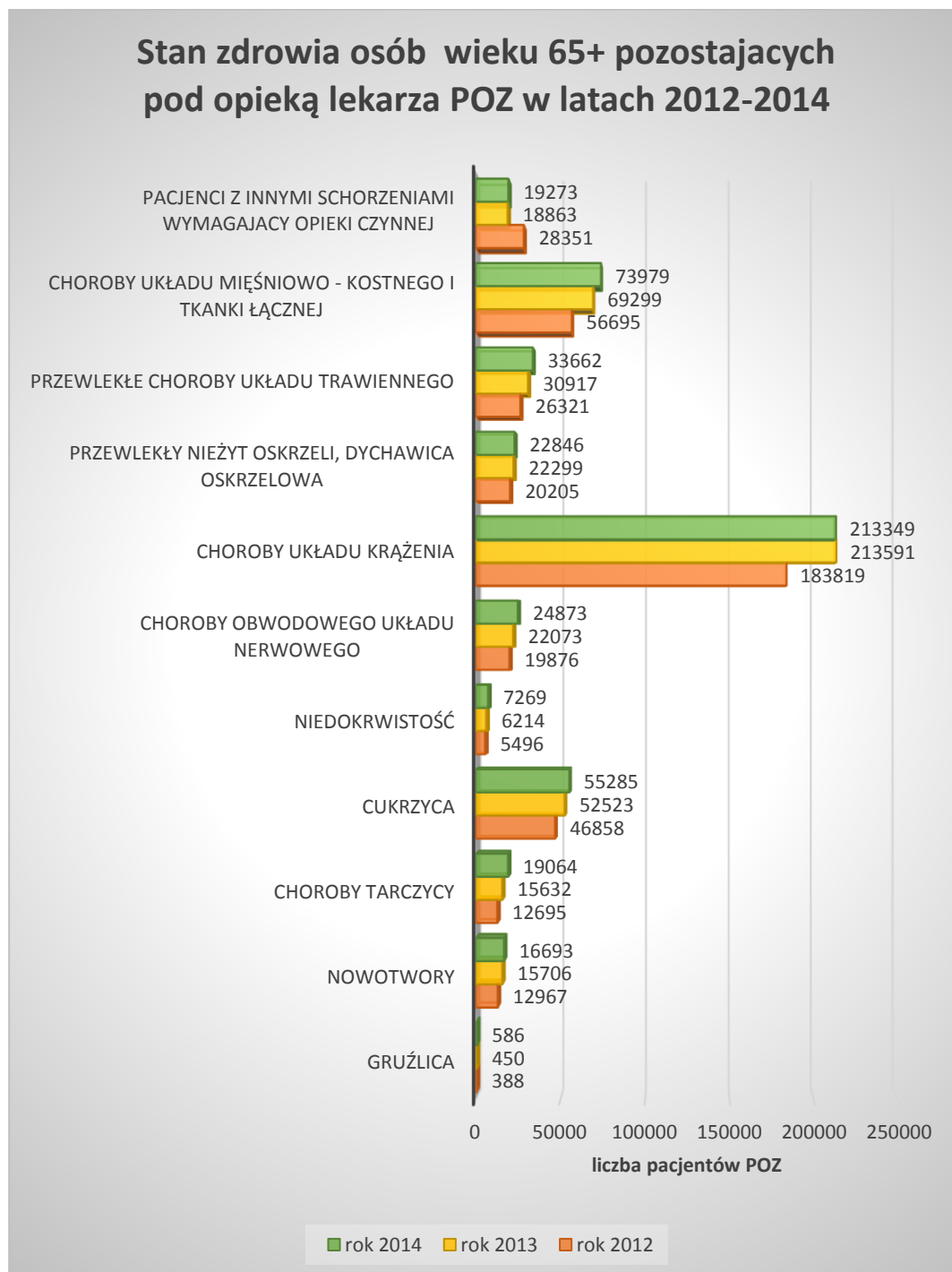
Liczby zawarte w poniższej tabeli potwierdzają, że u pacjentów w wieku 65+ najczęściej rozpoznaje się choroby układu krążenia (63,25%), choroby układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej (20,71%), cukrzycę (16,02%). W latach 2012–2014 u lekarzy POZ leczyło się 965 674 pacjentów, u których stwierdzono 1 348 117 przypadków chorób przewlekłych. Dane te potwierdzają więc wcześniej opisywane zjawisko wielochorobowości. Średnia arytmetyczna liczby chorób przypadająca na jednego pacjenta wynosi 1,39. Spośród chorób układu krążenia pierwsze miejsce zajmuje choroba nadciśnieniowa – stanowi ona 44,29% wszystkich chorób, z którymi pacjenci zgłaszają się do lekarza POZ. Dane z lat 2012–2014 prezentuje **tabela 12 i rycina 13**.

Tabela 12. Stan zdrowia osób wieku 65+ pozostających pod opieką lekarza POZ w latach 2012-2014

	rok 2012	rok 2013	rok 2014	SUMA	odsetek
OGÓŁEM*	299355	330459	335860	965674	100,00%
gruźlica	388	450	586	1424	0,15%
nowotwory	12967	15706	16693	45366	4,70%
choroby tarczycy	12695	15632	19064	47391	4,91%
cukrzyca	46858	52523	55285	154666	16,02%
<i>w tym leczeni insuliną</i>	11186	12960	21344	45490	4,71%
niedokrwistość	5496	6214	7269	18979	1,97%
choroby obwodowego układu nerwowego	19876	22073	24873	66822	6,92%
choroby układu krążenia	183819	213591	213349	610759	63,25%
<i>w tym:</i>				0	0,00%
<i>choroba reumatyczna</i>	3144	2687	2555	8386	0,87%
<i>choroba nadciśnieniowa</i>	126004	149618	152103	427725	44,29%
<i>choroby naczyń mózgowych</i>	14181	16347	17510	48038	4,97%
<i>niedokrwienność serca</i>	39687	43303	44871	127861	13,24%
<i>w tym przeżyty zawał serca</i>	5412	5623	7110	18145	1,88%
przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	20205	22299	22846	45350	4,70%
Przewlekłe choroby układu trawiennego	26321	30917	33662	90900	9,41%
choroby układu mięśniowo - kostnego i tkanki łącznej	56695	69299	73979	199973	20,71%
pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej	28351	18863	19273	66487	6,89%

* wykazano tylko jeden raz osoby u których występuje kilka schorzeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego (2012–2014), <http://wroclaw.stat.gov.pl/opracowania-biezace/komunikaty-i-biuletyny/inne-opracowania/biuletyn-statystyczny-województwa-dolnoslaskiego-iii-kwartal-2015-r-2,19.html>



Rycina. 9. Stan zdrowia osób wieku 65+ pozostających pod opieką lekarza POZ w latach 2012–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego (2012–2014), <http://wroclaw.stat.gov.pl/opracowania-biezace/komunikaty-i-biuletyny/inne-opracowania/biuletyn-statystyczny-województwa-dolnoslaskiego-iii-kwartal-2015-r-2,19.html>

3.2.3. Poziom potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych

Definicja potrzeby oparta jest na terapii lub interwencji, które potencjalnie mogą pomóc lub zredukować problem. Potrzeba jest zaspokojona, gdy istnieje pewien problem w określonym obszarze, w związku z którym jest stosowana odpowiednia, potencjalnie korzystna interwencja. Potrzeba niezaspokojona natomiast oznacza poważny problem wymagający interwencji, w związku z którym pacjent nie otrzymuje obecnie pomocy lub otrzymuje pomoc nieodpowiednią lub w niewystarczającym stopniu. Stwierdzenie potrzeb niezaspokojonych jest istotne z powodu ich związku z: pogorszeniem zdrowia, niską jakością życia, a także z wydatkami związanymi ze zdrowiem.[Rymaszewska 2008, Ruggeri i wsp.2005].

Źródłem wiedzy o poziomie potrzeb somatycznych wśród osób w wieku 60 lat i więcej jest **Diagnoza Społeczna 2015**. Jak wynika z przytoczonych danych z roku 2015, grupa 96,3 % emerytów i 97,7% rencistów w ciągu ostatniego roku skorzystała w Polsce z różnych placówek ochrony zdrowia opłacanych ze składek NFZ (większość osób w wieku 60 lat i więcej tworzą właśnie te grupy). W 2011 roku było to 93,8% emerytów i 94,4% rencistów. Wymienione grupy korzystały z usług ochrony zdrowia częściej niż pracownicy (92%), rolnicy (92%), pracujący na własny rachunek (91,2%) i utrzymujący się ze źródeł niezarobkowych (88,2%). W roku 2015 w stosunku do roku 2011 odnotowano więc wzrost zapotrzebowania na usługi placówek ochrony zdrowia. Warto podkreślić, że ten wzrost obserwuje się również w stosunku do wizyt opłacanych „z własnej kieszeni” (emeryci 41,9% w roku 2011 i 46,1% w roku 2015, renciści 28,3% w roku 2011 i 37,3% w roku 2015). W województwach dolnośląskim i mazowieckim odnotowano największy odsetek korzystających usług placówek ochrony zdrowia opłacanych przez pacjentów „z własnej kieszeni”.

Wzrost zapotrzebowania emerytów i rencistów na usługi placówek ochrony zdrowia w ciągu ostatnich czterech lat może pośrednio świadczyć o:

- pogarszającym się stanie zdrowia tej grupy osób,
- pogarszającej się samoocenie zdrowia emerytów i rencistów,
- przykładaniu większej wagi do dbałości o własne zdrowie,
- większych oczekiwaniach od systemu ochrony zdrowia.

Diagnoza społeczna (2015) dostarcza również wiedzy o poziomie potrzeb niezaspokojonych. Rezygnacje emerytów z wybranych świadczeń zdrowotnych z powodów finansowych pomimo tego, że ich potrzebowali przedstawiały się następująco: 16,8%

zrezygnowało z zakupu leków, 16,3% z leczenia zębów, 17,5% z protez, 15,6% z usług lekarza, 10,2% z badań, 19,1% z rehabilitacji, 23,6% z sanatorium i 20,0% ze szpitala. Z kolei Dolnoślązacy ogółem najczęściej rezygnowali z sanatorium: 26,0%, protez 25,5%, rehabilitacji 23,8%, leczenia zębów 23,1%, usług lekarza 17,9%, zakupu leków 15,8%, szpitala 5,2% **[Czapiński , Panek 2015]**.

Z badań POLSENIOR wynika, że bezzębie w grupie wiekowej 50–59 lat występowało u 14,1% respondentów, w tym u 16,2% kobiet i 11,6% u mężczyzn. Z kolei wśród osób wieku podeszłym bezzębie występowało wśród 50,5% badanych, w tym u 55% kobiet i 40,6% mężczyzn. Protez używało jedynie 80,7% badanych z bezzębiem. Częstość bezzębia była uzależniona od takich czynników jak wiek i płeć: była ona istotnie większa wśród osób wieku podeszłym niż w grupie 50–59 lat oraz wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Nie stwierdzono różnic w występowaniu bezzębia między makroregionami. **[Olszanecka – Glinianowicz i wsp. 2012]**.

Badania GUS wskazują na niezaspokojoną potrzebę leczenia w warunkach szpitalnych. Zgłaszały ją głównie osoby w wieku podeszłym jak również osoby o złym lub bardzo złym stanie zdrowia (co najmniej 50 letnie) **[GUS 2011]**. Źródło tej potrzeby wydaje się być niejasne i może wynikać z oczekiwań tych osób mających źródło w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej w latach 70-80 –tych, kiedy to każde pogorszenie samopoczucia kojarzyło się osobom w wieku podeszłym z oczekiwaniem diagnostyki w warunkach szpitalnych.

Stopień zaspokojenia potrzeb z zakresu zdrowia osób w wieku 60+ pokazuje także badanie IRSS. Spośród wymienionych typów oferowanych usług, największy odsetek odpowiedzi dotyczył działań z zakresu promocji profilaktyki zdrowotnej, w szczególności prowadzenia badań EKG oraz badania poziomu cukru. Odsetek respondentów wskazujących na istnienie potrzeby prowadzenia takich działań w przypadku badań EKG wyniósł 79%, w przypadku badań poziomu cukru to 81%. W województwie dolnośląskim od 45 do 55 % gmin realizowało te usługi. W omawianym badaniu 77% respondentów wskazało zapotrzebowanie na prowadzenie badań osteoporozy i 69% na zapewnienie szczepień ochronnych. Wykonanie badań w kierunku osteoporozy było możliwe jedynie w 43% gmin a szczepień ochronnych przeciwko grypie w 45% gmin w Polsce. Możliwość wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, urządzeń wspomagających pielęgnację osób przewlekle chorych oraz rehabilitacji osób w wieku podeszłym również w opinii respondentów w dużym stopniu nie jest zaspokojona; wskazują oni na istnienie niemalże dwukrotnie wyższych potrzeb w stosunku do oferowanej pomocy. Wśród wymienionych działań największy problem stanowi dostępność poradni

geriatrycznych. Spośród 2055 respondentów jedynie 99 wskazało na istnienie tego rodzaju placówki (tj. 4,8%). **[Raport, IRSS 2010]**

Poziom potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych opisywany jest również we wcześniej wymienionym badaniu **[Kurpas, 2013]** Badania przeprowadzono z wykorzystaniem Zmodyfikowanej Krótkiej Oceny Potrzeb Camberwell. **(tabela 13)**

Tabela 13. Zaspokojenie potrzeb – interpretacja Zmodyfikowanej Krótkiej Oceny Potrzeb Camberwell

L.p.	Potrzeba	n %	niezaspokojona	zaspokojona	Total
1	Mieszkanie	n %	158 4.77	3154 95.23	3312 100.00
2	Posiłki/wyżywienie	n %	659 18.43	2917 81.57	3576 100.00
3	Zajmowanie się domem	n %	557 15.71	2989 84.29	3546 100.00
4	Samoobsługa	n %	458 13.79	2864 86.21	3322 100.00
5	Codzienna aktywność	n %	952 26.63	2623 73.37	3575 100.00
6	Zdrowie fizyczne	n %	1204 33.97	2340 66.03	3544 100.00
7	Zdrowie psychiczne	n %	669 27.26	1785 72.74	2454 100.00
8	Informacje nt. stanu zdrowia i leczenia	n %	598 18.46	2641 81.54	3239 100.00
9	Stres psychologiczny	n %	1636 46.45	1886 53.55	3522 100.00
10	Alkohol	n %	211 12.23	1514 87.77	1725 100.00
11	Narkotyki	n %	79 2.22	3483 97.78	3562 100.00
12	Leki	n %	2294 64.42	1267 35.58	3561 100.00
13	Kontakty społeczne	n %	737 20.96	2779 79.04	3516 100.00
14	Bliskie relacje – nie mam partnera	n %	230 25.41	675 74.59	905 100.00
15	Bliskie relacje – mam partnera	n %	261 14.28	1567 85.72	1828 100.00
16	Życie seksualne	n %	996 35.22	1832 64.78	2828 100.00
17	Relacje z dziećmi – nie mam dzieci	n %	197 49.00	205 51.00	402 100.00
18	Relacje z dziećmi – mam dzieci	n %	139 6.78	1911 93.22	2050 100.00
19	Telefon	n %	92 2.60	3443 97.40	3535 100.00
20	Transport środkami komunikacji	n %	755 32.49	1569 67.51	2324 100.00
21	Pieniądze	n %	347 10.07	3100 89.93	3447 100.00
22	Zapomogi	n %	967 41.32	1373 58.68	2340 100.00

Legenda:

-  pola żółte – potrzeba zaspokojona u >70%,
-  pola niebieskie – potrzeba zaspokojona u 60–70%,
-  pola fioletowe – potrzeba zaspokojona u 50–59%,
-  pola pomarańczowe – potrzeba zaspokojona u <50%

Źródło: Kurpas D. Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2013 (Rozprawy Habilitacyjne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; 6/2013).

Wykazano, że obszary, w ramach których spełnione są potrzeby w najwyższym stopniu (ponad 70% pacjentów wykazało jej spełnienie) obejmują: warunki mieszkaniowe, możliwość przygotowania posiłków i zrobienia zakupów, zajęcia się domem, samoobsługi, codzienna aktywność, nastrój i poczucie szczęścia, informacje dotyczące terapii i leków, brak trudności wynikających ze spożywania alkoholu, czy nadużywania narkotyków, kontakty społeczne, bliskie relacje (zarówno u pozostających w związkach jak i nie pozostających w związkach), relacje z dziećmi, możliwość skorzystania z telefonu, możliwość gospodarowania własnymi pieniędzmi.

Ale istnieje wiele obszarów, w których poziom zaspokojenia jest znacznie niższy: jedynie od 60–69,99% pacjentów wskazało na spełnienie potrzeb dotyczących: samopoczucia fizycznego, życia seksualnego i możliwości skorzystania ze środków komunikacji publicznej. Tylko od 50–59,99% pacjentów wskazało na brak obniżonego nastroju, brak chęci posiadania dzieci (przy ich braku) oraz posiadania wszelkich należnych środków finansowych.

Trzeba zwrócić jednak uwagę, że mediana wieku pacjentów w cytowanym badaniu wynosiła 62 lata. Wiek ten mieści się więc na dolnej granicy grupy, która stanowi przedmiot zainteresowania niniejszego opracowania. **Należy spodziewać się, że poziom potrzeb niezaspokojonych u pacjentów w wieku podeszłym potencjalnie może być znacznie wyższy i rosnać wraz z wiekiem wskutek obniżania się aktywności, progresji chorób przewlekłych, nasilania wielochorobowości, postępującej niedołężności, ale również wdowieństwa i wynikającej z niego samotności oraz nasilającej się izolacji społecznej.**

3.2.4. Wydolność czynnościowa i poziom sprawności osób w wieku 60+

Dane demograficzne wskazujące na wydłużanie się życia dolnośląskiej populacji, szczególnie osób po 80 roku życia skłaniają do analizy wydolności czynnościowej i jakości życia tych osób. Liczne badania dowodzą, że częstość występowania niepełnosprawności i uzależnienia od pomocy innych osób wzrasta wraz z wiekiem [Kuźmich, 2012; Wizner, 2012, GUS 2011], ale trzyletnia obserwacja osób w wieku 65–102 lata dowodzi, że większa aktywność fizyczna w istotny sposób spowalnia progresję niesprawności u osób w wieku podeszłym. [Balzi i wsp 2010] W badaniach Rowińskiego i Dąbrowskiego (2012) ponad 60% seniorów deklaroowało, że nie podejmuje regularnie rekreacyjnej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia. Odsetek osób nieaktywnych wzrastał wraz z wiekiem z 49,6 % w najmłodszej (65–69 lat) do 91,3% w najstarszej (≥ 90 lat) badanej kohorcie. Aktywność fizyczną rzadziej podejmują kobiety oraz mieszkańcy wsi. Ci sami autorzy wykazali istotnie statystycznie większą sprawność fizyczną osób podejmujących rekreacyjnie regularny wysiłek fizyczny w porównaniu do osób niepodejmujących takiej aktywności. [Rowiński i Dąbrowski, 2012]

Celem głównym polityki senioralnej w obszarze zdrowie i samodzielność jest tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii (**Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020**). Tymczasem wyniki badania PolSenior w populacji osób w wieku 65 i więcej lat wskazują na istotne upośledzenie sprawności w skalach ADL – *Activities of Daily Living* (≤ 2 pkt) oraz IADL – *Instrumental Activities of Daily Living* (≤ 18 pkt) odpowiednio u 4% i 29,7 % badanych. Uzyskana punktacja w skali ADL oznacza niesprawność w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (mycie, ubieranie się, jedzenie, poruszanie się, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, samodzielność korzystania z toalety), natomiast w skali IADL oznacza częściowo upośledzoną sprawność w zakresie złożonych czynności życia codziennego (korzystanie z telefonu, korzystanie z komunikacji publicznej, zakupy, prace domowe, przygotowywanie posiłków, gospodarowanie pieniędzmi, przyjmowanie leków). Większą utratę samodzielności odnotowano u kobiet i mieszkańców wsi. [Wizner i wsp. 2012]

Odsetek seniorów wymagających pomocy i pielęgnacji wielokrotnie w ciągu dnia także i w nocy, wynosi ogółem 2,3% (w grupie 60–69 lat – 1,4%, w grupie 70–79 lat 2,1%, w grupie 80 lat i więcej – 5,0%). Dla osób niepełnosprawnych wynik ogólny jest wyższy – 8,2% (dla osób wieku 60–69 lat – 5,9%, dla osób wieku 70–79 lat – 7,4% dla osób wieku 80 lat i więcej – 15,6%). Pomocy ani pielęgnacji nie wymaga ogółem jedynie 37% niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej ale już tylko 15% osób w wieku 80+ [Czapiński i Błędowski, 2014].

W świetle badań GUS (2011) wydolność czynnościowa osób w wieku 60 i więcej lat przedstawia się następująco:

- średnio 41,7% ma trudności z pokonaniem odległości 500 metrów, w tym 19% osiemdziesięciolatków i osób w wieku podeszłym od nich nie jest w stanie przejść tego dystansu,

- po schodach na pierwsze piętro wejdzie bez żadnej trudności 74,9% sześćdziesięciolatków ale już tylko 22,6% osób wieku 80 i więcej lat, średnio trudności w tym zakresie zgłasza 50,5% osób wieku 60 i więcej lat,

- trudności ze schyleniem się i uklęknięciem ma średnio 59,2% osób w wieku 60 i więcej lat, około 25,8% osób wieku 80 i więcej lat nie wykona tej czynności,

- średnio 57,4% badanych ma problemy z przeniesieniem torby o wadze 5 kg na odległość 10 metrów, nie wykona tej czynności 19,4 % siedemdziesięciolatków i 41,1% osiemdziesięciolatków i osób od nich w wieku podeszłym,

- średnio 22,0% z trudnością jest w stanie chwycić lub trzymać w palcach drobny przedmiot, duże trudności w tym zakresie zgłosiło 9,6 % osób wieku 80 i więcej lat, a 4% tej grupy nie jest w stanie tego wykonać. **(tabela 14)**

Tabela 14. Osoby wieku 60 lat i więcej według sprawności narządów zmysłów i ruchu w odsetkach

Wyszczególnienie	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej	średnia	sd
Przejście 500 m					
bez żadnej trudności	82,7	59,8	32,0	58,2	25,4
z pewną trudnością	11,5	23,7	31,0	22,1	9,9
z dużą trudnością	3,3	8,9	17,7	10,0	7,3
nie przejdzie	2,4	7,5	19,0	9,6	8,5
brak danych	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1
Wejście i zejście po schodach na 1 piętro					
bez żadnej trudności	74,9	49,7	22,6	49,1	26,2
z pewną trudnością	17,8	29,2	31,6	26,2	7,4
z dużą trudnością	4,6	12,6	21,6	12,9	8,5
nie wejdzie/zejdzie	2,5	8,2	23,5	11,4	10,9
brak danych	0,1	0,3	0,6	0,3	0,3
Schylenie się i uklęknienie					
bez żadnej trudności	64,7	39,2	18,4	40,8	23,2
z pewną trudnością	24,4	32,7	30,4	29,2	4,3
z dużą trudnością	6,6	15,7	25,4	15,9	9,4
nie wykona	4,2	12,3	25,8	14,1	10,9
brak danych	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Przeniesienie torby o wadze 5 kg na odległość 10 metrów					
bez żadnej trudności	67,2	40,8	19,1	42,4	24,1
z pewną trudnością	20,0	27,5	22,8	23,4	3,8
z dużą trudnością	4,6	12,1	16,7	11,1	6,1
nie wykona	8,0	19,4	41,1	22,8	16,8
brak danych	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1
Chwytywanie lub trzymanie w palcach drobnego przedmiotu					
bez żadnej trudności	92,8	80,1	60,7	77,9	16,2
z pewną trudnością	5,8	14,8	25,4	15,3	9,8
z dużą trudnością	1,1	3,5	9,6	4,7	4,4
nie wykona	0,3	1,5	4,0	1,9	1,9
brak danych	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie badania Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)</i>					

<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,86,stan-zdrowia>

Badanie osób w wieku 60 lat i powyżej pod względem sprawności narządów zmysłów wskazuje, że: średnio 86,0% używa okularów lub szkieł kontaktowych, trudności z widzeniem druku w gazecie ma średnio 59,7% osób, trudności z widzeniem twarzy z odległości 4 metrów ma 39,3 %, średnio 8,1% używa aparatu słuchowego (w tym najwięcej w grupie 80 i więcej

lat– 13,9%), trudności ze słyszeniem rozmowy z innymi osobami ma 36,4% badanych [GUS 2011].(tabela 15)

Tabela 15. Osoby wieku 60 lat i więcej według sprawności narządów zmysłów w odsetkach

Wyszczególnienie	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej	średnia	sd
Używanie okularów lub szkieł kontaktowych					
tak	86,1	86,9	84,9	86,0	1,0
nie	13,7	12,7	14,0	13,5	0,7
osoba niewidoma lub prawie nie widząca	0,3	0,4	1,1	0,6	0,4
brak danych	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Widzenie druku w gazecie					
bez żadnej trudności	49,0	39,0	32,4	40,1	8,4
z pewną trudnością	33,4	35,8	36,8	35,3	1,7
z dużą trudnością	10,1	14,8	18,7	14,5	4,3
nie widzi	7,4	10,2	12,0	9,9	2,3
brak danych	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Widzenie twarzy z odległości 4 m					
bez żadnej trudności	74,4	60,2	46,9	60,5	13,8
z pewną trudnością	19,7	29,4	34,3	27,8	7,4
z dużą trudnością	3,9	6,3	12,6	7,6	4,5
nie widzi	2,0	3,9	5,7	3,9	1,9
brak danych	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2
Używanie aparatu słuchowego					
tak	3,2	7,1	13,9	8,1	5,4
nie	96,6	91,9	84,1	90,9	6,3
osoba głucha lub prawie nie słyszająca	0,2	1,0	2,0	1,1	0,9
brak danych					
Słyszenie rozmowy z kilku osobami					
bez żadnej trudności	82,2	64,1	43,8	63,4	19,2
z pewną trudnością	14,9	29,6	39,5	28,0	12,4
z dużą trudnością	2,3	5,7	15,2	7,7	6,7
nie słyszy	0,2	0,5	1,4	0,7	0,6
brak danych	3,0	0,1	0,1	1,1	1,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,86,stan-zdrowia>

Zdolność do samoobsługi osób wieku 60+ przedstawiono w tabeli 16. Wynika z niej, że średnio:

- 7,7% ma trudności w spożywaniu posiłku (w grupie 80 lat i więcej– aż 14,6%),
- 27,4 % ma trudności z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka (w grupie osób 60 lat i więcej – 11,8%, ale w grupie 80 lat i więcej już 44%),
- 23,4% ma problemy z ubieraniem rozbieraniem się (2,2% osiemdziesięciolatek i osób w wieku podeszłym nie wykona tej czynności samodzielnie),

– 14% z trudnościami korzysta z ubikacji,

– 27,3% z trudnościami poradzi sobie z umyciem i wytarciem całego ciała (w tym 46,3% osób w wieku 80+). Progresja pogarszania się wraz z wiekiem sprawności jest zauważalna zarówno w zakresie narządów zmysłów jak i ruchu, w związku z tym im starszy pacjent tym większe zapotrzebowanie może on (ale nie musi) wykazywać odnośnie wsparcia instrumentalnego oraz usług pielęgnacyjno – opiekuńczych. [GUS 2011]

Tabela 16. Osoby w wieku 60 lat i więcej według możliwości samoobsługi

Wyszczególnienie		60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej	średnia	sd
Spożywanie posiłków						
bez żadnej trudności		97,6	94	85,3	92,3	6,3
z trudnościami		2,4	6	14,6	7,7	6,3
w tym	z pewną trudnością	1,9	4,9	11,6	6,1	5,0
	z dużą trudnością	0,4	0,9	2	1,1	0,8
	nie wykona samodzielnie	0	0,2	1	0,4	0,5
Kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z łóżka						
bez żadnej trudności		88,2	73,6	56	72,6	16,1
z trudnościami		11,8	26,4	44	27,4	16,1
w tym	z pewną trudnością	9,8	21,2	33,9	21,6	12,1
	z dużą trudnością	1,7	4,4	8	4,7	3,2
	nie wykona samodzielnie	0,2	0,8	2,2	1,1	1,0
Ubieranie się i rozbieranie						
bez żadnej trudności		90,7	78,9	60,2	76,6	15,4
z trudnościami		9,3	21,1	39,8	23,4	15,4
w tym	z pewną trudnością	7,6	16,2	30,1	18,0	11,4
	z dużą trudnością	1,3	4,1	7,4	4,3	3,1
	nie wykona samodzielnie	0,3	0,8	2,2	1,1	1,0
Korzystanie z ubikacji (WC)						
bez żadnej trudności		95,9	87,7	74,4	86,0	10,9
z trudnościami		4,1	12,3	25,6	14,0	10,9
w tym	z pewną trudnością	2,9	9,3	18,2	10,1	7,7
	z dużą trudnością	0,9	2,4	5,2	2,8	2,2
	nie wykona samodzielnie	0,2	0,6	2,1	1,0	1,0
Umycie i wytarcie całego ciała (od stóp do głowy)						
bez żadnej trudności		90	74,3	53,7	72,7	18,2
z trudnościami		10	25,7	46,3	27,3	18,2
w tym	z pewną trudnością	7,9	18,5	31,4	19,3	11,8
	z dużą trudnością	1,5	5,2	9,8	5,5	4,2
	nie wykona samodzielnie	0,6	1,9	5,1	2,5	2,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

<http://www.niepełnosprawni.gov.pl/p,86,stan-zdrowia>

Zależność poziomu aktywności od wieku wykazano w licznych badaniach. Bidzan i Marcinkiewicz badając pacjentów z rozpoznanyim otępieniem przebywających w domach

opieki w Słupsku i Gdyni wykazali, że wraz ze wzrostem wieku zanika aktywność fizyczna pacjentów [Bidzan i Marcinkiewicz, 2005]. Potwierdzenie zależności zanikania aktywności wraz z wiekiem uzyskali również badacze w klinice geriatrycznej oraz domach pomocy społecznej na terenie Bydgoszczy oraz Koronowa [Humańska i Kędziora – Kornatowska, 2009]. Podobnie badania przeprowadzone wśród mieszkańców domu pomocy społecznej w Olsztynie, dotyczące subiektywnej oceny stanu zdrowia, wykazały, że ograniczenia ruchowe narasta wraz z wiekiem badanych. [Loda i Muszalik, 2007]

Na uwagę zasługują badania Kuźmicz przeprowadzone w zakładach stacjonarnej opieki długoterminowej wśród osób ze średnią wieku 82 lata. Wykazano w nich istotny związek między sprawnością psychofizyczną ocenianą w zakresie funkcji poznawczych, sprawnością ruchową, stanem funkcjonalnym i psychicznym a występowaniem niektórych grup rozpoznń. Badani, którzy mieli rozpoznane schorzenia z grupy zaburzeń psychicznych lub zachowania byli bardziej sprawni ruchowo i wykazywali mniejsze dysfunkcje w zakresie stanu funkcjonalnego niż osoby bez powyższych zaburzeń. Przedstawione wyniki wskazują, że osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych, objęte długoterminową opieką stacjonarną, prezentują pod względem sprawności psychofizycznej zróżnicowany stan nie tylko między zakładami, ale i w obrębie danego zakładu. Autorka sugeruje, że uogólnienia oparte o uśrednione wyniki dotyczące obszarów funkcjonowania jak również planowanie wymaganej opieki w oparciu o te wyniki może być nieadekwatne do potrzeb tych osób. Ponadto wskazuje na konieczność systematycznej oceny sprawności psychofizycznej osób z zaburzeniami funkcji poznawczych oraz dostosowanie stacjonarnej opieki długoterminowej do zindywidualizowanych potrzeb podopiecznych. [Kuźmicz, 2012]

Progresja wieku nie zawsze będzie jednoznaczna z pogarszającą się sprawnością ruchową i będzie zależna od dotychczasowej aktywności fizycznej osób oraz występowania niektórych grup rozpoznń, między innymi zaburzeń funkcji poznawczych. Planowanie opieki nad pacjentem w wieku 60+ powinno być więc zindywidualizowane i oparte na analizie jego personalnych potrzeb, zwłaszcza niezaspokojonych.

3.2.5. Poziom absencji chorobowych osób pracujących w wieku podeszłym w świetle danych ZUS

Poziom absencji chorobowych wśród osób pracujących w wieku 60 lat i więcej również obrazuje stan somatyczny tej populacji. W latach 2012 – 2014 liczba dni absencji chorobowej

wśród osób w wieku 60–64 lat (I grupa) była zdecydowanie większa aniżeli osób w wieku 65 lat i więcej (II grupa). Jest to spowodowane prawdopodobnie tym, że liczba osób wykonujących pracę zawodową w drugiej grupie jest znacznie mniejsza niż w pierwszej (znaczny odsetek pobiera już świadczenia emerytalne lub rentowe).

Potwierdzeniem tych założeń jest współczynnik aktywności zawodowej. Wśród osób w wieku 45–59/64 lat wynosił 68,4% w 2013 roku, 69,0% w 2014 roku oraz 69,8% w I kwartale i 68,8% w II kwartale 2014 roku. Z kolei współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 60–65 lat wynosił 6,6% w 2013 roku, 7,0%, w 2014 roku a w I i II kwartale 2015 roku –7,2% [GUS, **Kwartalna informacja, 2015**].

W latach 2012–2014 liczba dni absencji chorobowej była znacznie większa wśród mężczyzn aniżeli wśród kobiet. Udział liczby dni absencji chorobowej w liczbie dni absencji ogółem wśród mężczyzn wahał się od 77,04% do 81,16% natomiast wśród kobiet: od 18,81% do 22,92%. W obu grupach zauważalna jest tendencja rosnąca co do liczby dni absencji chorobowej w kolejnych latach, jednakże udział mężczyzn przejawia tendencję spadkową pod tym względem a udział kobiet odwrotnie – tendencję wzrostową. Prawdopodobnie jest to spowodowane zmieniającą się strukturą zatrudnienia (tzn. coraz większy jest udział kobiet pracujących i nadal utrzymujących aktywność zawodową w wieku 60+) oraz odchodzeniem od tradycyjnego modelu rodziny, w którym mężczyzna swoją pracę zapewniał byt całej rodzinie. Należy spodziewać się, że w kolejnych latach tendencja ta utrzyma się i będzie podążała w kierunku zrównania dni absencji chorobowej u obu płci choć ostatecznie będzie uzależniona między innymi od sektora zatrudnienia tych osób (**tabela 17**).

Dane dowodzą, że największą liczbę dni w zakresie absencji chorobowej odnotowuje się u osób zatrudnionych w sektorze przetwórstwa przemysłowego, w handlu hurtowym i detalicznym, administracji publicznej obronie narodowej, w działalności w zakresie usług administrowania oraz w budownictwie. [**Absencja chorobowa ZUS 2012, 2013, 2014**]

Tabela 17. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych według płci i wieku

		ogółem	mężczyźni	odsetek	kobiety	odsetek	nieustalona płeć
rok 2012	60–64 lata	9460,8	7678,7	81,16%	1779,6	18,81%	2,5
	65 lat i więcej	1660,8	1163,3	70,04%	496,9	29,92%	0,6
rok 2013	60–64 lata	11395,5	8959,9	78,63%	2432,5	21,35%	3,1
	65 lat i więcej	2101,2	1501,3	71,45%	599,4	28,53%	0,5
rok 2014	60–64 lata	13330,5	9382,8	70,39%	3942,8	29,58%	4,9
	65 lat i więcej	2903,3	2236,7	77,04%	665,3	22,92%	1,3

Źródło: Absencja chorobowa w latach 2012–2014. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.

Tendencję wzrostową przejawia nie tylko liczba dni w zakresie absencji chorobowej, ale również liczba wystawianych zwolnień lekarskich. Zwolnienia częściej były wystawiane mężczyznom niż kobietom. Przeciętna długość zwolnień lekarskich w grupie pierwszej to 14 dni a w grupie drugiej – 15 dni. **(tabela 18)**

Tabela 18. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS według płci i wieku

		ogółem	mężczyźni	kobiety	nieustalona płeć	przeciętna długość zwolnienia lekarskiego
rok 2012	60–64 lata	647,8	509,3	138,3	0,2	14,6
	65 lat i więcej	104,9	71,1	33,8	0	15,83
rok 2013	60–64 lata	794,7	603	191,5	0,2	14,34
	65 lat i więcej	134,5	93,7	40,8	0	15,62
rok 2014	60–64 lata	915	615,4	299,3	0,3	14,57
	65 lat i więcej	184,4	139,2	45,1	0,1	15,75

Źródło: Absencja chorobowa w latach 2012–2014. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.

Liczba i długość absencji osób aktywnych zawodowo po 50 roku życia znacząco wzrasta w przedziale wiekowym 50–59 lat. Objawia się to największą liczbą zwolnień lekarskich w tej grupie obejmujących okres do 30 dni absencji. Po 60 roku życia następuje gwałtowny spadek absencji w związku z malejącą w tej grupie liczbą osób aktywnych zawodowo. **[Suszko, 2012]**

Analiza zaświadczeń lekarskich pod względem długości ich trwania mierzonej liczbą dni wskazuje, że w grupie osób powyżej 60 roku życia najczęściej jest zaświadczeń o liczbie dni 11–30. **(tabela 19)**. Stanowiły one odpowiednio 48,0% (2012 rok), 46,60% (2013), i 47,60% (2014) dla grupy osób w wieku 60–64 lata oraz 47,20% (2012), 46,20 % (2013) i 48,60% (2014) dla osób w wieku 65 lat i więcej. Drugą co do długości trwania są zwolnienia od 1 do 10 dni **(tabela 20)**.

Liczba zwolnień lekarskich powyżej 30 dnia absencji jest niewielka zarówno w omawianych grupach wiekowych jak i w grupach młodszych **jednak wraz z upływem czasu i starzeniem się osób ubezpieczonych zwiększa się.** **[Suszko, 2012]**

Tendencja do wydłużania się zwolnień wraz z wiekiem jest również zauważalna w tabeli 20 obrazującej strukturę zwolnień; w grupach wiekowych dla osób powyżej roku życia wskaźniki dla zwolnień trwających od 10 do 30 dni i tych trwających dłużej są większe od

wskaźników obliczonych dla ogółu. W związku z wydłużeniem okresu emerytalnego do 67 lat współczynniki te będą ulegać dalszemu wzrostowi przez wzgląd na wpływ negatywnych czynników środowiska pracy i podatność na nie pracowników w wieku podeszłym.

Najwięcej zaświadczeń lekarskich po 60 roku życia w latach 2012–2014 odnotowano w kolejności z powodu : chorób układu kostno – stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (19,68%), chorób układu krążenia (17,27%), urazów i zatruc (12,95%). Na kolejnych miejscach lokowały się choroby układu oddechowego (11,16%), choroby układu nerwowego (9,92%) i nowotwory (8,24%). **W latach 2012–2014 zauważalna jest tendencja do wzrostu liczby dni absencji chorobowej co może sugerować pogarszający się z roku na rok stan zdrowotny badanych osób (tabela 21).**

Kształtowanie się liczby dni absencji chorobowej w roku 2012, 2013 i 2014 przedstawiono na **rycinach 10,11,12.**

Tabela 19. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym z ZUS według długości absencji chorobowej oraz wieku

	wiek ubezpieczonych	ogółem liczba zaświadczeń lekarskich	z tego liczba zaświadczeń o orzeczonej absencji chorobowej w dniach:								
			od 1 do 10	od 11 do 30	od 31 do 35	od 36 do 50	od 51 do 60	od 61 do 90	od 91 do 182	183 dni i więcej	nieustalona długość absencji chorobowej
rok 2012	ogółem we wszystkich grupach wiekowych	16600,10	9135,70	6679,40	427,80	263,80	39,80	35,90	7,50	0,70	9,50
	60–64 lata	647,80	288,10	311,00	24,80	17,20	3,00	2,70	0,60	0,00	0,40
	65 lat i więcej	104,90	44,40	49,50	5,00	4,10	0,80	0,80	0,20	0,00	0,10
rok 2013	ogółem we wszystkich grupach wiekowych	17333,90	9746,40	6763,00	452,20	274,90	42,30	37,40	8,00	0,80	8,90
	60–64 lata	794,70	365,70	370,70	29,80	20,50	3,70	3,20	0,70	0,00	0,40
	65 lat i więcej	134,50	58,60	62,20	6,30	5,10	1,00	0,90	0,20	0,00	0,20
rok 2014	ogółem we wszystkich grupach wiekowych	16965,70	9328,00	6772,90	475,80	285,50	44,10	39,90	9,00	0,70	9,80
	60–64 lata	915,00	408,90	435,70	36,20	24,70	4,20	3,90	0,80	0,00	0,60
	65 lat i więcej	184,40	76,40	89,50	8,90	6,60	1,30	1,20	0,30	0,00	0,20

Źródło: Absencja chorobowa w latach 2012–2014. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych. ubezpieczonego, <http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=2294>

Tabela 20. Struktura zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym z ZUS według długości absencji chorobowej oraz wieku ubezpieczonego, <http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=2294>

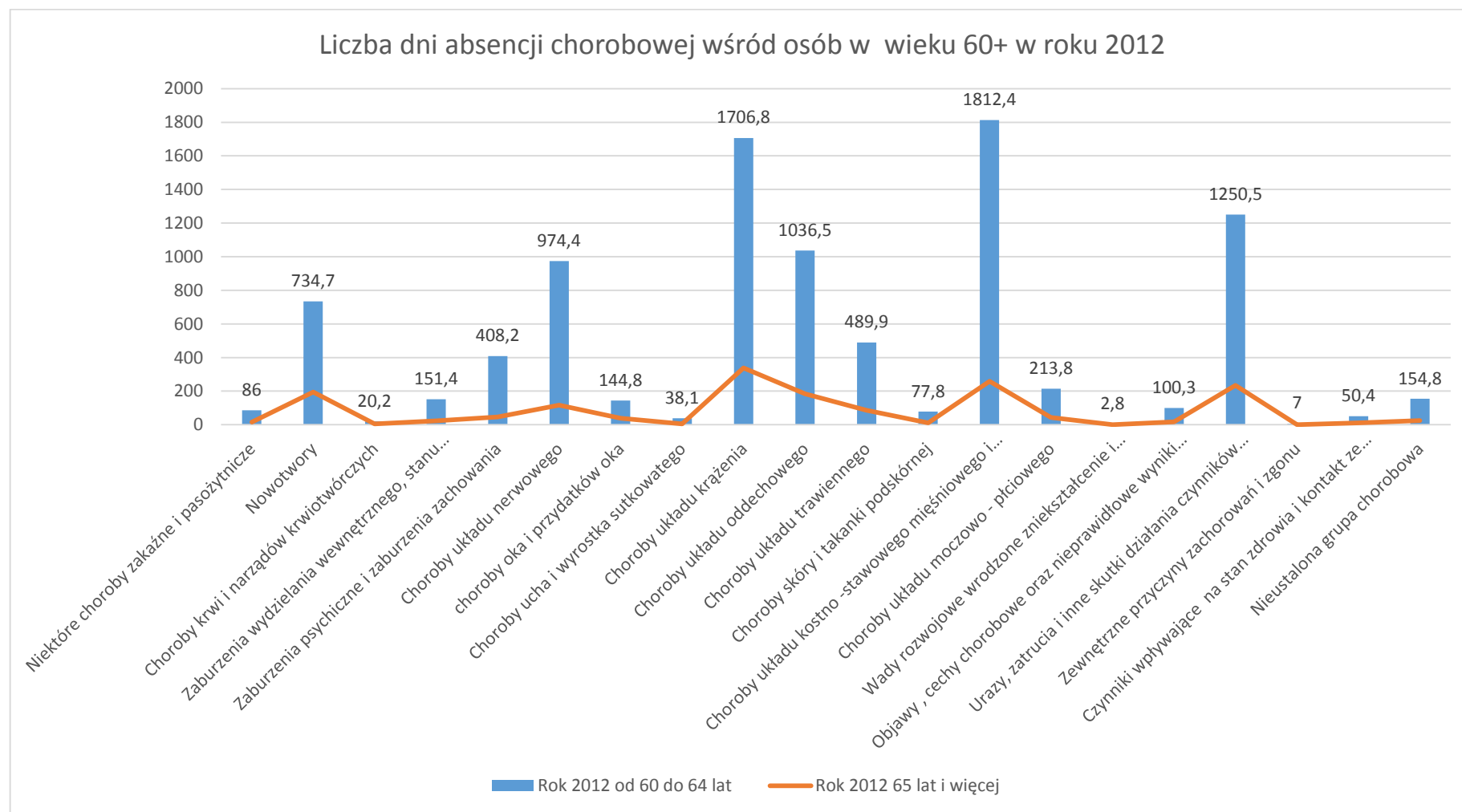
	wiek ubezpieczonych	ogółem liczba zaświadczeń lekarskich we wszystkich grupach wiekowych	z tego liczba zaświadczeń o orzeczonej absencji chorobowej w dniach								
			od 1 do 10	od 11 do 30	od 31 do 35	od 36 do 50	od 51 do 60	od 61 do 90	od 91 do 182	183 dni i więcej	nieustalona długość absencji chorobowej
rok 2012	ogółem	100,00	55,00	40,20	2,60	1,60	0,20	0,20	0,10	0,00	0,10
	60–64 lata	100,00	44,50	48,00	3,80	2,70	0,50	0,40	0,10	0,00	0,00
	65 lat i więcej	100,00	42,40	47,20	4,80	3,90	0,80	0,70	0,10	0,00	0,10
rok 2013	ogółem	100,00	56,20	39,00	2,60	1,60	0,20	0,20	0,10	0,00	0,10
	60–64 lata	100,00	46,00	46,60	3,70	2,60	0,50	0,40	0,10	0,00	0,10
	65 lat i więcej	100,00	43,50	46,20	4,70	3,80	0,80	0,70	0,20	0,00	0,10
rok 2014	ogółem	100,00	55,00	39,90	2,80	1,70	0,30	0,20	0,00	0,00	0,10
	60–64 lata	100,00	44,70	47,60	4,00	2,70	0,40	0,40	0,10	0,00	0,10
	65 lat i więcej	100,00	41,40	48,60	4,80	3,60	0,70	0,70	0,10	0,00	0,10

Źródło: Absencja chorobowa w latach 2012–2014. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych.

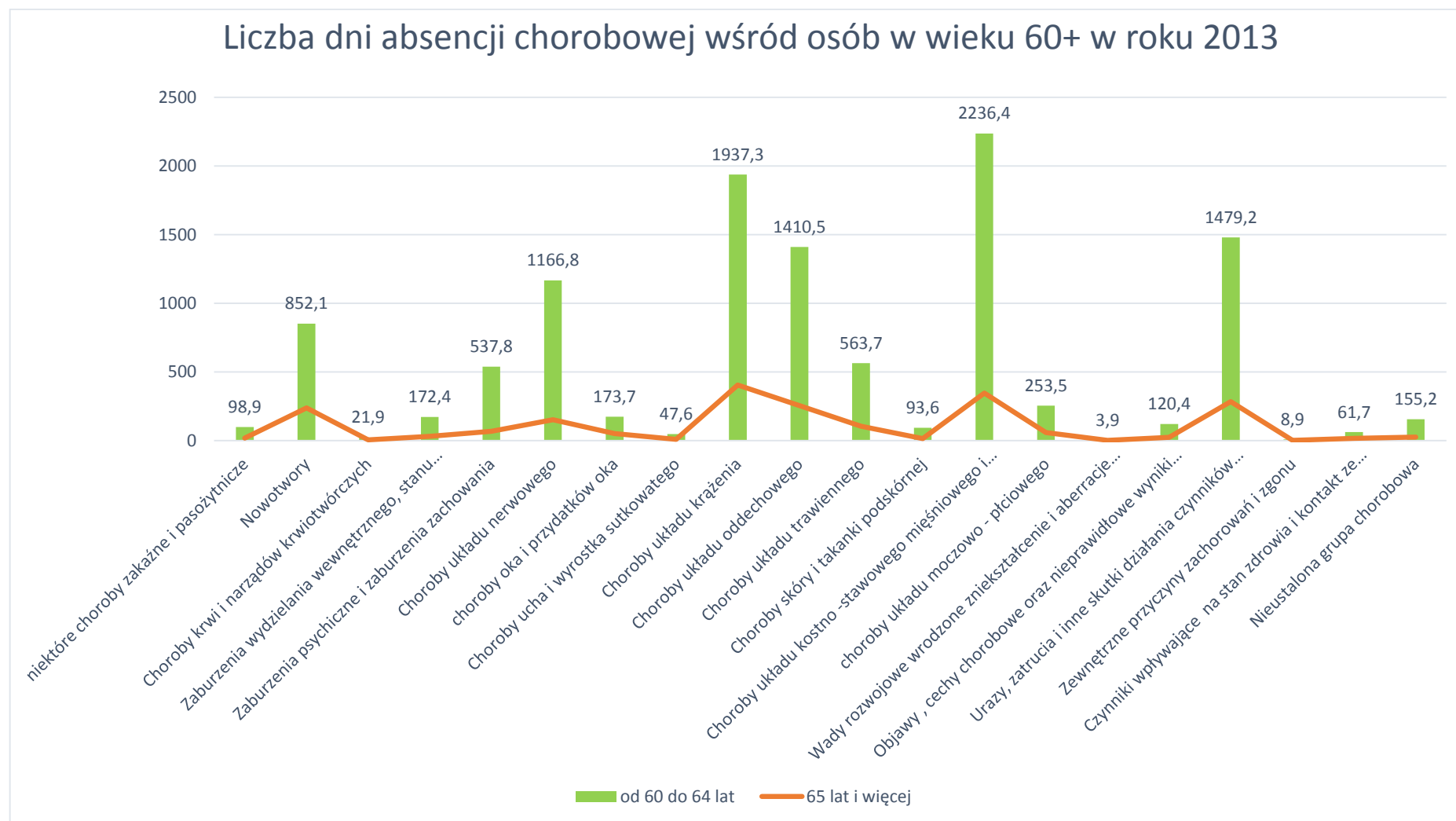
Tabela 21. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według ich wieku oraz grup chorobowych w latach 2012-2014

Wyszczególnienie	Rok 2012		Rok 2013		rok 2014		lata 2012-2014	
	od 60 do 64 lat	65 lat i więcej	od 60 do 64 lat	65 lat i więcej	od 60 do 64 lat	65 lat i więcej	suma	odsetek
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze	86	16,6	98,9	18,6	120,8	26,4	367,3	0,90%
Nowotwory	734,7	194,9	852,1	238,1	1024,7	319,7	3364,2	8,24%
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	20,2	5,2	21,9	5,8	28,2	9	90,3	0,22%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	151,4	24	172,4	29,7	198,7	44,7	620,9	1,52%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	408,2	46,2	537,8	68,1	763,3	109,4	1933	4,73%
Choroby układu nerwowego	974,4	116,9	1166,8	150,6	1397,4	245,1	4051,2	9,92%
choroby oka i przydatków oka	144,8	39,4	173,7	51,4	223,2	74,9	707,4	1,73%
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	38,1	5,3	47,6	7,7	57,8	10,8	167,3	0,41%
Choroby układu krążenia	1706,8	338	1937,3	403,7	2124,2	546,7	7056,7	17,27%
Choroby układu oddechowego	1036,5	184,1	1410,5	254,9	1374,5	297,6	4558,1	11,16%
Choroby układu trawiennego	489,9	86,4	563,7	104,5	670,4	146,4	2061,3	5,05%
Choroby skóry i tkanki podskórnej	77,8	11,5	93,6	14,9	116,2	21	335	0,82%
Choroby układu kostno -stawowego mięśniowego i tkanki łącznej	1812,4	259,2	2236,4	345	2857,6	529,6	8040,2	19,68%
Choroby układu moczowo - płciowego	213,8	43,7	253,5	58,1	323,9	76,6	969,6	2,37%
Wady rozwojowe wrodzone zniekształcenie i aberracje chromosomalne	2,8	0,4	3,9	0,5	4,5	0,9	13	0,03%
Objawy , cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane	100,3	16,9	120,4	22,5	155,5	30	445,6	1,09%
Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych	1250,5	234,8	1479,2	283,1	1680,4	362,9	5290,9	12,95%
Zewnętrzne przyczyny zachorowań i zgonu	7	1,3	8,9	1,4	11,5	2	32,1	0,08%
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	50,4	11,6	61,7	16,8	76	20,7	237,2	0,58%
Nieustalona grupa chorobowa	154,8	24,4	155,2	25,8	121,7	28,9	510,8	1,25%
Źródło: opracowanie własne na podstawie : Absencja chorobowa w latach 2012–2014. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych							40852,1	100,00%

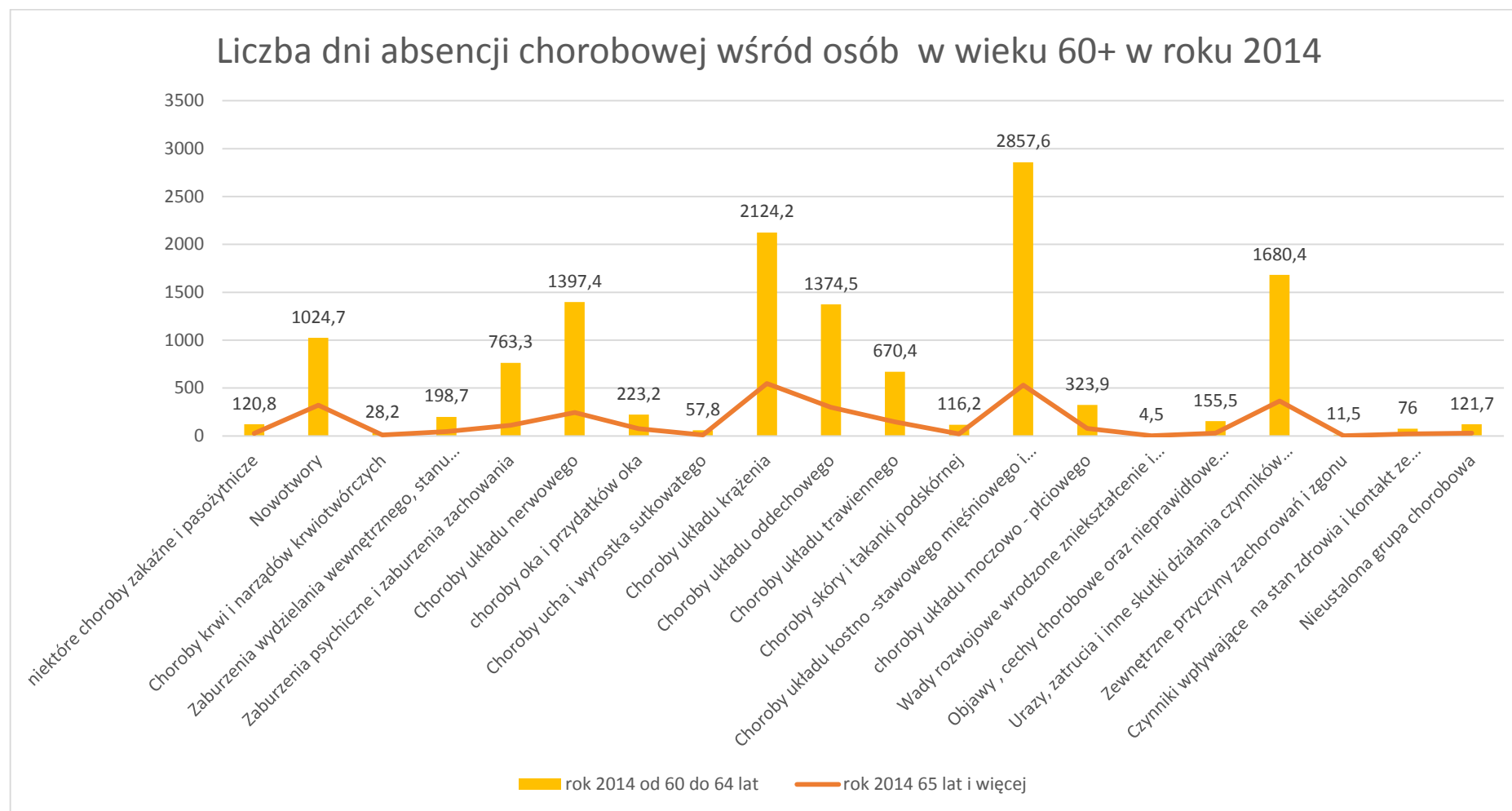
<http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=2294>



Rycina 10. Liczba dni absencji chorobowej wśród osób w wieku 60+ w roku 2012. Źródło: opracowanie własne na podstawie : Absencja chorobowa w roku 2012. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202012%20roku%20.pdf>



Rycina 11. Liczba dni absencji chorobowej wśród osób w wieku 60+ w roku 2013. Źródło: opracowanie własne na podstawie : Absencja chorobowa w roku 2013. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, http://www.zus.pl/files/Absencja_chorobowa_w_2013_roku.pdf



Rycina 12. Liczba dni absencji chorobowej wśród osób w wieku 60+ w roku 2014. Źródło: opracowanie własne na podstawie : Absencja chorobowa w roku 2014. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych. <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202014%20roku.pdf>

W starzejącym się społeczeństwie, w świetle tendencji do wzrostu liczby zwolnień lekarskich jak i liczby dni absencji chorobowej osób pracujących w wieku podeszłym, jak również wobec perspektywy postępującego zwiększania się liczby osób wymagających opieki i pielęgnacji, niebagatelne znaczenie mają programy profilaktyczne, prozdrowotne, promujące zdrowy i aktywny tryb życia, a także wczesne wykrywanie chorób przewlekłych. Działania te pozwalają na przesunięcie wieku, w którym znacząco rośnie liczba osób wymagających stałej opieki zdrowotnej i społecznej.

3.2.6. Niepełnosprawność wśród osób w wieku 60+ na terenie Dolnego Śląska

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje dotyczące osób niepełnosprawnych.; pierwsza wynikająca z przepisów prawa a dotycząca prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób niepełnosprawnych i druga, dużo szersza, stosowana w statystykach GUS.

Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) jako osoby niepełnosprawne określa się w polskim prawie jako osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnienie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej. Ustawa określa trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki.

Obecnie obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa - regulowane dwoma różnymi ustawami i prowadzonymi przez dwie różne instytucje. Jednym z nich jest orzecznictwo do celów rentowych, wydawane przez lekarzy orzeczników ZUS oraz komisje lekarskie ZUS, komisje lekarskie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) albo komisje lekarskie MON lub MSWiA. Innym rodzajem orzecznictwa jest tzw. orzecznictwo do celów pozarentowych - prowadzone przez powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności.[Gajda, 2006].

Przy Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej we Wrocławiu działa Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Zespół wydaje orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lekkim, umiarkowanym lub znacznym), dla celów pozarentowych, między innymi dla : odpowiedniego zatrudnienia, szkolenia, uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, uzyskania karty parkingowej, świadczeń z pomocy

społecznej, zasiłku pielęgnacyjnego, uzyskania przez opiekuna dziecka świadczenia pielęgnacyjnego, ulg i uprawnień. **[MOPS Wrocław].**

Jak wynika z powyższego w Polsce system orzekania o niepełnosprawności jest zawiliły i mało czytelny ponieważ niepełnosprawność była i jest orzekana przez różne instytucje i dla różnych celów, a wydawane orzeczenia nie są względem siebie równorzędne. Ten dualizm orzecznictwa powoduje brak podstaw do rzetelnej i wiarygodnej informacji o tym ile osób faktycznie w Polsce posiada orzeczenie o niepełnosprawności prawnej. Ostatecznie GUS w swojej metodologii wyróżnia 3 grupy niepełnosprawnych: osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie, osoby niepełnosprawne tylko prawnie oraz osoby niepełnosprawne tylko biologicznie. **[GUS 2011].** Definicja statystyczna ujmując bowiem nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie, ale również osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklaruje, że mają poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna). To drugie kryterium – niepełnosprawność biologiczna, a nie prawna – jest stosowane również w statystyce Unii Europejskiej. Według zasad unijnych populacja niepełnosprawnych obejmuje wszystkie osoby, które z powodu problemów zdrowotnych mają ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej, niezależnie od tego, czy ograniczenie jest poważne czy niezbyt poważne. GUS w wynikach swoich badań (w tym w spisach powszechnych) prezentuje zbiorowość osób niepełnosprawnych uwzględniając zarówno kryterium prawne jak i biologiczne. **[Piekarzewska i Zajenkowska – Kozłowska, GUS 2011]**

Do rozważań na temat niepełnosprawności w niniejszym opracowaniu przyjęto kryteria stosowane przez GUS to znaczy wielkość populacji osób niepełnosprawnych oszacowano według metodologii dotychczas stosowanej w Polsce, tj. posiadanie orzeczenia prawnego i /lub ograniczoną zdolność wykonywania czynności, ale tylko w stopniu poważnym. Uważa się, że taka metodologia w najbardziej wiarygodny sposób odzwierciedli rzeczywistą liczbę osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim.

Źródłem informacji na temat występowania niepełnosprawności w grupie osób powyżej 60 roku życia jest badanie Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. **[GUS 2011]** Ujmuje ono te choroby przewlekłe, które najczęściej przyczyniają się do powstania niepełnosprawności. Powodem niepełnosprawności osób wieku 60+ są najczęściej choroby układu krążenia – 1760,1 tys. wskazań (25,62%) oraz uszkodzenia i choroby narządu ruchu – 1720,5 tys. wskazań (25,04%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku – 926,2tys. (13,48%) oraz schorzenia neurologiczne – 919,4% (13,38%). **(tabela 22)**

Tabela 22. Osoby niepełnosprawne w wieku 60 lat i więcej według występujących grup schorzeń

Wyszczególnienie					
	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej	suma	odsetek
Niepełnosprawni - ogółem	1 077,6	1 040,8	645,5	2 763,9	
z tego mający:					
Uszkodzenia i choroby narządu ruchu	590,6	649,9	480,0	1 720,5	25,04%
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	299,9	350,1	276,2	926,2	13,48%
Uszkodzenia i choroby narządu słuchu	123,2	205,8	223,6	552,6	8,04%
Schorzenia układu krążenia	637,6	685,8	436,7	1 760,1	25,62%
Schorzenia neurologiczne	334,5	358,2	226,7	919,4	13,38%
Schorzenia psychiczne	69,0	57,3	42,1	168,4	2,45%
Upośledzenie umysłowe	10,4	12,4	11,9	34,7	0,51%
Inne schorzenia	297,6	318,3	172,6	788,5	11,48%
liczba wskazanych chorób ogółem				6 870,4	100,00%
średnia liczba chorób przypadająca na jednego pacjenta				2,49	

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011),

<http://www.niepełnosprawni.gov.pl/p,86,stan-zdrowia>

**jedna osoba mogła wskazać więcej niż jedno schorzenie*

W województwie dolnośląskim częstość występowania niepełnosprawności jest nieco wyższa, niż przeciętnie w skali kraju. Według danych GUS z roku 2009 r niepełnosprawność występowała u 14,2% mieszkańców województwa dolnośląskiego, w porównaniu z 13,9% w całym kraju. Pod względem odsetka osób niepełnosprawnych Dolny Śląsk przewyższały województwa: lubelskie (16,3%), kujawsko–pomorskie (16,1%), lubuskie (16,1%), małopolskie (15,8%), łódzkie (15,3) oraz opolskie (14,8%). W 2011 r. odnotowano 383 tys. osób niepełnosprawnych, co stanowi 13,2% ogółu ludności województwa (w kraju –12,2%).

[Dolnośląska strategia].

Na podstawie danych z Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) z 2011r. najwięcej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym zamieszkiwało województwo śląskie (257671, 11,72%), mazowieckie (256287, 10,66%) i wielkopolskie (185845, 8,45%), natomiast dolnośląskie lokowało się na 4 miejscu (180814, 8,22%).

Analizując odsetek niepełnosprawnych ogółem przypadających na liczbę mieszkańców danego województwa należy wnioskować, że dolnośląskie lokowało się na czwartym miejscu (13,16%) po lubuskim (16,67%), lubelskim (14,33%) i warmińsko – mazurskim (13,59%) . Z kolei odsetek niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym przypadających na liczbę mieszkańców danego województwa umieścił dolnośląskie na miejscu piątym (6,20%) po lubelskim (7,17%) i lubuskim (6,99%), małopolskim (6,27%) i świętokrzyskim (6,22%). Na

uwagę zasługuję fakt, że odsetek ten jest wyższy w województwie dolnośląskim od przeciętnego odsetka w skali kraju (6,20%v 5,71%) **[GUS NSP 2011, BDL] tabela 23.**

Tabela 23. Niepełnosprawność osób w wieku poprodukcyjnym w województwie dolnośląskim na tle innych województw

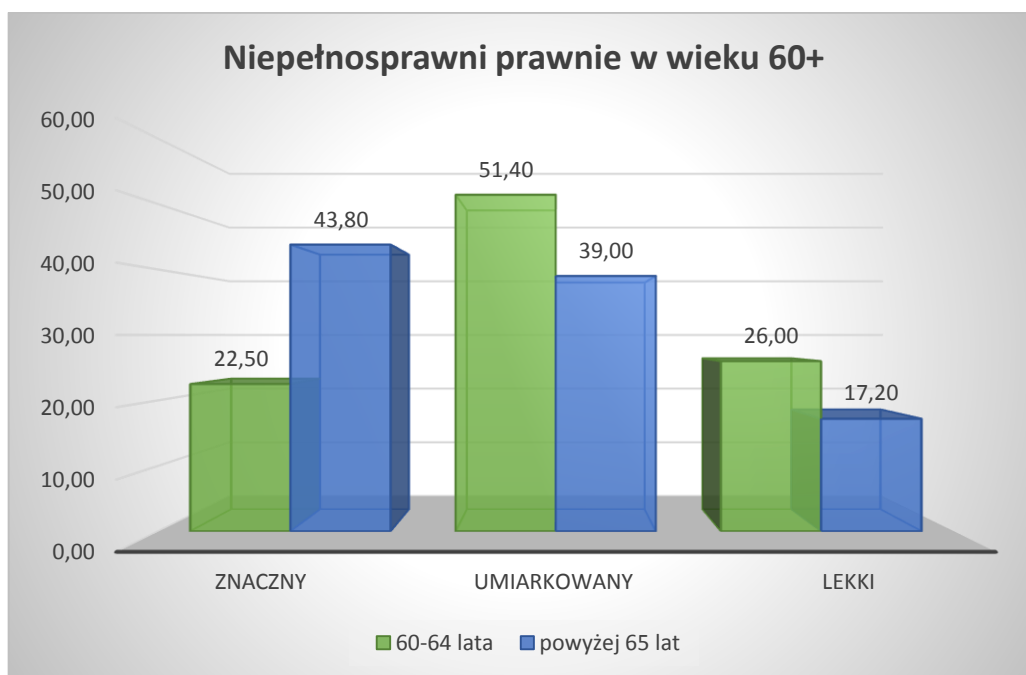
Jednostka terytorialna					ludność ogółem		odsetek osób niepełnosprawnych ogółem	odsetek osób niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym
	ogółem		w wieku poprodukcyjnym					
	osoby niepełnosprawne razem							
	2011							
	osoba	%	osoba	%	osoba	%	%	%
POLSKA	4697048	100%	2198695	100%	38511824	100%	12,20%	5,71%
ŁÓDZKIE	333760	7,11%	156540	7,12%	2538677	6,59%	13,15%	6,17%
MAZOWIECKIE	515697	10,98%	256287	11,66%	5268660	13,68%	9,79%	4,86%
MAŁOPOLSKIE	394309	8,39%	209325	9,52%	3337471	8,67%	11,81%	6,27%
ŚLĄSKIE	552138	11,76%	257671	11,72%	4630366	12,02%	11,92%	5,56%
LUBELSKIE	311796	6,64%	155947	7,09%	2175700	5,65%	14,33%	7,17%
PODKARPACKIE	249530	5,31%	115100	5,23%	2127286	5,52%	11,73%	5,41%
PODLASKIE	131758	2,81%	68053	3,10%	1202365	3,12%	10,96%	5,66%
ŚWIĘTOKRZYSKIE	165680	3,53%	79641	3,62%	1280721	3,33%	12,94%	6,22%
LUBUSKIE	170537	3,63%	71529	3,25%	1022843	2,66%	16,67%	6,99%
WIELKOPOLSKIE	428770	9,13%	185845	8,45%	3447441	8,95%	12,44%	5,39%
ZACHODNIOPOMORSKIE	210057	4,47%	92557	4,21%	1722885	4,47%	12,19%	5,37%
DOLNOŚLĄSKIE	383758	8,17%	180814	8,22%	2915241	7,57%	13,16%	6,20%
OPOLSKIE	103153	2,20%	50409	2,29%	1016212	2,64%	10,15%	4,96%
KUJAWSKO-POMORSKIE	264313	5,63%	110976	5,05%	2097635	5,45%	12,60%	5,29%
POMORSKIE	284499	6,06%	127626	5,80%	2276174	5,91%	12,50%	5,61%
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	197293	4,20%	80373	3,66%	1452147	3,77%	13,59%	5,53%
Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks								

Według GUS w 2011 roku grupa 103 946 Dolnoślązaków w wieku poprodukcyjnym miała orzeczoną **niepełnosprawność prawną**, w tym było 43 066 osób (41,43%), co do których orzeczono stopień niepełnosprawności znaczny, 37 341 osób (35,92%) – stopień umiarkowany, 20 872 osoby (20,08%) – stopień lekki oraz 2 667 (2,57%) – nieustalony. Zdecydowanie większą grupę pod względem rozpatrywanego typu niepełnosprawności stanowią kobiety. Wśród mężczyzn było jedynie 34 036 osób niepełnosprawnych prawnie (32,74%) a wśród kobiet prawie dwa razy więcej – 69 909 osób (67,26%). Najwięcej niepełnosprawnych prawnie było w podregionie wałbrzyskim (30 338 osób), w podregionie miasto Wrocław (22 380 osób) i podregionie jeleniogórskim (20 715 osób). Analiza powiatów stawia na pierwszym miejscu pod tym względem powiat miasta Wrocław (22 380 osób), na drugim powiat wałbrzyski (10 844 osób), na trzecim powiat kłodzki (6600 osób) i na czwartym – świdnicki (5090 osób).

Szczegółowe dane z podziałem na podregiony i powiaty zawiera załącznik 12.

Ogółem na Dolnym Śląsku (GUS 2011) liczba osób **niepełnosprawnych** tylko **biologicznie** w wieku poprodukcyjnym wynosiła 76 869, w tym było 5 649 osób (7,35%) odczuwających ograniczenie sprawności całkowite, 23 182 (30,16%) – poważne oraz 48 037 (62,49%) – umiarkowane. Wśród mężczyzn było 20 066 osób niepełnosprawnych biologicznie, co stanowiło 26,10% ogółu niepełnosprawnych biologicznie, natomiast wśród kobiet – 56 802 osób (73,89%). Najwięcej niepełnosprawnych biologicznie ogółem odnotowano w podregionie miasto Wrocław (20 324 osób) oraz w podregionie wałbrzyskim (18 876 osób). **Szczegółowe dane z podziałem na podregiony i powiaty zawiera załącznik 13.**

W 2015 roku w Polsce ogółem, 19,7% osób w wieku 60–64 lata oraz 20,9% osób wieku 65 lat i więcej, posiadało orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez ZUS i /lub Zespół Orzekający przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie. Odnośnie 22,5 % osób w wieku 60–64 lat orzeczono stopień niepełnosprawności lekki, 51,4% – umiarkowany i 26,% – ciężki. Z kolei sytuacja w grupie 65 – latków i osób starszych przedstawiała się nieco inaczej: 43,8% miało orzeczony stopień niepełnosprawności lekki, 39,0% umiarkowany, 17,2% ciężki. **(rycina 13).** W województwie dolnośląskim osoby niepełnosprawne ogółem stanowiły 9,9 % wszystkich niepełnosprawnych w Polsce, w tym u 27,2% stwierdzono stopień niepełnosprawności lekki, u 48,8% – umiarkowany, u 24% – ciężki. **[Diagnoza społeczna 2015]**



Rycina 13. Niepełnosprawni prawnie w wieku 60+.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Diagnoza Społeczna 2015*, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf

Wraz z wiekiem zmienia się struktura niepełnosprawności tzn. wśród osób wieku 60–64 lata dominuje stopień niepełnosprawności umiarkowany natomiast wśród osób w wieku powyżej 65 lat dominuje stopień niepełnosprawności znaczny. Oznacza to, że im starsza osoba tym częściej należy się spodziewać wyższego stopnia niepełnosprawności a co za tym idzie – większej liczby potencjalnych potrzeb do zaspokojenia. Wśród Dolnoślązaków wieku 60+ najczęściej występuje poziom niepełnosprawności znaczny.

3.3. Potrzeby psychologiczne.

3.3.1. Potrzeba bezpieczeństwa.

Jedną z podstawowych potrzeb jednostki ludzkiej stanowi potrzeba bezpieczeństwa. [Bogowolska–Wępięć i wsp., 2008] Zapobieganie przemocy wobec osób w wieku podeszłym, wprowadzenie telefonu zaufania dla osób w wieku podeszłym, przeciwdziałanie przemocy

ekonomicznej oraz nieuczciwym praktykom handlowym wobec osób w wieku podeszłym to tylko niektóre kierunki interwencji przewidzianych przez politykę senioralną w ramach „Założeń długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020”. Z badań przeprowadzonych wśród 1 137 osób w wieku 60 lat i więcej na terenie Dolnego Śląska wynika, iż większość osób w wieku podeszłym mieszkających na Dolnym Śląsku posiada poczucie bezpieczeństwa. Pojęcie „bezpieczeństwa” nie zostało jednak jednoznacznie sprecyzowane w tym badaniu. Pozwolono respondentowi na samodzielne przyjęcie definicji tego terminu, a definicje bezpieczeństwa mogą podkreślać aspekt: ekonomiczny, emocjonalny, brak zagrożenia w życiu publicznym czy w codziennej egzystencji. Zagrożenie doświadczane było przez 10,4% respondentów. Mniej bezpieczni czuli się mieszkańcy miast aniżeli wsi. Najwyższy poziom zagrożenia odczuwały osoby w wieku 65 – 69 lat (14,22%), a najniższy te w wieku 85 lat i więcej (4,94%). Najwięcej osób, w wieku podeszłym, które nie czują się bezpiecznie, jako powód swojego stanu podaje zagrożenie przestępczością, agresję, przed którą nie mogłyby i nie potrafiłyby się obronić (47,12%). [Bogowolska–Wępsięć i wsp., 2008]

W Polsce po 2005 r. nastąpił znaczny spadek odsetka ofiar kradzieży (w 2015 do 37 proc. stanu z 2005 r.), ofiar napadu i pobicia (do 58 %) i włamania do domu (do 31 %). Wyjaśnia to wzrost poczucia bezpieczeństwa: odsetek osób zadowolonych ze stanu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania zwiększył się od 2000 r. o ponad 30 punktów procentowych. Ofiarami kradzieży, napadu i pobicia bądź też włamania do samochodu częściej bywają mężczyźni aniżeli kobiety. Podobnie częściej ofiarami tych przestępstw bywają osoby wieku 60 – 64 lata aniżeli osoby wieku 65 lat i więcej. W roku 2013 w województwie dolnośląskim 5,2% badanych przyznało się do bycia ofiarą kradzieży (i był to najwyższy wskaźnik wśród wszystkich województw), natomiast w roku 2015 – 3,8%, co lokowało to województwo na miejscu drugim po opolskim (4,1%). Z kolei możliwość pozostania ofiarą napadu czy pobicia w 2015 roku umieszcza województwo dolnośląskie w rankingu na miejscu piątym (0,9%). [Czapiński i Panek, 2015]

W okresie od stycznia do września 2015 roku na terenie Dolnego Śląska odnotowano 46 341 przestępstw o charakterze kryminalnym, 4 481 przestępstw drogowych, 1 156 przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu oraz 38 983 – przeciwko mieniu. Analiza podregionów wskazuje, że największa przestępczość ma miejsce w podregionie miasta Wrocław. [Biuletyn statystyczny, 2015]

Wyniki Wrocławskiej Diagnozy Społecznej (2014) pokazują jednak, że liczba zdarzeń w miejscu zamieszkania, które mogłyby wywołać poczucie zagrożenia oraz naruszać

bezpieczeństwo mieszkańców (np. włamania, rozboje, wandalizm, agresja słowna, bójki i pobicia dorosłych) w roku 2014 w porównaniu do roku 2010 zdecydowanie zmniejszyła się. **[Kłopot i wsp., 2014]**

Kolejnym powodem braku bezpieczeństwa osób w wieku podeszłym jest lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia – 20,19%. **[Bogowolska–Wępiec i wsp., 2008]** Osoby te z jednej strony obawiają się cierpienia, które będzie się nasilać, z drugiej strony nie chcą być ciężarem dla najbliższych, którzy musieliby ograniczać czy rezygnować z zaspokojenia części swoich potrzeb w związku z ich stanem. Na obawy te nakłada się także strach przed pogorszeniem sytuacji materialnej (9,62%), również w związku ze zwiększonymi wydatkami na koszty leczenia. Inną przyczyną utraty poczucia bezpieczeństwa jest lęk przed samotnością (5,77%), a dla 2,88% osób jest to strach przed utratą kogoś bliskiego **[Bogowolska–Wępiec i wsp., 2008]**

Z całą pewnością do utraty poczucia bezpieczeństwa osób w wieku podeszłym dochodzi wtedy kiedy stają się one ofiarami agresji. Ryzyko agresji wobec osób w wieku podeszłym rośnie w przypadku niedostatecznego przygotowania opiekunów do pełnienia swojej roli, co z reguły wiąże się ze zwiększonym stresem. Największego poziomu stresu opiekuńczego doświadczają domownicy w wieku 45–50 lat opiekujący się osobami w wieku 70 i więcej lat. **[Czapiński, Panek 2014]**

W ramach badania PolSenior przeprowadzono analizę zjawiska przemocy dotyczącej osoby w wieku podeszłym. Odsetek osób w wieku podeszłym zgłaszających doświadczanie jakiegokolwiek formy przemocy wynosił 5,9% i był istotnie wyższy dla kobiet aniżeli mężczyzn (6,8% vs. 5,0%, $p < 0,05$). Najczęściej stosowaną formą przemocy było znieważanie, wyzywanie, ośmieszanie lub lekceważenie (5,4%), następnie – nadużycia materialne lub ryzyko wygnania z mieszkania, w dalszej kolejności utrudnianie dostępu do lekarza, spotkań z rodziną, z przyjaciółmi, przemoc fizyczna, wymuszanie zachowań seksualnych. Najczęściej zgłaszano przemoc wobec młodszych seniorów oraz wobec osób mieszkających w dużych miastach. Wykazano istotnie statystyczny związek między występowaniem przemocy wobec osób w wieku podeszłym w poszczególnych województwach ($p < 0,001$). Najrzadziej doświadczali przemocy seniorzy z województwa opolskiego (2,4% badanych), a najczęściej – mieszkańcy województwa podlaskiego i warmińsko – mazurskiego (około 11%). W województwie dolnośląskim 4,1% badanych doświadczyło przemocy. Przemoc bierną – zaniedbanie – zasygnalizowało około 13% badanych w populacji ogólnopolskiej. Poczucie zaniedbania w najwyższym stopniu dotyczy mieszkańców województwa podlaskiego (20,8%) i świętokrzyskiego (20,4%). Mieszkańcy województwa dolnośląskiego sytuowali się pod tym

względem na miejscu siódmym (9,6%). Przemoc wobec kobiet częściej dotyka je we własnym środowisku, na przykład w domu, ze strony rodziny i znanych osób. Z kolei mężczyźni częściej spotykali się z agresywnymi zachowaniami poza domem – na ulicy, w sklepie, w urzędzie. Sprawcami przemocy są często osoby zależne od osoby w wieku podeszłym – w zakresie finansowym (w związku z brakiem pracy), mieszkaniowym, a także opiekuńczym. **[Halicka i wsp., 2012]**

Innym wymiarem poczucia bezpieczeństwa jest bezpieczeństwo socjalne. Wynagrodzenia, inne dochody z pracy, a także świadczenia w systemie zabezpieczenia społecznego mają fundamentalne znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa socjalnego. Zaspokojenie potrzeb bytowych na akceptowanym poziomie jest warunkiem rozwoju emocjonalnego, psychicznego i satysfakcji w relacjach społecznych. **[Maslow, 2006]**

W związku z tym, że aktywność zawodowa osób w wieku poprodukcyjnym 60–65 lat i więcej w Polsce w latach 2013–2015 wynosiła około 7%: w 2013r. – 6,6%, w 2014r. – 7,0%, w I i II kwartale 2015r. – 7,2% **[GUS, Kwartalna informacja, 2015]** na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto, że podstawowym źródłem dochodów dla tej grupy osób są świadczenia emerytalne. Takie założenie potwierdzają także wyniki badania PolSenior oraz studia Biura Analiz Sejmowych **[Ciura, 2012]**

Sytuacja materialna osób w wieku podeszłym na tle innych gospodarstw domowych jest traktowana przez wielu badaczy jako zaskakująco zadowalająca, tym bardziej, że gospodarstwa domowe emerytów są najczęściej dwuosobowe. **[Gałązka – Petz, 2012]** Do podobnych stwierdzeń skłaniają wyniki Diagnozy Społecznej (2015), gdzie określono, że grupami gospodarstw domowych o najwyższych przeciętnych dochodach netto na osobę są gospodarstwa domowe pracowników i emerytów (odpowiednio 1 634 zł i 1 562 zł na osobę). Wyraźnie najniższymi przeciętnymi dochodami netto na osobę dysponowały gospodarstwa domowe utrzymujące się z niezarobkowych źródeł i rolników (odpowiednio 858 i 1 008 zł na osobę). **[Czapiński i Panek, 2015]**

Podobnie wyniki analiz GUS (2013) wskazują, że sytuacja materialna gospodarstw emerytów prezentuje się znacznie lepiej na tle innych. Wśród emerytów odsetek osób dotkniętych ubóstwem dochodowym jest ponad trzykrotnie mniejszy niż gospodarstw domowych z osobami bezrobotnymi (ok. 37%) oraz gospodarstw rencistów (ok. 38%). **[GUS, Jakość życia, 2013]**

Liczba emerytów w trzecim kwartale 2015 roku w województwie dolnośląskim wynosiła 643,8 tys. Przeciętna miesięczna emerytura brutto wypłacana w tym okresie wynosiła 2081,56 zł a renta z tytułu niezdolności do pracy – 1706,87 zł. Zdecydowanie niższe były

świadczenia społeczne wypłacane rolnikom indywidualnym. Przeciętna miesięczna emerytura i renta brutto wypłacana tej grupie wynosiła 1280 zł (III kwartał 2015 r) co stanowiło 61% przeciętnej renty wypłacanej przez ZUS. Z kolei renta rodzinna wynosiła 1 858, 77% (89,30% przeciętnej emerytury wypłacanej przez ZUS). Wskazuje to pośrednio na **większe zagrożenie zarówno osób pobierających rentę rodzinną jak i rolników ubóstwem w okresie starzenia się oraz brakiem możliwości zabezpieczenia podstawowych potrzeb w zakresie egzystencji i partycypacji w życiu lokalnej społeczności. (tabela 24).**

Według Błędowskiego dochody o łącznej wysokości do 1 tysiąca złotych osiągało 31,1% mężczyzn oraz ponad połowa kobiet (54,7%) co potwierdza gorszą sytuację dochodową kobiet i stawia większe wyzwania zarówno dla samych osób w wieku podeszłym, otoczenia społecznego, jak i polityki społecznej. [Błędowski, 2012]

Analiza wysokości wypłacanych emerytur i rent nie skłania do optymistycznego myślenia. W 2014 roku według danych GUS w gospodarstwach emerytów dochód rozporządzalny na osobę wynosił 1 458 zł, a udział przeciętnych wydatków w dochodzie rozporządzalnym wynosił 82,5% (1 203 zł). Z kolei dochód rozporządzalny przypadający na gospodarstwa domowe emerytów (przy przeciętnej liczbie osób w gospodarstwie domowym równej 1,94) w tym samym roku wyniósł 2 777 zł, a udział wydatków rozporządzalnych w tym, dochodzie – podobnie jak wyżej 82,5%. Głównie były to wydatki na utrzymanie mieszkania lub domu oraz nośniki energii (23,9%), żywność oraz napoje bezalkoholowe (27,1%). Udział wydatków emerytów na utrzymanie mieszkania był wyższy od: udziału przyjętego dla ogółu badanych (20,8%), udziału przyjętego dla pracowników (19,8%), rolników (18,7%) i pracujących na własny rachunek (18,3%). Natomiast udział wydatków emerytów na żywność i napoje bezalkoholowe był wyższy od przyjętego dla ogółu (24,9%), dla pracowników (23,7%) oraz pracujących na własny rachunek (21,2%). W obu przypadkach w sytuacji gorszej od emerytów byli renciści z 27,1% udziałem wydatków na utrzymanie mieszkania oraz 29,4%. [GUS, Budżety gospodarstw, 2014]

Wydatki na leczenie i badania, leki oraz inne artykuły farmaceutyczne w roku 2013 wynosiły ogółem 9,2% to znaczy: 8,3% dochodu dla osób wieku 60–69 lat, 10,2% dochodu dla osób w wieku 70–79 lat oraz 10,1% dla osób w wieku 80+. W roku 2011 poziom tych wydatków kształtował się na podobnym poziomie. [Czapiński i Błędowski, 2014]

Tabela 24. Świadczenia społeczne w województwie dolnośląskim w latach 2013–2015

OKRESY		Liczba emerytów i rencistów w tys.			Przeciętna miesięczna emerytura i renta brutto w zł				
		ogółem	pobierających świadczenia wypłacane z Zakład Ubezpieczeń Społecznych	rolników indywidualnych	wypłacana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych				rolników indywidualnych
A – analogiczny okres roku poprzedniego = 100					ogółem	emerytura	renta z tytułu niezdolności do pracy	renta rodzinna	
2013	I–XII	650,9	601,7	49,2	1877,72	1959,41	1612,59	1757,98	1226,90
	A	98,9	99,2	95,5	105,3	105,2	105,2	105,4	105,8
2014	I–VI	643,2	595,4	47,8	1958,14	2047,69	1664,44	1823,00	1243,66
	I–IX	644,0	596,5	47,5	1940,70	2029,23	1655,39	1803,11	1245,30
	I–XII	643,5	596,2	47,3	1944,03	2031,44	1657,38	1809,99	1245,91
	A	98,9	99,1	96,2	103,5	103,7	102,8	103,0	101,5
2015	I–III	643,5	597,1	46,4	1973,12	2058,29	1688,23	1835,77	1263,93
	I–VI	643,7	597,3	46,4	1988,47	2073,33	1701,63	1851,45	1280,58
	I–IX	643,8	597,2	46,6	1996,58	2081,56	1706,87	1858,77	1280,04
	A	100,0	100,1	98,0	102,9	102,6	103,1	103,1	102,8

Źródło: Biuletyn statystyczny województwa dolnośląskiego III kwartał 2015, <http://wroclaw.stat.gov.pl/opracowania-biezace/komunikaty-i-biuletyny/inne-opracowania/biuletyn-statystyczny-wojewodztwa-dolnoslaskiego-iii-kwartal-2015-r-,2,19.html>

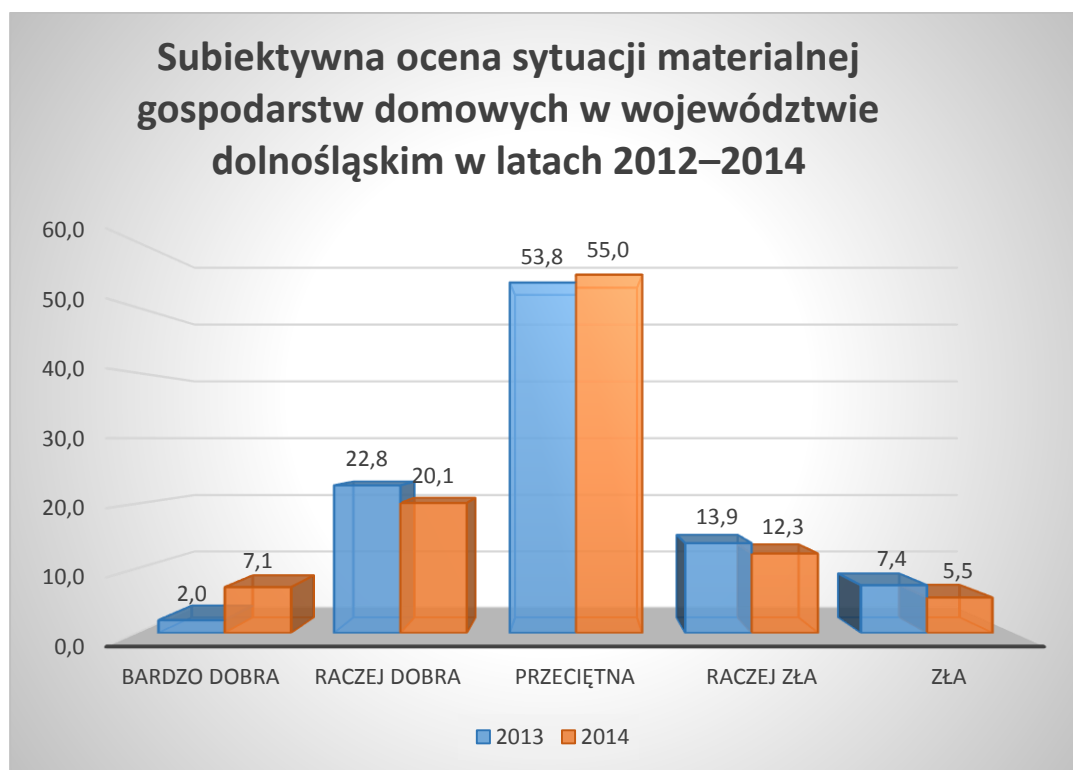
Z punktu widzenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego seniorów istotne znaczenie ma ustalenie potrzeb związanych z ochroną zdrowia, które najczęściej trudno było zaspokoić z przyczyn finansowych. Według Błędowskiego najczęściej występują trudności w zakupie leków. Grupa 14,4% badanych wskazała, że trudności te występują czasami, a 4,1% – często. Czasami występujące trudności finansowe z zakupem żywności pozwalającej odżywiać się zgodnie z zaleceniami lekarza miało 10,3% badanych, z kolei 3,2% twierdziło, że występują one często. Znacznie częściej trudności te zgłaszały kobiety niż mężczyźni, prawdopodobnie z powodu niższych dochodów, co wskazano powyżej. **[Błędowski, 2012]**

W badaniu Błędowskiego blisko połowa respondentów (około 40–50%) nie wykazywała potrzeby opłacenia: wizyty lekarskiej, badań medycznych, pielęgniarstwa bądź opiekunki, czy też skorzystania z sanatorium czy rehabilitacji albo ten problem ich nie dotyczył. Stąd też badanie to nie dostarcza ostatecznie wyczerpujących informacji na temat rzeczywistych trudności finansowych badanej grupy.

Znacznie bardziej istotna wydaje się jednak subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych. Zgodnie z danymi zamieszczonymi w Diagnozie społecznej w 2011r., osoby w wieku podeszłym częściej niż osoby młode są niezadowolone z finansowej sytuacji swojej rodziny. Jednak odsetek osób bardzo niezadowolonych ze swojej sytuacji finansowej jest wyższy w grupie wieku 60–64 (9%) niż w grupie 65 lat i więcej (7,7%), najwięcej niezadowolonych osób z sytuacji finansowej rodziny jest w grupie 60–64 lata – 18,2% . Badanie pokazało również, że niezadowolone z sytuacji finansowej swojej rodziny są osoby na przedpolu starości, czyli osoby w wieku 45–59 lat. **[Czapiński i Panek, 2011]**

Dolnośląscy seniorzy w badaniu z 2008 roku ocenili swoją sytuację materialną jako przeciętną (47,2%), twierdzili, że żyją oszczędnie i dzięki temu udaje się im zaspokajać swoje potrzeby. Jednocześnie 33,6% badanych uznało swą sytuację za niekorzystną pod względem ekonomicznym, uważając ją za złą (27,6%) i bardzo złą (6%). Odsetek osób, które pozytywnie oceniają swą sytuację materialną, wynosił 19,2%. Z kolei 17% wyraziło przekonanie, że ich gospodarstwo domowe jest w dobrej kondycji, a jedynie 2,2% badanych, że ich sytuacja jest bardzo dobra. **[Bogowolska–Wępiec i wsp., 2008]**

Subiektywna ocenę sytuacji materialnej gospodarstw domowych w latach 2012– 2014 w województwie dolnośląskim przedstawiono na **rycinie 14**.



Rycina 14. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w województwie dolnośląskim w latach 2012–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS– Danych Lokalnych –NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Wskaźnikiem odzwierciedlającym subiektywną ocenę własnej sytuacji materialnej jest agregatowy indeks niedostatku. Dane z drugiego kwartału 2015 roku pokazują, że wskaźnik ten dla emerytów wynosił 38,04 i był wyższy od: wskaźnika przyjętego dla pracowników (16,48) oraz wskaźnika dla rolników (32,73) ale niższy od wskaźnika dla rencistów (60,45) i utrzymujących się z niezarobkowych źródeł (77,59). **[Czapiński i Panek, 2015]**

W badaniach GUS (2014) grupa 22,4% emerytów oceniła sytuację materialną swojego gospodarstwa domowego jako dobrą lub bardzo dobrą, 59% – jako przeciętną, a 18,6% jako raczej złą lub złą. **[GUS, Budżety gospodarstw, 2014]**

O ile obecna sytuacja emerytów wydaje się być nie najgorsza na tle innych gospodarstw domowych to prognozy dotyczące przyszłych świadczeń emerytalnych są niepokojące. Czynnikiem niepewności są ciągle trwające zmiany zasad gromadzenia i wypłacania środków finansowych gromadzonych na emerytury. Skutkiem reformy jest spadek tzw. stopy zastąpienia świadczenia emerytalnego wypłacanego w nowym systemie. Wysokości tego wskaźnika nie można obecnie precyzyjnie określić, jednakże niektóre źródła podają, że stopa zastąpienia brutto dla osoby przechodzącej na emeryturę w wieku 65 lat po 40 latach opłacania składek i

zarabiającej przeciętne wynagrodzenie spadnie z 63,2% w 2006 r. do 47,5% w 2046 r. Relacja przeciętnego świadczenia emerytalno-rentowego do przeciętnego wynagrodzenia (dla wieku emerytalnego 60/65) może spaść z 56% w 2007r. do 31% w 2060 r., co oznacza znaczne zmniejszenie wysokości emerytur w przyszłości. [Kłos, 2011]

Sytuacja dochodowa przyszłych emerytów może być znacznie trudniejsza niż obecnie ponieważ zmniejszanie się świadczeń emerytalnych w systemie pracowniczym może prowadzić do kształtowania się przyszłych emerytur na poziomie relacji dzisiejszych emerytur rolniczych do przeciętnego wynagrodzenia. [Ciura, 2012]. Obecnie większość osób ma emeryturę wypłacaną z ZUS. Przeciętna emerytura wypłacana z ZUS jak wynika z tabeli 24 jest znacznie wyższa od emerytury rolniczej płaconej z KRUS (2081 zł v1280 zł). Jeżeli obliczy się relację obu tych wskaźników do przeciętnego wynagrodzenia to w drugim przypadku wskaźnik będzie niższy. W przyszłości emerytury z ZUS (emerytury w systemie pracowniczym) mogą kształtować się na poziomie tych otrzymywanych z KRUS.

3.3.2. **Potrzeba szacunku i uznania**

Potrzeba szacunku jest inną ważną potrzebą psychologiczną. Wszyscy ludzie odczuwają potrzebę, aby czuć się szanowanym, dotyczy to także poczucia własnej wartości i szacunku dla samego siebie. Potrzeba szacunku oznacza pragnienie, aby być zaakceptowany, i ceniony przez innych. Szacunek, jakim darzona jest jednostka jest jednym z czynników jej prestiżu w rodzinie, czy w grupie społecznej. Pewnym wskaźnikiem pozycji w systemie rodzinnym, a pośrednio również subiektywną miarą odczuwanego przez osoby w wieku podeszłym szacunku, jest wskazywanie siebie jako „głowy gospodarstwa domowego”.

Z badań Polsenior wynika, że kobiety mają nieco niższą pozycję w rodzinach niż mężczyźni a różnica ta staje się widoczna szczególnie po 75 roku życia. Ponadto pozycja osób w wieku podeszłym w gospodarstwie domowym osłabia się wraz z wiekiem. Zjawisko to dotyczy w równej mierze obu płci. Główną przyczyną utraty pozycji „głowy gospodarstwa domowego” na rzecz młodszego pokolenia jest śmierć współmałżonka. Największy odsetek osób uważa się za „głowę gospodarstwa domowego” w rodzinach złożonych tylko z małżonków albo z małżonków i dzieci. Tam gdzie starsze osoby mieszkają samotnie z dziećmi i wnukami mniej niż połowa osób postrzega w ten sposób swoją pozycję w rodzinie. Grupa 79,4% badanych uważa siebie za „głowę gospodarstwa domowego” w gospodarstwie składającym się tylko z małżonków, 62,5% – w gospodarstwie składającym się z małżonków, dzieci i wnuków, ale w gospodarstwie składającym się tylko z dzieci i wnuków (bez małżonka)

już tylko – 42,3%. Zatem negatywny wpływ na postrzeganie siebie jako „głowy gospodarstwa domowego” ma owdowienie i zamieszkiwanie pod jednym dachem z młodszymi pokoleniami. [Szatur – Jaworska, 2012].

W województwie dolnośląskim większość gospodarstw domowych tworzą gospodarstwa jednorodzinne (64,55%) oraz nierodzinne (29,56%). Odsetek gospodarstw dwurodzinnych wynosi 5,44%, a trzyrodzinnych i więcej – 0,45%. **Najwięcej gospodarstw trzyrodzinnych i więcej, występuje w kolejności w podregionie wrocławskim (29,77%), jeleniogórskim (22,24%) oraz wałbrzyskim (22,08%). Osoby w wieku podeszłym, w szczególności kobiety zamieszkujące te gospodarstwa mogą mieć niską pozycję w społecznej w rodzinie i potencjalnie mogą być narażone na niezaspokojenie potrzeby szacunku. (tabela 25)**

Szacunek dla osób w wieku podeszłym wiąże się z ich postrzeganiem przez społeczeństwo. Im lepiej osoby w wieku podeszłym będą postrzegane tym potencjalnie mają większą szansę na życzliwe traktowanie i okazywany szacunek. Wyniki analizy CBOS (2009) wskazują, że zdecydowana większość ankietowanych (87%) postrzega ludzi w wieku podeszłym jako potrzebnych społeczeństwu, a jedynie 9% respondentów jest zdania, że stanowią dla niego raczej obciążenie. Im respondenci byli lepiej wykształceni, tym rzadziej mieli skłonność do postrzegania ludzi w wieku podeszłym jako obciążenia. Aż 97% ankietowanych docenia rolę dziadków i babć w rodzinie, niewiele mniej osób (95%) uważa, że warto jest korzystać z ich doświadczenia i wiedzy. Badani uważają, że osoby w wieku podeszłym są dobrymi sąsiadami i zwracają uwagę na to, co dzieje się w ich najbliższym otoczeniu (92%), twierdzą że mają czas na zajęcie się działalnością społeczną w radzie swojego osiedla bądź też w organizacji charytatywnej (88%), doceniają także pomoc finansową świadczoną przez dziadków czy rodziców wnukom lub dzieciom (92,%). [CBOS, 2009]

Życzliwy stosunek do seniorów zdecydowanie dominuje w rodzinie (79%), w środowisku sąsiedzkiem (68%) oraz w parafii (64%). Osoby w wieku podeszłym rzadziej spotykają się z życzliwością w sklepach (46%) i w byłym miejscu pracy (41%). Postawy negatywne dominują w placówkach służby zdrowia, w urzędach, na ulicy, w środkach komunikacji miejskiej [CBOS, 2007]

Według Szatur – Jaworskiej (2012) osoby w wieku 55 lat i starsze udzielają różnych form pomocy na rzecz innych. Jest to: pomoc finansowa (38%), pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego (33%), pielęgnacja i opieka w chorobie (23%), udostępnianie mieszkania (9%), załatwianie spraw urzędowych (21%) oraz udzielanie wsparcia psychicznego (47%). W fazie starości wraz z wiekiem naturalnie bardzo znacząco spada odsetek

udzielających wsparcia psychicznego (tylko 19% w wieku 90 i więcej lat), pielęgnujących w chorobie (do 7% w wieku 90 i więcej lat) oraz pomagających w załatwianiu spraw urzędowych (5% w wieku 90 i więcej lat). **[Szatur – Jaworska, 2012]**

Tabela 25. Gospodarstwa domowe województwa dolnośląskiego według składu rodzinnego

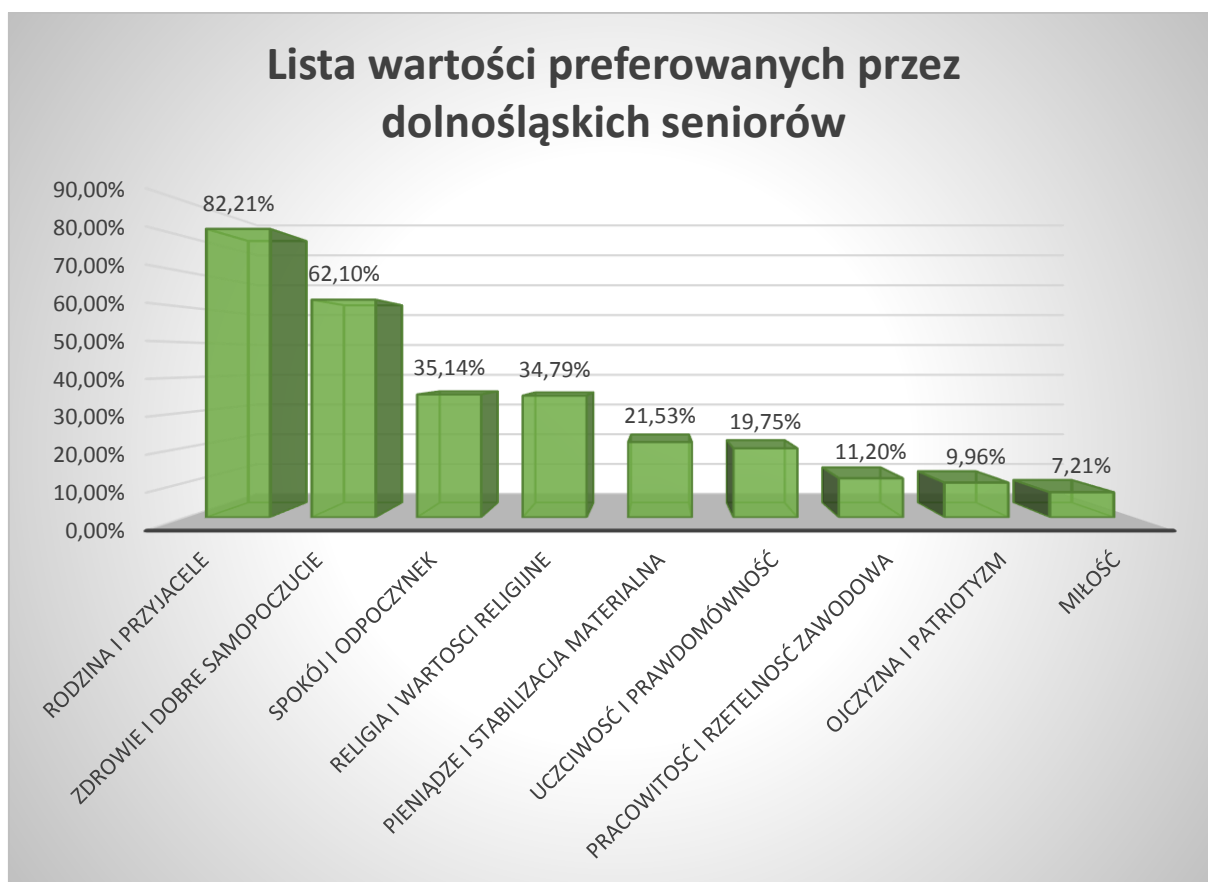
Jednostka terytorialna	ogółem		jednorodzinne		dwurodzinne		trzy i więcej rodzinne		nierodzinne ogółem	
	wartość liczbowa	odsetek	wartość liczbowa	odsetek	wartość liczbowa	odsetek	wartość liczbowa	odsetek	wartość liczbowa	odsetek
	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011
	gosp.	%	gosp.	%	gosp.	%	gosp.	%	gosp.	%
DOLNOŚLĄSKIE	1099505	100,00%	709723	100,00%	59810	100,00%	4964	100,00%	325009	100,00%
Podregion 1 - jeleniogórski	214443	19,50%	140490	19,80%	12741	21,30%	1104	22,24%	60108	18,49%
Podregion 2 - legnicko- głogowski	166344	15,13%	114880	16,19%	8727	14,59%	577	11,62%	42160	12,97%
Podregion 3 - wałbrzyski	260177	23,66%	168752	23,78%	13595	22,73%	1096	22,08%	76734	23,61%
Podregion 4 - wrocławski	185561	16,88%	127609	17,98%	15150	25,33%	1478	29,77%	41324	12,71%
Podregion 5 - m. Wrocław	272981	24,83%	157992	22,26%	9596	16,04%	710	14,30%	104683	32,21%
Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks										

Pomimo powszechnej zgody co do przydatności w społeczeństwie osób w podeszłym wieku, tylko 13% ankietowanych ma pewność, że są one w Polsce szanowane, a co drugi respondent wyraża się w tej kwestii w sposób umiarkowany (raczej są szanowane). Prawie co trzeci badany (31%) nie dostrzega poszanowania ludzi w wieku podeszłym. Według CBOS– u w latach 2000–2009 nastąpił nieznaczny wzrost szacunku w stosunku do osób w wieku podeszłym. W 2000 roku 73% badanych uważało, że osoby w ich otoczeniu są traktowane życzliwie, w 2007 roku – 74 %, natomiast w 2009 roku – 81%. **[CBOS, 2009]**

3.3.3. Potrzeba przynależności i miłości a samotność i poczucie osamotnienia

W zaspokajaniu potrzeb człowieka starszego decydującą rolę odgrywa środowisko rodzinne. Najbliższa rodzina jest najważniejszym źródłem kontaktów społecznych i zaspokaja potrzebę uczestnictwa w grupie społecznej **[Szatur – Jaworska, 2012]**.

Okazuje się, że posiadanie rodziny i dobre relacje z nią dają Dolnoślązacom największe poczucie zadowolenia. Zgodnie z listą potrzeb i preferowanych przez tę grupę wartości to rodzina i przyjaciele okazują się być wartością najważniejszą (82,21% wskazań), obok zdrowia i dobrego samopoczucia (62,1%), spokoju i odpoczynku (35,14%) oraz religii i wartości religijnych (34,79%). **[Bogowolska–Wępiec i wsp. 2008]** Listę wartości preferowanych przez dolnośląskich seniorów przedstawia **rycina 15**.



Rycina 15. Lista wartości preferowanych przez dolnośląskich seniorów

Źródło: opracowanie własne na podstawie : Bogowolska–Wępsień M., Dąbrowska G., Klakocar J. i wsp. Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów. Raport z badań. Część II. Analiza wyników badań. Wrocław 2008.

Badania Czapińskiego i Błędowskiego również stanowią potwierdzenie tezy, że w systemie wartości osób w wieku podeszłym, rodzina zajmuje istotne miejsce. W badaniu tym, co prawda zdrowie było wymieniane przez respondentów na pierwszym miejscu, ale dwa kolejne wskazania koncentrowały się wokół rodziny. **[Czapiński i Błędowski, 2014]**

Wobec faktu, że rodzina stanowi dla seniora najwyższą wartość oraz w celu zaspokojenia potrzeby przynależności do tej najmniejszej komórki społecznej, senior zazwyczaj dąży do utrzymywania z nią dość intensywnych kontaktów, co podkreślają niżej omówione badania.

W analizie PolSenior utrzymywanie intensywnych kontaktów rodzinnych (przynajmniej raz w miesiącu) deklarowała większość osób. Okazuje się, że upływ lat nie ogranicza intensywności spotkań, a kobiety i mężczyźni utrzymują kontakty o zbliżonej intensywności. Oprócz kontaktów bezpośrednich utrzymywane są również kontakty pośrednie

za pomocą telefonu bądź Internetu, co więcej okazują się one być znacznie bardziej intensywne niż kontakty bezpośrednie. Kontakty pośrednie w pierwszej kolejności są utrzymywane z dziećmi i ich małżonkami, a w drugiej – z wnukami. **[Szatur – Jaworska, 2012]** Co prawda seniorzy w znacznie mniejszym stopniu od młodszych pokoleń są otwarci na nowoczesne technologie komunikacyjne jednakże spośród osób po 60 roku życia w ostatnim tygodniu: 27 % telefonowało przez Internet (VoiP, Skype), 25% korzystało z komunikatorów umożliwiających rozmowy ze znajomymi (np. gadu–gadu itp.), 19% korzystało z Facebooka, 19% korzystało z innych portali społecznościowych, a 14% uczestniczyło w czatach **[Czapiński i Błędowski, 2014]**

Osoby w wieku podeszłym utrzymują kontakty społeczne nie tylko z rodziną, ale również z przyjaciółmi. Okazuje się, że osoby w wieku podeszłym mają więcej przyjaciół niż osoby młodsze (poniżej 59 roku życia), zwłaszcza w grupie osób z policealnym i wyższym wykształceniem. Jednocześnie 7,3% kobiet i 7,4% mężczyzn podaje, że nie ma żadnego przyjaciela – odsetek ten zmniejsza się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ($p < 0,001$). Odsetek osób w wieku podeszłym bardzo zadowolonych, zadowolonych i dość zadowolonych ze swoich kontaktów z grupą przyjaciół wynosi 89,1% wśród kobiet i 86,1% wśród mężczyzn. **[Czapiński i Panek, 2013]** .

Większość osób w wieku podeszłym na Dolnym Śląsku z sąsiadami kontaktuje się często (84,92%), z kolei sporadycznie: 5,64%, a żadnego kontaktu nie ma co 10. osoba (9,44%). Dla ponad połowy seniorów przyjaciele odgrywają ważną rolę w codziennym życiu – częsty kontakt z nimi deklaruje 55,89% badanych, sporadycznie spotyka się 24,55% seniorów. Jednocześnie 19,57% badanych nie posiada przyjaciół, co napawać może niepokojem, ponieważ przyjaciele stanowią istotne ogniwo wsparcia w trudnej sytuacji życiowej, służą radą, pomocą i oparciem emocjonalnym. Niestety badania wykazują, że co 5. senior takiego wsparcia jest pozbawiony. Częste kontakty ze znajomymi z pracy deklarowało jedynie 19,21% badanych, sporadycznie widzi się z nimi 32,8%, a nigdy aż 47,99% respondentów. Z pracownikami ośrodka zdrowia często spotykało się 37,83% badanych, rzadko – 41,63%, zaś nigdy – 20,54% respondentów. Co 5. senior (22,96%) deklaruje częste spotkania z księdzem, od czasu do czasu widuje się z nim – 57,31%, a w ogóle nie ma kontaktu – 19,72%. Najrzadziej osoby w wieku podeszłym spotykają się z pracownikami pomocy społecznej. Swój kontakt z nimi jako częsty określa jedynie 3,55% badanych, sporadyczny – 14,36, natomiast aż 82,09% deklaruje, że nie spotyka się z nimi wcale. Tak rzadki kontakt osób w wieku podeszłym z pracownikami socjalnymi wskazuje, że dolnośląscy seniorzy generalnie nie doświadczają większych trudności życiowych i są samodzielni lub ich wiedza na temat dostępnej opieki

społecznej, czy też dostępność tej opieki – są na niskim poziomie **[Bogowolska–Wępięć i wsp., 2008]**

Warto podkreślić znaczenie deficytu w zakresie ciepła rodzinnego wśród osób w wieku podeszłym. Według Halickiej i Kramkowskiej (2012) na tego typu odczucia uskarżało się 17,9% respondentów, przy czym odsetek ten był zbliżony w mieście (19,6%) i na wsi (16,2%). Zauważa się jednak pewne zróżnicowanie w odbiorze tego niedostatku wśród kobiet i mężczyzn na wsi. W środowiskach wiejskich kobietom bardziej brakuje ciepła rodzinnego (18,8%) niż mężczyznom (11,4%), co może mieć związek z migracjami dzieci z domu rodzinnego i silniejszym emocjonalnym przeżywaniem tej sytuacji przez kobiety **[Halicka i Kramkowska, 2012]**

Deficyt w zakresie ciepła rodzinnego oraz brak kontaktów z rodziną może przyczynić się do odczuwania osamotnienia. Samotność i osamotnienie nie są jednak pojęciami tożsamymi. Czekanowski (2002) wskazuje na istnienie zasadniczej różnicy między samotnością i osamotnieniem: samotność oznacza obiektywny brak kontaktu z ludźmi podczas gdy osamotnienie stanowi subiektywną, przykrą reakcję na brak tych kontaktów **[Czekanowski, 2002]**

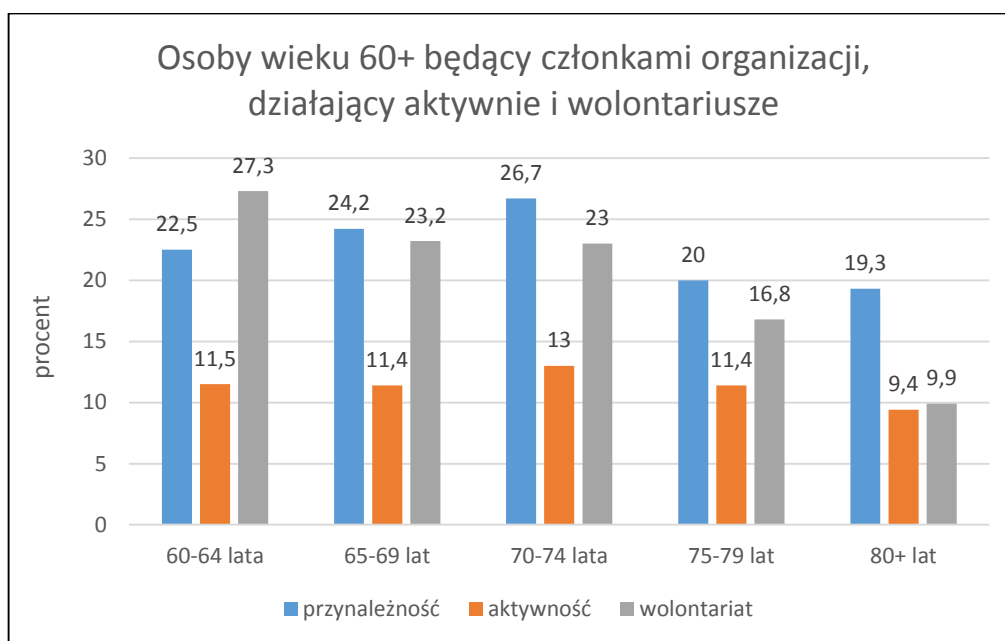
Między poczuciem osamotnienia a oceną stosunków rodzinnych istnieje silna zależność – bardzo dobre oceny życia rodzinnego wykazują dodatnią korelację z brakiem poczucia osamotnienia, a niejednoznaczna lub negatywna ocena życia rodzinnego współwystępuje z częstym odczuwaniem osamotnienia. W badaniu PolSenior aż 86% respondentów oceniło swoje stosunki z rodziną jako dobre lub bardzo dobre, 11% jako ani dobre ani złe, natomiast 3% jako złe lub bardzo złe. Problem osamotnienia dotyczy stosunkowo niewielkiej części zbiorowości, zwiększa się wraz z wiekiem i jest odczuwany częściej przez mężczyzn niż przez kobiety. Relatywnie najczęściej uczucie to jest udziałem osób zamieszkujących samotnie (co siódma osoba czuje się tak zawsze lub często) oraz osób nie mających małżonka i mieszkających z dziećmi (dwukrotnie wyższy odsetek). **[Szatur – Jaworska, 2012]** Większość (88,84%) osób w wieku podeszłym zamieszkujących Dolny Śląsk wskazała, że utrzymuje częste kontakty z dziećmi i rodziną, kontakty sporadyczne utrzymuje – 8,99%, zaś 2,18% – nigdy nie spotyka się z rodziną. **[Bogowolska–Wępięć i wsp., 2008]**

Ze względu na poczucie osamotnienia, część osób w wieku 60 lat i więcej, w miesiącach poprzedzających badanie Czapińskiego i Błędowskiego (2013) było tak załamanych, że myślała o samobójstwie: 32,8% badanych w wieku 60–69 lat, 25,0% – w wieku 70–79 lat oraz 19,1% – w wieku 80 i więcej lat. Z kolei odsetek osób, które w miesiącach poprzedzających badanie były tak załamane, że myślały o samobójstwie ze względu na poczucie bycia

niekochanym to 33,7% osób wieku 60–69 lat, 33,5% – w wieku 70–79 lat oraz 25,9% w wieku 80 i więcej lat. [Czapiński i Błędowski, 2013]

Osoby w wieku emerytalnym zaspokajają swoją potrzebę przynależności nie tylko przez funkcjonowanie w rodzinie ale również przynależność do różnych organizacji. Najwięcej osób należących do jakiegokolwiek organizacji to osoby w wieku 70–74 lat (26,7%). W tej grupie odnotowano również największy odsetek osób działających aktywnie (13%). Z kolei najwięcej wolontariuszy jest wśród osób z grupy wiekowej 60–64 lat (27,3%). [Czapiński i Panek, 2014]. (rycina 16)

Z badań pilotażowych na temat wolontariatu we Wrocławiu, przeprowadzonych w 2007r. przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej i Urząd Miejski we Wrocławiu wynika, że osoby powyżej 65. roku życia stanowią najmniej pożądaną kategorię wolontariuszy. Podmioty, korzystające z pracy wolontariuszy chętniej przyjąłby wolontariusza niepełnoletniego niż takiego, który ma 65 lat lub więcej [Bogowolska–Wępsięć i wsp., 2008].



Rycina 16. Osoby wieku 60+ będący członkami organizacji, działający aktywnie i wolontariusze

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Czapiński J., Panek T. *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, http://analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/DS2013/Raport_glowny_Diagnoza_Spooleczna_2013.pdf

Z badań nad kondycją życiową dolnośląskich seniorów można wnioskować, że obecnie grupa ta jest narażona na wykluczenie społeczne z trzech powodów. Jednym z nich jest trudna sytuacja materialna i ograniczony budżet, co uniemożliwia zaspokojenie wszystkich potrzeb. Drugim, są stereotypy dotyczące starości zakotwiczone w społecznej świadomości, co powoduje, że społeczeństwo jako system nie jest przygotowane do tworzenia warunków gwarantujących wysoką jakość życia osób w wieku podeszłym. Trzecią jest proces autowykluczenia seniorów: osoby w wieku podeszłym z powyższych powodów same wycofują się z życia społecznego „skazując się” na pasywny styl życia. Sytuację tę pogłębia niski poziom wykształcenia seniorów. [Bogowolska–Wępiec i wsp., 2008]

Poprawa sytuacji materialnej seniorów, niwelowanie negatywnych stereotypów na temat starości i aktywizacja seniorów powinny stanowić priorytetowe działania lokalnych i centralnych władz na rzecz tej grupy w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

3.3.4. Potrzeba samorealizacji. Poziom izolacji a aktywność społeczna.

Zadowolenie z życia osób w wieku podeszłym jest pochodną szeroko rozumianej aktywności, również w sferze społecznej. Do głównych psychologicznych przesłanek aktywności życiowej i społecznej należą motywacja, samoocena (wiara w swoje możliwości) i nadzieja (optymizm). Wraz z wiekiem poziom sprawności ulega obniżeniu a wraz z nim zmniejszeniu ulega poziom energii i zapału do pracy. Aż 77,1% badanych w wieku do 59 roku życia twierdzi, że ma równie dużo zapału do pracy jak dawniej. Ale z tym twierdzeniem zgadza się już tylko : 37% osób w wieku 60–64 lat, 25,7% – w wieku 65–69 lat, 14,1% – w wieku 70–74 lat, 9,5%– w wieku 75–79 lat i jedynie 6,6% osób w wieku 60 lat i więcej. [Czapiński i Błędowski, *Diagnoza społeczna 2013*]

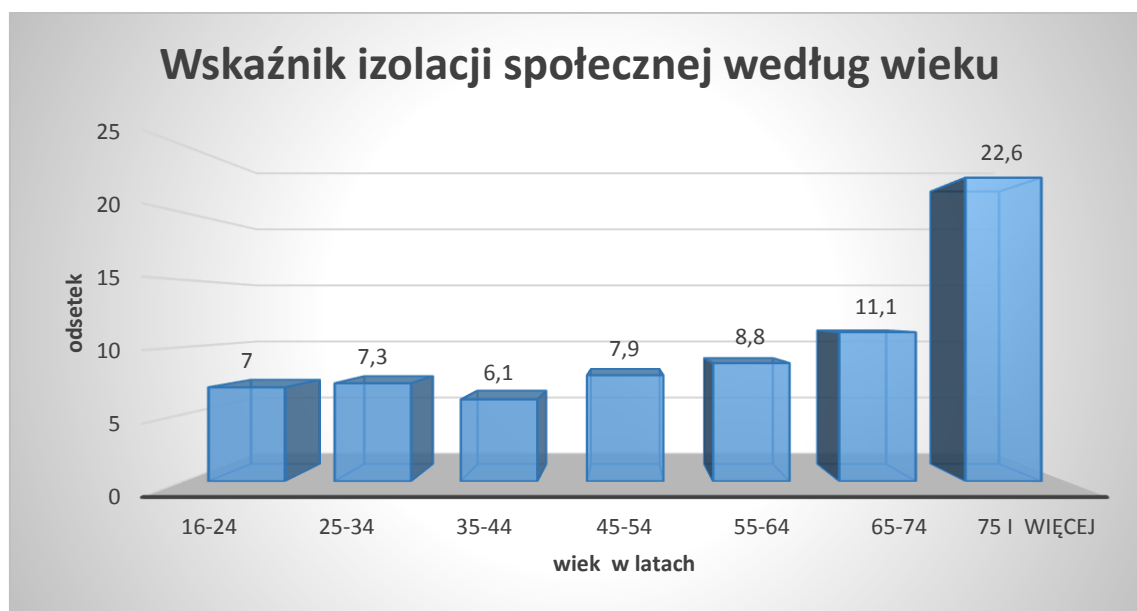
Aktywność społeczna osób w wieku podeszłym obejmuje aktywność obywatelską (partycypację obywatelską, zaangażowanie obywatelskie), działania na rzecz potrzebujących osób, środowiska oraz organizacji i instytucji (wolontariat). Celem ogólnym polityki senioralnej w obszarze aktywności edukacyjnej społecznej i kulturalnej jest wspieranie idei uczenia się wśród osób w wieku podeszłym oraz aktywizowanie do działań obywatelskich i społecznych, w tym:

- rozwój oferty edukacyjnej dla osób w wieku podeszłym,

- rozwój i wspieranie aktywności społecznej osób w wieku podeszłym (w tym zaangażowania obywatelskiego i wolontariatu),
- zwiększenie uczestnictwa osób w wieku podeszłym w kulturze zarówno jako jej odbiorców jak i twórców **[Założenia długofalowej polityki]**

Aktywny udział osób w wieku podeszłym w życiu społecznym, polegający na zwiększeniu szans do wnoszenia wkładu w życie społeczne w roli wolontariuszy (w tym osób sprawujących opiekę nad członkami rodziny), obok wymiaru aktywnego starzenia się na rynku pracy (stworzenie szans do pozostawania na rynku pracy) oraz wymiaru niezależnego życia (maksymalne wydłużenie liczby lat zdrowego życia i usprawnianie funkcjonowania seniorów) stanowią główne założenia UE w zakresie polityki aktywnego starzenia się. Powyższe działania mają na celu przeciwdziałanie izolacji społecznej oraz związanych z nią problemom i zagrożeniom **[European Year for Active Ageing, 2012]**

Poziom izolacji społecznej w Polsce według badań GUS (2013) wynosi ogółem 8,9% i jest wyższy u mężczyzn (9,8%) niż u kobiet (8,1%). Najwyższe poziomy izolacji społecznej odnotowano u osób z niskim poziomem wykształcenia: 14,6% u osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym, 9,4% – z zasadniczym zawodowym, jedynie 3,7% – z magisterskim i wyższym. Biorąc pod uwagę aktywność ekonomiczną, emeryci (16,8%) i renciści (17,2%) stanowią dwie najbardziej wyizolowane grupy. Zmienna „wiek” jest ważną determinantą izolacji społecznej: wraz z wiekiem poziom izolacji rośnie. Najwyższy wskaźnik izolacji obserwowano w grupie 75 latków i starszych od nich osób (22,6%), drugą w kolejności grupą były osoby w wieku 65–74 lat (11,1%) **(rycina 17) [GUS 2013, Jakość życia]**



Rycina 17. Wskaźnik izolacji społecznej według wieku

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2013). Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Warszawa 2013. [Dostęp 13.12. 2015r]
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/WZ_jakosc_zycia_2013.pdf

Liczne badania potwierdzają, że deficyty w relacjach społecznych (izolacja społeczna, niskie wsparcie społeczne) mogą prowadzić między innymi do chorób układu krążenia [Barth i wsp., 2010], chorób infekcyjnych [Cohen i wsp., 1997], zaburzeń poznawczych [Bassuk i wsp., 1999] i zgonów [Udell i wsp., 2012]. U pacjentów z wysokim poziomem izolacji społecznej dochodzi do podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, podwyższonego poziomu białka C–reaktywnego i fibrynogenu [Loucks i wsp., 2006; Shankar i wsp., 2011] nasilonej odpowiedzi zapalnej i metabolicznej w konsekwencji czynników stresogennych. [Uchino, 2006]

Ponieważ aktywność społeczna Polaków jest generalnie bardzo niska, osoby w wieku podeszłym nie wyróżniają się pod tym względem na tle innych grup wiekowych. W różnych organizacjach działa ogółem 9,4% osób w wieku podeszłym (w młodszych grupach 9,4%), przy czym osoby w wieku 60 i więcej lat wykazują największą aktywność w organizacjach religijnych i kościelnych (3,4%), towarzyskich i klubowych (1,8%), kołach zainteresowań, komitetach mieszkańców (0,9%), organizacjach upowszechniających wiedzę (0,8%), związkach zawodowych (0,7%), organizacjach pomocowych (0,5%), organizacjach biznesowych, zawodowych lub rolniczych (0,5%), ale również w partiach politycznych (0,4%), władzach samorządowych (0,4%) i innych. Aktywności organizacyjnej nie różnicuje płeć, ale

poziom wykształcenia – im wyższe wykształcenie tym większy odsetek osób działających w organizacjach. [**Czapiński i Panek, 2013**]

Aktywność społeczna seniorów może przybierać postać aktywności niesformalizowanej, a jej miarą jest poczucie odpowiedzialności za zapewnienie opieki rodzicom lub starszym krewnym – deklarowało je: 28,3% osób wieku 60–64 lata, 23,3% osób wieku 65–69 lat, 17,4% – 70–74 lat, 8,1%– 79–79 lat i nawet 10,3% osób wieku 80 i więcej lat. [**Czapiński i Błędowski, 2014**]

Poziom aktywności społecznej osób wieku podeszłym obrazowany jest przez poziom ich udziału w tzw. stowarzyszeniach wtórnych (ang. *Secondary associations*). Odsetek osób uczestniczących w co najmniej jednej organizacji, wspólnocie świeckiej lub religijnej wśród osób wieku 65–74 lata wynosił 23,9% i nie odbiegał zasadniczo od młodszych grup wiekowych. W przypadku osób w wieku 75 lat i więcej był znacznie mniejszy – 17%. Do dwóch organizacji o powyższym typie przynależność deklarowało już tylko 4,9% osób wieku 65–74 lat i jedynie 2,3% – wieku 75 lat i powyżej. W badaniu nie wzięto pod uwagę tzw. biernej przynależności – wymagany był odpowiednio częsty udział w organizowanych przez daną organizację wydarzeniach i imprezach. [**GUS 2013, Jakość życia**]

Wyniki badań dolnośląskich seniorów wskazują na pasywny styl życia, ponieważ prawie 90% badanych nie uczestniczy w jakichkolwiek organizacjach społecznych. Zaledwie 4,01% ogółu badanych przyznaje się do udziału czynnego w pracach organizacji społecznych i są to w przeważającej większości mężczyźni i mieszkańcy miast. W organizacjach kościelnych działa niecałe 3%, są to przede wszystkim kobiety mieszkające na wsi [**Bogowolska–Wępiec i wsp., 2008**]. W społeczeństwie polskim, do dziś mającym w dużej mierze wiele elementów charakterystycznych dla społeczeństw tradycyjnych, instytucja parafii odgrywała i odgrywa istotną rolę w organizacji życia społecznego. Parafia w ujęciu czysto empirycznym interesuje socjologów jako przejaw lokalnej działalności Kościoła katolickiego. W każdej parafii działa kilka wspólnot parafialnych, do najbardziej znanych należą: Akcja Katolicka, Ruch „Światło Życie”, Zespół Charytatywny (Caritas), Arcybractwo Świętej Rodziny, Wspólnota Miłosierdzia Bożego, Chór Parafialny, Żywy Różaniec, Zespół Synodalny, Ruch Rodzin Nazaretańskich, Wolontariat Misyjny, Papieskie Dzieła Misyjne, Klub Inteligencji Katolickiej. [**Kuś, Szwed, 2012**]

Powszechnie stosowaną miarą poziomu aktywności społecznej jest skala zaangażowania się ludności w działalność organizacji pozarządowych czego odzwierciedleniem jest między innymi liczba stowarzyszeń, fundacji oraz różnych kół zainteresowań w stosunku do liczby mieszkańców. W województwie dolnośląskim w 2011r.

zarejestrowanych było: 1 077 fundacji, 7 458 stowarzyszeń i organizacji społecznych, 723 ochotniczych straży pożarnych. Największa liczba stowarzyszeń oraz fundacji funkcjonuje we Wrocławiu oraz w powiatach kłodzkim, wałbrzyskim, świdnickim i jeleniogórskim. Najmniej aktywne pod tym względem są powiaty górowski, milicki i kamiennogórski. **[Dolnośląska Strategia]**

Na terenie województwa dolnośląskiego istnieje ponad 100 różnych organizacji pozarządowych działających na rzecz osób w wieku podeszłym. Szczegółowy wykaz tych organizacji zawarto w **załączniku 14**. Wykaz ten uzyskano przez wpisanie w wyszukiwarkę google dwóch haseł : „województwo dolnośląskie” i „działalność na rzecz osób w wieku emerytalnym”. **[Bazy organizacji pozarządowych]** Wśród tych organizacji są między innymi Kluby Seniora oraz Uniwersytety Trzeciego Wieku.

Klub Seniora to ośrodek, który zajmuje się rozwojem życia kulturalnego, oświatowego, towarzyskiego i rekreacyjnego osób w wieku podeszłym. Zachęca swoich członków do aktywnego spędzania czasu, rozwoju pasji i otwierania się na nowe doznania i doświadczenia. Do najczęściej proponowanej przez kluby seniora działalności należą zajęcia o charakterze rekreacyjno–wypoczynkowym, muzycznym, plastycznym oraz rękodzielniczym. Ponadto prowadzona jest także działalność: kulturalna, promująca czytelnictwo, edukacyjna, wokalnie–instrumentalna, artystyczna, turystyczna, spotkania okolicznościowe (imieninowe, urodzinowe, świąteczne), integracyjna (z innymi ośrodkami, międzypokoleniowa), komputerowa, taneczna, teatralna, kabaretowa, uczestnictwo w konkursach, przeglądach, zawodach sportowych, zwyczajne spotkania przy kawie i ciastku, tzw. pogadanki (charakter towarzyski) **[Klub Seniora „Aktywna jesień życia”]**.

Wyróżnia się dwa rodzaje klubów seniora: kluby zakładowe, zlokalizowane przy zakładach pracy, i kluby środowiskowe, organizowane przy klubach, osiedlach i domach kultury, domach pomocy społecznej, domach dziennego pobytu oraz przy Polskim Komitecie Pomocy Społecznej. W takich miejscach potrzeby seniorów, takie jak: potrzeba przynależności, akceptacji, rozwoju, potrzeby poznawcze, a także potrzeba bycia przydatnym i potrzebnym, mają szansę zostać zaspokajane **[Dąbrowska , 2011]**.

Według Muchnickiej – Djakow (1984) klub seniora pełni cztery podstawowe funkcje: kompensacyjną (uzupełnia braki w kontaktach społecznych), psychoterapeutyczną (ułatwia czas przejścia na emeryturę i radzenie sobie z kryzysami z tym związanymi), integracyjną, adaptacyjną (przystosowuje do zmian w warunkach życia). **[Muchnicka–Djakow, 1984]** Do dolnośląskich „klubów seniora” uczęszcza tylko 3,6% osób w wieku podeszłym zamieszkujących województwo dolnośląskie **[Bogowolska–Wępsić i wsp., 2008]**

Jedną z form aktywizacji seniorów zaspokajającą jednocześnie potrzebę edukacji tej grupy są Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). Umożliwienie osobom w wieku podeszłym dostępu do edukacji jest podstawowym czynnikiem wpływającym na rozwój ich aktywności oraz zachowanie dobrego zdrowia i niezależności do późnych lat, a tym samym wyraźnie przyczynia się do poprawy jakości ich życia. **[Założenia długofalowej polityki senioralnej].**

Według seniorów najbardziej potrzebne są szkolenia w oswajające osoby w wieku podeszłym z nowymi technologiami ułatwiającymi codzienne funkcjonowanie (54% wskazań), edukacja gerontologiczna (50% wskazań), szkolenia służące poprawie utrzymania przez osoby w wieku podeszłym higieny osobistej i zadbanego wyglądu (47% wskazań) [Aktywizacja społeczno–kulturalna, 2013]. Seniorzy z Dolnego Śląska wyrażają olbrzymią potrzebę zdobywania umiejętności w zakresie obsługi sprzętu komputerowego, korzystania z Internetu, telefonów komórkowych, sprzętu multimedialnego i obsługi bankomatu, chcąc w pełniejszy sposób korzystać z nowinek technicznych w codziennym życiu [Bogowolska–Wępsięć i wsp., 2008]

Głównym celem organizacyjnym UTW jest włączenie osób w wieku podeszłym do systemu kształcenia ustawicznego oraz ich aktywizacja intelektualna, psychiczna, społeczna i fizyczna. UTW ma charakter placówki oświatowej, do której, bez względu na formalne wykształcenie, wstęp ma każdy senior. Działalność UTW jest wielopłaszczyznowa. Po pierwsze zaspokaja potrzeby poznawcze przez organizowanie licznych wykładów i seminariów z różnych dziedzin życia oraz towarzyszące tym wydarzeniom dyskusje, po drugie – zaspokaja potrzebę poczucia przynależności do grupy, po trzecie – przeciwdziałają samotności osób w wieku podeszłym. Uniwersytet działa również profilaktycznie w kierunku prewencji geriatrycznej, poszerzając wiedzę seniorów o procesach starzenia się. Prowadząc zajęcia gimnastyczne, rehabilitacyjne i turystyczne, uwrażliwia seniorów na dbanie i utrzymywanie dobrej kondycji fizycznej. UTW pełni nieocenioną rolę terapeutyczną dla swoich słuchaczy: wspiera w radzeniu sobie z kryzysami, aktywizuje oraz przeciwdziałają marginalizacji i samotności. **[Dąbrowska, 2011].** Do najczęstszych obszarów edukacyjnych w ofercie dla osób w wieku podeszłym należą edukacja prozdrowotna, obywatelska i w zakresie nowych technologii. **[Założenia długofalowej polityki senioralnej]**

Obecnie na Dolnym Śląsku funkcjonuje 47 UTW: 10 placówek w samym Wrocławiu oraz 37 w miastach: Legnica (trzy placówki), Bolesławiec, Głogów, Wałbrzych (dwie placówki), Zgorzelec, Nowa Ruda, Polkowice, Wołów, Bierutów, Strzelin, Bielawa, Milicz, Trzebnica, Ziębice, Jelcz–Laskowice, Miękinia, Oleśnica, Oława, Żarów, Jelenia Góra, Ząbkowice Śląskie, Świdnica, Oborniki Śląskie, Szklarska Poręba, Góra, Świebodzice,

Kłodzko, Dzierżoniów, Grębocice, Prusice, Przemków, Syców, Złotoryja, Żmigród. Pierwszego października 2012 r. został zainaugurowany Uniwersytet Ekologiczny w Ośrodku Edukacji Ekologicznej w Krośnicach. Wśród dolnośląskich UTW przeważają placówki o statusie organizacji pozarządowych. Skupiają one ponad 7 tysięcy słuchaczy. [Wnuk, 2012]

Zestawienie danych dotyczących 45 Uniwersytetów Trzeciego wieku funkcjonujących na terenie Dolnego Śląska przedstawiono w **tabeli 26**.

Tabela 26. Zestawienie Uniwersytetów Trzeciego Wiek działających w województwie dolnośląskim w 2012 roku.

	Uniwersytety Trzeciego Wiek	liczba słuchaczy
1.	Bielawski Uniwersytet Trzeciego Wiek	285
2.	Bierutowski Uniwersytet Trzeciego Wiek przy Ośrodku Kultury i Sportu w Bierutowie	187
3.	Uniwersytet Trzeciego Wiek w Bolesławcu przy Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu	188
4.	Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wiek przy Dzierżoniowskim Ośrodku Kultury	110
5.	Stowarzyszenie Głogowski Uniwersytet Trzeciego Wiek	320
6.	Górowski Uniwersytet Trzeciego Wiek przy Domu Kultury w Górze	75
7.	Uniwersytet Trzeciego Wiek w Gminie Grębocice	75
8.	Akademia Złotego Wiek przy Miejsko–Gminnym Centrum Kultury w Jelczu–Laskowicach	80
9.	Karkonoski Uniwersytet Trzeciego Wiek Karkonoskiej Państwowej Szkoły Wyższej	320
10.	Uniwersytet Trzeciego Wiek „Edukacja” w Kłodzku przy Wyższej Szkole Zarządzania „Edukacja” we Wrocławiu– Wydział Turystyki w Kłodzku	50
11.	Legnicki Uniwersytet Trzeciego Wiek w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Ustawicznego w Legnicy	280
12.	Uniwersytet Trzeciego Wiek Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy	74
13.	Stowarzyszenie Miękiński Uniwersytet Trzeciego Wiek	50
14.	Stowarzyszenie Pożytku Publicznego Uniwersytet Trzeciego Wiek w Miliczu	93
15.	Noworudzki Uniwersytet Trzeciego Wiek przy Miejskim Ośrodku Kultury w Nowej Rudzie	83
16.	Stowarzyszenie Uniwersytetu Trzeciego Wiek „Atena” w Obornikach Śląskich	260
17.	Stowarzyszenie Oleśnicki Uniwersytet III Wiek	360
18.	Oławski Uniwersytet Trzeciego Wiek	185

19.	Polkowicki Uniwersytet Trzeciego Wieku przy Dolnośląskiej Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Techniki w Polkowicach	292
20.	Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku w Prusicach	60
21.	Stowarzyszenie Przemkowski Uniwersytet Trzeciego Wieku	47
22.	Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku w Strzelinie	120
23.	Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku „Sursum Corda” w Sycowie	57
24.	Uniwersytet Trzeciego Wieku „Jeszcze Młodzi” przy Miejskim Ośrodku Kultury, Sportu i Aktywności Lokalnej w Szklarskiej Porębie	65
25.	Stowarzyszenie Świdnicki Uniwersytet Trzeciego Wieku w Świdnicy	185
26.	Stowarzyszenie 3. Wieku w Świebodzicach	80
27.	Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku „Tęcza” w Trzebnicy	119
28.	Uniwersytet Trzeciego Wieku przy WWSZiP w Wałbrzychu	130
29.	Akademia Sztuki Trzeciego Wieku przy Towarzystwie Edukacji Otwartej	80
30.	Dolnośląski Obywatelski Uniwersytet Trzeciego Wieku	40
31.	Dolnośląski Uniwersytet Trzeciego Wieku w Dolnośląskiej Szkole Wyższej we Wrocławiu	120
32.	Międzykulturowa Akademia Trzeciego Wieku	80
33.	Uniwersytet Trzeciego Wieku w Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu Oddział we Wrocławiu	200
34.	Uniwersytet Otwarty w Uniwersytecie Przyrodniczym we Wrocławiu	189
35.	Uniwersytet Trzeciego Wieku w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu	129
36.	Uniwersytet Trzeciego Wieku EDUKACJA	40
37.	Uniwersytet Trzeciego Wieku im. bł. Jana Pawła II w Papieskim Wydziale Teologicznym we Wrocławiu	360
38.	Uniwersytet Trzeciego Wieku w Uniwersytecie Wrocławskim	764
39.	Ząbkowicki Uniwersytet Trzeciego Wieku	155
40.	Stowarzyszenie Transgraniczny Uniwersytet Trzeciego Wieku	78
41.	Uniwersytet Trzeciego Wieku w Ziębicach	120
42.	Uniwersytet Trzeciego Wieku w Złotoryi przy Złotoryjskim Ośrodku Kultury i Rekreacji (ZOKiR)	108
43.	Żarowski Uniwersytet Trzeciego Wieku przy Gminnym Centrum Kultury i Sportu w Żarowie	140
44.	Stowarzyszenie Żmigrodzki Uniwersytet Trzeciego Wieku	50
45.	Sudecki Uniwersytet Trzeciego Wieku w Wałbrzychu	120
	suma	7003

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wnuk W. Uniwersytety Trzeciego Wieku jako fenomen współczesności. Wrocław 2012

Najbardziej aktywne w obszarze edukacji są osoby z wyższym wykształceniem. Oznacza to, że osoby najbardziej zagrożone wykluczeniem, najrzadziej korzystają z możliwości uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych. Dodatkowo, osoby mieszkające na wsi rzadziej korzystają z oferty edukacyjnej. Zauważa się znaczną feminizację wśród uczestników działań edukacyjnych – 85% uczestników UTW to kobiety. Wynika ona nie tylko z feminizacji samego starzenia się, ale też generalnie z mniejszej aktywności społecznej mężczyzn (mniej niż 30% wolontariuszy 50+ to mężczyźni) **[Założenia długofalowej polityki]**

Promowanie aktywności edukacyjnej oraz wszelkich innych form aktywności społecznej ma na celu przeciwdziałanie izolacji społecznej osób w podeszłym wieku i jest szczególnie ważne wśród osób z niskim poziomem wykształcenia, mieszkających na wsi oraz wśród mężczyzn.

3.3.5. Zaburzenia psychiczne osób w wieku podeszłym

Do najczęściej omawianych w piśmiennictwie zaburzeń psychicznych występujących u osób w wieku podeszłym należą depresja i zaburzenia poznawcze. Seniorzy mają znacznie wyższy wskaźnik nasilenia symptomów depresji psychicznej w stosunku do młodszej populacji. Czynniki ryzyka depresji specyficznymi dla wieku podeszłego są: pogorszenie statusu finansowego, obniżenie pozycji społecznej, wdowieństwo, poczucie osamotnienia, utrata sprawności fizycznej, współistniejące choroby, uzależnienie od pomocy innych osób jak również zmiana środowiska zamieszkania (np. zamieszkanie w domu opieki). **[Broczek i wsp., 2012]**

Oprócz złego stanu zdrowia obserwuje się zjawisko wykluczenia, zmniejszenia więzi rodzinnych, osłabienia relacji międzyludzkich, nienadążania seniorów za rozwojem technologicznym w ich życiu codziennym, co z kolei sprzyja występowaniu poczucia alienacji i w konsekwencji prowadzi do zwiększonego odsetka stanów depresyjnych **[Założenia długofalowej polityki]**

Prawie 60% kobiet po 50. roku życia w Polsce deklaruje odczuwanie przynajmniej czterech objawów depresji. **[Założenia długofalowej polityki]** Kobiety mają wyższy wskaźnik nasilenia objawów depresji od mężczyzn. Wskaźnik ten rośnie wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych. Obserwuje się dwukrotnie wyższy wskaźnik w grupie

osiemdziesięciolatków aniżeli w grupie sześćdziesięciolatków. Według autorów Diagnozy społecznej (2013) wskaźnik natężenia symptomów depresji psychicznej w grupie osób w wieku 60–64 lat wynosi 6% (5,5% dla mężczyzn i 6,4% dla kobiet), ale już w grupie osób w wieku 80+ wynosi 11,1% (10% dla mężczyzn i 11,7% dla kobiet). **[Czapiński i Błędowski, 2013]** Wśród Dolnośląskich seniorów ponad 40% (41,7) respondentów wskazało, że przez dłuższy czas odczuwało smutek, przygnębienie, myślało o śmierci. Takim myśлом i odczuciom częściej poddawały się kobiety. Miejsce zamieszkania nie różnicowało tego zjawiska **[Bogowolska–Wepięć i wsp., 2008]**

W badaniu Polsenior kliniczne znaczące objawy depresyjne, na podstawie testu GDS (*Geriatric Depression Scale*), stwierdzono u prawie jednej na pięć osób w wieku 55–59 lat oraz u prawie 29,7% osób wieku 65 lat i starszych. Objawy depresyjne występowały istotnie statystycznie częściej w grupie osób w zaawansowanej starości niż w grupie młodszych starszych. Co więcej, w grupie osób w wieku podeszłym z wykształceniem zawodowym objawy depresji miało 33,3% osób, a wśród lepiej wykształconych – 21,5% badanych. Na częstsze występowanie depresji miało wpływ: zamieszkiwanie w gospodarstwie zbiorowym np. w domu opieki, oraz odczuwanie bólu przewlekłego i niedowidzenie **[Broczek i wsp., 2012]**

Zaburzenia depresyjne mogą być zarówno źródłem objawów somatycznych ale też mogą powodować ich nasilenie. **[Sobów, 2010]** Jedną z konsekwencji depresji są myśli i skłonności samobójcze. Każdy przypadek próby samobójstwa może być próbą wołania o pomoc w przypadku niezaspokojonych przez rodzinę potrzeb opiekuńczych, społecznych emocjonalnych **[Bugajska, 2007]**.

Pomimo tego, że to kobiety mają wyższy wskaźnik nasilenia objawów depresji to ostatecznie mężczyźni blisko siedmiokrotnie częściej popełniają samobójstwa. Dane policji z ostatniej dekady wskazują, że zachodniopomorskie, dolnośląskie i warmińsko–mazurskie – to województwa, których mieszkańcy najczęściej popełniają samobójstwa. **Według Czapińskiego województwa, w których mieszkańcy najczęściej odbierają sobie życie, to tereny z ludnością napływową ze wschodu. Ludność ta jest słabo zakorzeniona w tradycyjnym środowisku przez co w większym stopniu jest narażona jest na rozbięcie więzi społecznych. Przekłada się to na mniejszą kontrolę społeczną oraz gorszą motywację do życia. [Dziennik Gazeta Prawna, 2015]** W makroregionie południowo – zachodnim depresja o nasileniu umiarkowanym wystąpiła wśród 23,82% badanych natomiast o nasileniu znacznym wśród 4,71% badanych. Dane te lokują ten makroregion na miejscu trzecim po makroregionie wschodnim i centralnym. **[Broczek i Mossakowska, 2012]**

Z badania EZOP można wnioskować, że dolnośląskie i lubuskie należą do województw o najwyższym rozpowszechnieniu chorób psychicznych na zachodzie kraju. Odsetek w zakresie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych dla dolnośląskiego wyniósł 25,8 % przy CI 95% [21,3-30,8]. Szacuje się, że zaburzenia te obejmują około 522,3 tys. mieszkańców Dolnego Śląska (125,5 tys. do 619,0 tys. osób). Uzyskany wskaźnik w zakresie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych jest wyższy od ogólnopolskiego- tu otrzymano odpowiednio liczby 23,4 % przy CI 95% [22,2 – 24,78]. Ogólnopolski wskaźnik dla zaburzeń depresyjnych u osób w wieku 18-64 lata wyniósł 3,0 przy CI 95% [2,7-3,3] co w przeliczeniu daje liczbę 766,2 tys. osób (692,8- 839,7). **[Raport EZOP].**

Badanie obejmujące 341 zdrowych mężczyzn, mieszkańców Wrocławia, w wieku 32–79 lat zbadanych w Dolnośląskim Centrum Medycznym DOLMED we Wrocławiu w 2000 r. dowodzą, że to wiek stanowi bardzo silny czynnik determinujący nasilenie objawów depresyjnych. Nasilenie objawów depresyjnych oceniano za pomocą polskiej wersji IA Inwentarza Depresji Becka (IDB). W kolejnych grupach wiekowych odnotowano nasilanie się objawów depresyjnych u zdrowych mężczyzn zarówno w zakresie całej skali (32–45, 46–55, 56–65, 66–79 lat – $4,1 \pm 4,4$, $8,2 \pm 4,2$, $10,4 \pm 3,6$, $13,4 \pm 3,4$ punkta, odpowiednio, $r = 0,65$, $p < 0,0001$), jak i objawów poznawczo-afektywnych (odpowiednio – $2,8 \pm 3,1$, $5,0 \pm 2,8$, $5,8 \pm 2,5$, $7,3 \pm 2,6$ punkta, $r = 0,51$, $p < 0,0001$) oraz objawów somatycznych towarzyszącym zmianom nastroju (odpowiednio – $1,3 \pm 1,5$, $3,2 \pm 2,0$, $4,6 \pm 1,5$, $6,1 \pm 1,7$ punkta, $r = 0,73$, $p < 0,0001$). Depresja lekka ($IDB \geq 10$ i < 20 punktów) oraz umiarkowana ($IDB \geq 20$ i < 30 punktów) występowały u 12,6% i 0%, 34,5% i 0,8%, 50,0% i 2,9%, 80,0% i 2,9% mężczyzn w wieku odpowiednio 32–45, 46–55, 56–65, 66–79 lat ($p < 0,0001$). Autorzy utrzymują, że przedstawione dane mogą stanowić wartości referencyjne dla zdrowych mężczyzn, mieszkańców Polski, w odpowiednich grupach wiekowych. **[Łopuszańska M, 2013]**

Z analizy danych Komendy Głównej Policji (2015) oraz GUS wynika, że osoby w wieku podeszłym i dzieci to grupy najbardziej zagrożone samobójstwami. Jeszcze dekadę temu najczęściej samobójstwo popełniały osoby w 40–50 roku życia, a dziś są to osoby w 5 i 6 dekadzie życia. Według danych WHO jest to tendencja światowa – w skali globalnej liczba samobójstw jest również najwyższa w grupie osób w wieku podeszłym. W Polsce jedną z przyczyn może być nie tylko zmiana cywilizacyjna, lecz także pogarszająca się sytuacja na rynku pracy. Według ekspertów, wiek podeszły to okres, w którym dzieci odchodzą z domu, a rodzina wielopokoleniowa nie może być wsparciem, bo taki model przestał istnieć **[Samobójstwa w Polsce, 2015]**

Innym problemem psychologicznym starzejącego się społeczeństwa jest wzrost liczby osób z zaburzeniami otępiennymi. Główną przyczyną otępienia wśród osób rasy białej jest choroba Alzheimera (50–70% wszystkich otępień), a kolejno otępienie z ciałami Lewy’ego i czołowo – skroniowe. **[Clifford i wsp 2011; Albert i wsp., 2011]**. W ciągu ostatnich dwóch dekad odnotowano niewielki sukces w zakresie badań i rozwoju nad lekami na demencję w porównaniu do innych obszarów terapeutycznych – obecnie 3,8% produktów jest w fazie odkrycia i 1,2% w fazie rozwoju, podczas gdy liczby te w odniesieniu do leków na nowotwory wynoszą odpowiednio 31% i 24%. Jest to spowodowane między innymi brakiem wiedzy w zakresie nozologii i złożoności mechanizmów leżących u podłoża biologicznych mechanizmów powodujących demencję o późnym początku. Obecnie koszty badań i rozwoju nad produktami opóźniającymi progresję demencji należą do najwyższych. Jednakże społeczne koszty demencji są niewspółmiernie wyższe; szacuje się je na 604 miliardów dolarów w 2010 roku i 818 miliardów dolarów w 2015 roku. **[Gauthier, 2016]**

Z wiekiem liczba osób z otępieniem zwiększa się. Osoby z zespołem otępiennym stanowią około 10% wszystkich osób po 65. roku życia. Stan zdrowia i sprawność osób z otępieniem są znacznie gorsze niż osób sprawnych intelektualnie. **[Synak Brunon, 2000]** Większe ryzyko zachorowania dotyczy kobiet. Podwaja się ono co każde 5 lat (licząc od 65) i po przekroczeniu 85 lat wynosi niemal 50%. Ludzie z niższym stopniem wykształcenia chorują częściej i proces chorobowy zachodzi u nich szybciej. W województwie dolnośląskim od 2007 roku zdiagnozowano około 30 tys. przypadków choroby Alzheimera. **[Dolnośląska Strategia]** Zaburzenia poznawcze częściej obserwowano wśród badanych zamieszkujących wieś oraz wśród osób z niskim poziomem wykształcenia **[Klich– Rączka i wsp. 2012]** Schorzenia związane z wystąpieniem pierwotnego otępienia, np. choroba Alzheimera, są w populacji Dolnego Śląska stosunkowo rzadkie, natomiast z dużą częstością występują jednostki chorobowe prowadzące do wtórnych zespołów otępiennych, jak nadciśnienie tętnicze oraz miażdżyca wraz z ich powikłaniami mózgowymi, nerkowymi i niewydolnością serca prowadzącą do niedotlenienia mózgu, podobnie jak choroby zatorowe oraz nowotwory płuc. Przewaga w populacji form otępienia zależnych od modyfikowalnych czynników ryzyka wyznacza istotny cel działań w zakresie zdrowia publicznego, ponieważ występowaniu zmian naczyniowych, zwłaszcza wtórnych do nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeniom lipidowym można efektywnie zapobiegać **[Drobnik i wsp., 2010]**

Zdrowie psychiczne Dolnoślązaków po 65 roku życia obrazują również dane z Biuletynu Statystycznego Województwa Dolnośląskiego z lat 2012–2014, a przedstawiające liczbę osób leczonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego (PZP) oraz w Poradniach

Uzależnień. W 2012 roku ogółem w PZP na terenie Dolnego Śląska leczono 92 062 osób, w tym 17 812 osób w wieku 65 lat i więcej (19,35%) natomiast w roku 2013 leczono odpowiednio 97 076 osób ogółem, w tym 18.983 osób w wieku 65 lat i więcej (19,55%). W 2014 roku, odnotowano kolejny wzrost zarówno liczby leczonych ogółem – 128 182 jak i liczby leczonych w PZP po 65 roku życia (22 451) z jednoczesnym niewielkim spadkiem udziału liczby osób po 65 roku życia – 17,51%. Dynamika zmian w zakresie liczby osób w wieku 65 lat i więcej leczonych w poradniach uzależnień przedstawia się następująco:

- w roku 2013 w stosunku do roku 2012 obserwujemy wzrost o 6,57%,
- w roku 2014 obserwujemy wzrost zarówno w stosunku do roku 2012 (26,04%) jak i w stosunku do roku 2013 (18,27%).

W latach 2012–2014 obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie liczby osób po 65 roku życia leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, w tym również wzrost liczby leczonych po raz pierwszy. W latach 2012–2014 najwięcej osób w PZP leczono w powiecie miasta Wrocław – 4 951 w 2012 roku (27,80%), 5 388 w 2013 roku (28,38%) i 6 818 w 2014 roku (30,37%). Stosunkowo dużo chorych leczących się w PZP zaobserwowano również w powiecie średzkim (2 495 – w 2014 roku, brak danych z lat 2012–2013) i lubińskim (2 224 osoby – w 2012 roku, 1 889 – w 2013 roku, 1 898 – 2014 roku) **(tabela 27).**

Tabela 27. Liczba osób po 65 roku życia leczonych w poradniach zdrowia psychicznego na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014.

Jednostka terytorialna	leczeni ogółem						w tym po raz pierwszy w życiu		
	rok 2012	%	rok 2013	%	rok 2014	%	rok 2012	rok 2013	rok 2014
DOLNOŚLĄSKIE	17812	100%	18983	100%	22451	100%	4117	4694	5043
powiaty	12018	67,47 %	11421	60,16 %	13584	60,51 %	2921	2907	2995
Powiat bolesławiecki	681	3,82%	795	4,19%	689	3,07%	87	147	102
Powiat dzierzoniowski	799	4,49%	914	4,81%	860	3,83%	173	183	107
Powiat głogowski	400	2,25%	522	2,75%	187	0,83%	160	172	65
Powiat górowski	228	1,28%	234	1,23%	301	1,34%	78	50	51
Powiat jaworski	268	1,50%	220	1,16%	189	0,84%	52	33	52
Powiat jeleniogórski	123	0,69%	113	0,60%	86	0,38%	24	30	23
Powiat kamiennogórski	37	0,21%	102	0,54%	250	1,11%	3	4	20
Powiat kłodzki	812	4,56%	912	4,80%	634	2,82%	288	226	165
Powiat legnicki	137	0,77%	97	0,51%	267	1,19%	18	18	57
Powiat lubański	204	1,15%	223	1,17%	218	0,97%	46	52	46
Powiat lubiński	2224	12,49%	1889	9,95%	1898	8,45%	614	657	481
Powiat lwówecki	79	0,44%	76	0,40%	136	0,61%	35	45	30
Powiat milicki	842	4,73%	1005	5,29%	925	4,12%	143	190	208
Powiat oleśnicki	386	2,17%	405	2,13%	606	2,70%	111	85	141
Powiat oławski	278	1,56%	277	1,46%	332	1,48%	82	83	104
Powiat polkowicki	409	2,30%	429	2,26%	412	1,84%	82	103	86
Powiat strzeliński	174	0,98%	160	0,84%	176	0,78%	28	40	18
Powiat średzki					2495	11,11%			630
Powiat świdnicki	757	4,25%	848	4,47%	775	3,45%	264	222	134
Powiat trzebnicki	356	2,00%	592	3,12%	390	1,74%	93	152	50
Powiat wałbrzyski *	1225	6,88%		0,00%	221	0,98%	153		42
Powiat wołowski	394	2,21%	427	2,25%	390	1,74%	90	72	63
Powiat wrocławski	179	1,00%	66	0,35%	111	0,49%	106	33	38
Powiat ząbkowicki	560	3,14%	369	1,94%	436	1,94%	129	61	118
Powiat zgorzelecki	294	1,65%	566	2,98%	429	1,91%	56	230	113
Powiat zlotoryjski	172	0,97%	180	0,95%	171	0,76%	6	19	51
miasta na prawach powiatu	5794	32,53 %	7652	40,31 %	8867	39,49 %	1196	1787	2048
Powiat m.Jelenia Góra	189	1,06%	229	1,21%	244	1,09%	51	55	54
Powiat m.Legnica	654	3,67%	1303	6,86%	646	2,88%	127	130	161
Powiat m.Wrocław	4951	27,80%	5388	28,38%	6818	30,37%	1018	1476	1743
Powiat m. Wałbrzych		0,00%	642	3,38%	1159	5,16%		630	90
opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego 2015 http://www.duw.pl/pl/urząd/zdrowie-publiczne/informacje-statystyczn/biuletyn-statystyczny/2443,Biuletyn.html									

Aby uzyskać dane odnośnie wielkości odsetka osób po 65 roku życia leczonych w PZP w stosunku do liczby mieszkańców ogółem po 65 roku życia zamieszkujących teren Dolnego

Śląska, w tym jego poszczególne podregiony i powiaty, przeprowadzono analizę danych na przykładzie roku 2014. Wykazała ona, że:

- osoby w wieku 65 lat i więcej, leczone w PZP na terenie województwa dolnośląskiego stanowiły w 2014 roku 4,97% liczby mieszkańców w tym wieku,
- największy odsetek leczonych odnotowano w podregionie wrocławskim –7,08% (5 425)
- spośród wszystkich powiatów najwięcej leczonych w PZP zamieszkiwało powiat średzki – 37,01% (2 495) i lubiński – 11,81% (1 898) (**tabela 28**).

Tabela 28. Leczeni w wieku 65 lat i więcej w poradni zdrowia psychicznego w województwie dolnośląskim– 2014 rok

	liczba mieszkańców w wieku 65 lat i więcej	liczba osób w wieku 65 lat i więcej leczonych w PZP w 2014	odsetek
Dolnośląskie.....	451478	22451	4,97%
Podregion Jeleniogórski.....	87204	2412	2,77%
Powiaty:			
bolesławiecki.....	12831	689	5,37%
jaworski.....	7611	189	2,48%
jeleniogórski.....	9474	86	0,91%
kamiennogórski.....	6900	250	3,62%
lubański.....	8273	218	2,64%
lwówecki.....	6749	136	2,02%
zgorzelecki.....	13997	429	3,06%
złotoryjski.....	5983	171	2,86%
Jelenia Góra.....	15386	244	1,59%
Podregion Legnicko-głogowski.....	64753	3711	5,73%
Powiaty:			
głogowski.....	12099	187	1,55%
górowski.....	5054	301	5,96%
legnicki.....	7486	267	3,57%
lubiński.....	16071	1898	11,81%
polkowicki.....	7951	412	5,18%
Legnica.....	16092	646	4,01%
Podregion Wałbrzyski.....	110376	4085	3,70%
Powiaty:			
dzierżoniowski.....	17526	860	4,91%
kłodzki.....	27339	634	2,32%
świdnicki.....	24570	775	3,15%
wałbrzyski.....	9316	221	2,37%
ząbkowicki.....	10633	436	4,10%
Wałbrzych.....	20992	1159	5,52%
Podregion Wrocławski.....	76657	5425	7,08%
Powiaty:			
milicki.....	5219	925	17,72%

oleśnicki.....	14866	606	4,08%
oławski.....	10672	332	3,11%
strzeliński.....	6552	176	2,69%
średzki.....	6741	2495	37,01%
trzebnicki.....	10865	390	3,59%
wołowski.....	7091	390	5,50%
wrocławski.....	14651	111	0,76%
Podregion m. Wrocław.....	112488	6818	6,06%
opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego 2015, http://www.duw.pl/pl/urząd/zdrowie-publiczne/informacje-statystyczn/biuletyn-statystyczny/2443,Biuletyn.html			

Adekwatnie przeprowadzona przykładowa analiza (dane z 2014r.) stosunku liczby osób w wieku 65 lat i więcej leczonych w poradni uzależnień do liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego w tym wieku, wykazała, że:

- osoby w wieku 65 lat i więcej, leczone w poradniach uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego stanowiły w 2014 roku 0,22%,
- największy odsetek leczonych odnotowano w podregionie legnicko – głogowskim – 0,68%,
- spośród powiatów najwięcej leczonych było w powiecie głogowskim – 2,64% (**tabela 29**).

Tabela 29. Leczeni w wieku 65 lat i więcej w poradni uzależnień w województwie dolnośląskim – 2014 rok

	liczba mieszkańców w wieku 65 lat i więcej	liczba osób w wieku 65 lat i więcej leczonych w poradni uzależnień w 2014	odsetek
Dolnośląskie.....	451478	980	0,22%
Podregion Jeleniogórski.....	87204	144	0,17%
Powiaty:			
bolesławiecki.....	12831	11	0,09%
jaworski.....	7611	33	0,43%
jeleniogórski.....	9474	3	0,03%
kamiennogórski.....	6900	45	0,65%
lubański.....	8273		0,00%
lwówecki.....	6749	7	0,10%
zgorzelecki.....	13997	20	0,14%
złotoryjski.....	5983	2	0,03%
Jelenia Góra.....	15386	23	0,15%
Podregion Legnicko–głogowski.....	64753	441	0,68%
Powiaty:			
głogowski.....	12099	319	2,64%
górowski.....	5054	4	0,08%
legnicki.....	7486		0,00%
lubiński.....	16071	34	0,21%

polkowicki.....	7951	63	0,79%
Legnica.....	16092	21	0,13%
Podregion Wałbrzyski.....	110376	115	0,10%
Powiaty:			
dzierżoniowski.....	17526	28	0,16%
kłodzki.....	27339	31	0,11%
świdnicki.....	24570	16	0,07%
wałbrzyski.....	9316		0,00%
ząbkowicki.....	10633		0,00%
Wałbrzych.....	20992	40	0,19%
Podregion Wrocławski.....	76657	280	0,37%
Powiaty:			
milicki.....	5219	9	0,17%
oleśnicki.....	14866	12	0,08%
oławski.....	10672	23	0,22%
strzeliński.....	6552	10	0,15%
średzki.....	6741	11	0,16%
trzebnicki.....	10865	5	0,05%
wołowski.....	7091	10	0,14%
wrocławski.....	14651		0,00%
Podregion m. Wrocław.....	112488	200	0,18%
opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego 2015, http://www.duw.pl/pl/urząd/zdrowie-publiczne/informacje-statystyczn/biuletyn-statystyczny/2443,Biuletyn.html			

W 2012 roku ogółem w poradniach uzależnień na terenie Dolnego Śląska leczono 14 658 osób, w tym 540 osób w wieku 65 lat i więcej (3,68%). W roku 2013 leczono odpowiednio 17 001 osób ogółem, w tym 484 osób w wieku 65 lat i więcej (2,85%). W 2014 roku, odnotowano ponowny wzrost liczby leczonych ogółem – 18 702 osób, w tym 980 osób w wieku 65 lat i więcej (5,24%). Dynamika zmian w zakresie liczby osób w wieku 65 lat i więcej leczonych w poradniach uzależnień przedstawia się następująco:

- w roku 2013 w stosunku do roku 2012 obserwujemy spadek o 10,37%,
- w roku 2014 obserwujemy duży wzrost zarówno w stosunku do roku 2012 (81,5%) jak i w stosunku do roku 2013 (102,48%).

W latach 2012–2014 obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie liczby osób po 65 roku życia leczonych w poradniach uzależnień, w tym również leczonych po raz pierwszy.

W roku 2012 najczęściej leczonych w kolejności było w powiecie miasta Wrocław – 14,26% (77), powiecie milickim – 13,89% (75), dzierzoniowskim – 11,85% (64), polkowickim – 10,93% (59). W roku 2013 nie obserwowano zasadniczych różnic między powiatami w omawianym temacie a najczęściej leczonych podobnie jak w roku 2012 było w podregionie miasta Wrocław – 17,98% (87). Natomiast w 2014 roku nastąpił bardzo duży wzrost odsetka

osób leczonych w powiecie glogowskim 32,55% (319) – tak dużej liczby leczonych w poradniach uzależnień nie obserwowano w żadnym powiecie w analizowanych 3 latach. Na drugim miejscu ulokował się powiat miasta Wrocław – 20,41% (200). **Wysoki odsetek leczonych w poradniach uzależnień w powiecie miasto Wrocław można wytłumaczyć dużą liczbą mieszkańców, jednak tak wysoki wzrost w powiecie glogowskim w 2014 wymaga dalszych analiz. (tabela 30)**

Tabela 30. Liczba osób po 65 roku życia leczonych w poradniach uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014. Źródło: Biuletyn Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2015, <http://www.duw.pl/pl/urząd/zdrowie-publiczne/informacje-statystyczn/biuletyn-statystyczny/2443,Biuletyn.html>

Jednostka terytorialna	leczeni ogółem						w tym po raz pierwszy w życiu		
	rok 2012	%	rok 2013	%	rok 2014	%	rok 2012	rok 2013	rok 2014
DOLNOŚLĄSKIE	540	100%	484	100%	980	100%	173	158	284
powiaty	440	81,48%	326	67,36%	696	71,02%	131	89	229
Powiat bolesławiecki	10	1,85%	23	4,75%	11	1,12%	6	11	8
Powiat dzierzoniowski	64	11,85%	26	5,37%	28	2,86%		3	4
Powiat głogowski	23	4,26%	33	6,82%	319	32,55%	19	10	107
Powiat górowski	7	1,30%	2	0,41%	4	0,41%	4		
Powiat jaworski	11	2,04%	13	2,69%	33	3,37%	2		4
Powiat jeleniogórski			10	2,07%	3	0,31%		9	2
Powiat kamiennogórski			1	0,21%	45	4,59%		1	6
Powiat kłodzki	27	5,00%	27	5,58%	31	3,16%	7	4	8
Powiat legnicki									
Powiat lubański	23	4,26%	23	4,75%			10	2	
Powiat lubiński	17	3,15%	23	4,75%	34	3,47%	4	3	9
Powiat lwówecki	5	0,93%	5	1,03%	7	0,71%	1	3	4
Powiat milicki	75	13,89%	12	2,48%	9	0,92%	5	4	5
Powiat oleśnicki	19	3,52%	11	2,27%	12	1,22%	8	7	5
Powiat oławski	16	2,96%	5	1,03%	23	2,35%	1	1	14
Powiat polkowicki	59	10,93%	13	2,69%	63	6,43%	33	8	33
Powiat strzeliński	3	0,56%	15	3,10%	10	1,02%	2		4
Powiat średzki	12	2,22%	11	2,27%	11	1,12%	1	1	1
Powiat świdnicki	22	4,07%	24	4,96%	16	1,63%	13	11	10
Powiat trzebnicki			7	1,45%	5	0,51%		1	2
Powiat wałbrzyski *	18	3,33%		0,00%		0,00%	6		1
Powiat wołowski	5	0,93%	15	3,10%	10	1,02%	2	5	2
Powiat wrocławski									
Powiat ząbkowicki									
Powiat zgorzelecki	22	4,07%	25	5,17%	20	2,04%	6	5	2
Powiat zlotoryjski	2	0,37%	2	0,41%	2	0,20%	1		
miasta na prawach powiatu	100	18,52%	158	32,64%	284	28,98%	42	69	55
Powiat m.Jelenia Góra		0,00%	20	4,13%	23	2,35%		8	8
Powiat m.Legnica	23	4,26%	19	3,93%	21	2,14%	9	3	9
Powiat m.Wrocław	77	14,26%	87	17,98%	200	20,41%	33	50	31
Powiat m. Wałbrzych					40	4,08%	32	8	7

Wysoka liczba chorych ze schorzeniami stanowiącymi czynnik ryzyka rozwoju wtórnego otępienia, znaczny udział zmian pierwotnie zwyrodnieniowych, wyższy wskaźnik nasilenia symptomów depresji psychicznej wśród osób w wieku podeszłym w stosunku do młodszej populacji, zwiększone ryzyko samobójstw m.in. jako konsekwencja słabego zakorzenienia Dolnoślązaków w tradycyjnym środowisku, w połączeniu z postępującym starzeniem się populacji, stwarzają konieczność rozwoju instytucji służących zapewnieniu opieki rosnącej z upływem czasu liczbie chorych o ograniczonej samodzielności.

3.4. Potrzeby społeczne

3.4.1. Rodzaje, źródła, znaczenie wsparcia społecznego

Wsparcie społeczne uważa się powszechnie za czynnik, który może mieć wpływ na powstanie choroby lub ochronę przed nią. [Kózka 2010] Wsparcie definiowane jest jako działanie lub inna forma pomocy skierowana do człowieka lub do grupy, umożliwiająca im przezwyciężenie własnych problemów, trudności, konfliktów, trudnych sytuacji. Jest specyficzną formą pomagania polegającą na umiejętności wyzwolenia wiary we własne siły, mobilizowania sił, aktywności i możliwości osoby wspieranej do działań na rzecz własnej samodzielności w pokonywaniu trudności lub we własnym rozwoju. [Kawczyńska–Butrym 1994] Wsparcie społeczne rozumiane jest jako pomoc w trudnej sytuacji życiowej zapewniana ze strony osób trzecich. [Kurpas i wsp., 2014] Celem działań wspierających jest wzmacnianie zachowanych sprawności, zapewnienie warunków samorealizacji i doskonalenie sposobów radzenia sobie z ograniczeniami wynikającymi ze stanu zdrowia. [Rutkowska, 2012]

W sytuacji trudnej ważną grupą wsparcia tworzącą tzw. sieć wsparcia społecznego są : rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, organizacje zarówno o charakterze formalnym jak i nieformalnym, medycy (lekarz, pielęgniarka), nauczyciele, duchowni, grupy samopomocy. [Kmieciak–Baran, 1995; Dyga–Konarska, 2004] Brak grupy wsparcia przy subiektywnym poczuciu osamotnienia obniża znacznie zarówno odporność psychiczną, jak i fizyczną jednostki [Kózka, 2010]

Rozróżnia się tzw. pierwotne i wtórne źródła wsparcia. Głównym i podstawowym źródłem wsparcia (tzw. *pierwotnym źródłem wsparcia*) dla chorego jest jego rodzina i osoby znaczące (przyjaciele, znajomi, sąsiedzi), którzy utrzymują z nim bliski kontakt emocjonalny.

Wtórny źródłem wsparcia społecznego mogą być: instytucje rządowe i pozarządowe zapewniające opiekę, pomagające w codziennym funkcjonowaniu i rozwoju, np. fundacje, domy pomocy społecznej, specjalne programy pomocy choremu i jego rodzinie, np. hospicja, stowarzyszenia samopomocowe osób chorych na daną chorobę lub zrzeszających rodziny chorych oraz wolontariusze [Kózka, 2010]

Za Kmiecik – Baran (1995) wyróżnia się cztery rodzaje wsparcia społecznego: emocjonalne, informacyjne, wartościujące oraz instrumentalne. [Kmiecik–Baran, 1995]

Wsparcie emocjonalne polega na tworzeniu takich relacji między dawcą a biorcą, by osoba z dysfunkcjami uwalniała się od napięć i negatywnych uczuć (stresu). Można to osiągnąć przez okazanie troski, zrozumienia i akceptacji, zachętę, doping emocjonalny i okazywanie uznania. W efekcie uzyskuje się także podwyższenie samooceny i poczucia własnej wartości. *Wsparcie informacyjne* polega na przekazywaniu wiedzy i instruktażu o możliwych sposobach i środkach służących rozwiązywaniu problemów, wynikających z niepełnosprawności. Jest to również dzielenie się własnymi spostrzeżeniami, doświadczeniami i skutecznymi rozwiązaniami możliwych problemów przez osoby, które przeżywały podobne sytuacje. [Rutkowska, 2012] Najbardziej skonkretyzowaną i bezpośrednią formą wsparcia społecznego jest *wsparcie instrumentalne*. Obejmuje ono zapewnianie środków finansowych i pomocy przedmiotowej oraz interwencje w imieniu jednostki. [Kurpas i wsp. 2014; Boutin–Foster 2005] Ten rodzaj wsparcia dotyczy świadczenia konkretnych usług, zabiegów i aplikacji sposobów postępowania, które poprawiają stan zdrowia lub ułatwiają sytuację życiową osoby z niepełnosprawnością. Za wsparcie instrumentalne można także uznać wyposażenie niepełnosprawnego (lub opiekunów) w sprawności i umiejętności w zakresie samoopieki (opieki). Z kolei *wsparcie wartościujące* polega na wyrażaniu akceptacji dla osoby niepełnosprawnej jako takiej oraz na wzmacnianiu jej zachowanych sprawności. [Rutkowska 2012]

Wyniki licznych badań wskazują, że u osób o niskim wsparciu społecznym częściej występuje wiele chorób somatycznych (np. zawał serca, wrzód żołądka, reumatyzm, nowotwory) i psychicznych (np. psychozy schizofreniczne, depresja endogenna, zaburzenia osobowości) [Kózka, 2010] Brak wsparcia społecznego osób z chorobą przewlekłą może być związany z pojawianiem się objawów zaburzeń depresyjnych – w przypadku tych pacjentów szczególnie istotne jest wsparcie emocjonalne [Krokavcova i wsp., 2008; Antonopoulou I wsp., 2009]. Badanie określające stopień poszukiwania emocjonalnego wsparcia społecznego wskazało na istnienie istotnych statystycznie różnic między grupą pacjentów po zawale mięśnia sercowego a grupą kontrolną [Chung i wsp., 2008]

Wsparcie informacyjne i wartościujące udzielone opiekunom może minimalizować poziom stresu i podwyższać poziom jakości życia u pacjentów z chorobą Alzheimera **[Martín–Carrasco i wsp., 2009; Ashitomi, 2005]**. Wsparcie społeczne ze strony rodziny i przyjaciół stanowi podstawowy wskaźnik wpływający korzystnie na funkcjonowanie pacjentów po udarze mózgu. **[Sumathipala i wsp., 2012]** U osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, które otrzymywały pozytywne wsparcie społeczne obserwowano mniejszą liczbę hospitalizacji i mniejszą liczbę zaostrzeń choroby, lepszy stan zdrowia i zachowania prozdrowotne takie jak zaprzestanie palenia tytoniu czy angażowanie się w ćwiczenia fizyczne **[Dinicola i wsp., 2013]**

Istnieje zasadnicza różnica w zakresie potrzeby wsparcia emocjonalnego w różnych grupach wiekowych. Na przykład pacjenci powyżej 65 roku życia oczekują od lekarza POZ głównie wsparcia emocjonalnego, podczas gdy pacjenci w młodszych grupach wiekowych oczekują przede wszystkim wyjaśnienia choroby i informacji na temat dalszego leczenia **[Strzelecka i wsp., 2015]** Badanie w grupie 266 pacjentów POZ w wieku 60–90 lat również wykazało na silną potrzebę wsparcia emocjonalnego większości pacjentów (68,42%). Najczęstsze powody poszukiwania wsparcia przez te osoby to: wyjaśnienie problemów psychologicznych przez lekarza (61,28%) i potrzeba otuchy w trudnej chwili (63,91%) **[Kemicer – Chmielewska, 2015]**

Rodzina jest dla seniorów największym źródłem wsparcia instrumentalnego (ok. 88%), informacyjnego (87%), duchowego (84%), emocjonalnego (81%) oraz wartościującego (80%). Wynika to najprawdopodobniej z traktowania rodziny jako ośrodka silnych więzi emocjonalnych. Przyjaciele są dla osób w wieku podeszłym komplementarnym wobec rodziny źródłem wsparcia społecznego. W porównaniu do sąsiadów są oni dla seniorów większym źródłem wsparcia wartościującego (49%), duchowego (43%), emocjonalnego (42%) oraz informacyjnego (ok. 55%) **[Olejniczak, 2013]** Inne badanie pacjentów POZ po 60 roku życia (102) wykazało, że najczęściej oczekują oni wsparcia od pracowników medycznych (25,5%), dzieci (23,9%) i współmałżonka (14,9%) **[Kurowska i wsp., 2013]** Kolejne badanie 516 pacjentów POZ wskazuje, że starsi respondenci zgłaszali otrzymywanie wyższego poziomu wsparcia całkowitego oraz informacyjnego i instrumentalnego, z czym korespondowało nasilenie objawów, zwłaszcza w zakresie wartości całkowitych GHQ–28 (*General Health Questionnaire*), podskal objawy somatyczne oraz objawy niepokoju i bezsenności. Może wskazywać to na szerszy zakres niespełnionych potrzeb (ang. *unmet needs*). Dodatkowo wyższe wartości wskazywane w skali GHQ–28 potencjalnie związane są z niskimi poziomami otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i wartościującego. **[Kurpas, 2014]**

3.4.2. Rodzina jako źródło wsparcia – potrzeby opiekuńcze osób w wieku podeszłym a potencjał opiekuńczy rodziny

Opieka nad osobami w wieku podeszłym i niesamodzielnymi w Polsce opiera się głównie na barkach rodziny. **[Błędowski, 2012]** Według GUS jedynie 3,4% osób wieku 70–79 lat i 2,6% osób wieku 80 i więcej lat nie ma żadnej osoby bliskiej, która mogłaby udzielić jej wsparcia. **[Raport GUS, 2011]** Wskaźnik liczby dzieci w przeliczeniu na jedną osobę wynosi 2,59, przy czym osoby należące do starszych grup wiekowych mają więcej dzieci **[Szatur – Jaworska, 2012]**

Opieka domowa nad osobą wymagającą opieki częściowej lub całodobowej w jej miejscu zamieszkania jest najlepszą formą, ponieważ pacjent nie jest odsuwany od swojego dotychczasowego środowiska i rodziny, a także nie musi przechodzić okresu adaptacji do nowego otoczenia. **[Suszko, 2012]** Jednakże udzielanie pomocy odbywa się dużym wysiłkiem całej rodziny, a długotrwałe sprawowanie opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi wywiera wpływ nie tylko na życie osobiste i rodzinne opiekunów, ale również wpływa na ich sytuację zawodową **[Kotowska i wsp., 2007]** W przypadku rezygnacji z zatrudnienia lub przebywania na urlopie bezpłatnym w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie zamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem, ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Składka płacona jest od kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie jeżeli dochód na osobę w rodzinie osoby opiekującej się nie przekracza 150% kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie i osoba opiekująca się nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innych tytułów, lub nie otrzymuje emerytury albo renty. Jednakże w zamian za rezygnację z zatrudnienia i konieczność sprawowania całodobowej opieki pomoc taka wydaje się niewielka **[Suszko, 2012]**

W tradycji opieki nad osobami starszymi (ale również dziećmi) szczególnie dużą odpowiedzialność ponosiły kobiety co miało związek z tradycyjnym podziałem obowiązków w rodzinie, będącym rezultatem uwarunkowań kulturowych. W połowie XX wieku, wraz ze wzrostem aktywności zawodowej kobiet rozpoczął się proces defamilizacji opieki – stopniowo następował spadek ich zaangażowania w opiekę nad seniorami i dziećmi, a znaczenia w tej opiece zaczęły nabierać instytucje i organizacje **[Łuszczynska, 2013]**

Według Błędowskiego (2012) istnieją przynajmniej dwie grupy przyczyn, które ograniczają możliwości opiekuńcze rodziny. Pierwsza – związana ze zmianami w wielkości i

strukturze rodziny, a polegająca nie tylko na trwającej od kilku dziesięcioleci tendencji do zmniejszania się liczby członków rodziny, ale również na istnieniu coraz większej liczby osób niesamodzielnych w rodzinie wymagających jednocześnie opieki w tym samym czasie (efekt demograficznego starzenia się społeczeństwa). Druga – to sytuacja na rynku pracy, która coraz częściej zmusza młode osoby mogące zapewnić opiekę osobie w wieku podeszłym do przemieszczania się w poszukiwaniu pracy **[Błędowski, 2012]**

Bojanowska (2012) dostrzega jeszcze inne zjawisko o znaczącym wpływie zarówno na system opieki i pomocy osobom w wieku podeszłym – twierdzi bowiem, że po roku 1989 w Polsce nastąpiły istotne przemiany we wzorcach życia małżeńsko–rodzinnego wyrażające się przede wszystkim: spadkiem skłonności do zawierania małżeństwa, opóźnianiem wieku zawarcia małżeństwa przez ludzi młodszych, opóźnianiem okresu macierzyństwa oraz rozpadem rodzin.

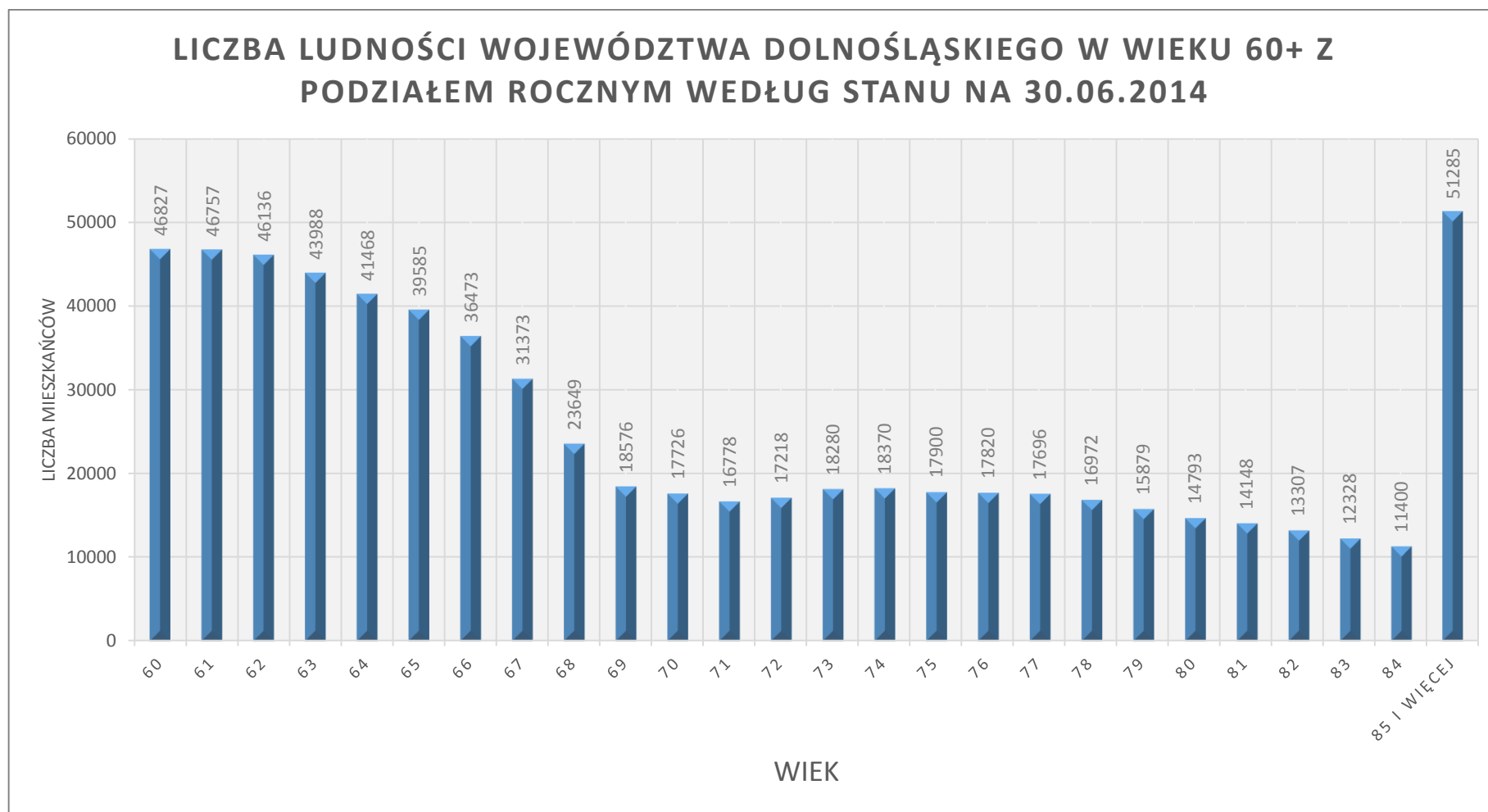
Wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze wynika również : ze wzrostu liczby gospodarstw jednoosobowych osób w wieku podeszłym, wzrostu udziału osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, z migracji, rozpadu więzi lokalnych, wzrostu poziomu ubóstwa, a także procesów marginalizacji i izolacji społecznej. **[Bojanowska, 2012]** Wobec powyższego przewiduje się zwiększenie popytu na usługi opiekuńcze – około roku 2020 w grupie wiekowej 60+ blisko 370 tys. osób będzie potrzebowało opieki, z tego 170 tys. nie będzie mogło oczekiwać jej ze strony rodziny **[Łuszczynska, 2013]**

Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że potrzeby opiekuńcze Polaków w wieku podeszłym są znaczne **[Kotowska i Wójcicka, 2008]**, między innymi ponad 50% osób w wieku 75+ ma kłopot w pewnym stopniu lub w stopniu silnym z wykonywaniem codziennych czynności. U prawie 78% osób w wieku od 75 do 84 lat występowały trwałe choroby lub problemy zdrowotne. **[Założenia długofalowej polityki]** Z badań PolSenior wynika, że istnieje istotny statystycznie związek między ograniczeniem samodzielności osób w wieku podeszłym a wiekiem przy czym swego rodzaju granicę stanowi 80 rok życia. Wśród osób w wieku 80–84 lat – 48,6% potrzebowało pomocy, z kolei wśród osób w wieku 85–89 lat – 62,5%, a wśród osób wieku 90 lat i więcej – 80,4% **[Błędowski, 2012]**

Miernikiem pomocnym w określeniu wielkości zapotrzebowania na pomoc osób w wieku podeszłym jest więc liczba osób w wieku 80 lat i więcej zamieszkujących dany teren. Wskaźnik ten według danych NSP z 2011 roku (GUS BDL) wynosił dla Dolnego Śląska 3,62% i był wyższy od wskaźnika ogólnopolskiego (3,5%) (dla poszczególnych podregionów przedstawiono **wcześniej w tabeli 5 w podrozdziale 2.3**). Z obliczeń własnych dokonanych na podstawie danych z NSP 2011 wynika, że wskaźnik ten będzie sukcesywnie przejawiał

tendencję wzrostową i wyniesie 4,42% w roku 2020, 8,47% w roku 2035 oraz 10,33% w roku 2050.

Kształtowanie się liczby osób w wieku 80+ z podziałem rocznym na tle innych grup wiekowych w województwie dolnośląskim według stanu na dzień 30.06.2014r, przedstawiono na **rycinie 18**.



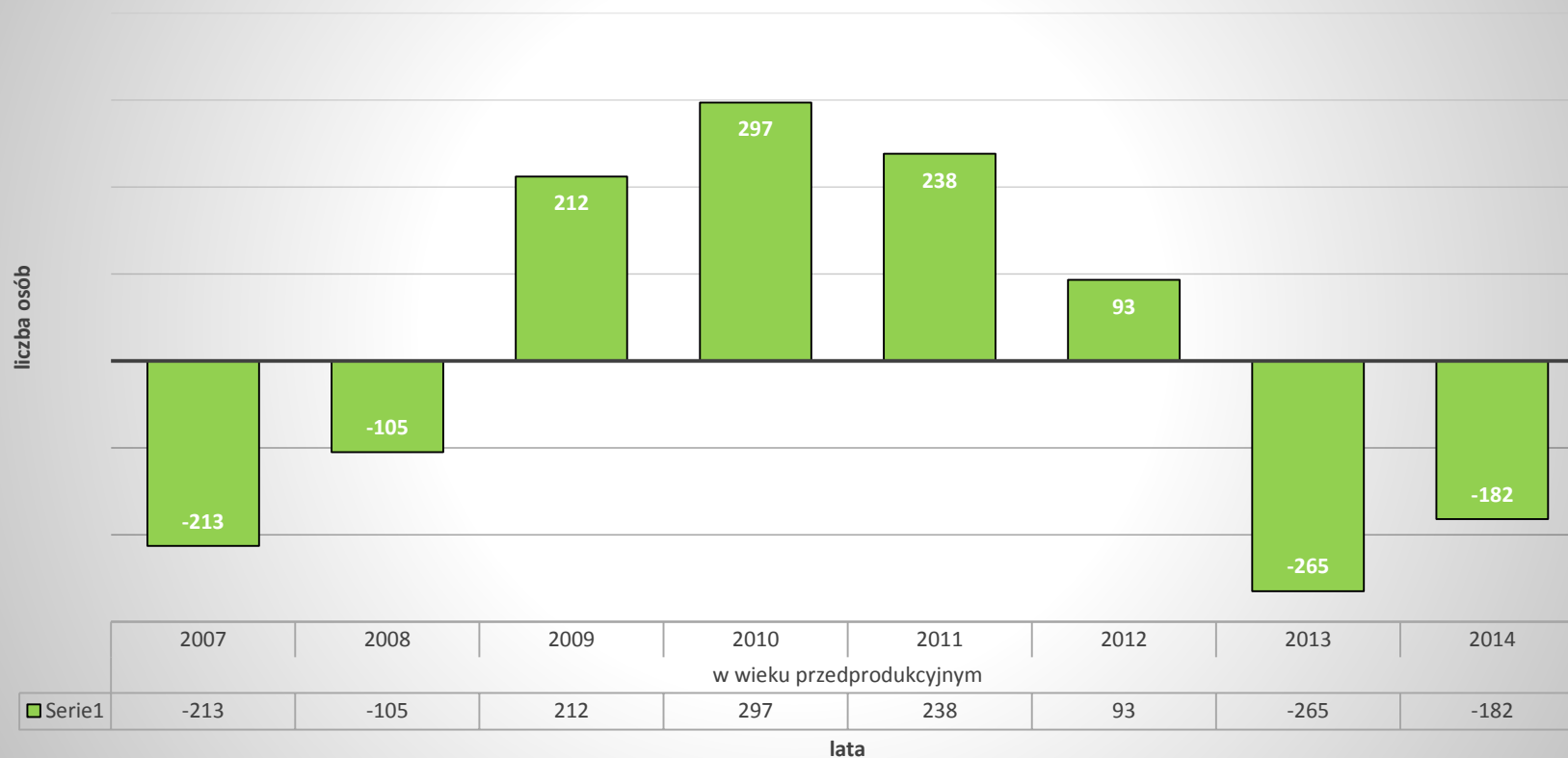
Rycina 18. Liczba ludności województwa dolnośląskiego w wieku 60+ z podziałem rocznym według stanu na 30.06.2014

Źródło : *Ludność według pojedynczych roczników. Bank Danych Lokalnych GUS– NSP 2011 (stan na 30.06.2014r) – dane półroczne*,
http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Często młodszy członkowie rodziny, zamiast świadczyć regularną pomoc seniorowi, pozostawiają go w opiece opiekunów nieformalnych lub instytucjonalnych, migrując w poszukiwaniu pracy [Łuszczyńska, 2013] Migracje zarobkowe wpływają na rozluźnienie więzi rodzinnych i pogłębianie skali zjawiska samotnej starości. [Bojanowska, 2012] W latach 2009–2012 saldo migracji zagranicznych na pobyt stały Dolnoślązaków w wieku przedprodukcyjnym było dodatnie, natomiast w latach 2007, 2008, 2013, 2014 – ujemne. **(rycina 19)** To samo saldo migracji odnośnie osób w wieku produkcyjnym w latach 2007–2014 było niezmiennie ujemne z największym obserwowanym nasileniem w roku 2013 (–2042). **(rycina 20)**

W efekcie migracji międzypowiatowych i zagranicznych na pobyt stały osób w wieku produkcyjnym w województwie dolnośląskim uzyskuje się saldo ujemne w latach 2007–2008 i dodatnie w latach 2009–2014. Z kolei w latach 2007–2014 najlepszą sytuację (dodatnie saldo migracji) odnotowuje się w podregionie miasto Wrocław i podregionie wrocławskim, a najgorszą sytuację (ujemne saldo migracji) w podregionie wałbrzyskim, jeleniogórskim i legnicko – głogowskim. **(rycina 21) Podregiony o ujemnym saldzie migracji w ostatnich latach (wałbrzyski, jeleniogórskim i legnicko – głogowski) wymagają szczególnej uwagi władz i podmiotów odpowiedzialnych oraz nakładu środków finansowych na organizację opieki nad osobami starszymi, gdyż zapotrzebowanie w tym regionie na tę opiekę może być większe niż w pozostałych podregionach województwa.**

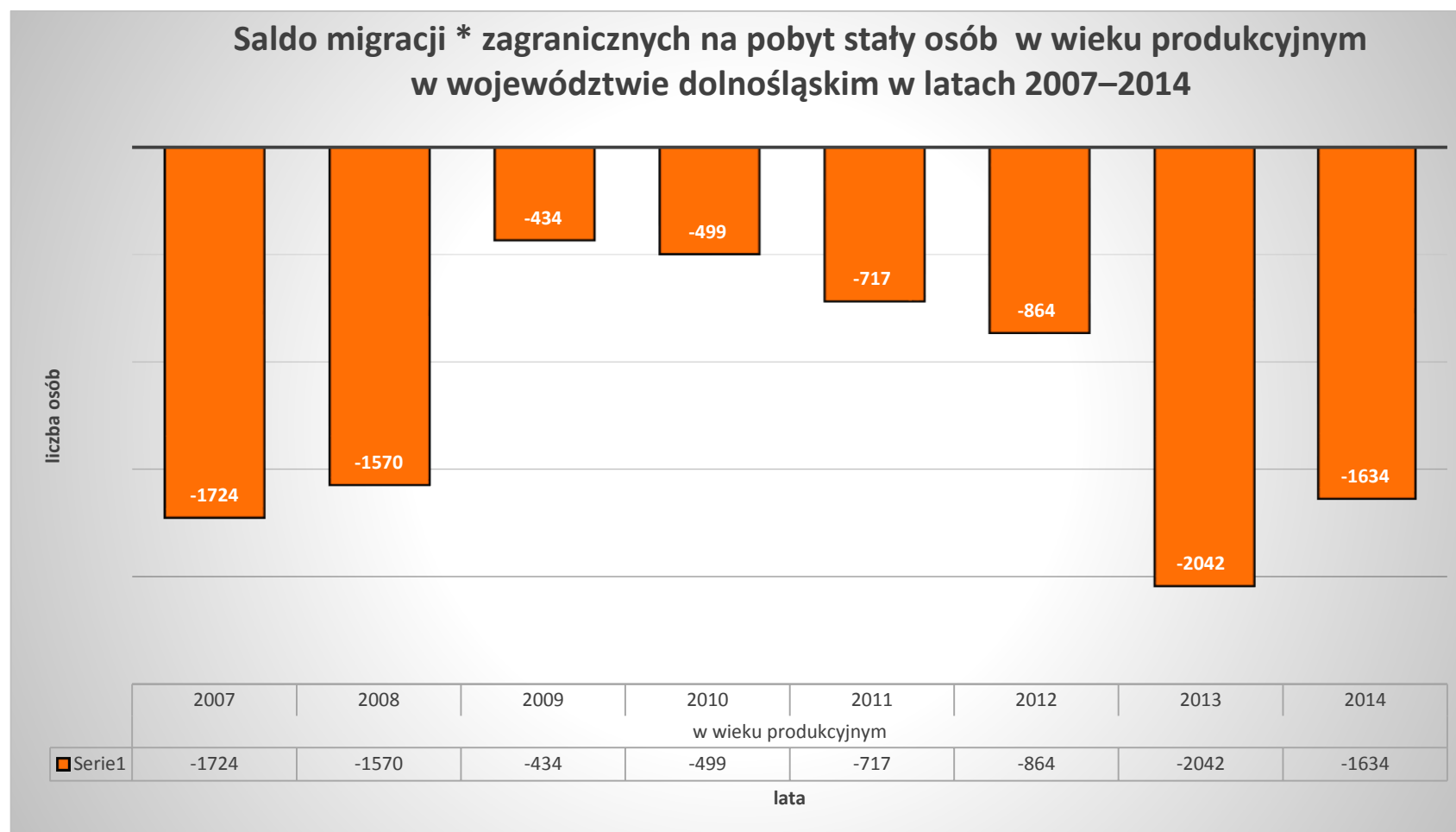
Saldo migracji * zagranicznych na pobyt stały osób w wieku przedprodukcyjnym w województwie dolnośląskim w latach 2007–2014



* współczynnik salda migracji: saldo migracji na pobyt stały ludności o określonym wieku na 10 tys. osób w tym wieku. Wskaźniki odnoszące się do liczby i struktury ludności (płeć, grupy wieku) od 2010 roku zostały przeliczone zgodnie z bilansem przygotowanym w oparciu o wyniki NSP 2011.

Rycina 19. Saldo migracji * zagranicznych na pobyt stały osób w wieku przedprodukcyjnym w województwie dolnośląskim w latach 2007–2014

Źródło : opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS– NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

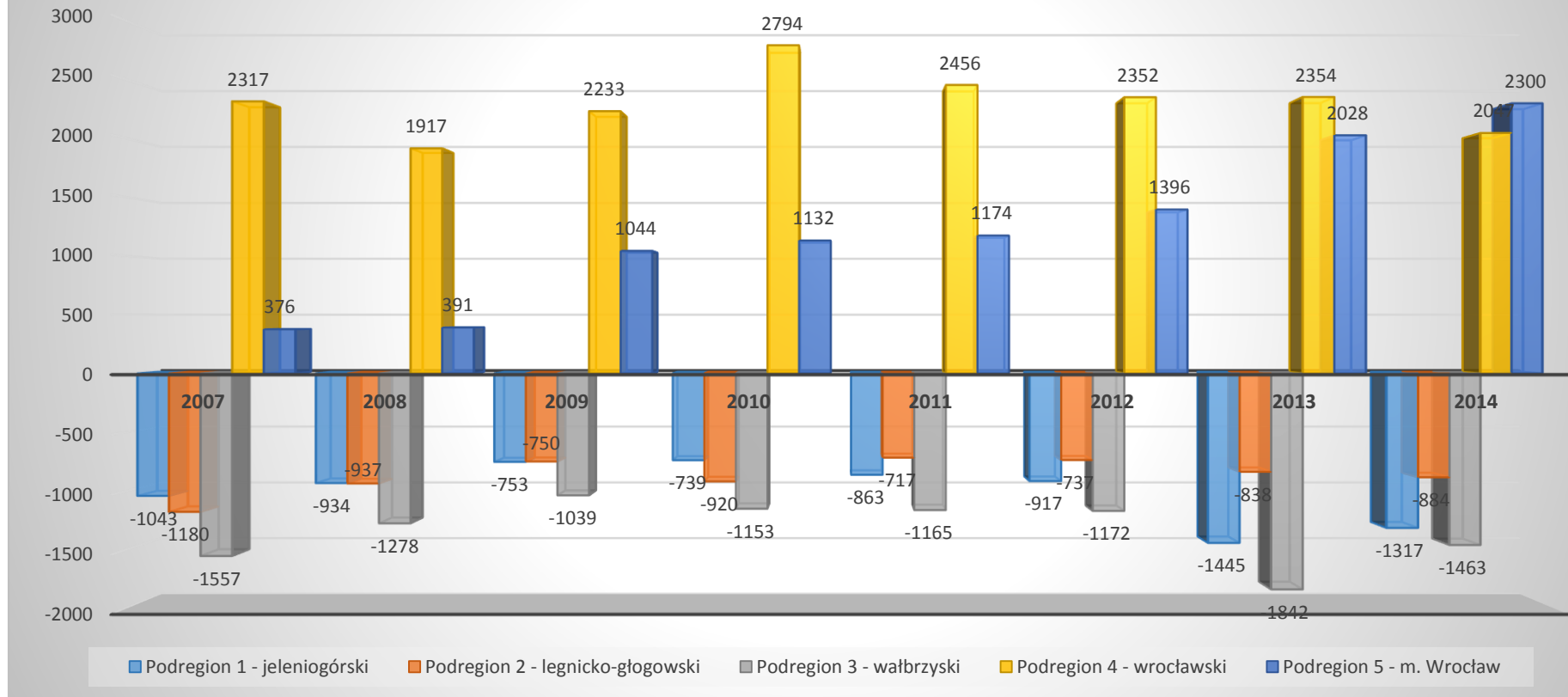


* współczynnik salda migracji: saldo migracji na pobyt stały ludności o określonym wieku na 10 tys. osób w tym wieku. Wskaźniki odnoszące się do liczby i struktury ludności (płeć, grupy wieku) od 2010 roku zostały przeliczone zgodnie z bilansem przygotowanym w oparciu o wyniki NSP 2011.

Rycina 20. Saldo migracji * zagranicznych na pobyt stały osób w wieku produkcyjnym w województwie dolnośląskim w latach 2007–2014

Źródło : opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS– NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Migracje na pobyt stały międzypowiatowe i zagraniczne osób wieku produkcyjnym – województwo dolnośląskie



* współczynnik salda migracji: saldo migracji na pobyt stały ludności o określonym wieku na 10 tys. osób w tym wieku.

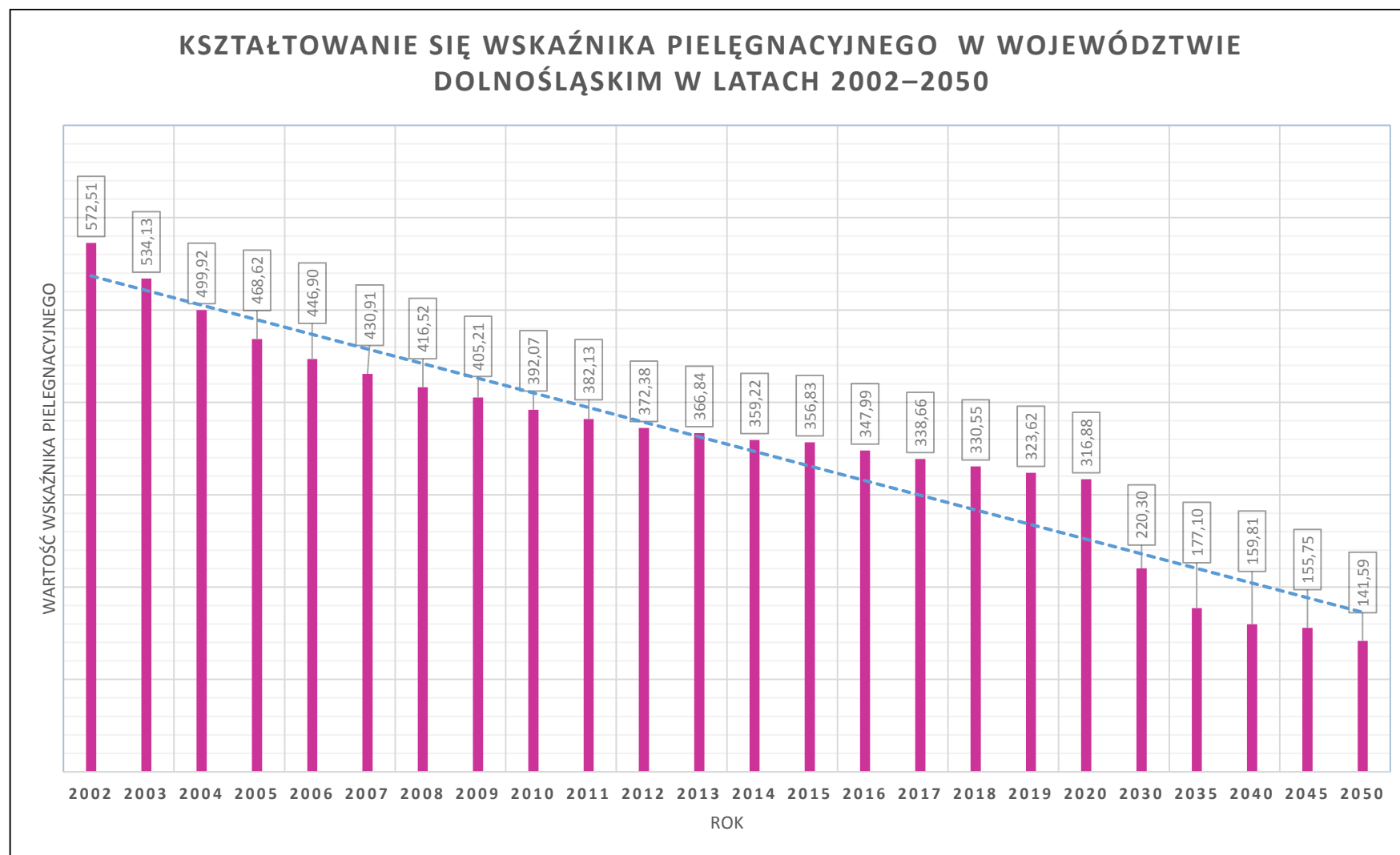
Rycina 21. Migracje na pobyt stały międzypowiatowe i zagraniczne osób wieku produkcyjnym – województwo dolnośląskie

Źródło :opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS– NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Według GUS (2014) zwiększa się liczba gospodarstw domowych z osobami w wieku podeszłym, w tym mieszkających samotnie. W województwie dolnośląskim udział gospodarstw domowych z osobami w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie gospodarstw domowych wynosił od 28,2% do 30,5% (2011 rok). Biorąc pod uwagę obecną strukturę wieku ludności – w perspektywie 20 lat zjawisko nasili się, tj. wzrośnie liczba osób w wieku podeszłym. **[GUS 2014. Sytuacja demograficzna]** Należy przy tym pamiętać, że liczba i odsetek jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 65 lat i więcej będzie nadal zwiększać się, a w 2030r. będą one stanowić ponad połowę wszystkich jednoosobowych gospodarstw domowych w Polsce. Najbardziej wzrośnie odsetek jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby wieku 80 i więcej lat (co szósta osoba będzie prowadziła jednoosobowe gospodarstwo domowe). Przewiduje się, że łączne wydatki na świadczenia opieki długoterminowej wzrosną ponad 6-krotnie – z około 7,5 mld w 2010r. do ponad 47 mld w roku 2035 **[Bojanowska, 2012]**. Takie prognozy rodzą implikacje do właściwej organizacji opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi.

Jak wcześniej wspomniano, świadczenie pielęgnacji i opieki w rodzinie najczęściej w tradycji leżało w gestii kobiet, zwłaszcza tych w wieku przedemerytalnym. Konstruowane wskaźniki potencjału pielęgnacji pokazują jednak, że możliwości zapewnienia opieki w ramach rodziny ulegają dramatycznie szybkiemu ograniczeniu. Jeżeli przyjąć za Augustynem i wsp. (2009), że wartość wskaźnika pielęgnacji dobrze będzie odzwierciedlała relacja między liczbą kobiet w wieku 50 – 69 lat a liczbą osób w wieku 80 lat i więcej, to widać wyraźnie, że dla Polski w latach 2010–2035 wartość wskaźnika pielęgnacji zmaleje prawie dwukrotnie: z niespełna 270 kobiet w wieku 55 – 69 lat na 100 osób w wieku 80+, do wartości 147 **[Augustyn 2009]**

Kształtowanie się wskaźnika pielęgnacyjnego dla Dolnego Śląska w latach 2002–2050 przedstawia **rycina 22. Wartość wskaźnika pielęgnacji przejawia niezmiennie tendencję spadkową przyjmując wartość 572,51 w roku 2002 aż do wartości 141,59 w roku 2050 (czterokrotny spadek – 404,34 %).**



Rycina 22. Kształtowanie się wskaźnika pielęgnacyjnego w województwie dolnośląskim w latach 2002–2050.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS – NSP 2011, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Należy zauważyć, że omawiany wskaźnik pielęgnacji pokazuje jedynie potencjalną możliwość zapewnienia pielęgnacji osobom w wieku 80+. W rzeczywistości liczba osób, które podejmą się trudu opieki nad osobą starszą będzie mniejsza od obliczonego wskaźnika, gdyż nie należy oczekiwać, że 100% grupy zechce podjąć się tego trudnego zadania.

Według **Slany (2008)** w zasadzie trzy grupy są szczególnie narażone na brak opieki w okresie starości: osoby bezdzietne, rozwiedzione oraz pozostające w związkach nieformalnych. Można przypuszczać, że liczebność tych grup będzie się zwiększać, ponieważ zgodnie z teorią modernizacji, społeczeństwo polskie będzie przyjmować wzorce zachowań matrymonialnych krajów Europy Zachodniej **[Slany 2008]**

W rezultacie główną odpowiedzialność opiekuńczą coraz częściej przejmują opiekunowie nieformalni a w sytuacji braku wsparcia dla usług świadczonych w środowisku otwartym – odpowiedzialność tę przejmują instytucje, co jest droższe i mniej aktywizuje seniora **[Łuszczyńska, 2013]**. Jednak z opracowania Ministerstwa Zdrowia (2012) można wnioskować, że w wyniku zmian w strukturze wiekowej ludności nastąpi mimo wszystko brak znaczącego wzrostu dostępnych zasobów kadrowych oraz potencjalnych społecznych dostawców usług opiekuńczych. Wobec tego stabilna opieka rodzinna stanowi alternatywę dla deficytowych usług sektora publicznego, prognozowany niedobór opiekunów rodzinnych będzie wymagał od świadczeniodawców wspierania tej nieformalnej opieki **[Ministerstwo Zdrowia 2012]**

Ze względu na zmiany jakie zachodzą w polskiej rodzinie ważne jest zabezpieczenie społeczne osób w wieku podeszłym w tzw. system świadczeń i uprawnień gwarantujących bezpieczeństwo socjalne jednostce. System obejmuje ubezpieczenia społeczne, ochronę zdrowia, pomoc społeczną oraz pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji **[Bojanowska, 2013]**

Przy planowaniu i realizacji działań na rzecz poprawy sytuacji osób w wieku podeszłym i niesamodzielnych nieodzownym elementem jest rozwijanie środowiskowych usług opiekuńczych, wspierających podopiecznego i jego opiekuna rodzinnego oraz rozbudowa sektora instytucjonalnej opieki długoterminowej jako wspierającej opiekę domową. [Stan faktyczny i perspektywy, 2012]. Optymalizacja opieki nad osobami starszymi powinna podążać w stronę utrzymania pacjenta jak najdłużej w środowisku domowym, jednakże do osiągnięcia tego celu konieczne jest wsparcie opiekunów przez szeroko rozumianą instytucję państwa.

3.4.3. Instytucjonalne formy opieki nad osobami w wieku podeszłym a wsparcie rodziny

Wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa coraz ważniejszą rolę odgrywa opieka długoterminowa. Definiowana jest ona przez OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development*) jako zakres świadczeń udzielanych osobom z ograniczoną fizyczną, psychiczną lub poznawczą zdolnością funkcjonowania. Jest to również całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwa, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno–opiekuńczych osobom przewlekłe chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji. Na opiekę długoterminową składa się podstawowa pomoc medyczna, leczenie bólu, farmakoterapia, monitorowanie stanu zdrowia, prewencja, rehabilitacja oraz opieka paliatywna. **[Stan faktyczny i perspektywy, 2012]** Zakładami opieki długoterminowej są zakłady opiekuńczo–lecnicze oraz pielęgnacyjno–opiekuńcze o profilu ogólnym, zakłady opiekuńczo–lecnicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze o profilu psychiatrycznym. **[GUS 2014]**

Zabezpieczenie potrzeb obywateli, którzy stali się niesamodzielnymi w związku z chorobą, urazem lub wiekiem jest w Polsce niewystarczające. Obserwuje się istotny deficyt jednostek świadczących opiekę długoterminową. **[Założenia Długofalowej Polityki]** Może on wynikać poniekąd z niedostatecznego poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Jednym ze wskaźników odzwierciedlających ten poziom jest procent PKB przeznaczany na zdrowie. Pod tym względem Polska zajmuje 36 miejsce wśród 44 krajów. Łączne, publiczne i prywatne nakłady na zdrowie wynoszą w krajach OECD średnio 8,9%. W Polsce – 6,4 % z czego tylko 4,8 % to środki publiczne. W Czechach łączne wydatki na zdrowie wynoszą 7,1%. PKB, z czego 6% pochodzi ze środków publicznych. **[Solecka, 2015]**

Inną przyczyną deficytu jednostek opieki długoterminowej może być podział kompetencji Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (od 1991 roku) między dwa resorty – zdrowia oraz pracy i polityki społecznej. Podział ten spowodował dezintegrację świadczeń medycznych i społecznych – w efekcie, zaczęły funkcjonować dwa odrębne filary opieki długoterminowej – medyczny i społeczny, często realizowane nieadekwatnie do potrzeb. **[Stan faktyczny i perspektywy, 2012]** Prognozy demograficzne wskazują, że liczba użytkowników usług opieki długoterminowej podwoi się w okresie najbliższych 20 lat. **[Stan faktyczny i perspektywy, 2012]**

W Polsce w 2014 roku funkcjonowało łącznie 543 zakładów opieki długoterminowej, tj. o 2,3% więcej niż w 2013 roku. Na koniec 2014r. funkcjonowały 73 hospicja i 69 oddziałów

opieki paliatywnej, o 12 oddziałów więcej niż w 2013r. Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno–paliatywnej dysponowały łącznie 32,6 tys. łóżek, czyli o 5,4% więcej niż w roku poprzednim. Zapewniły one opiekę w warunkach stacjonarnych dla 92,5 tys. osób, co stanowi blisko 2,7% więcej w stosunku do 2013 r. Najwięcej łóżek zakładów opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym na 10 tys. ludności przypadało w województwach: dolnośląskim (11,8%), opolskim (9,9%), śląskim (9,7%) i mazowieckim (9,4%). Najwięcej pacjentów w zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym na 10 tys. ludności przebywało w placówkach w województwach: dolnośląskim (21,1%), opolskim (18,9%), mazowieckim (17,5%), podkarpackim (17,3%) **[GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014]**

Wskaźnik liczby łóżek w zakładach opiekuńczo – lecniczych w województwie dolnośląskim na 10 tysięcy mieszkańców wynosił w 2014 roku 8,8%, natomiast wskaźnik liczby łóżek w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych – 2,9%. Odsetek pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo – lecniczych w województwie dolnośląskim na 10 tys. mieszkańców wynosił w 2014 roku 15,4%, natomiast odsetek liczby łóżek w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych – 5,7% **[GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014]**.

Na terenie Dolnego Śląska w 2014 roku funkcjonowało w sumie 36 zakładów opiekuńczo – lecniczych z 1712 łózkami. To lokowało to województwo na miejscu trzecim po mazowieckim (44 zakładów z 3257 łózkami) i śląskim (39 zakładów z 2123 łózkami). Średni czas pobytu pacjenta w dniach wynosił 186,2 **[GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014]**. **(tabela 31)**. Z danych Biuletynu statystycznego województwa dolnośląskiego wynika, że w 2014 roku w oddziałach opiekuńczo – lecniczych przebywało łącznie 3265 osób, średnie wykorzystanie łóżka wynosiło – 97,8% a liczba chorych przypadających na jedno łóżko – 2,0. **[Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia, 2014]**

Tabela 31. Zakłady opiekuńczo-lecznicze według województw w 2014 roku

Tabela 31. Zakłady opiekuńczo-lecznicze według województw w 2014 roku						
WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Zakłady Facilities	Łóżka Beds	Pacjenci objęci opieką w ciągu roku Inpatients during a year		Osobodni Beddays	Średni pobyt pacjenta w dniach Average lenght of stay
	stan w dniu 31 XII as of 31 XII	ogółem total	w tym kobiety of which females			
				w tys. in thous.		
	ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE ^{a)} CHRONIC MEDICAL CARE HOMES ^{a)}					
OGÓŁEM TOTAL 2013	327	17209	36,9	24,8	5821,2	157,7
2014	337	18138	37,5	25,2	5993,9	159,7
Dolnośląskie	36	1712	3,4	2,4	629,2	186,2
Kujawsko-pomorskie	20	826	1,9	1,2	274,7	142,4
Lubelskie	16	735	1,4	0,8	228,7	165,6
Lubuskie	10	356	1,0	0,6	119,8	123,0
Łódzkie	24	1458	3,1	2,2	391,6	126,5
Małopolskie	35	2586	4,6	3,2	861,3	186,5
Mazowieckie	44	3257	6,2	4,1	1113,5	178,6
Opolskie	15	752	1,5	1,0	279,5	190,2
Podkarpackie	22	1273	2,5	1,6	412,6	166,2
Podlaskie	11	294	0,7	0,4	100,0	141,8
Pomorskie	22	943	2,7	1,6	331,5	124,4
Śląskie	39	2123	3,8	2,7	693,5	184,8
Świętokrzyskie	13	766	1,7	1,1	210,2	127,1
Warmińsko-mazurskie	10	315	1,1	0,6	105,1	98,0
Wielkopolskie	11	358	1,2	0,8	119,2	96,1
Zachodniopomorskie	9	384	0,9	0,6	123,5	138,9
a) Bez zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego.						
Źródło: Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych						
Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014.						

Według GUS (2014) na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonowało ponadto 21 zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych z 855 łózkami, co sytuowało to województwo podobnie jak w przypadku zakładów opiekuńczo – leczniczych na miejscu trzecim, po śląskim (23 zakłady z 1478 łózkami) i mazowieckim (22 zakłady z 986 łózkami). Średni czas pobytu pacjenta w dniach w tego typu placówce wynosił 178,6. [GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014] (tabela 32)

Tabela 32. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw w 2014 roku

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Zakłady Facilities	Łóżka Beds	Pacjenci objęci opieką w ciągu roku Inpatients during a year		Osobodni Beddays	Średni pobyt pacjenta w dniach Average lenght of stay
	stan w dniu 31 XII as of 31 XII		ogółem total	w tym kobiety of which females		
			w tys. in thous.			
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE ^{a)}						
NURSING HOMES ^{a)}						
OGÓŁEM..... 2013	147	6032	14,5	9,9	2184,5	150,2
2014	150	6680	14,0	9,6	2126,8	152,0
Dolnośląskie	21	855	1,7	1,1	296,4	178,6
Kujawsko-pomorskie	11	440	1,1	0,7	147,3	137,3
Lubelskie	7	267	0,7	0,5	87,6	128,5
Lubuskie	2	54	0,1	0,1	18,7	129,0
Łódzkie	6	189	0,5	0,3	57,8	114,6
Małopolskie	2	97	0,1	0,1	34,0	231,5
Mazowieckie	22	986	1,9	1,3	340,5	181,8
Opolskie	1	62	0,2	0,1	22,3	132,2
Podkarpackie	13	579	1,1	0,8	228,8	205,2
Podlaskie	11	417	1,0	0,6	141,4	144,7
Pomorskie	4	204	0,3	0,2	48,0	139,4
Śląskie	23	1478	2,9	2,0	354,3	120,6
Świętokrzyskie	2	50	0,1	0,1	12,4	139,8
Warmińsko-mazurskie	6	267	0,7	0,5	95,0	139,7
Wielkopolskie	9	343	0,7	0,5	116,2	163,2
Zachodniopomorskie	10	392	0,9	0,6	126,0	142,2
a) Bez zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego.						
Źródło: Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych						
Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014						

Z danych Biuletynu statystycznego województwa dolnośląskiego można wnioskować, że w 2014 roku w oddziałach pielęgnacyjno – opiekuńczych przebywało łącznie 1659 osób, wskaźnik wykorzystania łóżka w tymże roku wyniósł – 103%, a liczba chorych przypadających na jedno łóżko, podobnie jak w przypadku oddziałów opiekuńczo – leczniczych wyniosła 2,0. **[Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia 2014]** Szczegółowy wykaz Zakładów Opiekuńczo – Leczniczych i Leczniczo – Pielęgnacyjnych funkcjonujących na terenie Dolnego Śląska według kontraktów z Dolnośląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013 zawiera załącznik 21.

Ogólnie w Polsce sytuacja placówek **opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych typu psychiatrycznego** w porównaniu do roku 2013 uległa nieznacznym zmianom. Łącznie na koniec 2014r. odnotowano 56 placówek (o 1 placówkę mniej). Baza

łózkowa zmalała o 2,8% i wyniosła 5,3 tys. łóżek. Przyjęto 7,2 tys. pacjentów, o 2,6% mniej niż w 2013r.

Inną formę opieki stanowią **hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej** przeznaczone dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, często w schyłkowym okresie życia. Według GUS (2014) wskaźnik łóżek w hospicjach na terenie dolnośląskiego na 10 tysięcy pacjentów wynosił w 2014 roku 0,5%, a łóżek na oddziałach opieki paliatywnej – 0,4%. W tymże samym roku w hospicjach leczono 6,2% pacjentów na 10 tys mieszkańców i 4,5% w zakładach opieki paliatywnej. Na terenie województwa dolnośląskiego według stanu na 31 grudnia 2014r. funkcjonowało 8 hospicjów dysponujących 135 łózkami – takie dane lokowały to województwo na miejscu trzecim po pomorskim (10 hospicjów ze 172 łózkami) i mazowieckim (9 hospicjów z 178 łózkami). Średni czas pobytu pacjenta w hospicjum wyniósł 46,1 dni [**GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014**]. (tabela 33).

W województwie dolnośląskim w hospicjach stacjonarnych w 2014 roku leczono 1797 osób, wykorzystanie łóżka w roku szacuje się na 93,4%, a liczba chorych przypadających na jedno łóżko – 12,9 [**Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia, 2014**]

Tabela 33. Hospicja według województw

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Zakłady <i>Facilities</i>	Łóżka <i>Beds</i>	Pacjenci objęci opieką w ciągu roku		Osobodni <i>Beddays</i>	Średni pobyt pacjenta w dniach <i>Average lenght of stay</i>	
			ogółem <i>total</i>	w tym kobiety <i>of which females</i>			
	stan w dniu 31 XII <i>as of 31 XII</i>		w tys. <i>in thous.</i>				
	HOSPICJA						
HOSPICE							
OGÓŁEM	2013	73	1307	16,5	8,3	412,9	25,0
	2014	73	1334	16,1	8,0	463,0	28,8
Dolnośląskie	8	135	1,8	0,9	82,9	46,1	
Kujawsko-pomorskie	2	41	0,6	0,3	14,1	22,0	
Lubelskie	5	69	1,0	0,5	22,2	21,9	
Lubuskie	3	38	0,6	0,3	11,9	19,2	
Łódzkie	2	29	0,3	0,1	7,5	26,2	
Małopolskie	7	187	1,9	1,0	58,5	31,1	
Mazowieckie	9	178	2,2	1,1	53,4	24,7	
Opolskie	3	41	0,6	0,3	14,1	23,5	
Podkarpackie	7	118	1,3	0,6	32,8	24,4	
Podlaskie	3	84	0,7	0,3	21,8	31,3	
Pomorskie	10	172	2,4	1,2	56,4	23,3	
Śląskie	1	38	0,3	0,2	15,0	51,3	
Świętokrzyskie	4	49	0,4	0,2	9,8	27,9	
Warmińsko-mazurskie	2	45	0,5	0,3	26,9	51,6	
Wielkopolskie	4	59	0,6	0,3	19,3	30,7	
Zachodniopomorskie	3	51	0,8	0,4	16,4	19,6	
Źródło: Ministerstwo Zdrowia							

Na terenie dolnośląskiego według stanu na 31 grudnia 2014r. funkcjonowały również 4 zakłady opieki paliatywnej w 118 łózkami. Średni czas pobytu pacjenta na takim oddziale wyniósł 22,2 dni. Lokuje to dolnośląskie na dalekim miejscu po śląskim, małopolskim, kujawsko – pomorskim, mazowieckim, wielkopolskim, łódzkim, lubelskim (**GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014). (tabela 34)**). Liczba leczonych w tymże roku pacjentów wynosiła 1296, średnie wykorzystanie łóżka 71,0% a liczba chorych przypadająca na jedno łóżko to 11,7. (**Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego 2014**).

Tabela 34. Oddziały opieki paliatywnej według województw

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Zakłady <i>Facilities</i>	Łóżka <i>Beds</i>	Pacjenci objęci opieką w ciągu roku		Osobodni <i>Beddays</i>	Średni pobyt pacjenta w dniach <i>Average lenght of stay</i>	
			ogółem <i>total</i>	w tym kobiety <i>of which females</i>			
	stan w dniu 31 XII <i>as of 31 XII</i>		w tys. <i>in thous.</i>				
ODDZIAŁY OPIEKI PALIATYWNEJ							
PALLIATIVE CARE WARDS							
OGÓŁEM	2013	57	935	14,7	7,3	291,7	19,8
	2014	69	1157	17,7	8,7	348,7	19,7
Dolnośląskie	4	118	1,3	0,6	28,8	22,2	
Kujawsko-pomorskie	7	104	1,7	0,8	26,6	16,0	
Lubelskie	5	72	1,3	0,6	17,5	13,8	
Lubuskie	1	15	0,2	0,1	4,5	19,2	
Łódzkie	5	89	1,7	0,9	28,461	16,4	
Małopolskie	9	160	2,3	1,1	53,0	22,7	
Mazowieckie	6	67	1,1	0,5	18,5	17,6	
Opolskie	2	32	0,4	0,2	11,6	29,5	
Podkarpackie	2	29	0,7	0,3	8,5	12,2	
Podlaskie	3	22	0,3	0,1	8,6	33,2	
Pomorskie	-	-	-	-	-	-	
Śląskie	12	211	3,5	1,8	70,8	20,3	
Świętokrzyskie	4	80	1,2	0,5	23,6	19,7	
Warmińsko-mazurskie	3	34	0,5	0,2	10,7	21,6	
Wielkopolskie	5	119	1,5	0,8	36,5	23,6	
Zachodniopomorskie	1	5	0,0	0,0	1,0	26,5	
Źródło: Ministerstwo Zdrowia							
Source: The Ministrv of Health							

W roku 2014 można zauważyć pozytywną zmianę odnośnie liczby oddziałów geriatrycznych – w latach 2012–2013 było ich jedynie 27 na Dolnym Śląsku, a w roku 2014 już 57 (ponad 100% wzrost). W związku z tym wzrosła również liczba leczonych w nich pacjentów – odnotowano w efekcie ponad 4-krotny wzrost tej liczby (414,87% – 429,23%) w roku 2014 w stosunku do lat 2012–2013. W roku 2014 na jedno łóżko na oddziale geriatrycznym przypadało średnio aż 21,1 pacjenta. Oznacza to, że w tych oddziałach leczonych jest wciąż zbyt mało pacjentów w stosunku do zapotrzebowania. Według autorów Raportu NIK to właśnie brak adekwatnej wyceny procedur geriatrycznych skutecznie uniemożliwia powiększanie bazy łóżek geriatrycznych. System wyceny świadczeń medycznych w ramach grup JGP (wprowadzony do rozliczania wykonanych świadczeń Zarządzeniem Prezesa NFZ w roku 2011) zakłada finansowanie jednej choroby czy procedury

i nie obejmuje wielochorobowości, która jest specyfiką pacjenta geriatrycznego **[Raport NIK, 2015]**

Oddziały opieki paliatywnej i medycyny paliatywnej funkcjonowały w omawianym trzyletnim okresie na ustabilizowanym poziomie zarówno w zakresie liczby zakładów (od 129 w 2012r do 133 w 2014) jak i liczby pacjentów (1637 w 2012r. do 1564 w 2014r). Podobną dynamikę zmian w zakresie liczby łóżek jak i leczonych w nim pacjentów można zauważyć w zakresie pozostałych oddziałów. Do najczęściej wykorzystywanych łóżek należą te na oddziałach pielęgnacyjno – opiekuńczych (106,9% w 2012r. do 142,60% w 2013r.). Największe zapotrzebowanie w 2014 roku było na oddziały geriatryczne. Ogólnie w latach 2012–2014 obserwowano duże zapotrzebowanie na oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne.

Zestawienie wybranych oddziałów opieki długoterminowej dla dorosłych funkcjonujących w województwie dolnośląskim w latach 2012–2014 przedstawiono w **tabeli 35**.

Szczegółowe dane o działalności zakładów opieki długoterminowej w latach 2012–2014 z wyodrębnieniem podmiotów, którym te zakłady podlegają zawarto w **załączniku 17**.

W zakładach opieki długoterminowej leczono ogółem więcej kobiet (67,45%) niż mężczyzn (32,55%). Analiza struktury wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej wszystkich województw wskazuje na największą liczbę osób w wieku 80+. W roku 2014 w województwie dolnośląskim odsetek pacjentów w wieku 65–74 lat przebywających w zakładach opieki długoterminowej wyniósł – 18,2%, w wieku 75–79 lat – 14,1% i wieku 80 lat i więcej – 42,6%. Osoby nie opuszczające łóżek stanowią 34,18%. Dane przedstawiono w **tabeli 36**.

Tabela 35. Zestawienie wybranych oddziałów opieki długoterminowej dla dorosłych w województwie dolnośląskim w latach 2012–2014

województwie dolnośląskim w latach 2012–2014						
			liczba łóżek	liczba leczonych	% wykorzystania łóżka w roku	liczba chorych na łóżko
	kod	nazwa oddziału				
			rok 2014			
oddziały długoterminowe	4060	oddział geriatryczny	57	1116	39,70%	21,1
	4180	oddział medycyny paliatywnej	15	268	85,20%	17,9
	5160	podmiot /oddział pielęgnacyjno – opiekuńczy	855	1659	103,00%	2
	5170	podmiot/oddział opiekuńczo – leczniczy	1612	3265	97,80%	2
	5172	podmiot oddział– opiekuńczo – leczniczy psychiatryczny	853	1097	91,30%	1,3
	5180	hospicjum stacjonarne	135	1797	93,40%	12,9
	5182	podmiot /oddział opieki paliatywnej	118	1296	88,00%	5,8
	kod		rok 2013			
oddziały długoterminowe	4060	oddział geriatryczny	27	269	16,40%	10
	4180	oddział medycyny paliatywnej	15	265	85,30%	22,1
	5160	podmiot /oddział pielęgnacyjno – opiekuńczy	721	1860	142,60%	2,5
	5170	podmiot/oddział opiekuńczo – leczniczy	1753	3480	90,20%	2
	5172	podmiot oddział– opiekuńczo – leczniczy psychiatryczny	791	1062	99,10%	1,4
	5180	hospicjum stacjonarne	123	1716	70,80%	13,3
	5182	podmiot /oddział opieki paliatywnej	119	1277	75,30%	11,9
	kod		rok 2012			
oddziały długoterminowe	4060	oddział geriatryczny	27	260	16,50%	9,6
	4180	oddział medycyny paliatywnej	129	1637	70,00%	13,8
	5160	podmiot /oddział pielęgnacyjno – opiekuńczy	903	2168	106,90%	2,5
	5170	podmiot/oddział opiekuńczo – leczniczy	1564	3176	95,60%	2
	5172	podmiot oddział– opiekuńczo – leczniczy psychiatryczny	874	1052	91,10%	1,2
	5180	hospicjum stacjonarne	135	1623	69,50%	12,9
	5182	podmiot /oddział opieki paliatywnej	brak danych			
Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego z lat 2012–2014.						

Tabela 36. Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej w 2014 roku

STAN W DNIU 31 XII / AS OF 31 XII																		
	Pacjenci		Z liczby ogółem w wieku														Osoby nie- opuszcza- jące łóżek	odsetek
	ogółem	odsetek	do 18 lat		19–40		41–60		61–64		65–74		75–79		80 lat i więcej			
POLSKA	30222		495		895		4146		1966		5087		4180		13453		12452	
Dolnośląskie	3426	%	152	4,44%	65	1,90%	421	12,29%	225	6,57%	622	18,16%	483	14,10%	1458	42,56%	1171	
w tym mężczyzn	1115	32,55%	85	7,62%	39	3,50%	246	22,06%	108	9,69%	252	22,60%	139	12,47%	246	22,06%	351	
w tym kobiet	2311	67,45%	67	2,90%	26	1,13%	175	7,57%	117	5,06%	370	16,01%	344	14,89%	1212	52,44%	820	

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html>

Inną formą opieki długoterminowej są zakłady rehabilitacji leczniczej. Udzielają one świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. **[Suszko, 2012]** W 2014 roku na Dolnym Śląsku leczono 15 566 osób w oddziałach rehabilitacyjnych, 887 osób w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu, 3 180 w oddziałach rehabilitacji neurologicznej, 1 391 w oddziałach rehabilitacji kardiologicznej, 445 w oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej oraz 307 w oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej **[Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia, 2014]**

Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej i wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymagają wsparcia jednostek świadczących usługi pomocy społecznej – domów i zakładów pomocy społecznej, które zapewniają swoim mieszkańcom także opiekę medyczną. W domach pomocy społecznej (DPS) zamieszkują osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, które nie mogą samodzielnie funkcjonować na co dzień i w związku z tym nie mogą korzystać z pomocy w formie usług opiekuńczych w warunkach domowych. **[Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej]** W przekroju terytorialnym na koniec 2014r. najwięcej osób w wieku 65 lat i więcej przebywało w DPS zlokalizowanych na terenie województwa mazowieckiego (6,9 tys.), śląskiego (5,4 tys.) i małopolskiego (4,7 tys.). W sześciu województwach liczba pensjonariuszy liczących przynajmniej 65 lat nie przekroczyła 2 tysięcy, a najmniejszą zbiorowość mieszkańców w wieku podeszłym odnotowano w podlaskim i lubuskim (po 1,3 tys.). Wskaźnik ten dla dolnośląskiego wynosił 3,3 tys. W skali kraju na 10 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej przypadało 79 mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w tym wieku, z kolei w województwie dolnośląskim – 73 mieszkańców. **[GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014]**

Na Dolnym Śląsku według stanu na 31 lipca 2015r. funkcjonowały 63 DPS z 5 992 miejscami dla dzieci i dorosłych. Na podstawie rejestru DPS, wykonano zestawienie zakładów przeznaczonych dla przewlekle psychicznie chorych, przewlekle somatycznie chorych, osób w podeszłym wieku oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (tu trzeba wpisać gdzie umieszczono zestawienie). Pominęto DPS dla dzieci, młodzieży i gdyż uznano te dane za mniej istotne z punktu widzenia przydatności do niniejszego opracowania.

W sumie dla osób dorosłych przeznaczonych było 5 395 miejsc z czego najwięcej dla przewlekle somatycznie chorych i osób w podeszłym wieku (3 108 miejsc, 57,61%) oraz niepełnosprawnych intelektualnie (1 508 miejsc, 27,95%) **(tabela 37)**. Szczegółowy wykaz placówek dla osób psychicznie, somatycznie chorych oraz w podeszłym wieku zamieszczono w załączniku 15 i 16 do niniejszego opracowania.

Tabela 37. Domy Pomocy Społecznej dla dorosłych w województwie dolnośląskim według stanu na 31.07.2015

Rodzaj Domu Pomocy Społecznej- typ działalności	liczba miejsc	odsetek
dla osób przewlekle somatycznie chorych	2146	39,78%
dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz dla osób w podeszłym wieku*	114	2,11%
dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	1508	27,95%
dla osób przewlekle psychicznie chorych	779	14,44%
dla osób w podeszłym wieku	848	15,72%
suma	5395	100,00%
*DPS w Zgorzelcu wykazano osobno ze względu na brak osobnych danych co do liczby somatycznie chorych oraz tych w podeszłym wieku		
Źródło: opracowanie własne na podstawie Rejestru Domów Pomocy Społecznej w województwie dolnośląskim według stanu na 31.07.2015, http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/52.dok.html		

Ponadto istnieją również placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w wieku podeszłym funkcjonujące na podstawie działalności gospodarczej bądź też statutowej. W placówkach tych zgodnie ze stanem na dzień 17 grudnia 2015r. było 998 miejsc. Wykaz tych placówek zawarto w **załączniku 16**.

Instytucjonalne formy wsparcia tworzą również Kluby Integracji Społecznej. Według danych z 31 grudnia 2014r. w dolnośląskim zarejestrowano dwa takie kluby – jeden w Jeleniej Górze i drugi w Wałbrzychu [**Rejestr Klubów Integracji Społecznej. Wydział Polityki Społecznej**]

Lukę tę wypełniają organizacje pozarządowe (*Non – Government Organization – NGO*). W dolnośląskim funkcjonują 102 takie organizacje przeznaczone dla osób w wieku podeszłym. Obszary działalności NGO, które wydają się być istotne z punktu widzenia osób w wieku podeszłym to: aktywizowanie społeczności lokalnych, działanie na rzecz rozwoju lokalnego, przewyciężanie trudnych sytuacji życiowych, działalność wspierająca,

charytatywna, pomoc społeczna (w tym pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie ich szans), działalność na rzecz osób niepełnosprawnych, wspieranie i upowszechnianie kultury fizycznej i sportu [**Bazy organizacji pozarządowych**].

Nowoczesną formą wsparcia społecznego są Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚRD). Idea ich powołania wyrażała się w zamiarze wprowadzenia środowiskowych form pomocy pół-stacjonarnej, służących utrzymaniu osób w ich naturalnym środowisku. Podstawowym zadaniem ŚRD jest przede wszystkim podtrzymanie i rozwijanie w uczestnikach umiejętności niezbędnych do możliwie najbardziej samodzielnego życia [**Środowiskowe Domy Samopomocy. Informator mazowiecki**] ŚRD jest ośrodkiem wsparcia dla osób z zaburzeniami ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w wyjątkowych sytuacjach z lekkim stopniem niepełnosprawności, u których dodatkowo występuje niepełnosprawność fizyczna oraz trudności adaptacyjne w środowisku rodzinnym i lokalnym [**Zasady organizowania, prowadzenia i finansowania domów samopomocy**] Domy typu A przeznaczone są dla osób przewlekle psychicznie chorych, domy typu B dla osób upośledzonych umysłowo, typu C dla wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych. Dom działa co najmniej 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie. [**Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej**].

Według stanu na 25 listopada 2014r. na Dolnym Śląsku funkcjonowało 17 Powiatowych ŚRD z 625 miejscami oraz 21 Gminnych ŚRD z 660 miejscami. [**Wykaz Środowiskowych Domów Samopomocy w Województwie Dolnośląskim**]

Oprócz DPS i ŚRD w województwie dolnośląskim funkcjonują jeszcze takie instytucjonalne formy wsparcia jak: dzienne placówki wsparcia, Dzielne Domy Samopomocy, Kluby Samopomocy, Mieszkania Chronione, Jednostki Specjalistycznego Poradnictwa. Wybrane instytucje pomocy i wsparcia w województwie z lat 2010–2014 w dolnośląskim przedstawiono w tabeli 38

Tabela 38. Wybrane instytucje pomocy i wsparcia w województwie dolnośląskim

	rok 2010	rok 2011	rok 2012	potrzeby	
				rok 2013	rok 2014
	Domy Pomocy Społecznej				
liczba placówek	56	55	58	58	58
liczba miejsc	5739	5678	5874	5843	5843
liczba osób korzystających	6049	6048	6123	6115	6124
	Dzienne Placówki Wsparcia				
liczba placówek	43	34	32	37	42
liczba miejsc	2052	2005	1322	1447	1562
liczba osób korzystających	2615	2514	1531	1673	1845
	Środowiskowe Domy Samopomocy				
liczba placówek	33	34	38	39	43
liczba miejsc	1032	1057	1184	1235	1385
liczba osób korzystających	1046	1069	1175	1478	1643
	Dzienne Domy Samopomocy				
liczba placówek	18	20	20	20	21
liczba miejsc	1237	1158	1146	1156	1201
liczba osób korzystających	2002	1950	1932	1960	2011
	Kluby Samopomocy				
liczba placówek	1	2	2	3	6
liczba miejsc	60	70	65	75	125
liczba osób korzystających	60	70	65	75	125
	Mieszkania Chronione Ogółem				
liczba placówek	18	24	31	43	49
liczba miejsc	161	202	223	247	268
liczba osób korzystających	161	249	235	260	278
	Ośrodki Interwencji Kryzysowej				
liczba placówek	17	15	16	18	18
liczba miejsc	600	651	560	621	691
liczba osób korzystających	5312	4852	5032	5194	5330
	Jednostki Specjalistycznego Poradnictwa				
liczba placówek	7	8	10	10	11
liczba osób korzystających	4548	5062	5428	5321	5425
Źródło: Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2014–2020					

Źródło: Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2014–2020

3.4.4. Dostępność i koszt świadczeń udzielanych przez instytucjonalne formy opieki a możliwości finansowe pacjentów i ich rodzin

W stosunku do zakładów opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych oraz placówek paliatywno–hospicyjnych stosuje się przepisy o działalności leczniczej [Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011] Zgodnie z nimi NFZ finansuje świadczenia zdrowotne, nie refunduje natomiast kosztów zakwaterowania i wyżywienia, które ponosi osoba przebywająca w tego typu placówkach. Wysokość powyższych opłat ustala się w wysokości 250% najniższej emerytury, jednak nie więcej niż 70% miesięcznego dochodu osoby

kierowanej do zakładu opiekuńczo–lecniczego lub pielęgnacyjno–opiekuńczego **[Kuś i Szwed, 2012]** Pełna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczo–lecniczym dla nieubezpieczonych wynosi ok. 120 zł dziennie. **[Kuś, 2013]**

Czas objęcia chorego opieką w zakładzie opiekuńczo–lecniczym lub pielęgnacyjno–opiekuńczym nie powinien przekraczać 6 miesięcy. Możliwe jest jednak przedłużenie objęcia opieką (po uzyskaniu zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ) w sytuacjach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta. Gdy chory w dalszym ciągu wymaga całodobowej, profesjonalnej opieki pielęgniarstwa i kontroli lekarskiej oraz kontynuacji leczenia – czas objęcia opieką długoterminową może być dłuższy niż 6 miesięcy **[Świadczenia z Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym i Opiekuńczo – Lecniczym, 2013]**. Czas oczekiwania na pobyt w zakładach opiekuńczo – leczniczych i leczniczo – pielęgnacyjnych jest różny. Zestawienie wybranych zakładów sporządzone na podstawie informatora Gazety Wyborczej podano w **tabeli 39**.

Tabela 39. Wybrane zakłady opiekuńczo – lecznicze w województwie dolnośląskim

zakłady opiekuńczo – lecznicze	czas oczekiwania
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla Dorosłych p.w. Św. Jadwigi Prowadzony przez Kongregację Sióstr Miłosierdzia Św. Karola Boromeusza 55–100 Trzebnica, ul. Bochenka 30, tel: 071–3870685	18 miesięcy
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla Dorosłych prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Albertynek 50–418 Wrocław, ul. Traugutta 54, tel: 071–3433310	2 miesiące
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety 58–200 Dzierżoniów, ul. Słowiańska 3	8 miesięcy
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Pasterek od Opatrzności Bożej 55–010 Święta Katarzyna, ul. Dąbrowskiego 8, tel: 071–3116249	8 miesięcy
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla Dorosłych Prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Najświętszej Rodziny z Nazaretu 50–327 Wrocław, ul. Marcina 10, tel: 071–3221513	od 2 – 4 miesięcy
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy o Profilu Rehabilitacyjnym 50–329 Wrocław, ul. Św. Józefa 2/4 tel: 071–3214401	1 miesiąc
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy 58–580 Szklarska Poręba, ul. Szpitalna 1, tel: 075 717 21 57	6 miesięcy
Oddział Opiekuńczo – Leczniczy w Nowej Rudzie, Szpital Rejonowy w Nowej Rudzie 57–400 Nowa Ruda, ul. Szpitalna 2, tel: 074–8722281	na bieżąco
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy 59–900 Zgorzelec, ul. Nadbrzeżna 5a, tel: 075–7752437	do pół roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Adresy zakładów opiekuńczo – leczniczych. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na:
<http://www.pomocnedlonie.pl/opieka-i-pielegnacja/adresy-zakladow-opiekunczo-leczniczych#Dolno%C5%9Bl%C4%85skie>. Czas oczekiwania:
 Kuś P. Gdzie na Dolnym Śląsku po opiekę dla seniora. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na:
http://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/1,35771,14872594,Gdzie_na_Dolnym_Slasku_po_opieke_dla_seniora__INFORMATOR_.html#ixzz3yGoUK5Gq

Tabela 40. Wybrane zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze w województwie dolnośląskim

zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze	czas oczekiwania
Zespół Opieki Zdrowotnej w Głogowie ul. Kościuszki 15, 67–200 Głogów, tel. 76 837 33 85	czas oczekiwania: na bieżąco
Zespół Opieki Zdrowotnej Caritas Diecezji Legnickiej Zakład Opiekuńczo–Leczniczy o Profilu Rehabilitacyjnym ul. Żeromskiego 2, 58–500 Jelenia Góra, tel. 75 643 45 95	czas oczekiwania: pół roku
Centrum Opieki Caritas Archidiecezji Wrocławskiej ul. Klasztorna 1, Małkowice, 55–080 Kąty Wrocławskie tel. 71 793 01 80	czas oczekiwania: 7 miesięcy
Zakład Pielęgnacyjno–Opiekuńczy w Sycowie ul. Oleśnicka 25, 56–500 Syców, tel. 62 785 22 61	czas oczekiwania: na bieżąco
Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zakład Pielęgnacyjno–Opiekuńczy w Wołowie ul. Inwalidów Wojennych 18, 56–100 Wołów, tel. 71 389 31 29	czas oczekiwania: 3 miesiące
Zakład Pielęgnacyjno–Opiekuńczy w Złotoryi ul. Hoża 11, 59–500 Złotoryja, tel. 76 878 40 10	czas oczekiwania: przyjęcia na bieżąco

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Adresy zakładów opiekuńczo – leczniczych. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na: <http://www.pomocnedlonie.pl/opieka-i-pielęgnacja/adresy-zakladow-opiekunczo-leczniczych#Dolno%C5%9Bl%C4%85skie>. Czas oczekiwania: Kuś P. Gdzie na Dolnym Śląsku po opiekę dla seniora. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na: http://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/1,35771,14872594,Gdzie_na_Dolnym_Slasku_po_opieke_dla_seniora__INFORMATOR_.html#ixzz3yGoUK5Gq

Odrębną kwestią są koszty pobytu pacjenta w DPS. Gdy osoba w wieku podeszłym zostaje skierowana do DPS i jej dochody nie pozwalają na pokrycie kosztów zamieszkania, niezbędna staje się pomoc finansowa rodziny, a gdy ta jest niewystarczająca (lub gdy mieszkaniowiec nie posiada rodziny), pozostałą część kosztów pokrywa gmina. Tak więc niskie dochody sprawiają, że konieczna jest partycypacja finansowa gminy, gdy osoba w wieku podeszłym wymaga umieszczenia w DPS. **[Błędowski i wsp., 2012]**

Niestety czas oczekiwania na DPS to kilka lat (we Wrocławiu od 2–6 lat), a najtrudniej o miejsce dla niepełnosprawnych umysłowo. **[Szejda, 2010]** W Poznaniu, Zielonej Górze i Szczecinie sytuacja jest podobna – tu na miejsce czeka się średnio 4 lata. Sytuacja ta szybko się nie poprawi, gdyż samorządy, w gestii których spoczywa utrzymanie DPS-ów, nie mają wystarczających środków finansowych. **[Wesołowska, 2012]** W Łodzi na miejsce w DPS dla przewlekle chorych psychicznie pacjent czeka 8–9 lat, na DPS dla mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie: 2 lata, dla przewlekle chorych somatycznie w podeszłym wieku: 0,5–1 roku. **[Jasińska, 2015]** Średni koszt pobytu pensjonariusza w DPS wynosi od 2,6 do 4,5 tys. zł miesięcznie w zależności od regionu. Lukę na rynku próbują wypełniać prywatni przedsiębiorcy, otwierający niepubliczne placówki. Ceny i jakość świadczonych przez nich usług jest różna – w najtańszych za pobyt płaci się ok. 1,5 tys. zł miesięcznie, w najdroższych 3 – 4 tys. zł **[Wesołowska, 2012]**. Na terenie Dolnego Śląska ceny są podobne. Przykładowo za pobyt w Prywatnym Domu Opieki w Sokołowsku za pokój 3 osobowy trzeba zapłacić 2700 zł/miesiąc, za dwuosobowy od 3000– 3500 zł/miesiąc, a za jednoosobowy od 3500–4500 zł/miesiąc. **[Przyjazne Domy Opieki Społecznej]**. Pałac Roztocznik w gminie Dzierżoniów oferuje promocję – 1999 zł/ miesiąc za pierwsze trzy miesiące pobytu, potem już niestety cena jest wyższa: za pokój dwuosobowy trzeba zapłacić 2999 zł/miesiąc, a za jednoosobowy 3499 zł/ miesiąc **[Pałac Roztocznik. Oferta]**

Dla zamożnych osób w podeszłym wieku przygotowana jest specjalna oferta. Taki dom na 90 osób otworzyła już w Józefowie firma Medcover. Za miesięczny pobyt w Józefinie trzeba zapłacić od 4 do nawet 13 tys. zł (najwyższa stawka dotyczy pacjentów leżących, wymagających stałego nadzoru i rehabilitacji). Koszt obejmuje całodobową opiekę pielęgniarską, rehabilitację, zabiegi i animatora prowadzącego zajęcia, a w pokoju można trzymać zwierzęta. W budynku jest sala do gry, piwnica z winami i sala kinowa. **[Karwowska i Pochrzest – Motyczyńska, 2015]**

Zasadniczą kwestią jest ustalenie, czy seniorzy mogą pozwolić sobie na korzystanie z prywatnych domów opieki. Chociaż przeciętna miesięczna emerytura wzrastała w latach 2002–2011 to jednak relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia pogarsza się z

niewielką tendencją wzrostową w latach 2010–2011. Wynika to przede wszystkim z szybko rosnących w ostatnich latach wynagrodzeń. Należy podkreślić, że obecna relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia jest wysoka, symulacje wykonywane dla świadczeń wypłacanych z nowego systemu emerytalnego wskazują, że relacja ta będzie na poziomie około 40%. **[Błędowski i wsp., 2012]** Kształtowanie się emerytur brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w relacji do przeciętnego wynagrodzenia w województwie dolnośląskim przedstawia **tabela 41**.

Tabela 41. Kształtowanie się emerytur z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w latach 2007–2014.

Jednostka terytorialna	z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych emerytura brutto w relacji do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	–	–	–	–	–	–	–	–
DOLNOŚLĄSKIE	0,50	0,50	0,51	0,53	0,53	0,53	0,54	:

Źródło : Bank Danych Lokalnych – NSP 2011,
http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Aby sprawdzić czy dolnośląskich emerytów i rencistów stać na prywatny dom opieki wystarczy przeanalizować dochody tej grupy z pierwszych trzech kwartałów 2015 roku (najnowsze dostępne dane). Dochody w ujęciu brutto (tj. łącznie z zaliczkami na poczet podatku dochodowego od osób fizycznych) rolników indywidualnych w analizowanym okresie wynosiły 1 280,04 zł. Przeciętna miesięczna emerytura i renta brutto wypłacana z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych wynosiła 1 996,58 zł, w tym wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy – 1 706,87 zł, renty rodzinnej – 1 858,77 zł, emerytury – 2 081,56 zł **[GUS, BDL]**. Większość emerytów czy rencistów nie stać więc na opłacenie prywatnego domu opieki z własnych dochodów. Jeżeli przyjmiemy, że przeciętny miesięczny koszt pobytu w prywatnym domu opieki wynosi 3 000 zł to okazuje się, że rodzina musi dopłacić 1 919,96 złotych w przypadku osoby pobierającej emeryturę lub rentę dla rolników indywidualnych czyli 64,00% kwoty oraz 1 341,11 zł w przypadku osoby pobierającej emerytury i renty z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych co stanowi 44,70 % kwoty. Wykonując tę symulację założono tzw. wersję optymistyczną dla rodziny tzn. że pacjent przeznaczy 100% swoich dochodów (a nie 70%) na finansowanie swojego pobytu (**tabela 42**)

Tabela 42. Dochody z emerytur i rent w województwie dolnośląskim w I–III kwartale 2015 roku a udział rodziny w finansowaniu prywatnego domu opieki.

	liczba emerytów i rencistów	przeciętna wysokość emerytury i renty brutto w I–III kwartale 2015 r	Składka na ubezpieczenie zdrowotne (9%)	Składka na ubezpieczenie zdrowotne (7,75%)	Podatek dochodowy naliczony (18%)	Podatek do odliczenia dla US	Netto emerytury	kwota stanowiąca udział pacjenta	udział pacjenta (%)	kwota stanowiąca udział rodziny*	udział rodziny (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			(poz.1 x 9%)	(poz.1 x 7,75%)	(poz.1 x 18%–46,34 zł)	(poz.4 – poz.3)	(poz.1 – poz.2 – poz.5)				
osoby pobierające emerytury i renty rolników indywidualnych	46597	1280,04	115,00	99,20	184,07	85,00	1 080,04	1 080,04	36,00%	1 919,96	64,00 %
osoby pobierające emerytury i renty z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych	597166	1996,58	179,69	154,73	313,04	158,00	1 658,89	1 658,89	55,30%	1 341,11	44,70 %

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL– NSP 2011. http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks. Obliczenia wykonano przy założeniu, że koszt pobytu w prywatnym domu opieki wynosi 3 tys. zł. Założono również tzw. wersję optymistyczną dla rodziny tzn. że 100% dochodów netto (a nie 70% zgodnie z przepisami) pacjent przeznaczy na finansowanie prywatnego domu opieki, *46,34 to 1/12 z kwoty dochodu zwolnionej z podatku: $3.091,00 \times 18\% = 556,02$ $556,02/12 \text{ m-cy} = 46,34 \text{ zł}$,

Odrębną kwestią jest to, czy przeciętną polską rodzinę stać na wnoszenie opłat za członka rodziny przebywającego w prywatnym domu opieki. Do ustalenia tego faktu może posłużyć tzw. dochód rozporządzalny na osobę w gospodarstwie domowym. W skład dochodu rozporządzalnego wchodzi dochody pieniężne i niepieniężne, w tym spożycie naturalne (towary lub usługi konsumpcyjne pobrane na potrzeby gospodarstwa domowego z gospodarstwa indywidualnego, bądź z prowadzonej działalności gospodarczej na własny rachunek – rolniczej i pozarolniczej) oraz towary i usługi otrzymane bezpłatnie. Dochód rozporządzalny jest przeznaczony na wydatki oraz przyrost oszczędności [GUS. Portal informacyjny]. Według GUS przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę ogółem w 2014 r. wyniósł 1340 zł [GUS, 2014] – to znaczy 1974,69 zł w gospodarstwie 1 osobowym, 1789,28 zł w 2 – osobowym i 1460,91 w gospodarstwie 3 osobowym. Jednocześnie w tym samym roku miesięczny udział wydatków w rozchodach netto wynosił przeciętnie 1 062,96 zł. – to znaczy w gospodarstwie 1 osobowym 1752,38 zł, w gospodarstwie 2 osobowym 1442,3 zł, oraz w gospodarstwie 3 osobowym 1154,17 zł). Były to wydatki na towary i usługi konsumpcyjne (żywność, napoje, odzież, obuwie, użytkowanie mieszkania i nośników energii, wyposażenie mieszkania, zdrowie, transport, łączność, edukację i kulturę itd.) [GUS 2014, Budżety gospodarstw domowych]. Po odjęciu kwoty miesięcznych wydatków od przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę : w przypadku gospodarstwa jednoosobowego pozostaje kwota 222,31 zł, w przypadku gospodarstwa 2 osobowego 346,98 zł i w przypadku gospodarstwa 3 osobowego 306,74 zł. Z poniższych obliczeń można więc łatwo wywnioskować, że **ani przeciętnego emeryta ani jego rodziny nie stać na pokrycie kosztów pobytu członka rodziny będącego pensjonariuszem prywatnego domu opieki.**

Oprócz DPS-ów istnieją też dzienne domy. Do nich także może skierować Ośrodek Pomocy Społecznej po wywiadzie środowiskowym przeprowadzonym przez pielęgniarkę. Darmowy pobyt w dziennym domu przysługuje tylko osobom, których dochód na osobę w rodzinie jest mniejszy niż 316 zł lub mniejszy niż 542 zł dla osoby samotnie mieszkającej. Pozostali płacą do 80 zł (jeżeli dochód przekroczył limit o 50 %), od 80 do 100 zł (jeżeli dochód jest do dwóch razy większy) i powyżej 100 zł (przy dochodzie ponad dwukrotnie przekraczającym limit). [Kuś, 2013]

Omawiając kwestie ekonomiczne na tle zjawiska feminizacji należy wspomnieć o zdolności kobiet do finansowania świadczeń opiekuńczo – pielęgnacyjnych. Krótszy staż pracy kobiet związany z wcześniejszym przechodzeniem na emeryturę, skutkuje niższymi

świadczeniami emerytalnymi. Ponieważ **kobiety pozostają we wdowieństwie dłużej niż mężczyźni i dodatkowo ich świadczenia emerytalne są niższe, wpływa to negatywnie na możliwość zakupu usług opiekuńczych w ramach sektora prywatnego.** Podczas korzystania przez nie ze wsparcia publicznego – pomoc instytucjonalna i środowiskowa musi być w większym stopniu subsydiowana przez państwo [Błędowski, 2012]

Ostatecznie najlepszą formą opieki jest opieka rodziny w warunkach domowych. Jak wspomniano powyżej środowisko domowe jest optymalnym miejscem dla osoby w podeszłym wieku ponieważ nie wiąże się z koniecznością ponownego przystosowywania pacjenta do zmieniających się warunków. Ponadto wykazano, że opieka domowa cechuje się wysoką efektywnością kliniczną z obniżeniem ryzyka hospitalizacji i podwyższeniem ocen satysfakcji.[Canam, Acorn, 1999; Rees i wsp., 2001; Levine i wsp., 2012] Stwierdzono, że jest ona o 44% tańsza od opieki szpitalnej [Moalosi i wsp., 2003]

Perspektywa zwiększania się liczby osób w wieku podeszłym, jak również feminizacja starości, i związane z nią mniejsze możliwości zakupu usług opiekuńczych przez kobiety w ramach sektora prywatnego powodują, że w najbliższych latach należy spodziewać się dynamicznego wzrostu kosztów co pociągnie za sobą konieczność zwiększenia nakładów na opiekę długoterminową.

3.4.5. Wsparcie dla osób w wieku podeszłym i ich opiekunów

Wsparcie emocjonalne i informacyjne.

Rodzina nie tylko zabezpiecza podstawowy byt materialny i konieczną codzienną opiekę, ale tworząc wspólnotę z niepełnosprawnym członkiem rodziny musi reorganizować zasady swojego funkcjonowania stając się często rodziną dysfunkcyjną, wymagającą rozmaitych form pomocy. [Kirenko, 2006] Współcześnie rodziny w Polsce oczekują od władz publicznych takiej organizacji życia społecznego, rozwoju i rozbudowy usług społecznych w zakresie ochrony zdrowia, opieki, wychowania, edukacji, rekreacji, które wspomagałyby rodzinę w prawidłowym wypełnianiu jej funkcji i nie chodzi tu o zastępowanie rodziny, ale o wspomaganie rodziny w prawidłowym funkcjonowaniu. [Bojanowska, 2012] Wspieranie rodziny w wypełnianiu funkcji opiekuńczych musi się odbywać przez budowanie sieci wsparcia w środowisku zamieszkania osoby w wieku podeszłym. [Łuszczyńska, 2013]

Według autorów Założeń Polityki Ludnościowej (2013) korzystniej dla seniora i taniej dla państwa będzie, gdy osoba w wieku podeszłym jak najdłużej pozostaje w środowisku lokalnym i możliwie najdłuższej odracza się decyzję o przejęciu opieki nad nim przez instytucję. **[Założenia polityki, 2013]** Osoby w wieku podeszłym najczęściej chcą pozostawać w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania i niechętnie zmieniają swoje środowisko, a DPS postrzegany jest przez nie jako ostatnie możliwe do uzyskania źródło pomocy. Często jednak możliwość egzystencji w dotychczasowym miejscu jest możliwa tylko dzięki wsparciu grupy sąsiedzkiej czy koleżeńskiej. **[Błędowski, 2012]**

Obecnie obserwuje się wzmożoną tendencję do pomniejszania roli rodziny we wspieraniu seniorów na rzecz rosnącego znaczenia nieformalnych relacji seniorów z osobami niespokrewnionymi, które ze względu na rodzaj usług świadczonych na rzecz seniora (czynności pielęgnacyjne, zaopatrzeniowe, żywieniowe, troska o zdrowie, zapewnianie rozrywki, spędzanie wolnego czasu, wysłuchiwanie zwierzeń, sprzątanie, załatwianie spraw w urzędach) z czasem zostają uznane za osoby bliskie. **[Łuszczyńska, 2013]** W Polsce średni wiek opiekuna wynosi 64,5 roku. **[Długosz–Mazur i wsp., 2013]** Większość opiekunów rodzinnych to kobiety w wieku 50–60 lat, głównie córki lub synowe. **[Raclaw, 2012]** Średni czas przeznaczany tygodniowo na opiekę np. nad chorym z chorobą Alzheimera wynosi 60 godzin **[Kłoszewska, 2007]**. Z danych IHS HealtEcon (2010) wynika, że opiekunowie nieformalni zapewniają w Polsce opiekę grupie 45% osób wieku 80+ oraz 31% osób wieku 65+. Grupa 82,2% opiekunów zapewnia opiekę swoim bliskim w gospodarstwie domowym, a 23,0% – poza nim. W ponad połowie przypadków opieka jest świadczona głównie przez partnerów, a w jednym na trzy przypadki przez dziecko. **[Riedel i Kraus 2011]**

W 1980 roku powstała koncepcja „obciążenia opiekuna” (*caregiver burden*), na którą składają się psychologiczne, fizyczne i materialne koszty sprawowania opieki nad przewlekle chorym. Poczucie „obciążenia” bywa źródłem niechęci wobec pacjenta i prowadzi do niedoceniań jego sprawności i wciąż istniejących możliwości funkcjonowania. **[Kłoszewska, 2007]** Wyniki badań wskazują jednoznacznie na częstsze występowanie depresji wśród opiekunów niż w populacji ogólnej, a dotyczącą 14–40% z nich. Przyczyną depresji u opiekunów jest najczęściej utrata kontroli nad zachowaniem chorego współmałżonka i możliwości radzenia sobie z opieką, jak również przekonanie, że sytuacja ta jest trwała i negatywnie wpływa na wszystkie aspekty ich życia. **[Morris i wsp., 1988]** Dodatkowo u opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi zaobserwowano zaburzenia w zakresie układów immunologicznego i sercowo–naczyniowego, częściej niż w populacji ogólnej występuje u nich otyłość jak również podwyższone stężenie lipidów w surowicy. Osoby te częściej zapadają

na infekcje układu oddechowego, wolniej goją się u nich rany, wykazują osłabioną reakcję na szczepionkę przeciw grypie. Sprawujący opiekę uskarżają się na odczuwanie objawów, które można wiązać z funkcjonowaniem w warunkach przewlekłego stresu (stany nerwicowe, depresyjne, bezsenność). [Kłoszewska, 2007]

Dlatego też jednym z założeń Polityki senioralnej jest stworzenie systemów wsparcia dla opiekunów nieformalnych głównie na poziomie lokalnym. Rekomendowane kierunki tych interwencji obejmują: wsparcie rodziny i opiekunów nieformalnych, opracowanie rozwiązań systemowych wspierających osoby opiekujące się osobami starszymi (umożliwiające łączenie pracy i opieki), stworzenie szerokiego dostępu do informacji o możliwościach wsparcia dla opiekunów oraz na temat możliwości poprawy jakości opieki przez opiekunów nieformalnych. Ponadto Polityka Senioralna wskazuje na konieczność zapewnienia opieki długo- i krótkotrwałej nad osobą starszą, na przykład w przypadku hospitalizacji opiekuna lub „opieki wytchnieniowej”. **Podkreśla się również celowość rozwoju wolontariatu opiekuńczego (w tym w sąsiedztwie, w środowisku lokalnym).** [Założenia długofalowej polityki] Jednak z badań IRSS należy wnioskować, że pomoc dla rodzin osób przewlekle chorych, zwłaszcza organizacja odpoczynku, czy możliwości wyjazdu, działania edukacyjne i pomoc psychologiczna dla rodzin należą do najgorzej ocenianych obszarów – jedynie 3% odpowiedzi potwierdzało organizowanie takiego wsparcia. [IRSS, 2010]

Dzienną formą pomocy instytucjonalnej, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających jest ośrodek wsparcia. Działalność ośrodków wsparcia oferuje pomoc rodzinie w zakresie sprawowania funkcji opiekuńczych nad niepełnosprawnymi członkami rodzin, zapobiegając jednocześnie umieszczaniu ich w placówkach opieki całodobowej, wspiera także osoby samotne, zapobiegając ich wykluczeniu z życia społecznego. Prowadzenie ośrodków wsparcia, z wyłączeniem ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jest zadaniem własnym gminy lub powiatu finansowanym z ich budżetu [Stan faktyczny i perspektywy, 2012]

Zgodnie z Rejestrem Jednostek Specjalistycznego Poradnictwa według stanu na dzień 5 października 2015r. w województwie dolnośląskim działało 31 ośrodków wsparcia (w załączniku 20). Ośrodkami wsparcia były Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej, Punkty Interwencji Kryzysowej działające przy Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie, Punkty Konsultacyjne dla osób potrzebujących pomocy, Punkty Wsparcia Rodzin. W ośrodkach tych można uzyskać porady psychologiczne, prawne, rodzinne, duszpasterskie, socjalne. Odbywają się również konsultacje z zakresu problematyki uzależnień, porady specjalistyczne dla niepełnosprawnych. Można również zasięgnąć porad i uzyskać wsparcie specjalistów do spraw

komunikacji interpersonalnej **[Rejestr jednostek specjalistycznego poradnictwa w województwie dolnośląskim, 2015]**. Na Dolnym Śląsku od 1–3 % gmin realizuje usługę dla osób w wieku podeszłym doświadczających przemocy, od 20–25% gmin prowadzi mediacje w sprawach konfliktów międzypokoleniowych, od 25–35% gmin realizuje usługę polegającą na podejmowaniu interwencji w sytuacjach kryzysowych, a od 40–42% – prowadzi poradnictwo dla osób w wieku podeszłym uzależnionych od środków odurzających. **[IRSS, 2010]**

Istotny jest jednak nie tyle sam poziom realizacji usług co ocena zapotrzebowania na nie. Otóż do najmniej pożądaných przez seniorów usług należą realizacja programów interwencyjno–wspierających dla seniorów oraz organizacja grup wsparcia. Z kolei przeprowadzenie interwencji (pomocy) kryzysowej dla osób w wieku podeszłym i ich rodzin (opiekunów) okazało się najbardziej pożądaną usługą (jedynie 13% respondentów nie dostrzega potrzeby realizacji takiej usługi). Podobnym uznaniem w opinii respondentów cieszy się druga z najczęściej realizowanych usług, czyli prowadzenie mediacji w sprawach konfliktów międzypokoleniowych w rodzinie z osobą starszą. Blisko co drugi respondent deklaruje potrzebę realizacji tej usługi, natomiast zaledwie 13% z nich nie dostrzega potrzeby realizacji tej usługi. **[IRSS, 2010]**

Ostatecznie według Urbańskiej (2015) istniejące modele oraz formy pomocy są oceniane jako nieadekwatne do potrzeb starzejącego się społeczeństwa oraz niewystarczające, a dodatkową barierą jest brak dostatecznej współpracy między sektorem opieki zdrowotnej i społecznej. **[Urbańska, 2015]** Opiekunowie mają często problem ze znalezieniem jakiegokolwiek zrozumiałej informacji o dostępnych świadczeniach i prawach napisanych profesjonalnym żargonem, gubią się w złożonym systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, nie znają miejscowych organizacji pozarządowych i innych ośrodków wsparcia ich opieki. Brakuje im również wiedzy na temat zasad działania wolontariatu i działających na takich zasadach miejscowych zespołów opiekuńczych. **[Janowicz, 2013]** Za najbardziej efektywny sposób pomocy opiekunom uznaje się ich czasowe odciążenie **[Kłoszewska, 2007]** **Jednak w Polsce zasadniczo brakuje miejsc, które oferują wsparcie osobom z zaburzeniami otępiennymi oraz ich opiekunom przez odciążenie opiekuna: zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze na ogół przewyższa realne możliwości uzyskania pomocy – brakuje placówek świadczących taką pomoc, w istniejących ośrodkach brakuje miejsc a opieka prywatna związana jest z wysokimi opłatami [Urbańska, 2015]**

Na terenie województwa dolnośląskiego we Wrocławiu od 2015 roku rozpoczęło swoją działalność pierwsze w Polsce Centrum Spotkań funkcjonujące według modelu amsterdamskiego. Oferuje ono program wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i ich

opiekunów. Projekt jest realizowany przez zespół Zakładu Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych, Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu pod kierunkiem prof. Joanny Rymaszewskiej w ramach międzynarodowego projektu MeetingDem (koordynowanego przez prof. dr Rose–Marie Dröes) we współpracy z Miastem Wrocław oraz Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej **[Centrum Spotkań dla osób z otępieniem oraz ich opiekunów we Wrocławiu]**. Program Wsparcia Centrum Spotkań jest skoncentrowany na radzeniu sobie z behawioralnymi oraz psychologicznymi konsekwencjami choroby. W Centrum Spotkań oferuje się zarówno osobom z zaburzeniami otępiennymi, jak również ich opiekunom wsparcie emocjonalne w procesie akceptacji choroby, w radzeniu sobie z trudnościami, których doświadczają, a także w zmieniającej się ich wzajemnej relacji. Oferowana forma wsparcia jest systemowa, długoterminowa i wszechstronna. Zapewniana jest współpraca z wieloma innymi podmiotami świadczącymi usługami na rzecz osób z zaburzeniami otępiennymi w lokalnym środowisku, np. z opieką społeczną, opieką środowiskową, lekarzami POZ, poradniami zdrowia psychicznego, domami dla osób w wieku podeszłym, organizacjami pozarządowymi. **[Urbańska, 2015]**

Ideą Centrum Spotkań jest niewielka liczba zatrudnionych profesjonalistów oraz współpraca z wolontariuszami **[Centrum Spotkań dla osób z otępieniem oraz ich opiekunów we Wrocławiu]**. Program Wsparcia Centrum Spotkań zakłada: dostarczanie informacji opiekunom na temat otępienia i strategii radzenia sobie ze zmianami w zachowaniu u osoby z otępieniem, umożliwienie otrzymywania wsparcia emocjonalnego od osób będących w podobnej sytuacji, rozwijanie kontaktów społecznych osoby z otępieniem, zwiększenie dostępnego wsparcia społecznego, umożliwienie opiekunowi odpoczynku, towarzyszenie i wspieranie osoby z otępieniem w adaptacji i radzeniu sobie z jej własną niepełnosprawnością, poprawę jakości życia osoby z otępieniem **[Urbańska, 2015]**

Program Centrum Wsparcia obejmuje działania w ramach Klubu aktywności dziennej dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, spotkania informacyjne dla opiekunów osób z otępieniem i innych zainteresowanych osób, grupy dyskusyjne dla opiekunów, wspólne spotkania wszystkich uczestników Centrum Spotkań, terapię psychomotoryczną dla osób z otępieniem, konsultacje indywidualne koordynatora Centrum dla wszystkich zainteresowanych osób **[Centrum Spotkań dla osób z otępieniem oraz ich opiekunów we Wrocławiu]**. Koszty centrum Spotkań są zbliżone do innych dziennych form wsparcia. **[Urbańska, 2015]**

Ważne jest uwzględnienie potrzeb i oczekiwań nieformalnych opiekunów osób w wieku podeszłym, którzy będą potrzebowali systemowych rozwiązań umożliwiających im opiekę, gdy

nie są zatrudnieni i mogą poświęcić się opiece, ale także gdy będą musieli łączyć opiekę z pracą. **[Założenia Długofalowej Polityki]**

Wsparcie instrumentalne.

Uzupełnieniem działań leczniczych, promocyjnych, zapobiegawczych i rehabilitacyjnych powinna być koncepcja w zakresie usług wspierających. WHO w odpowiedzi na to wyzwanie, dążąc do usunięcia barier, oraz w celu ułatwienia integracji i udziału w społeczeństwie osób w wieku podeszłym i niepełnosprawnych ustanowiło globalną współpracę w zakresie technologii wspierających. Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach Osób Niepełnosprawnych (UNCRPD) identyfikuje technologię wspierającą jako obowiązkowe prawo człowieka. Kraje, które ratyfikowały UNCRPD (obecnie jest to 157 krajów, w tym Polska) winny zapewnić potrzebującym dostępność do niedrogich produktów wspomagających wysokiej jakości, ponieważ produkty takie uznawane są za istotne w kwestii zapewnienia wszystkim członkom społeczeństwa równych szans. **[Khasnabis, 2015]** Pogarszająca się wydolność czynnościowa osób w wieku podeszłym oznacza wzrost zapotrzebowania pacjentów na usługi gospodarsko – opiekuńcze polegające na zapewnieniu wsparcia osobom w wieku podeszłym w codziennych domowych obowiązkach. Według badań IRSS usługi te były realizowane w 64 – 74% gmin w Polsce, które wzięły udział w badaniu. W województwie dolnośląskim było to od 80–86% gmin. **(tabela 43)**

Tabela 43. Najrzadziej i najczęściej realizowane usługi dla osób w wieku podeszłym w zakresie opieki i pomocy w podstawowych czynnościach życiowych

Nazwa usługi	Liczba gmin/miast na terenie, których usługa jest realizowana	odsetek
Pedicure	198	9,52%
Fryzjer	277	13,32%
Specjalistyczne usługi opiekuńczo– adaptacyjne dla osób po roku życia z zaburzeniami pamięci	283	13,61%
Usługi specjalistyczno– usprawniające (gimnastyka, nauka używania sprzętu ortopedycznego, edukacja członków rodziny)	339	16,31%
Wsparcie dla rodziny lub jej poszczególnych członków opiekującej się niesamodzielnymi osobami starszymi np. grupy samopomocowe porady psychologa	375	18,04%
Dowozenie posiłków	633	30,45%
Pranie	1296	62,34%

Gotowanie	1330	63,97%
Sprzątanie	1443	69,41%
Zakupy	1483	71,33%
Pomoc w pielęgnacji, higiena osobista	1525	73,35%
Usługi opiekuńczo – pielęgnacyjne w domu (finansowane z środków OPS): podawanie leków, higiena osób leżących itp.	1604	77,15%
liczba gmin/miast, w których przeprowadzono badanie	2079	

Źródło: Raport. Instytucje wobec potrzeb osób w wieku podeszłym. Zespół Instytutu Rozwoju Służb Społecznych. Warszawa 2010

Najbardziej powszechne są usługi opiekuńczo–pielęgnacyjne finansowane ze środków pomocy społecznej. Według Diagnozy Społecznej (2015) 7,3% emerytów i 21,2% rencistów w Polsce korzysta z pomocy społecznej. **[Czapiński i Panek, 2015]** Usługi polegające między innymi na pomocy w pielęgnacji osób leżących wykonywano w 77% badanych gmin w Polsce. Usługi w zakresie pielęgnacji osób w wieku podeszłym (dbałość o higienę osobistą) realizowano w 73,35% gmin, sprzątanie realizowano w 69,41% gmin, gotowanie czy pranie – odpowiednio w 63,97% i 62,43% gmin. Najrzadziej realizowane były usługi kosmetyczne i fryzjerskie **[IRSS, 2010]**. Pomoc niepieniężną w postaci usług opiekuńczych z pomocy społecznej w 2014 roku na Dolnym Śląsku przyznano 8 060 osobom. Koszt tych świadczeń został wyceniony na 3 636 788,8 tys. zł. **[BDL– NSP]** Z badania dotyczącego kondycji dolnośląskich seniorów (2008) wynika, że 13,44% chciałoby aby lokalna oferta skierowana do osób w wieku podeszłym rozszerzona została o pomoc domową, 9,79% – aby w ich miejscu zamieszkania można było zamówić posiłek do domu, niemal tyle samo badanych uważa, że usługą której brakuje jest pedicure leczniczy. Osoby mieszkające w mieście częściej wskazywały na potrzebę usługi potocznie nazywanej „zakupy na telefon”. **[Bogowolska–Wępień i wsp., 2008]**

Ale również opiekunowie mają swoje potrzeby w zakresie wsparcia instrumentalnego. Na podstawie badań opiekunów nieformalnych w Polsce przeprowadzonych w ramach międzynarodowego projektu Nurse Managed Care for Elderly – NMCE stworzono katalog potrzeb opiekunów. Okazuje się, że ich potrzeby skupiają się na oczekiwaniu nie tylko wsparcia psychologicznego dającego zdolność do utrzymania właściwych relacji z pacjentem, zapobiegającego depresji i „obciążenia”, ale również na nauce zasad udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach kryzysowych, przyswojeniu praktycznych sposobów opieki nad pacjentami obłożnie chorymi, przebywającymi w łóżku (zmiana pieluch, zmiana pościeli, karmienie i higiena osobista), nabyciu umiejętności przeprowadzenia prostych zabiegów

medycznych, administrowania lekami, oklepywania zapobiegającego odleżynom, wykonywania prostych masaży i prostych zabiegów rehabilitacyjnych, pomiaru ciśnienia i opatrywania ran). **[Janowicz, 2014]**

Wsparcie instrumentalne to również możliwość wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Z całą pewnością niekorzystną informacją zarówno dla pacjentów jak i ich opiekunów jest fakt, że w województwie dolnośląskim jedynie 8–20% gmin realizuje usługę polegającą na możliwości wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego umożliwiającego pielęgnację pacjenta w warunkach domowych. Dla porównania w pobliskim województwie polskim tego typu usługę realizuje od 40–66% gmin. **[IRSS]** Dokładana analiza zapotrzebowania na wsparcie instrumentalne wśród osób w wieku 60 lat i więcej na terenie województwa dolnośląskiego zostanie omówione w rozdziale 3.4.6 oraz 3.4.7 niniejszego opracowania.

Wsparciem instrumentalnym jest również to udzielane w postaci świadczeń pieniężnych. Z danych uzyskanych ze strony MOPS we Wrocławiu wynika, że świadczenia te mogą być przyznawane między innymi w postaci zasiłków stałych, okresowych bądź celowych. *Zasiłki stałe* przysługują: pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, tj. od kwoty 634 zł oraz osobie pełnoletniej pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie to jest od kwoty 514 zł. Kwota zasiłku stałego nie może być niższa niż 30 zł miesięcznie.

Z kolei *zasiłek okresowy* przysługuje: osobie samotnie gospodarującej, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, czyli od kwoty 542 zł jak również rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny, w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę i niepełnosprawność. Kryterium dochodowe rodziny – obliczane jest jako iloczyn kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, czyli kwoty 514 zł i liczby osób w rodzinie, a kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 634 zł. Minimalna wysokość zasiłku okresowego wynosi 20 zł.

Zasiłek celowy może być przyznany w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu. Zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne może być przyznany osobom bezdomnym i innym osobom nie mającym możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Osobie, która ukończyła 75 lat przysługuje *zasiłek pielęgnacyjny* w wysokości 153,00 zł miesięcznie. Zasiłek ten przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia osobie niepełnosprawnej opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Istnieje również możliwość uzyskania dodatku mieszkaniowego i energetycznego.

Innym rodzajem pomocy jest *pomoc rzeczowa* obejmująca w szczególności zapewnienie schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania dla osoby lub rodziny, która jest tego pozbawiona (art. 48 ustawy). **[Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej]**

Wybrane dane o korzystających z zasiłków w województwie dolnośląskim zamieszczono w **tabeli 44**. Niestety w literaturze przedmiotu brak jest szczegółowych danych odnośnie wieku osób korzystających z poszczególnych rodzajów zasiłków. Jedynie z BDL GUS wnioskować można, że wskaźnik korzystania z pomocy społecznej obliczony jako udział osób w gospodarstwach domowych w wieku poprodukcyjnym korzystających z pomocy społecznej w ludności w wieku poprodukcyjnym ogółem w województwie dolnośląskim wynosi 2,7%. Spośród podregionów najwyższe wskaźniki obserwuje się w podregionie legnicko – głogowskim (4,0%), a najniższy w podregionie miasto Wrocław (1,3%). Wśród powiatów najwyższe wskaźniki obserwuje się w powiecie polkowickim (6,6%), górowskim (5,9%) i powiecie miasta Legnica (5%) a najniższe w powiecie miasta Wrocław (1,3%/). **[BDL GUS] (załącznik 22)**

Analiza zasiłków przyznawanych w województwie dolnośląskim w latach 2010–2013 skłania do następujących wniosków:

- w przypadku zasiłków okresowych z tytułu długotrwałej choroby w roku 2013 w stosunku do roku 2010: o 12,58% zmniejszyła się liczba osób, którym przyznawane były takie zasiłki, o 20,07% zmniejszyła się liczba przyznawanych zasiłków okresowych, o 4,80% zmniejszona została kwota zasiłków okresowych,

- w przypadku zasiłków okresowych z tytułu niepełnosprawności w roku 2013 w stosunku do roku 2010: liczba osób, którym przyznano taki zasiłek utrzymała się na podobnym poziomie, o 13,07% wzrosła liczba świadczeń i o 28,36% wzrosła kwota świadczeń,

- w przypadku zasiłków celowych w roku 2013 w stosunku do roku 2010: liczba osób, którym przyznano taki zasiłek zmniejszyła się o 7,97% a kwota świadczeń tego typu spadła o 7,81%,

- w przypadku zasiłków stałych w roku 2013 w stosunku do roku 2010: wzrosła liczba korzystających o 8,22% i liczba świadczeń o 8,89% a kwota świadczeń wzrosła o 22,13%.

Tabela 44. Dane o korzystających z zasiłków w województwie dolnośląskim w latach 2010–2013

wyszczególnienie	rok 2010	rok 2011	rok 2012	rok 2013
Zasiłek okresowy z tytułu długotrwałej choroby				
liczba osób	3314	3004	2555	2897
liczba świadczeń	11570	9652	7774	9248
kwota świadczeń w złotych	2 838 928	2 348 817	2 033 851	2 702 786
Zasiłek okresowy z tytułu niepełnosprawności				
liczba osób	3284	2943	3080	3258
liczba świadczeń	14576	14352	14747	16481
kwota świadczeń w złotych	2 489 842	2 206 924	2 417 648	3 195 984
Zasiłek celowy ogółem				
liczba osób	69027	2943	61794	63528
kwota świadczeń w złotych	50 443 033	43 517 520	45 509 345	46 504 828
Zasiłek stały ogółem				
liczba osób	14157	1455	15026	15320
liczba świadczeń	139 778	142 178	145 568	152 200
kwota świadczeń w złotych	48 646 244	49 386 974	53 384 892	59 413 190
<i>Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej w gminach i powiatach województwa dolnośląskiego w 2012 roku. Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej. Wrocław 2013. Załącznik do Uchwały nr 4297/IV/13 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 25 czerwca 2013 r. . Dostęp: 31.01.2016. Dostępny na: http://www.dops.wroc.pl/ozps/ozps2013-pismo.pdf</i>				

Wobec procesu starzenia się społeczeństwa, pogarszającej się z wiekiem wydolności czynnościowej i coraz większej liczby osób żyjących z więcej niż jedną chorobą przewlekłą należy spodziewać się zwiększonego zapotrzebowania na wsparcie instrumentalne w zakresie pomocy społecznej w najbliższych latach. Przypuszczalnie:

– trend spadkowy obserwowany w latach 2010–2013 w zakresie przyznawania zasiłków w przypadku długotrwałej choroby w najbliższych latach ulegnie odwróceniu tzn. kwota, liczba świadczeń i liczba osób, którym przyznawane będą zasiłki powinna się zwiększyć gdyż wzrośnie zapotrzebowanie na wsparcie na tego typu,

– trend rosnący w zakresie przyznawania zasiłków z powodu niepełnosprawności będzie podlegał dalszemu wzrostowi.

3.4.6. Zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne – dane Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dolnośląski OW NFZ)

W celu ustalenia wielkości zapotrzebowania mieszkańców województwa dolnośląskiego w wieku 60 lat i więcej na wsparcie instrumentalne, zwrócono się z prośbą do Dolnośląskiego OW NFZ o udzielenie informacji publicznej na temat zaopatrzenia w wyroby medyczne omawianej grupy osób w roku 2015. W odpowiedzi otrzymano pliki w formacie Excel zawierające:

- zestawienie poszczególnych wyrobów medycznych ze wskazaniem ilości zrealizowanych zleceń na zaopatrzenie oraz z wykazaną kwotą refundacji,
- zestawienie poszczególnych wyrobów medycznych ze wskazaniem nazwy miejscowości wykazanej w adresach zamieszkania świadczeniobiorców wraz z ilością zrealizowanych zleceń oraz kwotą refundacji.

W 2015 roku zrealizowano w sumie 100 467 zleceń zaopatrujących osoby wieku 60+ w sprzęt ortopedyczny. W miastach wydano 75 855 zleceń a na wsiach 24 501. Co do 111 zleceń odnotowano brak danych odnośnie wielkości miejscowości, w której zlecenie zrealizowano. Liczbę zleceń oraz kwotę refundacji prezentuje **tabela 45**.

Tabela 45. Zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne osób w wieku 60+ w województwie dolnośląskim w 2015 roku w zależności od wielkości miejscowości*

	Liczba zleceń	Kwota refundacji [zł]
Duże miasta powyżej 100 tys. mieszkańców	32725	14 150 792,64
Średnie miasta od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców	25113	9 940 752,01
Małe miasta poniżej 20 tys. mieszkańców	18017	7 923 130,16
miasta razem	75855	32 014 674,81
Wsie	24501	10 634 443,35
brak danych	111	36 707,23
suma	100467	42 685 825,39
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia</i>		

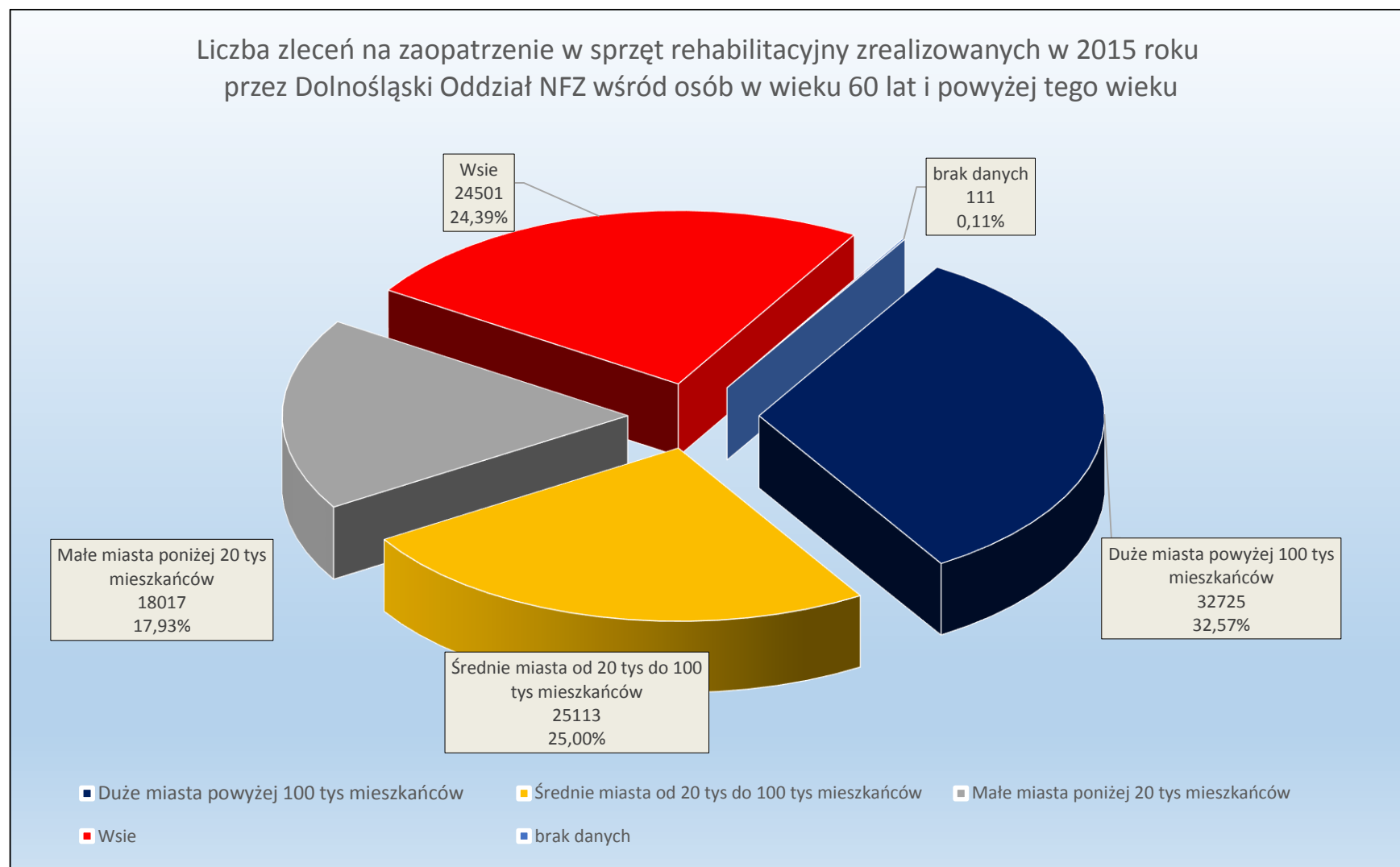
**klasyfikację wielkości miejscowości przeprowadzono według kryteriów stosowanych przez GUS*

Najwięcej zleceń na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny odnotowano w kolejności: w dużych miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców – 32 725 zleceń (32,57%), w

miastach liczących od 20 do 100 tysięcy mieszkańców – 25 113 zleceń (25,00%), na wsiach – 24 501 (24,39%) oraz w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców 18.017 (17,93%). **(ryc)**

Koszt zleceń wyniósł 42 685 825,39 zł. Najwięcej środków pieniężnych w 2015 roku przeznaczono dla osób będących mieszkańcami dużych miast – 14 150 792,64 zł (33,15%), następnie dla mieszkańców wsi – 10 634 443,35 zł (24,91%), dla mieszkańców średnich miast – 9 940 752,01 zł (23,29%) i małych miast – 7 923 130,016 zł (18,56%). Kwoty 36 707,23 zł nie udało się sklasyfikować ze względu na brak danych. **(ryc.).** Największe zapotrzebowanie stwierdzono na wyrób o kodzie P.101. PM czyli Z – pieluchomajtki (do 60 sztuk miesięcznie lub ich zamienniki) – 34 484 zlecenia. W drugiej i trzeciej kolejności duże zapotrzebowanie odnotowano na wyroby o kodach P.071.00B i P. 072.00D – były to sfery do bliży (9036 zleceń) i dali (7879 zleceń) do 6,00 dioptrii z cylindrem do 2,00 dioptrii, następnie na aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrzne (kod P. 084.00 – 7502 zlecenia) wkładki uszne wykonane indywidualnie (P.086.00 – 5707 zleceń), N – pieluchomajtki (P.100. PM– 3161 zleceń), sprzęt stomijny zabezpieczający stomię na jelicie grubym (P.099.K– 2929 zleceń). Zestawienie wszystkich 116 wyrobów według wielkości zapotrzebowania z uwzględnieniem kodu wyrobu przedstawiono w tabeli w załączniku a pierwszych 20 – na **rycinie 23.**

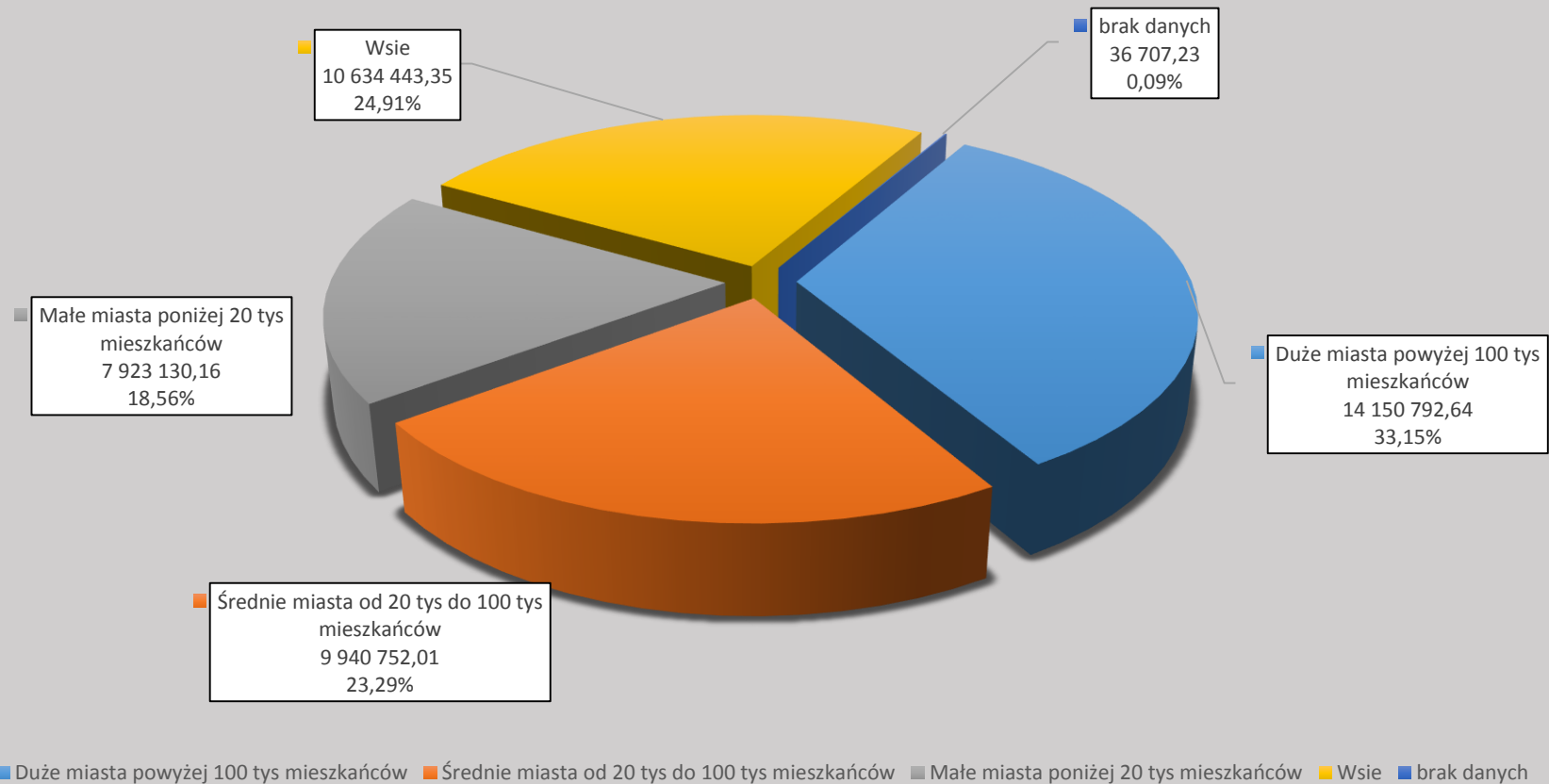
Zestawienie wyrobów według kwoty refundacji zleceń w 2015 roku w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim z uwzględnieniem kodu wyrobu pokazuje, że najwięcej środków pieniężnych przeznaczono na refundację wyrobu o kodzie P . 101. PM (Z– pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub ich zamienniki) – 12 444 732,22 zł, na aparaty słuchowe – 7025 060,00 zł (p.084.00), sprzęt stomijny do stomii na jelicie grubym (kolostomia) – 6402 923,25 zł (P.099.K) i do stomii na układzie moczowym (urostomia) – 1863 634,65 zł (P.099.U). W dalszej kolejności przeznaczono 1517740,67zł na wózki inwalidzkie wykonane ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół, składane (P.129.00), N– pieluchomajtki (do 60 sztuk miesięcznie) – 1 245 979,26 zł (P.100.PM). Zestawienie wszystkich 116 wyrobów według kwoty refundacji z uwzględnieniem kodu wyrobu przedstawiono w tabeli w załączniku a pierwszych 20 – na **rycinie 24.**



Rycina. 23. Liczba zleceń na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny zrealizowanych w 2015 roku przez Dolnośląski Oddział NFZ wśród osób w wieku 60 lat i powyżej tego wieku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

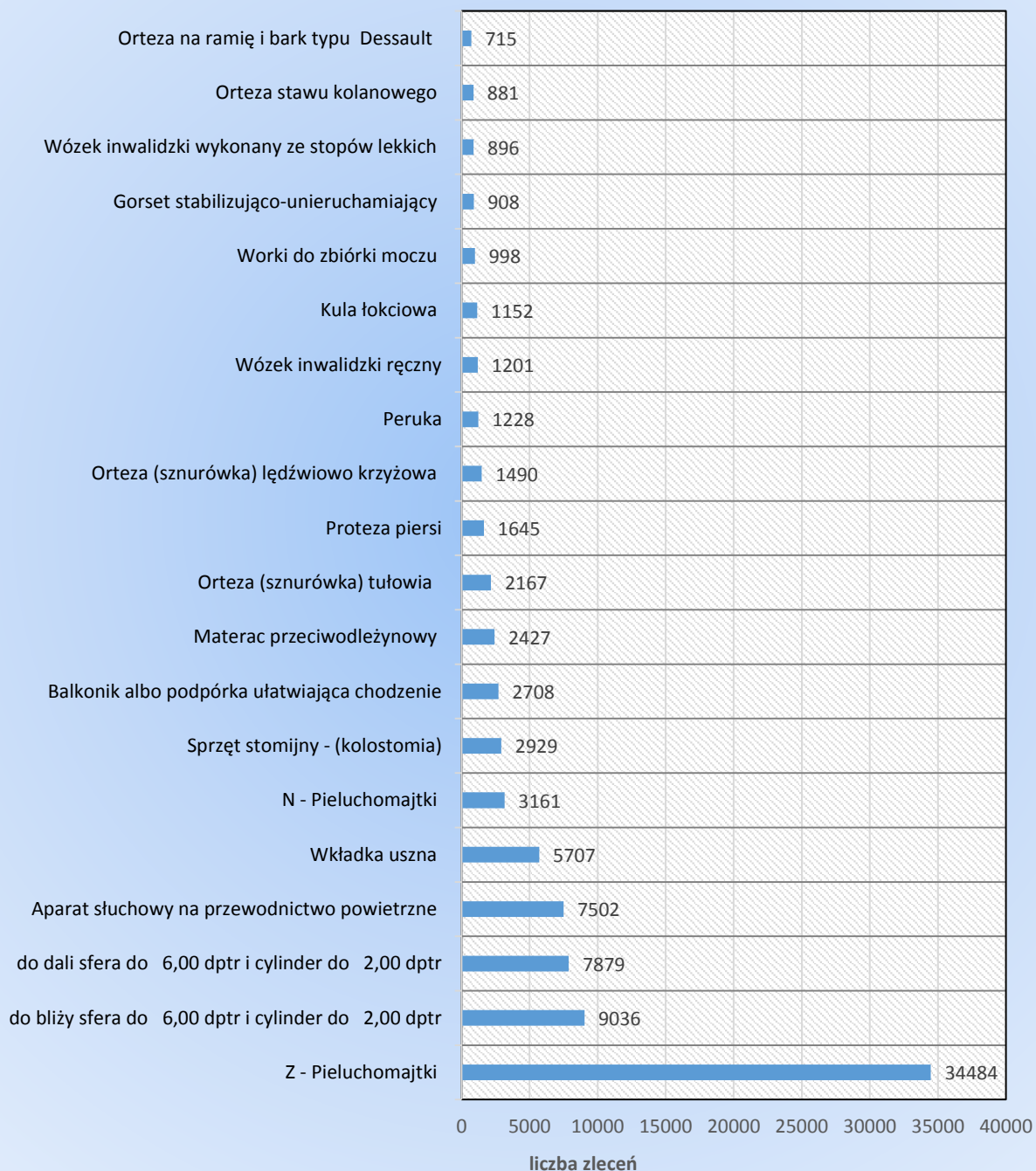
**Kwota refundacji zleceń na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny zrealizowanych
w 2015 roku
przez Dolnośląski Oddział NFZ wśród osób w wieku 60 lat i powyżej tego wieku***



Rycina 24. Kwota refundacji zleceń na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny zrealizowanych w 2015 roku przez Dolnośląski Oddział NFZ wśród osób w wieku 60 lat i powyżej tego wieku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

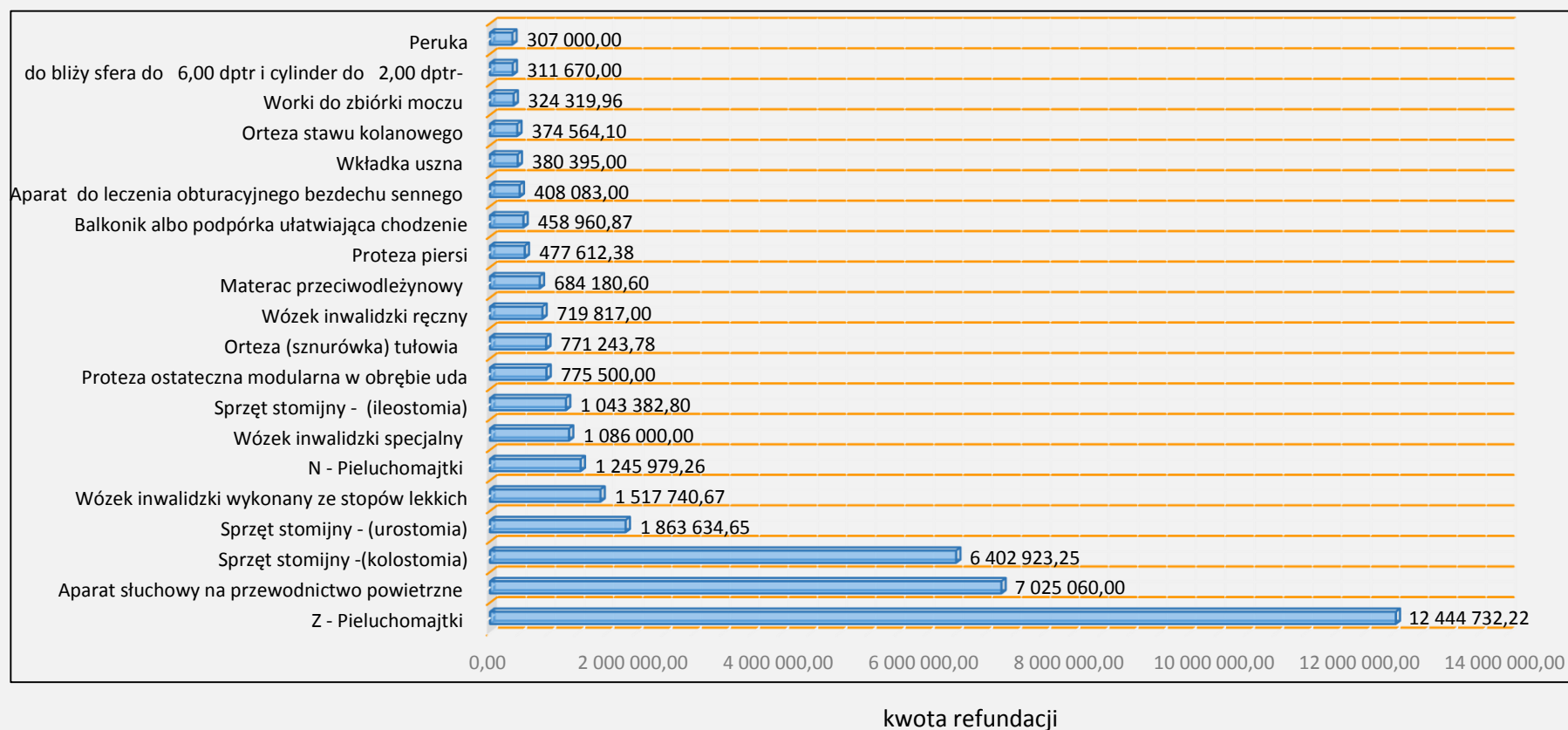
Zestawienie 20 najczęściej realizowanych w 2015 roku zleceń według liczby zleceń z uwzględnieniem kodu wyrobu*



Rycina 25. Zestawienie 20 najczęściej realizowanych w 2015 roku zleceń według liczby zleceń z uwzględnieniem kodu wyrobu* w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim z uwzględnieniem kodu wyrobu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Zestawienie 20 najczęściej realizowanych zleceń w 2015 roku według kwoty refundacji z uwzględnieniem kodu wyrobu*



Rycina. 26. Zestawienie 20 najczęściej realizowanych zleceń w 2015 roku według kwoty refundacji z uwzględnieniem kodu wyrobu

* w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim z uwzględnieniem kodu wyrobu, Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 46. Lista nasilenia zapotrzebowania na poszczególne **rodzaje wyrobów** (I) według kwoty refundacji oraz według liczby zleceń (II)

I			II		
Wyszczególnienie	liczba zleceń	kwota refundacji	Wyszczególnienie	liczba zleceń	kwota refundacji
pieluchomajtki	37645	13 690 711,48	pieluchomajtki	37645	13 690 711,48
sprzęt stomijny	3855	9 309 940,70	okulary, soczewki, lupy , monookulary, sfery, cylindry	18713	857 032,50
Aparat słuchowy	7511	7 042 700,00	ortezy	8243	2 449 737,28
wózki inwalidzkie	2459	3 323 557,67	Aparat słuchowy	7511	7 042 700,00
ortezy	8243	2 449 737,28	Wkładka uszna	5707	380 395,00
protezy kończyn, oka, piersi	2107	2 046 812,38	sprzęt stomijny	3855	9 309 940,70
okulary, soczewki, lupy , monookulary, sfery, cylindry	18713	857 032,50	Materace i poduszki przeciwodleżynowe	2874	842 039,10
Materace i poduszki przeciwodleżynowe	2874	842 039,10	Trójnóg albo czwórnóg, pionizator	2790	473 267,17
worki do zbiórki moczu	1353	573 225,91	wózki inwalidzkie	2459	3 323 557,67
Trójnóg albo czwórnóg, pionizator	2790	473 267,17	protezy kończyn, oka, piersi	2107	2 046 812,38
Aparat z maską do leczenia bezdechu sennego	216	408 083,00	kule i laski	1432	77 101,22
Wkładka uszna	5707	380 395,00	worki do zbiórki moczu	1353	573 225,91
Peruka	1228	307 000,00	Peruka	1228	307 000,00
gorsety stabilizujące	933	224 745,30	cewniki	965	218 857,86
cewniki	965	218 857,86	gorsety stabilizujące	933	224 745,30
Wymiana kosza biodrowego, leja w protezie	63	110 500,00	pasy brzuszne, przepuklinowe, stabilizujące	890	62 491,21
pończocha kikutowa	362	91 598,68	Buty ortopedyczne	541	72 585,30
kule i laski	1432	77 101,22	pończocha kikutowa	362	91 598,68
Buty ortopedyczne	541	72 585,30	kołnierze	268	11 589,00
pasy brzuszne, przepuklinowe, stabilizujące	890	62 491,21	Aparat z maską do leczenia bezdechu sennego	216	408 083,00
rękawy i nogawice uciskowe	86	45 734,63	Rurka tracheostomijna	202	30 300,00
Rurka tracheostomijna	202	30 300,00	rękawy i nogawice uciskowe	86	45 734,63

Krtań elektroniczna	15	22 900,00	Wymiana kosza biodrowego, leja w protezie	63	110 500,00
Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren)	7	11 970,00	Krtań elektroniczna	15	22 900,00
kołnierze	268	11 589,00	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren)	7	11 970,00
Sprężarka powietrza lub inhalator membranowy	1	800,00	Sprężarka powietrza lub inhalator membranowy	1	800,00
Nebulizator	1	150,00	Nebulizator	1	150,00
suma	100467	42 685 825,39	suma	100467	42 685 825,39
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia</i>					

Z analizy zapotrzebowania na poszczególny rodzaj wyrobów wnioskować można, że w 2015 roku:

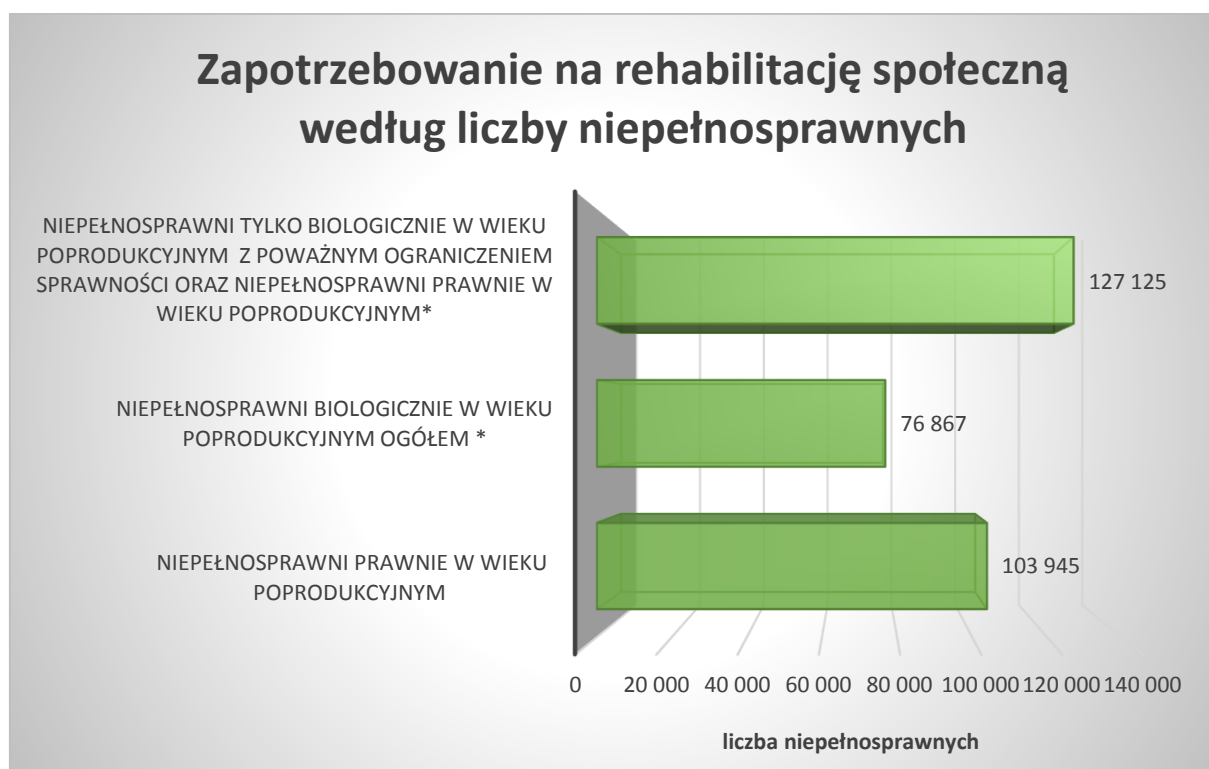
– osoby wieku 60 lat i więcej: najczęściej realizowały zlecenia na pieluchomajtki (37 645 zleceń, co stanowiło 37,47% wszystkich zleceń w 2015 roku w omawianej grupie), okulary, soczewki, lupy, monokulary (18713 zleceń, 18,63%), ortezy (8243 zlecenia, 8,20%), aparaty słuchowe (7511 zleceń, 7,48%), wkładki uszne (5707, 5,68%), sprzęt stomijny (3855, 3,84%), materace i poduszki przeciwoleżynowe (2874, 2,86%). **(tabela 46)**

– największe kwoty refundacji były przeznaczone w kolejności na: pieluchomajtki (13 690 711,48zł, co stanowiło 32,07% całej kwoty przeznaczonej w 2015 roku na refundację w badanej grupie), sprzęt stomijny (9 309 940,70 zł, 21,81%), aparaty słuchowe (7 042 700,00 zł, 16,50%), wózki inwalidzkie (3 323 557,67 zł, 7,79%), ortezy (2 449 737,28 zł, 5,74%), protezy kończyn, oka, piersi (2 046 812, 38 zł, 4,80%). **(tabela 46)**

3.4.7. Analiza zapotrzebowania na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym na podstawie danych PEFRON.

Innym źródłem wsparcia instrumentalnego dla osób niepełnosprawnych w wieku 60+ jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON). Jest to fundusz celowy działający na mocy Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Jego środki przeznaczone są na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych oraz ich zatrudnianie. Środki PFRON przeznaczone są między innymi na wspieranie indywidualnych osób niepełnosprawnych przez dofinansowanie: likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz turnusów rehabilitacyjnych. Przychodami PFRON są głównie środki pochodzące z obowiązkowych miesięcznych wpłat pracodawców, którzy zatrudniają co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, a wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w ich zakładzie jest niższy niż 6 %. Część środków finansowych PFRON – wpierających przede wszystkim indywidualne osoby niepełnosprawne – dystrybuowana jest przez jednostki samorządu powiatowego i wojewódzkiego. Nadzór nad Funduszem sprawuje minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego. **[Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych]**

Istotnym kryterium przydatnym do szacowania wielkości zapotrzebowania na rehabilitację społeczną jest liczba osób niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym. Według danych ostatniego NSP z 2011 roku teren województwa dolnośląskiego zamieszkiwało 103 945 tys. **niepełnosprawnych prawnie** w wieku poprodukcyjnym ogółem (w stopniu znacznym, umiarkowanym, lekkim i nieustalonym) oraz 76 867 tys. **niepełnosprawnych biologicznie** w wieku poprodukcyjnym ogółem (odczuwający nasilenie niepełnosprawności całkowite, poważne i umiarkowane). (**rycina 27**) W celu uzyskania najbardziej wiarygodnych danych na temat rzeczywistej wielkości populacji niepełnosprawnych w tej grupie wiekowej a co za tym idzie możliwie najlepszego dookreślenia zapotrzebowania na produkty i usługi z zakresu rehabilitacji społecznej, posłużono się metodologią przyjętą przez GUS w raporcie "Stan zdrowia Ludności Polski w 2009 roku" tj. **posiadanie orzeczenia prawnego i ograniczoną zdolność wykonywania czynności, ale tylko w stopniu poważnym.**



Rycina 27. Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną mierzone liczbą niepełnosprawnych zamieszkujących teren województwa dolnośląskiego według danych z NSP z 2011 roku

Źródło : opracowanie własne, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Suma liczby niepełnosprawnych prawnie ogółem w wieku poprodukcyjnym oraz liczby niepełnosprawnych biologicznie w stopniu poważnym w wieku poprodukcyjnym wynosiła w 2011 roku 127 125 tys. osób. (**rycina 27**)

Wykonanie dokładnej analizy zapotrzebowania na rehabilitację społeczną grupy badanej wiązało się z następującymi utrudnieniami:

- brak aktualnych danych w bazie GUS na temat liczby niepełnosprawnych zamieszkujących województwo dolnośląskie (ostatni NSP odbył się w 2011 roku)
- brak danych na temat liczby niepełnosprawnych z podziałem na ekonomiczne grupy wiekowe z wcześniejszych okresów – niemożność oceny dynamiki zmian,
- odmowa udzielenia informacji o wielkości zapotrzebowania na sprzęt rehabilitacyjny w grupie osób w wieku 60+ przez Dolnośląski Oddział PEFRON.

Wobec powyższych trudności, dla lepszego zobrazowania zapotrzebowania na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym posłużono się dwiema symulacjami.

Pierwsza z nich, tzw. **wersja optymistyczna** zakładała, że liczba niepełnosprawnych w latach 2012 – 2014 pozostała na poziomie z roku 2011 (NSP).

W drugiej wersji (**realistycznej**) szacowano liczbę niepełnosprawnych w latach 2012–2014 na podstawie podstawnie danych z NSP z 2011 roku przy łącznym założeniu, że :

- wskaźniki struktury w zakresie liczby niepełnosprawnych prawnie i biologicznie według ekonomicznych grup wieku w latach 2012–2014 kształtowały się na takim samym poziomie jak w roku 2011,
- przyrost lub spadek liczby niepełnosprawnych w latach 2012–2014 kształtował się wprost proporcjonalnie do przyrostu lub spadku liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku (uwzględnienie danych dotyczących przeciętnego dalszego trwania życia obliczonego na podstawie danych z BDL).

Symulacja I

W roku 2011 według danych z BDL teren województwa dolnośląskiego zamieszkiwało 253 488 niepełnosprawnych prawnie ogółem, w tym 103 945 niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym (41,01%). Szczegółowy rozkład wydatków na rehabilitację społeczną w latach 2012- 2014 roku w czterech kategoriach tych wydatków, które z punktu widzenia zapotrzebowania dla seniorów wydają się być najważniejsze prezentuje **tabela 47**. Do tych wydatków zaliczyć można: dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych, dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, dofinansowanie

zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki.

Tabela 47. Wydatki PEFRON na rehabilitację społeczną według wybranych kategorii kosztów w latach 2012 – 2014.

lata	Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych art.35a ust.1 pkt 7 lit.a – ogółem			Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych art. 35a ust.1 pkt 7 lit.d – ogółem			Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów art.35a ust.1 pkt 7 lit.c			Dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki art.35a ust.1 pkt 7 lit.b.		
	kwota dofinansowa ń	liczba osób, które uzyskały dofinansowani e	średnia kwota dofinansowani a	kwota dofinansowa ń	liczba osób, które uzyskały dofinansowani e	średnia kwota dofinansowani a	kwota dofinansowa ń	liczba osób, które uzyskały dofinansowani e	średnia kwota dofinansowani a	kwota ogółem	w tym dzieci i młodzie ż	dorośli
2012	8 917 508	11 017	22 843	7 397 668	1 925	123 732	14 022 018	18 439	23 373	1 033 887	234 054	799 833
2013	3 380 317	4 081	23 983	3 354 156	861	119 380	9 884 833	13 563	23 446	780 565	189 587	590 978
2014	4 351 773	5 289	22 488	3 892 798	1 170	112 600	13 348 521	15 461	28 189	891 850	187 501	704 349
sum a	16 649 598	20 387		14 644 622	3 956		37 255 372	47 463		2 706 302	611 142	2 095 160

Źródło: opracowanie własne na podstawie dostępnych danych PEFRON,

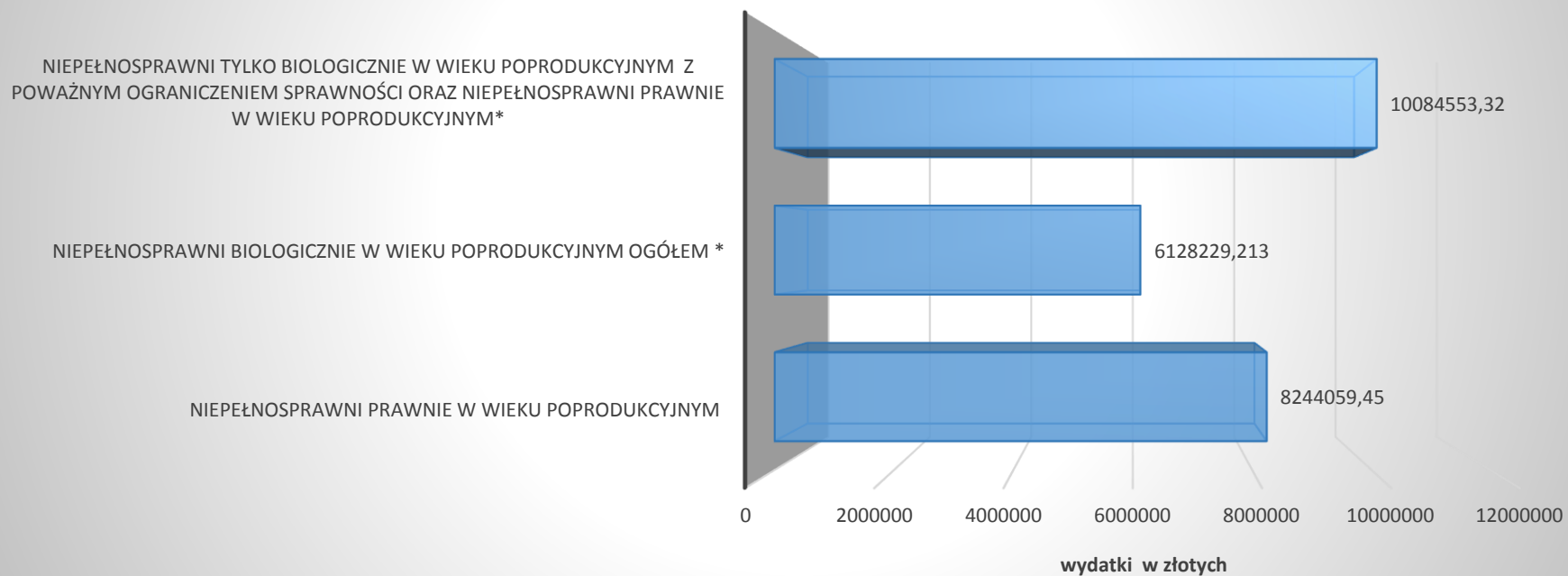
<http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html>

Jak wynika z **tabeli 47** największa grupa środków finansowych w latach 2012–2014 była wydatkowana na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (37 255 372 zł), kolejno na turnusy rehabilitacyjne (16 649 598 zł). Bariery architektoniczne i w komunikowaniu to trzecia co do wielkości grupa kosztów –14 644 622 zł. Dofinansowanie do sportu, kultury, rekreacji i turystyki wyniosło 2 706 302 zł.

Koszt rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych prawnie, szacowany na podstawie danych z NSP z 2011 roku oraz wydatków PEFRON w roku 2014 wynosi 8 244 059,45 zł. Z kolei średni wydatek dla powiatu na rehabilitację społeczną osób niepełnosprawnych prawnie obliczony na podstawie wydatków w poszczególnych powiatach województwa to 274 801,98 zł. Koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym to kwota 6 128 229,21 zł dla województwa (średnia dla powiatu–204274,30 zł). W efekcie suma wydatków na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym z poważnym ograniczeniem sprawności oraz niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym, szacowana na podstawie średniego wydatku na jedną osobę niepełnosprawną prawnie w wieku poprodukcyjnym dla danego powiatu w roku 2014 wynosi 1 008 453,32 zł. (**rycina 29**)

Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych dla każdego powiatu obliczone na podstawie wydatków PEFRON w latach 2012–2014 przedstawiono w tabelach (2012, 2013, 2014) – **załączniki 26, 27, 28**. Natomiast miary średnie dla wydatków według wybranych kategorii niepełnosprawności przedstawiono w **tabeli 48**.

Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną według poziomu wydatków w roku 2014 – symulacja I



Rycina 28. Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną według poziomu wydatków w roku 2014 – symulacja I

Źródło :opracowanie własne na podstawie dostępnych danych PEFRON w roku 2014według danych z NSP z 2011 roku,
http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks,

Tabela 48. Statystyki opisowe dla wydatków na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w powiatach województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014

		n	Średnia	Mediana	Min.	Max.	Q.25%	Q.75%	Odchylenie standardowe
rok 2014	A	30,00	274801,98	218730,50	0,00	1033295,80	132925,59	302181,22	206196,98
	B	30,00	204274,31	155829,17	0,00	938369,25	110191,71	250428,55	170356,57
	C	30,00	336151,78	261378,20	0,00	1314243,30	180974,44	390121,27	254765,46
	D	30,00	749498,07	601298,50	248650,00	2147667,00	426680,00	930148,00	469352,46
rok 2013	A	30,00	212781,80	159037,20	0,00	835657,00	110234,50	247231,20	167068,70
	B	30,00	158831,80	118364,60	0,00	758887,00	89213,30	189488,80	137999,60
	C	30,00	260412,10	194523,20	0,00	1062868,00	140252,10	324534,20	206293,20
	D	30,00	579995,70	460018,50	192593,00	1736883,00	327337,00	653298,00	376307,80
rok 2012	A	29,00*	367526,00	270477,80	0,00	1191994,00	218375,20	394146,00	261184,40
	B	29,00*	291513,00	189692,20	0,00	1134619,00	160665,00	389547,00	238867,70
	C	29,00*	455101,00	343154,40	0,00	1506502,00	267096,30	508849,00	327633,30
	D	29,00*	1081761,00	746666,00	364743,00	3207611,00	636366,00	1310267,00	761517,60

Źródło :opracowanie własne,

- A- wydatki na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym
- B- wydatki na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym
- C- wydatki na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odczuwających ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym szacowany na podstawie średniego wydatku na osobę niepełnosprawną prawnie
- D- wydatki w powiatach ogółem

*w kalkulacji wydatków nie uwzględniono miasta Wałbrzych, ponieważ w tym czasie nie był on miastem na prawach powiatu wchodzącym w skład województwa dolnośląskiego

Analizując 4 kategorie wydatków ponoszonych przez powiaty województwa dolnośląskiego na rehabilitację społeczną osób w wieku poprodukcyjnym szacowanych na podstawie wydatków PEFRON w latach 2012–2014, przy założeniu, że liczba niepełnosprawnych w latach 2012–2014 została utrzymana na poziomie z roku 2011 (NSP) można stwierdzić, że najwyższe wydatki na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych były poniesione w roku 2012 a najniższe w 2013. **(tabela 49)**

Tabela 49. Wydatki na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014

Lata	niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym *	niepełnosprawni biologicznie w wieku poprodukcyjnym ogółem *	niepełnosprawni tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym z poważnym ograniczeniem sprawności oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym*	suma wydatków na rehabilitację społeczną we wszystkich powiatach ogółem**
2014	8 244 059	6 128 229	10 084 553	22 484 942
2013	6 1383 452,88	4 764 953	7 812 364	17 399 871
2012	10 658 266	8 453 870	13 197 929	31 371 081

Źródło: opracowanie własne, <http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html>, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

**koszt szacowano na podstawie średniego wydatku na osobę niepełnosprawną prawnie obliczonego indywidualnie dla każdego powiatu*

***uwzględniono 4 kategorie kosztów: dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych, dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne*

KOSZTY REHABILITACJI SPOŁECZNEJ NIEPEŁNOSPRAWNYCH W WIEKU POPRODUKCYJNYM W LATACH 2012–2014



Rycina 29. Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym w latach 2012–2014

Źródło: opracowanie własne, <http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorzadu-terytorialnego.html>,
http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Najwięcej wydatków na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla **osób niepełnosprawnych ogółem** (dorośli i dzieci) w latach 2012–2014 odnotowano we Wrocławiu (4 598 934zł/3 lata, średnio 1 532 978zł/rok),

kolejno w powiecie świdnickim (2 396 473 zł/3 lata, 798824,3 zł/rok), dzierzoniowskim (2018 057 zł/3 lata, średnio 672 685,7 zł/rok) i bolesławieckim (1 930 864 zł/3 lata, średnio 643 621,3 zł/rok), a **najmniej** w powiecie milickim (551 673 zł/3 lata, średnio 183 981/rok), ząbkowickim (600 903 zł/3 lata, średnio 200 301 zł/rok) i trzebnickim (657 146/3 lata, średnio 219 048,7 zł/rok). (tabela 50)

Tabela 50. Suma wydatków na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **dla osób niepełnosprawnych ogółem** * w województwie dolnośląskim w latach 2012–2014

Powiat	rok 2012	rok 2013	rok 2014	suma
dzierzoniowski	270 621	801 786	945 650	2 018 057
głogowski	425 063	300 687	387 148	1 112 898
górowski	234 008	119 058	91 614	444 680
jaworski	378 081	247 009	327 007	952 097
jeleniogórski	282 758	256 381	215 901	755 040
kamiennogórski	491 570	170 920	195 008	857 498
kłodzki	263 231	659 469	783 877	1 706 577
legnicki	514 990	74 969	232 034	821 993
lubański	251 208	125 581	735 652	1 112 441
lubiński	155 362	255 367	277 801	688 530
lwówecki	202 413	214 033	281 432	697 878
milicki	246 953	137 408	167 312	551 673
oleśnicki	390 294	445 747	584 527	1 420 568
oławski	410 355	168 318	400 970	979 643
polkowicki	947 433	312 855	321 885	1 582 173
strzeliński	832 068	206 905	397 225	1 436 198
średzki (śląski)	681 128	214 942	273 648	1 169 718
świdnicki	1 308 789	315 839	771 845	2 396 473
trzebnicki	154 108	251 470	251 568	657 146
wałbrzyski	269 535	306 568	355 338	931 441
wołowski	683 786	82 470	148 887	915 143
wrocławski	366 444	316 567	336 065	1 019 076
ząbkowicki	286 825	112 488	201 590	600 903
zgorzelecki	227 237	305 776	577 247	1 110 260
złotoryjski	371 238	179 875	235 227	786 340
Jelenia Góra	164 033	421 192	436 371	1 021 596
Legnica	393 947	370 180	473 153	1 237 280
Wałbrzych	0	715 830	1 026 424	1 742 254
Wrocław	1 992 331	1 338 181	1 268 422	4 598 934
	14 022 018	9 884 833	13 348 521	37 255 372
Źródło :dane PEFRON z lat 2012–2014, http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PEFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html , http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks				

*dorośli i dzieci **razem**,

Wskaźnik omawianych wydatków na osobę w podziale na powiaty zawarto w tabeli 51.

Tabela 51. Średnia kwota dofinansowania (wskaźnik wydatków na osobę) na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla **osób niepełnosprawnych ogółem*** w województwie dolnośląskim w latach 2012-2014

Powiat	rok 2012	rok 2013	rok 2014
bolesławiecki	682	578	702
dzierżoniowski	640	617	699
głogowski	837	992	1 221
górowski	532	713	833
jaworski	448	613	612
jeleniogórski	600	576	551
kamiennogórski	904	447	608
kłodzki	877	528	521
legnicki	417	806	1 095
lubański	1 069	532	721
lubiński	785	942	978
lwówecki	1 177	808	693
milicki	823	1 145	1 507
oleśnicki	1 090	1 146	1 319
oławski	482	719	887
polkowicki	608	1 227	1 080
strzeliński	593	614	946
średzki (śląski)	954	625	780
świdnicki	932	969	1 216
trzebnicki	720	582	645
wałbrzyski	1 114	989	1 169
wołowski	1 119	717	980
wrocławski	822	1 297	1 778
ząbkowicki	773	670	595
zgorzelecki	492	983	1 180
złotoryjski	587	756	952
Jelenia Góra	804	455	489
Legnica	1 387	439	655
Wałbrzych	0	926	1 369
Wrocław	1 106	1 034	1 408
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PEFRON z lat 2012–2014, http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html , http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks			

*dorośli i dzieci razem

Najwyższe wydatki na osobę ogółem (dorośli i dzieci) odnotowano:

- w 2012 roku w powiecie miasta Legnica (1387zł), lwóweckim (1177 zł) i wołowskim (1119 zł)
- w roku 2013 – w powiecie wrocławskim (1297 zł), polkowickim (1227 zł) i oleśnickim (1146 zł)
- w 2014 roku w powiecie wrocławskim (1778 zł), milickim (1507 zł) oraz powiecie miasta Wrocław (1408 zł) (**tabela 51**)

Symulacja II.

W drugiej wersji (**realistycznej**) szacowano liczbę niepełnosprawnych w latach 2012–2014 na podstawie podstawnie danych z NSP z 2011 roku przy łącznym założeniu, że:

– wskaźniki struktury w zakresie liczby niepełnosprawnych prawnie i biologicznie według ekonomicznych grup wieku w latach 2012–2014 kształtowały się na takim samym poziomie jak w roku 2011,

– przyrost lub spadek liczby niepełnosprawnych w latach 2012–2014 kształtował się wprost proporcjonalnie do przyrostu lub spadku liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku (uwzględnienie danych dotyczących przeciętnego dalszego trwania życia obliczonego na podstawie danych z BDL). Tak wykonana symulacja przedstawia wyniki w bardziej racjonalnym ujęciu zgodnym ze światowym trendem wydłużania się przeciętnego dalszego trwania życia na świecie.

Tak więc 30-latek płci męskiej zamieszkujący województwo dolnośląskie będzie żył przeciętnie 74,4 lat, a kobieta 81,8 lat, 45-latek mężczyzna będzie żył 75,5 lat a 45 letnia kobieta– 82,3. Wartości dla grupy 60 i 65 latków przedstawiono poniżej. (**tabela 52**)

Tabela 52. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 30,45,60 i 65 lat - Dolny Śląsk

Jednostka terytorialna	mężczyźni				kobiety			
	ogółem				ogółem			
	30	45	60	65	30	45	60	65
	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014
	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata
DOLNOŚLĄSKIE	44,4	30,5	18,8	15,6	51,8	37,3	23,9	19,9
suma	74,4	75,5	78,8	80,6	81,8	82,3	83,9	84,9
Źródło :Bank Danych Lokalnych GUS, http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html , http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks								

W roku 2011 niepełnosprawni w wieku poprodukcyjnym stanowili 41,01% wszystkich niepełnosprawnych, 35,33% mieszkańców województwa dolnośląskiego w wieku poprodukcyjnym i 6,20% ogółu mieszkańców tego województwa. Podobną analogię w obliczeniach zastosowano dla oszacowania grupy niepełnosprawnych według metodologii GUS w latach 2012–2014. W efekcie wraz ze wzrostem liczebności populacji zauważono wzrost udziału niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym z roku na rok w latach 2012–2014– wynosił on odpowiednio 6,44% (2012 r), 6,70% (2013 r) i 6,96% (2014r) (**tabela 54**) (**rycina 30**). Z kolei odnośnie grupy niepełnosprawnych w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym obserwujemy spadek odsetka niepełnosprawnych. (**tabela 53**)

Tabela 53. Rozkład mieszkańców województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku z uwzględnieniem niepełnosprawności w latach 2011–2014 (symulacja II)

grupa	wiek	2011	2012	2013	2014
ogół mieszkańców województwa dolnośląskiego	przedprodukcyjny	408310	407319	405880	407364
	produkcyjny	1996499	1975484	1951966	1927813
	poprodukcyjny	511768	531559	552151	573280
suma		2916577	2914362	2909997	2908457
grupa	wiek	2011	2012	2013	2014
niepełnosprawni ogółem	przedprodukcyjny	15658	15620	15565	15622
	produkcyjny	187286	185315	183108	180843
	poprodukcyjny	180814	187806	195082	202547
		383758,00	388741,04	393755,11	399011,40

	wartości obliczone
	dane z BDL

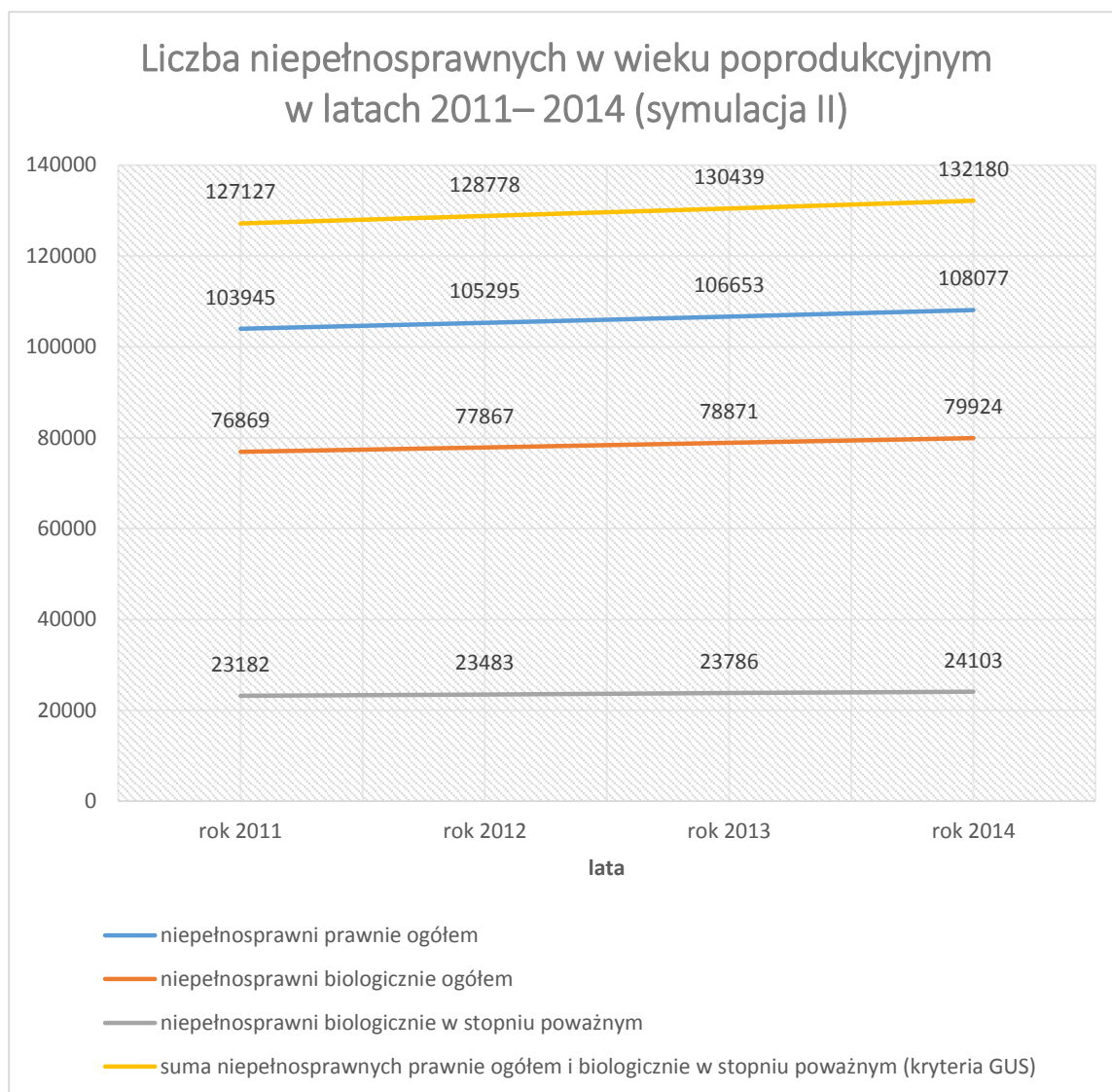
Źródło : opracowanie własne, <http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorzadu-terytorialnego.html>, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Wykorzystując powyższe dane ustalono wielkość grupy niepełnosprawnych w latach 2012–2014.

Tabela 54. Niepełnosprawni według ekonomicznych grup wieku na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2011–2014 (symulacja II)

Rok 2011										
grupa	wiek	liczba wszystkich niepełnosprawnych prawnie i biologicznie	n. prawnie ogółem	%	n biol ogółem	%	n.biologicznie w stopniu poważnym	%	suma niepełnosprawnych prawnie ogółem i biologicznie w stopniu poważnym (kryteria GUS)	%
niepełnosprawni ogółem	przedprodukcyjny	15658	11773	4,64%	3885	2,98%	544	1,65%	12317	4,30%
	produkcyjny	187286	137770	54,35%	49516	38,01%	9321	28,21%	147091	51,33%
	poprodukcyjny	180814	103945	41,01%	76869	59,01%	23182	70,15%	127127	44,37%
suma		383758	253488	100%	130270	100%	33047	100%	286535	100%
wskaźnik udziału			66,05%		33,95%		8,61%		74,67%	
Rok 2012										
niepełnosprawni ogółem	przedprodukcyjny	15620	11926	4,64%	3935	2,98%	551	1,65%	12477	4,30%
	produkcyjny	185315	139559	54,35%	50159	38,01%	9442	28,21%	149001	51,33%
	poprodukcyjny	187806	105295	41,01%*	77867	59,01%	23483	70,15%	128778	44,37%
suma		388741	256780	100%	131962	100%	33476	100%	290256	100%
			66,05%		33,95%		8,61%		74,67%	
Rok 2013										
niepełnosprawni ogółem	przedprodukcyjny	15565	12080	4,64%	3986	2,98%	558	1,65%	12638	4,30%
	produkcyjny	183108	141359	54,35%	50806	38,01%	9564	28,21%	150923	51,33%
	poprodukcyjny	195082	106653	41,01%	78871	59,01%	23786	70,15%	130439	44,37%
suma		393755	260092	100%	133664	100%	33908	100%	293999	100%
			66,05%		33,95%		8,61%		74,67%	
Rok 2014										
niepełnosprawni ogółem	przedprodukcyjny	15622	12241	4,64%	4039	2,98%	566	1,65%	12807	4,30%
	produkcyjny	180843	143246	54,35%	51484	38,01%	9691	28,21%	152938	51,33%
	poprodukcyjny	202547	108077	41,01%	79924	59,01%	24103	70,15%	132180	44,37%
suma		399011	263564	100%	135448	100%	34361	100%	297924	100%
			66,05%		33,95%		8,61%		74,67%	

* uległy modyfikacji elementy systematyki terytorialnej jednostki– dotyczy miasta Wałbrzych (rok 2012)– stąd niewielkie niedoszacowanie danych, Źródło : opracowanie własne na podstawie danych GUS



Rycina 30. Liczba niepełnosprawnych* w wieku poprodukcyjnym w latach 2011– 2014

Źródło: opracowanie własne, <http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PEFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html>, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Dla obliczenia wydatków wg symulacji II posłużono się oszacowaną liczbą pacjentów w wieku poprodukcyjnym w latach 2012 –2014 według kryteriów zgodnych z założeniami tej symulacji oraz wykorzystano medianę wydatków PEFRON na rehabilitację społeczną na jedną osobę niepełnosprawną prawnie przypadającą na dany rok (wobec braku danych co do liczby niepełnosprawnych w każdym powiecie w roku 2012, średniego kosztu dla każdego powiatu). Rozkłady wydatków PEFRON nie były rozkładami normalnymi – weryfikowano testem Shapiro – Wilka na poziomie istotności 0,05.

Tabela. 55. Statystyki opisowe dla wydatków PEFRON na rehabilitację społeczną na osobę* dla lat 2012 –2014

Lata	Statystyki opisowe (Arkusz1)							
	N ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny	Górny	Odch. std
2012	29	175,81	127,05	0,00	550,73	71,06	246,28	142,86
2013	30	69,96	73,96	0,00	115,10	57,81	81,41	24,67
2014	30	90,35	99,59	0,00	127,64	79,43	108,25	28,90

*mieszkańca województwa dolnośląskiego w wieku poprodukcyjnym

Źródło: obliczenia własne,

<http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html>,

http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Po ustaleniu mediany wydatków na rehabilitację społeczną osób w wieku poprodukcyjnym oszacowano średni koszt wydatków w poszczególnych latach.

Tabela 56. Średni poziom wydatków na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012-2014

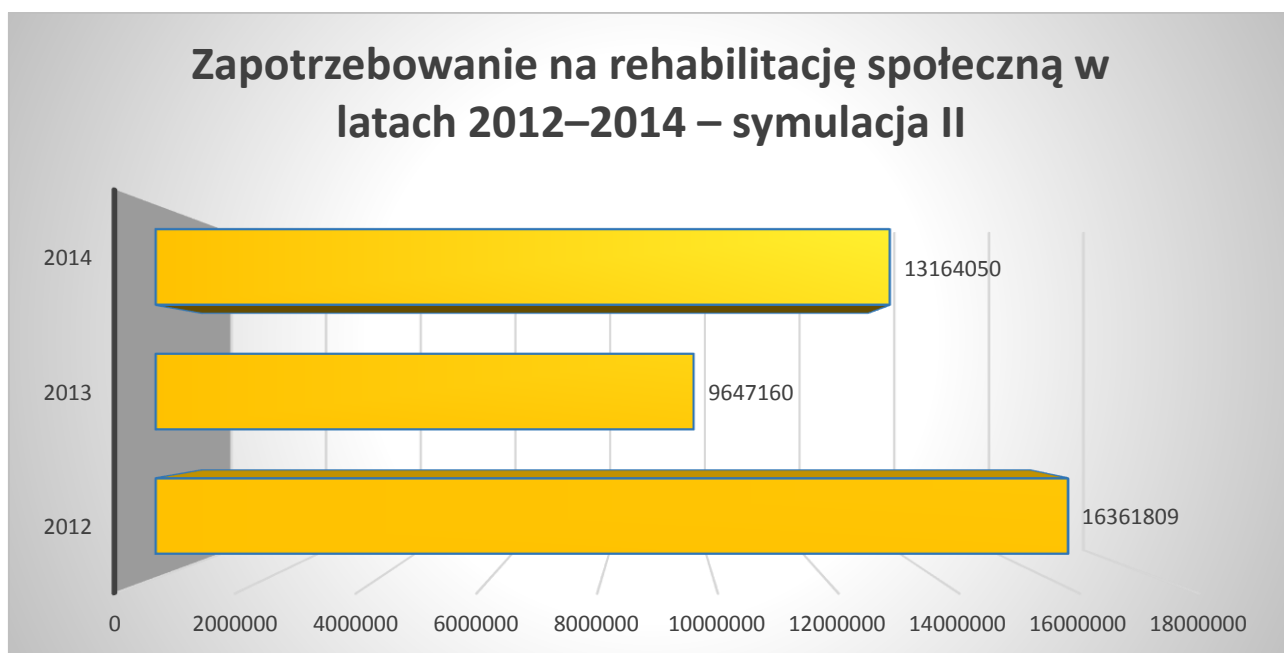
Lata	liczba niepełnosprawnych prawnie ogółem i biologicznie w stopniu poważnym (kryteria GUS)	mediana	wydatki
2012	128778	127,0544	16361809
2013	130439	73,9592	9647160
2014	132180	99,5918	13164050

Źródło: obliczenia własne,

<http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html>,

http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Średni oszacowany poziom wydatków zaprezentowano na **rycynie 31**.



Rycina 31. Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną w latach 2012–2014 – symulacja II

Źródło: opracowanie własne,

*<http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorzadu-terytorialnego.html>,
http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks*

Porównanie poziomu wydatków odnośnie zapotrzebowania na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym według kryterium GUS zgodnie z symulacją I i II przedstawia **tabela 57**.

Tabela 57. Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną osób w wieku poprodukcyjnym wg kryterium GUS

lata	symulacja I (optymistyczna)			symulacja II (realistyczna)		
	liczba niepełnosprawnych	wydatki	wydatek na osobę	liczba niepełnosprawnych	wydatki	wydatek na osobę
2012	127125	13 197 929	104	128778	16 361 809	127
2013	127125	7 812 364	61	130439	9 647 160	74
2014	127125	10 084 553	79	132180	13 164 050	100
Źródło : Opracowanie własne						

3.5. Uwarunkowania zapotrzebowania seniorów na usługi telemedyczne.

W kontekście szybko postępującego procesu starzenia się populacji europejskiej jak również zmian zachodzących w strukturze potrzeb zdrowotnych i wymagań wobec sektora zdrowia, szczególnego znaczenia nabiera coraz większe upowszechnienie telemedycyny. **[Kielar, 2016]** Jednym z wyzwań współczesnego systemu opieki medycznej jest fragmentaryczna, nieefektywna opieka zdrowotna i społeczna dostarczana oddzielnie przez niezależne organizacje. Wobec powyższego nadrzędną ideą powinno być połączenie systemu opieki zdrowotnej i społecznej oraz dostosowanie całości oferowanych usług do potrzeb pacjentów, z jednoczesnym usprawnieniem pracy opiekunów i pracowników służby zdrowotnej i społecznej **[North West London Whole System Integrated Care]**. Współczesną odpowiedź na potrzebę reorganizacji dotychczasowego modelu dostępności do świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych stanowi koncepcja telemedycznej opieki geriatrycznej. Idea ta wykorzystuje nowoczesne technologie transferu danych medycznych i obrazowych do ośrodków konsultacyjnych oraz systemy zdalnego kontaktu z osobami wymagającymi stałego nadzoru medycznego w środowisku domowym. **[Kielar, 2009]**

Głównym założeniem rozwiązań telemedycznych jest wyeliminowanie konieczności przemieszczania się pacjenta oraz udoskonalenie procedur udostępniania dokumentacji medycznej. **[Bierzuński, 2009]** Świadczenia telemedyczne przynoszą określone korzyści społeczne i ekonomiczne, pozwalając pacjentom na polepszenie dostępu do specjalistycznych usług medycznych i wiadomości naukowych, a personelowi medycznemu na zaoszczędzenie czasu, w związku z brakiem konieczności badania osób, którym bezpośredni kontakt nie jest potrzebny. Umożliwiają także szybką komunikację między ośrodkami, co wpływa na polepszenie diagnostyki oraz terapii. **[Piróg – Mulak, 2016]** Telemedycyna daje możliwość przesyłania na odległość wyników badań USG, MRI, EKG, tomografii komputerowej oraz zdjęć RTG do lekarza, który po analizie przesłanej dokumentacji wysyła informację zwrotną, zaopatrzoną w szczegółowy opis. Za pomocą technologii telemedycznej możliwe jest przeprowadzenie wideokonsultacji nie tylko w relacji lekarz–lekarz, ale i w relacji pacjent–lekarz. **[Zubrzycki i wsp., 2010 ; Dworniczak, 2008]** Aplikacje telemedyczne mogą wzmacniać świadomy współudział pacjenta w opiece. **[Bosworth, 2010]** Telemedyczna opieka domowa (*Telehome care*) daje możliwość prowadzenia nadzoru nad parametrami życiowymi chorych (tętno, ciśnienie, temperatura, stężenie glukozy we krwi, saturacja, masa ciała) **[Bujnowska – Fedak i Tomczak, 2013]**

Rozwiązania telemedyczne z założenia przeznaczone są dla ogółu pacjentów, biorąc jednak pod uwagę specyficzne potrzeby i uwarunkowania w populacji osób „65+”, ta grupa staje się głównym beneficjentem systemów telemedycznych. [Bujnowska – Fedak i Tomczak, 2013] Nowe technologie mogą być dużym wsparciem w opiece nad osobami w wieku podeszłym. Pozwalają w znacznym stopniu odciążyć system opieki zdrowotnej, ułatwić codzienne funkcjonowanie osób w wieku podeszłym, a opiekunom umożliwić godzenie ról, które pełnią w społeczeństwie. [Polityka senioralna] Ponadto dają realne możliwości poprawy jakości życia osoby w wieku podeszłym, prowadzą do zwiększenia funkcjonalności osoby w wieku podeszłym ze stwierdzoną chorobą przewlekłą, stanowią potencjał do redukcji kosztów opieki jak również stymulują aktywność społeczną. [Kielar, 2009]

Telemedycyna okazuje się bardzo przydatna w opiece nad przewlekle chorymi z ograniczeniami mobilności, dzięki czemu ich terapia może być prowadzona bez wychodzenia z domu. Obniża to koszty leczenia związane z transportem pacjenta, konsultacją w przychodni lub pobytem na oddziale szpitalnym. [Piróg – Mulak, 2016] Do najważniejszych obszarów telemedycznej opieki geriatrycznej należą dedykowane systemy teleopieki, telekardiologia, telerehabilitacja oraz telediabetologia. [Kielar, 2009]

W piśmiennictwie istnieją również doniesienia o korzyściach z telenursingu w odniesieniu do pacjentów neurologicznych. Według Antczaka (rok) rola pielęgniarki neurologicznej z zastosowaniem telepielęgniarstwa powinna się opierać na kontakcie z pacjentem wymagającym specjalistycznej pomocy neurologicznej i ma na celu rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych. Telenursing uważa się za szczególnie przydatny wśród chorych borykających się na co dzień z niepełnosprawnością, barierami architektonicznymi, dużymi odległościami do specjalistycznych ośrodków np. wśród pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. [Antczak, 2013]

Przykładem interesujących rozwiązań wykorzystujących nowoczesne technologie komunikacyjne w opiece nad osobami starszymi jest projekt „By Well– VictoryaHome– Create Possibilities” wprowadzony w Szwecji, Norwegii, Portugalii i Holandii, mający na celu zapewnienie seniorom mieszkania we własnym domu, mimo problemów takich jak: wielochorobowość, nieprzestrzeganie zaleceń terapii, ograniczona mobilność, upadki przy ograniczonej możliwości pomocy ze strony bliskich (obciążenie praca i własnymi problemami, odległe miejsca zamieszkania). Założono tu dwie kluczowe funkcje: a mianowicie monitorowanie zdrowia i bezpieczeństwa oraz ułatwianie (umożliwianie) kontaktów społecznych). Na podstawowe elementy tego rozwiązania składają się: mobile urządzenie

„Giraff” umożliwiające video rozmowy, pas wykrywający upadki, automatyczny podajnik leków (o wyznaczonych porach), aplikacja na telefon zbierająca i przekazująca informacje o osobie w wieku podeszłym do opiekuna, zaangażowanie opieki zdrowotnej i społecznej (np. jeżeli opiekun nie reaguje na komunikat o upadku, informacja przesyłana jest do opieki zdrowotnej). **[By Well– VictoryaHome– Create Possibilities]**

W odniesieniu do osób w wieku podeszłym najprostszym, szeroko rozpowszechnionym urządzeniem, które może być wykorzystane w opiece jest przycisk alarmowy. Wchodzi on w skład systemu składającego się z trzech współdziałających elementów: *nadajnika*, czyli przycisku alarmowego, w formie bransoletki bądź wisiorka noszonego przez użytkownika, służącego do wezwania pomocy, *terminala* wyposażonego w mikrofon i głośnik, uruchamianego przez nadajnik z dowolnego miejsca mieszkania i umożliwiającego rozmowę z operatorem znajdującym się w centrum operacyjno–alarmowym oraz *centrum operacyjno–alarmowego*, które odczytuje wysłany sygnał alarmujący i pozwala pracownikom centrali nawiązać kontakt z podopiecznym. W razie konieczności system daje możliwość podjęcia odpowiedniej interwencji, którą może być powiadomienie służb ratunkowych, rodziny, sąsiadów. Od 2013 roku w Polsce w Opolu, Kluczborku, Bytowie i Gdyni istnieją firmy świadczące tego typu usługi monitoringu. Urządzenia są dystrybuowane między osoby w wieku podeszłym za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej a miasto dofinansowuje korzystanie z samej usługi. Rozwiązaniem przydatnym w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera i innymi schorzeniami o charakterze otępiennym może być urządzenie wyposażone w odbiornik GPS noszone przez użytkownika a dające szansę monitorowania miejsca przebywania danej osoby i alarmujące opiekuna o przekroczeniu granic wyznaczonego tzw. „bezpiecznego obszaru” przez podopiecznego. **[Bujnowska – Fedak i Tomczak, 2013]**

Przyciski alarmowe mogą stanowić jeden z bardziej wyrafinowanych i złożonych systemów telemedycznych, takich jak „inteligentne domy” (*smart homes*). **[Tomita i wsp., 2010]** System taki opiera się głównie na rozmieszczeniu wewnątrz domu bądź mieszkania różnego rodzaju czujników np. czujników ruchu monitorujących przemieszczanie się, detektory upadków, czujników obecności chorego w łóżku, czujników zalania, zadymienia, czadu, temperatury czy ognia. **[Bujnowska – Fedak i Tomczak, 2013]** System „inteligentny dom” umożliwia osobom w wieku podeszłym życie w ich dotychczasowym środowisku chroniąc je przed instytucjonalizacją lub umieszczeniem w domu opieki. Wzmacnia to w osobie w wieku podeszłym poczucie bezpieczeństwa i dodaje otuchy. System ten wydaje się być jednym z najbardziej obiecujących rozwiązań ułatwiających samodzielne życie w sytuacji społeczności żyjących. Zmniejsza on także społeczno–ekonomiczne nierówności w zakresie dostępu do

opieki i daje równe szanse dla pacjentów z obszarów miejskich i wiejskich. [**Bujnowska – Fedak i Grata – Borkowska, 2015**]

Interesującym rozwiązaniem w zakresie technologii telemedycznych może być elastyczny system wizualnej komunikacji TRIASYS powstały w ramach *RACE Project TeleCommunity* prezentowany jako medium dla systemu nadzoru zdrowia i zdalnej opieki socjalnej dla osób w wieku podeszłym i niepełnosprawnych. W domu pacjenta elementami technicznymi systemu są standardowy odbiornik telewizyjny, miniaturowa kamera i urządzenie z dużą klawiaturą. Całość jest przyłączona do gniazd sieci ISDN oraz telewizji kablowej. Za pośrednictwem tego systemu jeden terapeuta może prowadzić np. ćwiczenia gimnastyczne z rozproszoną grupą podopiecznych mając możliwość obserwacji ich zachowań na monitorach. Pacjenci z kolei mogą obserwować prowadzącego i naśladować wykonywane przez niego ćwiczenia. Taka instalacja może służyć teleedukacji, poradnictwu, konsultacjom, telekonferencjom. [**Teleopieka. Fundacja aktywizacja**]

W Korei, gdzie populacja gwałtownie się starzeje, opracowano nowoczesny system dbania o krewnych w wieku podeszłym za pomocą nowego systemu zwanego *Ubiquitous Health House system (uHouse)*, który opiera się technologii internetowej umożliwiającej monitorowanie stanu zdrowia swoich bliskich. To pozwala rodzinom oraz osobom w podeszłym wieku na zachowanie swojej prywatności i niezależności, ułatwiając jednocześnie opiekę rodzinie. [**Bluestone, 2015**]

W Polsce dostępne są również inne urządzenia przydatne w opiece nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi takie jak : e– dmuchawka (rozwiązanie innowacyjne mające na celu uatrakcyjnienie procesu ćwiczeń logopedycznych oraz rehabilitacji po niedowładach twarzy), i–waga (urządzenie wspomagające proces nadzorowania osób z problemami krążeniowymi), HARN (urządzenie mobilne zastępujące klasyczny pilot na podczerwień wyposażone w funkcje medyczno–diagnostyczne), Proxy – color (system stacjonarny i mobilny rozpoznawania i etykietowania kolorów dla osób z zaburzeniami postrzegania barw), Path – mon (mobilny monitor pracy serca, aktywności oddechowej i ruchowej, zmian ciśnienia tętniczego, temperatury i postawy). Ponadto dla osób w wieku podeszłym, osób z chorobami układu krążenia jak również innych osób, które odczuwają potrzebę zapewnienia sobie bezpieczeństwa poprzez wkomponowany w otoczenie monitoring i wspomaganie procesu kąpieli dostępna jest e– wanna. Nieuciążliwe monitorowanie stanu swojego zdrowia można zapewnić poprzez zastosowanie e– narzuty [**Lepsza jakość życia dla osób starszych i chorych. Projekty**].

Osoby w wieku podeszłym często mają trudności z poradzeniem sobie z biurokracją systemu zdrowotnego, z rozróżnieniem pomiędzy wizytami w nagłych przypadkach i takimi, które mogą poczekać, z planowaniem wizyt, interpretacją wyników badań, podejmowaniem decyzji. Nową funkcją dla rozwiązania tej kwestii, bardzo popularną w Stanach Zjednoczonych i niektórych krajach Europy Zachodniej, jest koordynator opieki (*Care Coordinator*) czyli osoba z wykształceniem licencjackim w pielęgniarstwie lub naukami społecznymi, która pomaga starszym z chorobami współistniejącymi w poruszaniu się w systemie zdrowotnym. Uzupełniającym alternatywnym rozwiązaniem jest właśnie telemedycyna i prowadzenie telekomunikacji oraz telemonitoringu. **[Kielar 2016]**

Piśmiennictwo donosi o wymiernych korzyściach wynikających z zastosowania telemedycyny u pacjentów w wieku podeszłym. W metaanalizie zastosowań telemedycznych u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i cukrzycą, w większości pozostającymi w opiece domowej, gdzie interwencje polegały na pomiarach wskaźników fizjologicznych (takich jak: ciśnienie tętnicze krwi, masa ciała, glikemia, zapis EKG) oraz konsultacjach telefonicznych i wideokonferencjach z profesjonalistami opieki zdrowotnej, wykazano większą poprawę w zakresie przestrzegania diety, poprawy funkcjonowania niż w zakresie wyników klinicznych (ciśnienie krwi, śmiertelność), jakości życia czy wyników ekonomicznych (koszty, w tym koszt hospitalizacji) **[Van den Berg i wsp., 2012]** Istotną zaletą rozwiązań telemedycznych są niewielkie problemy techniczne w trakcie realizacji teleopieki. Otóż badanie pacjentów w wieku 78 lat (± 12), będących w opiece domowej, a polegające na realizacji 122 wirtualnych wizyt pielęgniarek za pośrednictwem metod audiowizualnych, o średnim czasie trwania 21 minut, dowodzi o niewielkim odsetku mankamentów technicznych – tylko w 10 przypadkach (8%) wystąpiły trudności z nawiązaniem połączenia a podczas 78 wizyt (64%) nie stwierdzono problemów. **[Demiris, 2003]**

U pacjentów z chorobami przewlekłymi zaletą telemedycyny jest możliwość ciągłego bądź też prowadzonego „na żądanie”, całodobowego monitoringu: akcji serca, ciśnienia krwi, EKG, saturacji, masy ciała, częstości oddechów i temperatury pacjenta w domu, bez konieczności kolejnych hospitalizacji. W metaanalizie z lat 1966–2008 (bazy: MEDLINE, The Cochrane Library, the INAHTA) oceniającej efektywność domowego telemonitoringu u pacjentów z cukrzycą, astmą oskrzelową, niewydolnością serca, nadciśnieniem tętniczym potwierdzono skuteczność tej procedury. Jej efektem było wyrównanie cukrzycy, poprawa PEF, redukcja objawów i poprawa jakości życia w astmie, obniżenie ciśnienia u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. **[Helms i wsp., 2007]** Obserwacja 212 pacjentów z zastoinową niewydolnością serca, miażdżycą naczyń mózgu, POCHP, rakiem, cukrzycą, zaburzeniami

lękowymi oraz ranami przewlekłymi, w randomizowanej obserwacji, co prawda nie wykazała różnic w poziomie satysfakcji pacjentów, jednakże autorzy wnioskowali, że technologie telemedyczne są dobrze akceptowane przez badanych, efektywne klinicznie i potencjalnie mogą wpływać na obniżenie kosztów opieki medycznej. **[Johnston, 2000]** W innej 3-miesięcznej obserwacji, domowy telemonitoring statystycznie istotnie redukował zarówno liczbę rehospitalizacji jak i ich długość i u pacjentów z chorobą wieńcową. Ponadto poprawiał jakość życia i stan funkcjonowania pacjentów z niewydolnością serca lub chorobą wieńcową a badani potwierdzali łatwość użytkowania telemonitoringu oraz wysoki poziom satysfakcji. **[Woodend, 2008]** Zmniejszenie częstości wizyt w ramach ostrego dyżuru, hospitalizacji i długości hospitalizacji częściej stwierdzano częściej w zaburzeniach pulmonologicznych i kardiologicznych niż w cukrzycy i nadciśnieniu tętniczym. **[Paré, 2007]**

Technologie telemedyczne wspomagają aspekty sprzyjające poprawie wyników klinicznych, do których zaliczyć można regularną opiekę oraz wsparcie informacyjne. Metaanaliza obejmująca 38 060 uczestników z 13 krajów, oceniająca wpływ zastosowania telefonów komórkowych i wiadomości tekstowych na poprawę wskaźników klinicznych, donosi o lepszym przestrzeganiu zaleceń dotyczących zażywania leków, redukcji objawów astmy, poziomu HbA1C, poziomu stresu, pozytywnym wpływie na częstość zaprzestania palenia i lepszej efektywności w radzeniu sobie z chorobą. Dodatkowo podkreślano wpływ technologii telemedycznych na przestrzeganie terminów wizyt, szybszą diagnozę i rozpoczęcie leczenia oraz poprawę edukacji pacjentów. **[Krishna i wsp., 2009]** Domowy telemonitoring okazał się skuteczny u pacjentów z wielochorobowością w detekcji kluczowych objawów klinicznych pojawiających się pomiędzy wizytami u lekarza **[Wakefield i wsp., 2012]** oraz we wzmacnianiu zachowań prozdrowotnych dotyczących diety i aktywności fizycznej. **[Spring i wsp., 2012]**

U pacjentów z niewydolnością serca uważa się go za narzędzie optymalizacji opieki i przepływu informacji pomiędzy pacjentem, szpitalem i lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta. **[Stoner i Hendershot, 2012]**

Ocenia się, że telemedycyna może być użytecznym narzędziem diagnostycznym bólu w klatce piersiowej w podstawowej opiece zdrowotnej; czułość telekardiografii oceniono na 97.4%, swoistość na 89.5% a trafność piersiowej na 86.9%. **[Scalvini, 2002]** W innym badaniu wykazano wpływ domowego telemonitoringu u pacjentów z zastoinową niewydolnością serca w wieku podeszłym na obniżenie wskaźników śmiertelności i częstość hospitalizacji, poprawę przestrzegania zaleceń dotyczących terapii, niższy poziom cholesterolu. **[Antonicelli i wsp.,**

2008] Należy jednak podkreślić, że telemonitoring w porównaniu z tradycyjną opieką nie zmniejsza śmiertelności ogólnej pacjentów. **[Koehler, 2011]**

Narzędzia telemedyczne mogą być również wykorzystywane również u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Potwierdzono możliwość zastosowania telemedycyny w terapii zaburzeń depresyjnych. **[Mohr i wsp., 2010]** oraz w terapii uzależnień **[Hall i wsp., 2000]** Motywacyjne wsparcie w ramach aplikacji telemedycznych może sprzyjać utrzymaniu pacjentów w terapii i jej dostosowaniu do indywidualnych potrzeb osób rozpoczynających farmakologiczną terapię antydepresyjną. **[Gervasoni i wsp., 2010]** Wsparcie poprzez telefon może być korzystną procedurą telemedyczną także w zaburzeniach snu. **[Frangou i wsp., 2005]**

Chociaż korzyści z rozwiązań telemedycznych są bezsporne, to istnieją również pewne ograniczenia. Do głównych barier rozwoju telemedycyny zaliczyć należy barierę mentalną (niska świadomość społeczna pacjentów i personelu medycznego), finansową (brak refundowania przez NFZ), technologiczną (relacje między medycyną a teleinformatyką) i prawną (umiejscowienie usług w PKD, opodatkowanie VAT). **[Hetmanowska, 2014]**

O ile telemedycyna staje się coraz bardziej powszechna, wciąż pozostaje wiele nierozwiązanych problemów w obszarze osoba w wieku podeszłym – technologia. **[Orlicz–Benedycka, 2016]** Osoby w wieku podeszłym często są pasywni wobec możliwości wykorzystania nowych technologii, w szczególności nabywanie wiedzy i umiejętności niezbędnych do korzystania z urządzeń elektronicznych i systemów komputerowych. **[Bujnowska – Fedak i Grata – Borkowska, 2015]** Opór mentalny przed innowacją technologiczną, brak nabytych kompetencji w samodzielnej obsłudze urządzeń elektronicznych, skorelowane z wiekiem osłabienie funkcji motorycznych i poznawczych, to najczęściej antycypowane problemy związane z pośredniczeniem nowoczesnej technologii telemedycznej w relacji terapeutycznej pomiędzy pacjentem w wieku podeszłym a lekarzem. **[Kielar, 2009]**

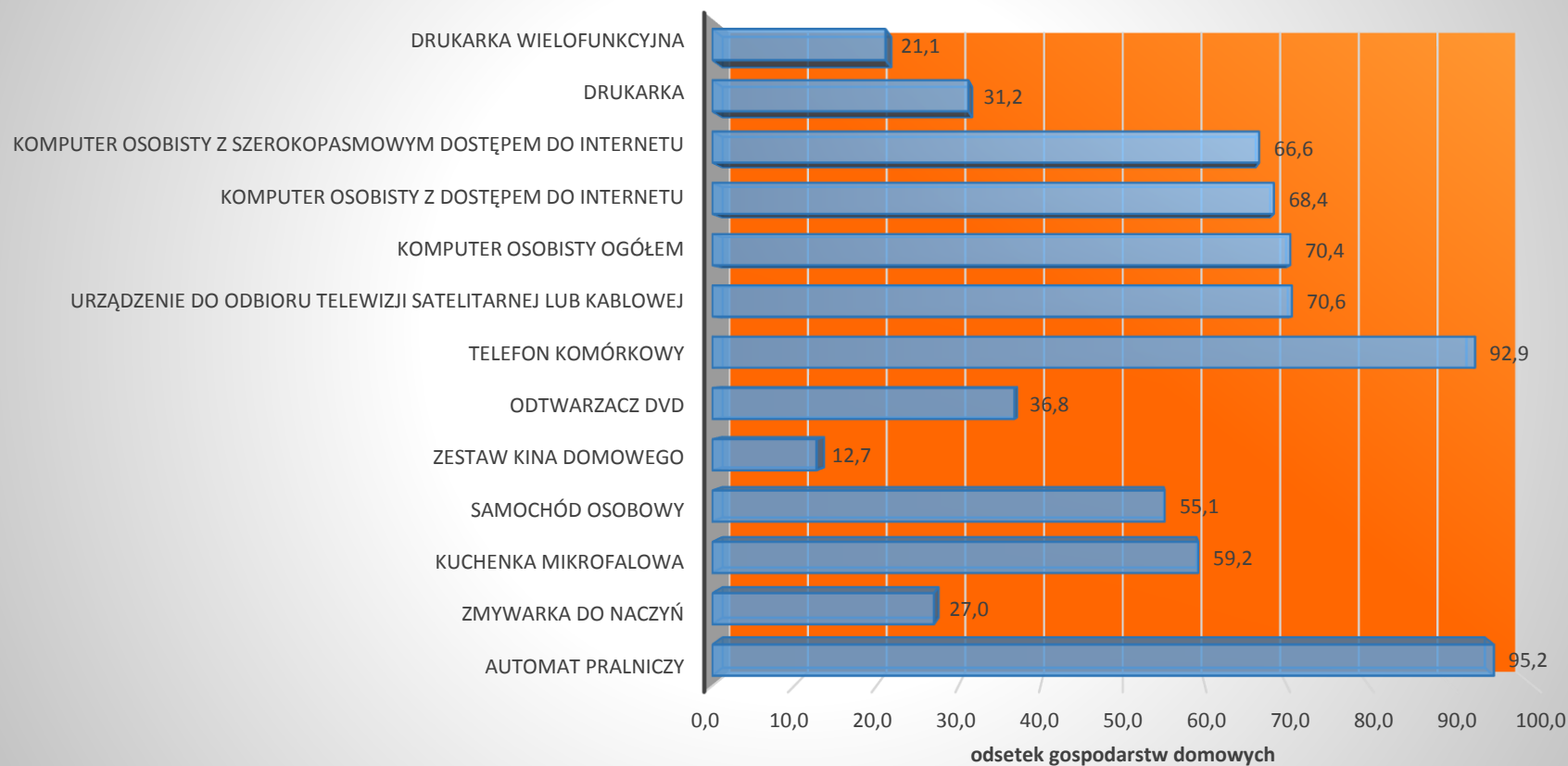
Barierą w rozwoju usług telemedycznych wśród seniorów stanowią również: brak umiejętności korzystania z komputera i telefonu komórkowego, brak wiedzy i świadomości dostępności systemów teleopieki dla osób w wieku podeszłym, wysoki koszt zakupu niezbędnego sprzętu komputerowego i innych narzędzi ICT, obawa przed utratą prywatności, obawa o bezpieczeństwo przesyłanych danych, brak regulacji prawnych, brak refundacji usług przez system opieki zdrowotnej. **[Bujnowska – Fedak i Grata – Borkowska, 2015]**

Istotne zatem wydaje się zbadanie stosunku osób w wieku podeszłym do nowoczesnych technologii komunikacyjnych. Seniorzy są zdecydowanie mniej od młodszych pokoleń otwarci

na tego typu nowości. Świadczy o tym chociażby gorsze wyposażenie gospodarstw domowych seniorów w dobra elektroniczne. Okazuje się, że jedynym urządzeniem elektronicznym, który występuje w gospodarstwach domowych seniorów tak powszechnie jak w gospodarstwach osób młodszych jest telewizor, przy czym rzadko jest to telewizor plazmowy. [**Czapiński i Błędowski, 2014**] Według GUS (2014) komputer posiada 42,2 % emerytów i 39,9% rencistów, komputer z dostępem do Internetu – 40,6% emerytów i 38,2 % rencistów, w tym 32,7% emerytów i 31,0 % rencistów ma dostęp szerokopasmowy. Telefon komórkowy w grupie emerytów i rencistów posiada grupa 85,3% ale tylko 9,9% ma smartfony. [**GUS 2014, Budżety gospodarstw**] Wyposażenie gospodarstw domowych w województwie dolnośląskim w dobra trwałego użytku przedstawia **rycina 32**.

Istotną determinantą, od której zależy wyposażenie gospodarstw domowych w dobra trwałego użytku jest wykształcenie. Wśród osób z wykształceniem wyższym 92,5% posiada komputer osobisty, 91,1% ma dostęp do Internetu, w tym 77% ma dostęp szerokopasmowy. Prawie wszyscy w tej grupie (98,8%) posiadają telefon komórkowy z czego ponad połowa ma smartfony. Dla porównania wśród osób z wykształceniem zawodowym jedynie 70,7% posiada komputer osobisty, a szerokopasmowy dostęp do Internetu ma jedynie 55,6%. W tej grupie 95,8% posiada telefon komórkowy, ale tylko 27,7% stanowią smartfony. [**GUS 2014, Budżety gospodarstw**]

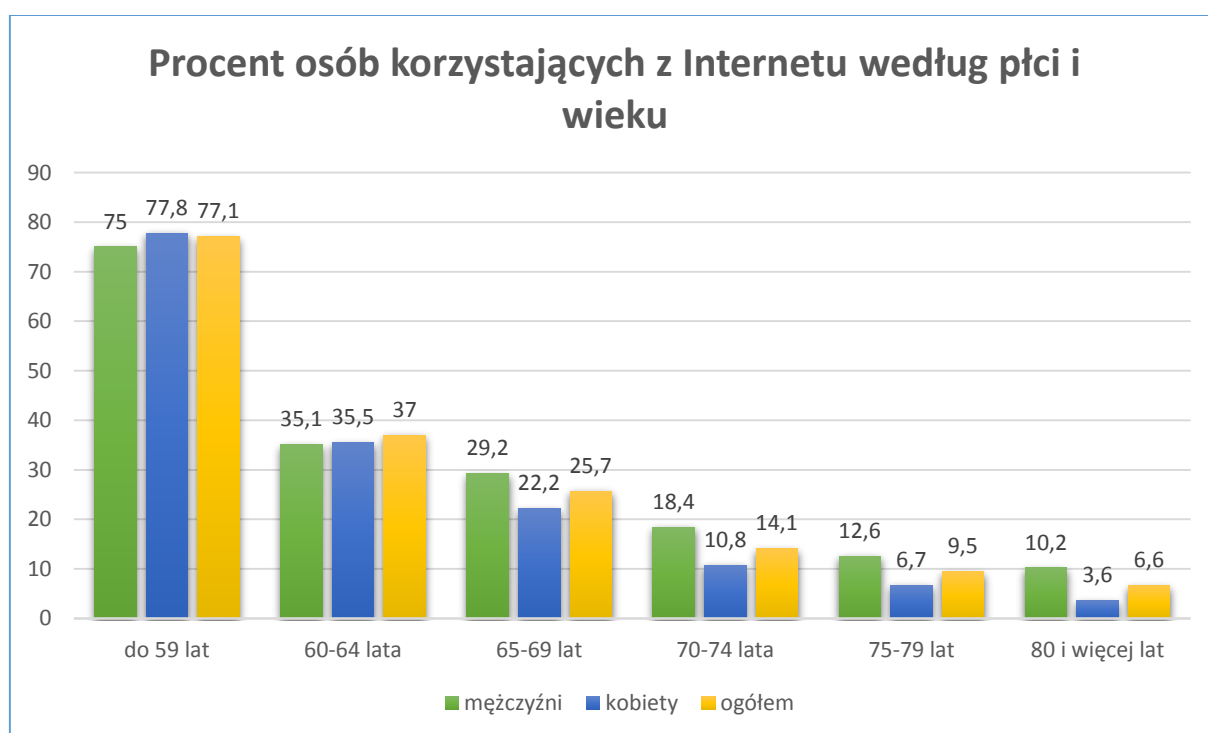
Wypożaenie ogółu gospodarstw domowych w 2014 roku w województwie dolnośląskim w dobra trwałego użytku



Rycina 32. Wypożaenie ogółu gospodarstw domowych w 2014 roku w województwie dolnośląskim w dobra trwałego użytku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

Według Czapińskiego i Błędowskiego seniorzy znacznie rzadziej posługują się komputerem i korzystają z Internetu aniżeli osoby młodsze. [Czapiński i Błędowski, 2014] Komputerem osobiście nigdy nie posługiwało się 33,0% osób w wieku 16 lat i więcej. Odsetek ten był bardzo silnie zróżnicowany według wieku; wynosił od niespełna 2% wśród osób w wieku 16–24 lata do niemal 94% w grupie osób w wieku 75 lat i więcej [GUS 2013. Jakość życia] Po 64 roku życia rośnie dysproporcja pomiędzy kobietami i mężczyznami – kobiety poświęcają tej aktywności mniej czasu od mężczyzn. Wśród osób „surfujących” w Internecie są te z najstarszej grupy wieku ale przeważają jednak osoby zaliczane do III wieku. Oznacza to, że w przyszłości przybędzie użytkowników tego medium co stwarza lepsze perspektywy dla rozwoju telemedycyny i teleopieki. [Czapiński i Błędowski, 2014] (rycina 33)



Rycina 33. Procent osób korzystających z Internetu według płci i wieku

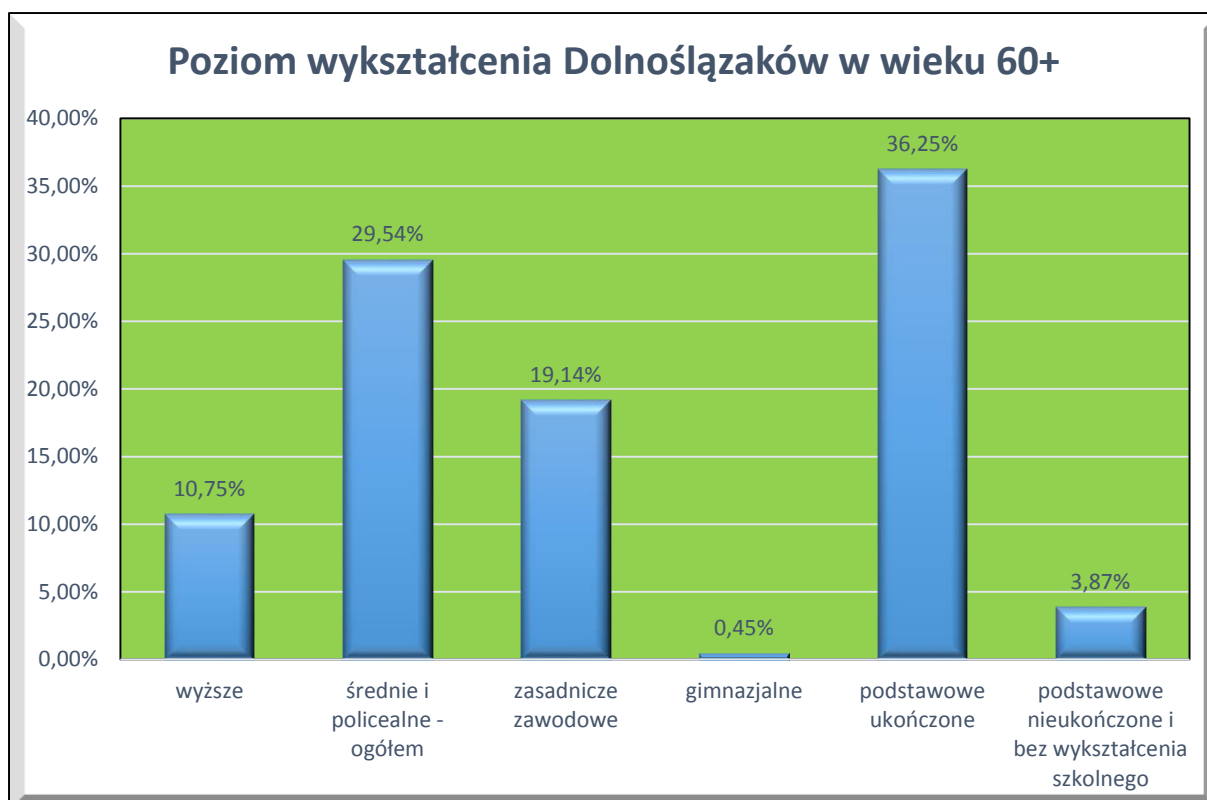
Czapiński J., Błędowski P. *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013.* Warszawa 2014. [Dostęp 28.12. 2015r].
http://www.diagnoza.com/pliki/raporty_tematyczne/Aktywnosc_spoeczna_osob_starszych.pdf

Osoby po 60 roku życia najczęściej wykorzystują Internet celu w sprawdzania i wysyłania poczty e-mail (51%), korzystania z banku (35%), czytania gazet i książek (28%), telefonowania (27%), posługiwania się komunikatorami umożliwiającymi rozmowy ze

znajomymi (25%), uzyskiwania informacji ze stron internetowych instytucji publicznych (23%). [Czapiński i Błędowski, 2014] Z innych badań przeprowadzonych w latach 2005–2012 wynika, że Internet był również używany przez 27,8% obywateli polskich w wieku 50+ dla celów zdrowotnych (poszukiwanie informacji, które pomogą przygotować się do wizyty lekarskiej, chęć uzyskania „drugiej opinii odnośnie wyników badań) [Bujnowska – Fedak i Kurpas, 2015] Proporcja Polaków, którzy używają Internetu w celach zdrowotnych istotnie wzrosła w tym czasie i wynosiła ona odpowiednio 41,7% w 2005 roku, 53,3% – w 2007 roku i 66,7% – w 2012 roku. [Bujnowska – Fedak, 2015]

O otwarciu na nowoczesne technologie komunikacyjne decyduje również poziom wykształcenia. Seniorzy gorzej wykształceni są prawie w 100% wykluczeni cyfrowo. [Czapiński i Błędowski, 2014] Tę tezę potwierdza poniekąd inne badanie w którym, użytkownicy Internetu mieli istotnie statystycznie częściej wyższy poziom wykształcenia, a osoby nieużywające Internetu znacznie częściej miały wykształcenie podstawowe lub zawodowe. [Bujnowska – Fedak, 2015]

Według GUS w 2011 roku osoby w wieku 60 lat i więcej zamieszkujące Dolny Śląsk legitymowały się poziomem wykształcenia zaprezentowanym na **rycynie 34**. W badanej próbie jedynie 59757 (10,75%) osób w wieku 60+ legitymowało się wyższym, a 164 290 (29,54%) – średnim wykształceniem. Pozostałe osoby w liczbie 332 050 (59,71%) miały wykształcenie niższe od omawianego, w tym: 106 419 (19,14%) zasadnicze zawodowe, gimnazjalne (2 496, 0,45%), ukończone podstawowe (201 588, 36,25%), nieukończone podstawowe bądź też były bez jakiegokolwiek wykształcenia (21 547, 3,87%).



Rycina 34. Poziom wykształcenia Dolnoślązaków w wieku 60+

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych,
http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Oprócz stosunkowo niskiego poziomu wykształcenia seniorów inną barierą w dostępie do usług telemedycznych może być niska samoocena tej grupy w zakresie statusu ekonomicznego i postrzeganie swojej sytuacji finansowej jako trudnej. [Kielar, 2009] Jedynie 15,9% emerytów ocenia swoją sytuację materialną jako dobrą, a 6,5% jako bardzo dobrą. Według pozostałych sytuacja ta jest przeciętna, bardzo zła lub zła. [GUS 2014, Budżety gospodarstw]

Innym wymienianym ograniczeniem w upowszechnianiu usług telemedycznych wśród osób w wieku podeszłym może być silna potrzeba tworzenia spersonalizowanej więzi w kontakcie ze swoim lekarzem. [Kielar, 2009; Bujnowska – Fedak i Grata – Borkowska 2015] Z badań Bujnowskiej – Fedak (2015) wynika, że 61% seniorów odczuwa silną potrzebę bezpośredniego kontaktu z pracownikami służby zdrowia; co oznacza, że usługi telemedycyny oparte o zdalny kontakt często nie są postrzegane jako preferowane przez omawianą grupę. [Bujnowska–Fedak i Mastalerz–Migas, 2015]

Jak już wcześniej wspomniano jednym z istotnych ograniczeń może być również obawa przed utratą prywatności. Zarówno prywatność jak i bezpieczeństwo są istotnymi elementami podczas budowania zaufania do systemów telemedycznych. Wyciek poufnych informacji, takich jak wyniki testów lub zdrowia, może mieć negatywny i dalekosiężny wpływ na osobistym i zawodowym życiu pacjenta [**Bujnowska – Fedak i Grata – Borkowska, 2015**] Konieczne jest zatem zwiększenie bezpieczeństwa i godności seniorów w obszarze życia społecznego, prawnego i finansowego poprzez dostarczenie rekomendacji adresowanych do nich dotyczących jakości technologii, umów cywilno–prawnych i innych zagadnień, których pojmowanie przez osoby w starszym wieku jest utrudnione. [**Założenia Długofalowej Polityki**]

Wiele kontrowersji budzi również kwestia uregulowań prawnych. Ministerstwo Zdrowia podejmuje szereg inicjatyw ustawodawczych dotyczących uregulowania dalszego rozwoju telemedycyny i wykorzystania jej w leczeniu osób w wieku podeszłym. Jednakże, mimo kolejnych zapowiedzi nie ma ustawowych regulacji dotyczących prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, które mogłyby objąć również usługi telemedyczne. [**Hetmanowska, 2014**] Na przeszkodzie upowszechnienia telemedycyny w naszym kraju stoją ograniczenia prawne wynikające w szczególności z Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wymagające orzekania o stanie zdrowia dopiero po uprzednim osobistym zbadaniu pacjenta. [**Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza**] Wciąż brakuje precyzyjnej regulacji prawnej dotyczącej odpowiedzialności za zdrowie pacjenta i jakości świadczonych usług w tym bezpieczeństwa gromadzenia i przetwarzania danych osobowych oraz archiwizowania dokumentacji medycznej [**Hetmanowska, 2014**]

Warto odpowiedzieć na pytanie, czy wobec omówionych powyżej trudności oraz negatywnych ocen jakie Polska otrzymała w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI) między innymi za internetowe lub dostępne przez całą dobę telefoniczne źródło informacji o systemie, katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości, rozpowszechnienie e–dokumentacji medycznej, dostęp do e–rejestracji oraz e–recepty [**Kurpiński, 2016**] rozwiązania z zakresu telemedycznej opieki geriatrycznej w Polsce w najbliższym czasie mają realne szanse wdrożenia?

4. Wnioski i rekomendacje

1. Przeciętny czas dalszego trwania życia jest dłuższy wśród zamieszkujących miasta w porównaniu z mieszkańcami wsi. Wskazuje to na potencjalnie większe zapotrzebowanie na różne formy pomocy i wsparcia dla najstarszych mieszkańców miast.
2. Kobiety częściej niż mężczyźni mogą być narażone na ubóstwo, wykluczenie materialne, potencjalnie w większym stopniu mogą wymagać wsparcia społecznego, ponieważ emerytury kobiet są przeciętnie niższe niż emerytury mężczyzn. Szczegółnej uwagi wymaga podregion miasta Wrocław przez wzgląd na wysoki współczynnik feminizacji.
3. Wskaźniki udziału osób w wieku 60 lat i więcej jak i osób w wieku 80 lat i więcej w liczbie mieszkańców województwa dolnośląskiego ogółem są wyższe od wskaźników ogólnopolskich. Najwyższe wartości omawianych wskaźników obserwuje się w podregionie miasta Wrocław – 4,48% dla osób w wieku 80 lat i więcej oraz 22,89% dla osób w wieku 60 lat i więcej.
4. Populacja dolnośląska znajduje się w fazie mocno zaawansowanego stanu starości o czym świadczy wysoki udział osób w wieku 60 i więcej lat w populacji ogólnej zamieszkującej ten teren - 20,28%.
5. Duże zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjno – opiekuńcze mogą wykazywać owdowiałe lub rozwiedzione kobiety w wieku podeszłym z niskim poziomem wykształcenia, zamieszkujące wieś.
6. Hospitalizacje Dolnoślązaków w wieku 60 lat i więcej w szpitalach ogólnych z powodu niedostępności innych placówek świadczących usługi medyczne z zakresu rehabilitacji i pielęgnacji może być konsekwencją niedostatecznej liczby miejsc w ośrodkach tego typu.
7. Wzrost zapotrzebowania emerytów i rencistów na usługi placówek ochrony zdrowia w ciągu ostatnich czterech lat może pośrednio świadczyć o: pogarszającym się stanie zdrowia tej grupy osób, pogarszającej się samoocenie zdrowia emerytów i rencistów, przykładaniu większej wagi do dbałości o własne zdrowie bądź też o większych oczekiwaniach od systemu ochrony zdrowia.
8. Należy spodziewać się, że poziom potrzeb niezaspokojonych u pacjentów w wieku podeszłym potencjalnie może być znacznie wyższy i rosnąć wraz z wiekiem wskutek obniżania się aktywności, progresji chorób przewlekłych, nasilania wielochorobowości,

postępującej niepełnosprawności, ale również wdowieństwa i wynikającej z niego samotności oraz nasilającej się izolacji społecznej.

9. Progresja wieku nie zawsze będzie jednoznaczna z pogarszającą się sprawnością ruchową i będzie zależna od dotychczasowej aktywności fizycznej osób oraz występowania niektórych grup rozpoznań, między innymi zaburzeń funkcji poznawczych. Planowanie opieki nad pacjentem w wieku 60+ powinno być więc zindywidualizowane i oparte na analizie jego personalnych potrzeb, zwłaszcza niezaspokojonych.
10. W latach 2012–2014 zauważalna jest tendencja do wzrostu liczby dni absencji chorobowej osób w wieku 60 lat i więcej co sugeruje pogarszający się z roku na rok stan zdrowotny tej grupy.
11. Wraz z progresją wieku stopień niepełnosprawności się zwiększa. Wśród Dolnoślązaków w wieku 60+ najczęściej występuje poziom niepełnosprawności znaczny. Zdecydowanie większą grupę pod względem rozpatrywanego typu niepełnosprawności stanowią kobiety. Najwięcej niepełnosprawnych prawnie było w podregionie wałbrzyskim, w podregionie miasto Wrocław i podregionie jeleniogórskim.
12. Niskie kwoty rent rodzinnych i emerytur rolniczych mogą skutkować ubóstwem w okresie starzenia się oraz brakiem możliwości zabezpieczenia podstawowych potrzeb w zakresie egzystencji i partycypacji w życiu lokalnej społeczności. W przyszłości również sytuacja dochodowa emerytów uzyskujących świadczenia emerytalne w systemie pracowniczym może być znacznie trudniejsza niż obecnie, gdyż przewidywane jest kształtowanie się wysokości tych świadczeń w przyszłości, na poziomie relacji dzisiejszych emerytur rolniczych do przeciętnego wynagrodzenia. Symulacje wykonywane dla świadczeń wypłacanych z nowego systemu emerytalnego wskazują, że relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia ukształtuje się na poziomie około 40%.
13. Kobiety w wieku podeszłym zamieszkujące gospodarstwa trzyrodzinne lub większe mogą mieć niską pozycję społeczną w rodzinie i potencjalnie mogą być narażone na niezaspokojenie potrzeby szacunku. Najwięcej tego typu gospodarstw występuje w kolejności w podregionie wrocławskim, jeleniogórskim oraz wałbrzyskim.
14. Osoby powyżej 65 roku życia stanowią najmniej pożądaną kategorię wolontariuszy. Podmioty, korzystające z pracy wolontariuszy chętniej przyjąłby wolontariusza niepełnoletniego niż takiego, który ma 65 lat lub więcej. Poprawa sytuacji materialnej

seniorów, niwelowanie negatywnych stereotypów na temat starości i aktywizacja seniorów powinny stanowić priorytetowe działania lokalnych i centralnych władz na rzecz tej grupy w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu – główna rola w tych działaniach powinni odgrywać wolontariusze w wieku 60+.

15. Osoby w wieku podeszłym oczekują szkoleń przybliżających im nowe technologie ułatwiające codzienne funkcjonowanie. Wyrażają potrzebę zdobywania umiejętności w zakresie obsługi sprzętu komputerowego, korzystania z Internetu, telefonów komórkowych, sprzętu multimedialnego i obsługi bankomatu.
16. Promowanie aktywności edukacyjnej oraz wszelkich innych form aktywności społecznej ma na celu przeciwdziałanie izolacji społecznej osób w podeszłym wieku i jest szczególnie ważne wśród osób z niskim poziomem wykształcenia, mieszkających na wsi oraz wśród mężczyzn.
17. Ludność napływowa ze wschodu jest słabo zakorzeniona w tradycyjnym środowisku przez co w większym stopniu jest narażona na rozbieżności społecznych. Przekłada się to na mniejszą kontrolę społeczną, gorszą motywację do życia i większą skłonność do czynów samobójczych.
18. W latach 2012–2014 obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie liczby osób po 65 roku życia leczonych w poradniach zdrowia psychicznego oraz w poradniach uzależnień, w tym również wzrost liczby leczonych po raz pierwszy.
19. Wysoka liczba chorych ze schorzeniami stanowiącymi czynnik ryzyka rozwoju wtórnego otępienia, znaczny udział zmian pierwotnie zwyrodnieniowych, wyższy wskaźnik nasilenia symptomów zaburzeń depresyjnych wśród osób w wieku podeszłym w relacji do młodszej populacji, zwiększone ryzyko samobójstw m.in. jako konsekwencja słabego zakorzenienia Dolnoślązaków w tradycyjnym środowisku, w połączeniu z postępującym starzeniem się populacji, stwarzają konieczność rozwoju instytucji służących zapewnieniu wielokierunkowej opieki dla wzrastającej liczby chorych z ograniczoną samodzielnością.
20. Podregiony o ujemnym saldzie migracji w ostatnich latach (wałbrzyski, jeleniogórskim i legnicko-głogowski) wymagają szczególnej uwagi władz i podmiotów odpowiedzialnych oraz nakładu środków finansowych na organizację opieki nad osobami w wieku podeszłym, gdyż zapotrzebowanie w tym regionie na tę opiekę może być większe niż w pozostałych podregionach województwa.

21. Maleje potencjalna możliwość zapewnienia pielęgnacji osobom w wieku 80+ przez dolnośląskie rodziny. Wartość wskaźnika pielęgnacji przejawia niezmiennie tendencję spadkową przyjmując wartość 572,51 w roku 2002 aż do wartości 141,59 w roku 2050 (czterokrotne obniżenie o – 404,34 %).
22. Stabilna opieka rodzinna stanowi alternatywę dla deficytowych usług sektora publicznego. Prognozowany niedobór opiekunów rodzinnych będzie wymagał od świadczeniodawców wspierania tej nieformalnej opieki.
23. Ze względu na zmiany jakie zachodzą w polskiej rodzinie ważne jest zabezpieczenie społeczne osób w wieku podeszłym w tzw. system świadczeń i uprawnień gwarantujących bezpieczeństwo socjalne jednostce (ubezpieczenia społeczne, ochronę zdrowia, pomoc społeczną oraz pomoc rodzinie w wypełnianiu funkcji opiekuńczych).
24. Przy planowaniu i realizacji działań na rzecz poprawy sytuacji osób w wieku podeszłym i niesamodzielnych nieodzownym elementem jest rozwijanie środowiskowych usług opiekuńczych, wspierających podopiecznego i jego opiekuna rodzinnego oraz rozbudowa sektora instytucjonalnej opieki długoterminowej wspierającej opiekę domową. Ostatecznie jednak optymalizacja opieki nad osobami w wieku podeszłym powinna kierować się w stronę utrzymania pacjenta jak najdłużej w środowisku domowym, jednakże do osiągnięcia tego celu konieczne jest wsparcie opiekunów przez szeroko rozumianą instytucję państwa.
25. Przeciętnego emeryta ani jego rodziny nie stać na pokrycie kosztów pobytu członka rodziny będącego pensjonariuszem prywatnego domu opieki.
26. Kobiety pozostają we wdowieństwie dłużej niż mężczyźni i dodatkowo ich świadczenia emerytalne są niższe, wpływa to negatywnie na możliwość zakupu usług opiekuńczych w ramach sektora prywatnego.
27. Perspektywa zwiększania się liczby osób w wieku podeszłym, jak również feminizacja starości i związane z nią mniejsze możliwości zakupu usług opiekuńczych przez kobiety w ramach sektora prywatnego powodują, że w najbliższych latach należy spodziewać się dynamicznego wzrostu kosztów co pociągnie za sobą konieczność zwiększenia nakładów na opiekę długoterminową.
28. Podkreśla się celowość rozwoju wolontariatu opiekuńczego w sąsiedztwie i w środowisku lokalnym.
29. Do usług najmniej pożądanых przez seniorów należą realizacja programów interwencyjno–wspierających oraz organizacja grup wsparcia. Najbardziej pożądanymi

usługami są: przeprowadzenie interwencji (pomocy) kryzysowej dla osób w wieku podeszłym i ich rodzin (opiekunów) oraz mediacji w sprawach konfliktów międzypokoleniowych w rodzinie. Dolnośląscy seniorzy chcieliby, aby lokalna oferta usług skierowana do osób w wieku podeszłym rozszerzona została o pomoc domową, możliwość zamówienia posiłku do domu, wykonania leczniczego pedicure oraz „zakupów na telefon”.

30. Zasadniczo brakuje miejsc oferujących wsparcie osobom z zaburzeniami otępiennymi oraz ich opiekunom przez odciążenie opiekuna. Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze na ogół przewyższa realne możliwości uzyskania pomocy a opieka prywatna związana jest z wysokimi opłatami.
31. Potrzeby opiekunów skupiają się nie tylko na oczekiwaniu wsparcia psychologicznego dającego zdolność do utrzymania właściwych relacji z podopiecznym, zapobiegającego zaburzeniom afektu i zespołowi „obciążenia”, ale również na nauce zasad udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach kryzysowych, przyswojeniu praktycznych sposobów opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, nabyciu umiejętności prowadzenia prostych zabiegów medycznych, administrowania lekami, oklepywania zapobiegającego odleżynom, wykonywania prostych masażu i prostych zabiegów rehabilitacyjnych, pomiaru ciśnienia i opatrywania ran.
32. Wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa, pogarszającej się z wiekiem wydolności czynnościowej i wzrastającej liczby osób żyjących z więcej niż jedną chorobą przewlekłą należy spodziewać się zwiększonego zapotrzebowania na wsparcie instrumentalne w zakresie pomocy społecznej. Najwięcej zleceń na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny odnotowano w kolejności: w dużych miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców – 32 725 zleceń (32,57%), w miastach liczących od 20 do 100 tysięcy mieszkańców – 25 113 zleceń (25,00%), na wsiach – 24 501 (24,39%) oraz w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców 18.017 (17,93%).
33. Z analizy zapotrzebowania na poszczególne rodzaje wyrobów wnioskować można, że w 2015 roku osoby w wieku 60 lat i więcej: najczęściej realizowały zlecenia na pieluchomajtki (37 645 zleceń, co stanowiło 37,47% wszystkich zleceń w 2015 roku w omawianej grupie), okulary, soczewki, lupy, monokulary (18713 zleceń, 18,63%), ortezy (8243 zlecenia, 8,20%), aparaty słuchowe (7511 zleceń, 7,48%), wkładki uszne (5707, 5,68%), sprzęt stomijny (3855, 3,84%), materace i poduszki przeciwoleżynowe (2874, 2,86%).

34. W kontekście szybko postępującego procesu starzenia się populacji europejskiej jak również zmian zachodzących w strukturze potrzeb zdrowotnych i wymagań wobec sektora zdrowia, szczególnego znaczenia nabiera coraz większe upowszechnienie usług z zakresu telemedycyny. Przewidywany wzrost użytkowników Internetu wśród osób wieku 60 lat i więcej w przyszłości stwarza lepsze perspektywy dla rozwoju telemedycyny i teleopieki. O otwarciu na nowoczesne technologie komunikacyjne decyduje w dużej mierze poziom wykształcenia.

5. Spis piśmiennictwa

- Abramowska-Kmon A., Instytut Statystyki i Demografii, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. O nowych miarach zaawansowania procesu starzenia się ludności. *Studia Demograficzne* 1(159) 2011.
- Absencja chorobowa w 2014 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych. Warszawa 2015. [Dostęp 25.12.2015r]
<http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202014%20roku.pdf>
- Absencja chorobowa w 2013 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych. Warszawa 2014. [Dostęp 25.12.2015r]
http://www.zus.pl/files/Absencja_chorobowa_w_2013_roku.pdf
- Absencja chorobowa w 2012 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych. Warszawa 2013. [Dostęp 25.12.2015r]
<http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202012%20roku%20.pdf>
- Adresy zakładów opiekuńczo – leczniczych. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na:
<http://www.pomocnedlonie.pl/opieka-i-pielegnacja/adresy-zakladow-opiekunczo-leczniczych#Dolno%C5%9Bl%C4%85skie>
- Aktywizacja społeczno – kulturalna osób starszych w województwie kujawsko – pomorskim na przykładzie klubów seniora. Toruń 2013. [Dostęp 13.12. 2015r].
http://www.rcrs.pl/pliki/opracowania/aktywizacja_spoeczno-kulturalna_osob_w_wieku_podeszlym.pdf
- Albert MS, DeKosky ST., Dickson D., Dubois B., Feldman HH., Fox NC., Gamst A., Holtzman DM., Jagust WJ., Petersen RC., Snyder PJ., Carrillo MC., Thies B., Phelps CH. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011 May;7(3):270–9. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.008.
- Andreassen H. K., Bujnowska-Fedak M. M., Chronaki C. E., Dumitru R. C., Pudule I., Santana S., Voss H., Wynn R. European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. *BMC Public Health* 2007, 7:53 doi:10.1186/1471-2458-7-53.
- Antczak A. Zastosowanie telepielęgniarstwa w praktyce pielęgniarstwa neurologicznego. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013, Tom 2, Numer 3, Strony 130–134
- Antonicelli, R., Testarmata, P., Spazzafumo, L., Gagliardi C., Bilo G., Valentini, M., Olivieri, F., Parati G. Impact of telemonitoring at home on the management of elderly patients with congestive heart failure. *J Telemed Telecare.* 2008; 14 (6): 300–5.
- Antonopoulou MD, Alegakis AK, Hadjipavlou AG, Lionis CD. Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2009; 20(10): 143.

- Ashitomi I. Examination of physical and psychological health conditions and the influence factors of home helpers. *J. UOEH* 2005; 27(4): 325–338.
- Augustyn M., Błędowski P., Wyrwicka K., Łukasik J., Witkowska B., Wilmowska – Pietruszyńska A., Rutkowska Z. Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. Warszawa 2009. Dostęp: 29.01.2016. Dostępny na : <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/kierunki/ODzielona.pdf>
- Balzi D., Lauretani F., Barichielli A., Ferruci L., Bandinelli S., Buiatti E., Milaneschi Y., Guralnik J.M. (2010). Risk factors for disability in older person over 3 year follow – up. *Age – Ageing* 39: 92–98.
- Bank Danych Lokalnych GUS. [Dostęp 13.12. 2015r].
http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks
- Bassuk S.S., Glass T.A., Berkman L.F. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med.* 1999 Aug 3;131(3):165–73.
- Barth J, Schneider S, von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2010 Apr;72(3):229–38. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d01611.
- Bazy organizacji pozarządowych. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na:
http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?wyniki=1&kryt_nazwa=&kryt_miasto=&kryt_woj=1&kryt_pola=6
- Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego 2014. [Dostęp 13.12. 2015r]. <http://www.duw.pl/pl/urząd/zdrowie-publiczne/informacje-statystyczn/biuletyn-statystyczny/2443,Biuletyn.html>
- Bidzan L., Marcinkiewicz M. Ocena funkcjonowania osób z otępieniem zamieszkujących w domach opieki. *Psychiatr Pol*, 2005; 2(4): s. 349–360.
- Bierzuński, Ł. Telemedycyna i jej wpływ na rozwój opieki zdrowotnej. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2009. 2(32):153–155.
- Biuletyn statystyczny województwa dolnośląskiego III kwartał 2015. Tablice. [Dostęp 27.12.2015r] <http://wroclaw.stat.gov.pl/opracowania-biezace/komunikaty-i-biuletyny/inne-opracowania/biuletyn-statystyczny-wojewodztwa-dolnoslaskiego-iii-kwartal-2015-r-,2,19.html>
- Bluestone K. The future of development is ageing. [in:] OECD (2015), Ageing: Debate the Issues, OECD Insights, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264242654-en>
- Błędowski P. Szatur – Jaworska. B. Szweda – Lewandowska Z. Kubicki P. Raport na temat sytuacji osób w wieku podeszłym w Polsce. Warszawa 2012. [Dostęp 13.12. 2015r].
http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf

- Błędowski P. Sytuacja materialna osób starych [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.
- Błędowski P. Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starszych, Warszawa 2002, s. 93.
- Błędowski P. Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035, [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań 2012. Dostęp 09.12.2015 r <http://ptg.otbd.pl/pliki/polsenior.pdf>
- Błędowski P. Potrzeby opiekuńcze osób starszych. [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.
- Bogowolska–Wepścię M., Dąbrowska G., Klakocar J. i wsp. Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów. Raport z badań. Część II. Analiza wyników badań. Wrocław 2008
- Bojanowska E. Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie. [w:] Hryniewicz J. O sytuacji ludzi starszych. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2012. [Dostęp 13.12. 2015r]. http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_POZ_O_sytuacji_ludzi_w_wieku_podeszlym_2012.pdf
- Bosworth HB., Powers BJ., Oddone EZ. Patient self–management support: novel strategies in hypertension and heart disease. *Cardiol Clin.*, n. 28(4):655–63, 2010.
- Boutin–Foster C. Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart Lung* 2005; 34: 22–29.
- Bugajska B. Samobójstwo w starości. [w:] Życie w starości. Red. B. Bugajska. U.Sz. Szczecin 2007.
- Bujnowska – Fedak M.M. Trends in use of the Internet for health purposes in Poland. *BMC Public Health* (2015) 15:194 DOI 10.1186/s12889–015–1473.
- Bujnowska – Fedak M. M., Kurpas D. The influence of online health information on the attitude and Behavior of people Aged 50+. *Adv Exp. Medicine, Biology – Neuroscience and Respiration* (2015) 14: 1–17 DOI 10.1007/5584_2015_13 2015.
- Bujnowska – Fedak M.,M. Grata – Borkowska U. Use of telemedicine–based care for the aging and elderly: promises and pitfalls. *Smart Homecare Technology and TeleHealth* 2015;3 91–105.
- Bujnowska–Fedak MM, Mastalerz–Migas A. Usage of medical internet and e–health services by the elderly. *Adv Exp Med Biol.* 2015;834: 75–80.
- Bujnowska – Fedak M., M. Tomczak M. Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e–zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*

2013; 11 (4): 302–317 www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie, doi:10.4467/20842627OZ.14.030.2169

Broczek K., Mossakowska M., Szybalska A., Kozak – Szkopek E., Ślusarczyk P., Wieczorowska – Tobis K., Parnowski T. Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.

Brumley R, Enguidanos S, Cherin D: Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *J Palliat Med* 2003; 6(5): 715–724.

Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al: Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(7): 993–1000

By Well– VictoryaHome– Create Possibilities. Dostęp : 04.02.2016. Dostępny na: <http://www.victoryahome.eu/be-well-victoryahome-create-possibilities.5480465.html>

Canam C, Acorn S: Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabil Nurs*. 1999; Sep–Oct; 24(5): 192–196, 200.

CBOS 2007. Czy zmienia się stosunek Polaków do starości,. Dostęp : 21.01.2015 r. Dostępny na : http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_033_07.PDF

Centrum Spotkań dla osób z otępieniem oraz ich opiekunów we Wrocławiu. Dostęp: 31.01.2016. Dostępny na : <http://centrumspotkan.pl/wp-content/uploads/2015/05/ulotka.pdf>

Chung MC, Berger Z, Jones R, Rudd H. Posttraumatic stress and co-morbidity following myocardial infarction among older patients: the role of coping. *Aging Ment. Health* 2008; 12: 124–133.

Clifford RJ., Albert MS., Knopman DS., MacKhann DM., Sperling RA., Carrillo MC., Thies B., Phelps CH. Introduction to the recommendations from the National Institute on Ageing–Alzheimer’s. Association workgrups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. [Alzheimers Dement.](http://www.alzheimersdement.com) 2011 May;7(3):257–62. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.004.

Ciura G. Gospodarstwa emerytów na tle innych typów gospodarstw domowych. [w:] Ciura G., Zgliczyński W. Starzenie się polskiego społeczeństwa Nr 2 (30) 2012. *Studia Biura Analiz Sejmowych*. Warszawa 2012. [Dostęp 28.12.2015r]. [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/40433556A9FC5068C1257A36004831AA/\\$file/S_BAS_30.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/40433556A9FC5068C1257A36004831AA/$file/S_BAS_30.pdf)

Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM Jr. Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*. 1997 Jun 25;277(24):1940–4.

- Coventry PA, Small N, Panagioti M, Adeyemi I, Bee P. Living with complexity; marshalling resources: a systematic review and qualitative meta-synthesis of lived experience of mental and physical multimorbidity. *BMC Fam Pract.* 2015 Nov 24;16(1):171. doi: 10.1186/s12875-015-0345-3.
- Czapiński J., Błędowski P. Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. *Diagnoza społeczna 2013.* Warszawa 2014. [Dostęp 28.12. 2015r]. http://www.diagnoza.com/pliki/raporty_tematyczne/Aktywnosc_spoleczna_osob_starszych.pdf
- Czapiński J., Panek T. *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków 2011.* Warszawa 2012. [Dostęp 28.12. 2015r]. http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2011.pdf
- Czapiński J., Panek T. *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków 2013.* Warszawa 2014. [Dostęp 30.12. 2015r]. <http://ce.vizja.pl/en/issues/volume/7/issue/3.1>
- Czapiński J., Panek T. *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków.* Warszawa 2014. http://analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/DS2013/Raport_glowny_Diagnoza_Spoleczna_2013.pdf
- Czapiński J., Panek T. *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków 2015.* Warszawa 2015. [Dostęp: 13.02.2016]. http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf
- Czekanowski P. Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie. [w:] Synak B. *Polska starość.* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 2002 s. 140–172
- Dane uzyskane z NFZ:
- zestawienie poszczególnych wyrobów medycznych ze wskazaniem ilości zrealizowanych zleceń na zaopatrzenie oraz z wykazaną kwotą refundacji
 - zestawienie poszczególnych wyrobów medycznych ze wskazaniem nazwy miejscowości wykazanej w adresach zamieszkania świadczeniobiorców wraz z ilością zrealizowanych zleceń oraz kwotą refundacji
- Dąbrowska P. Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. *Kwartalnik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides et Ratio.* ISSN 2082–7067 2(6)2011. [Dostęp 13.12. 2015r]. <http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/2011-2Fides.pdf>
- Demiris G, Speedie S., Finkelstein S., Harris I. Communication patterns and technical quality of virtual visits in home care. *J Telemed Telecare*, n. 9(4):210–5, 2003.
- Dworniczak M.. *Telemedycyna, czyli Internet w służbie Eskulapa.* <http://magazynt3.pl/telemedycynaczyli-internet-w-sluzbie-eskulapa/> , 2008
- Dinicola G, Julian L, Gregorich SE, Blanc PD, Katz PP. The role of social support in anxiety for persons with COPD. *J Psychosom Res.* 2013;74(2):110e115. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.022.

Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2014–2020. Załącznik do uchwały nr XLIV/1470/13 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 19 grudnia 2013 r.

Długosz–Mazur E, Bojar I, Gustaw K. Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. *Med Og Nauk Zdr* 2013;19(4):458–462.

Drobnik J., Susło R., Krzesińska – Nowacka A., Muszyńska A., Mastalerz – Migas A., Pirogowicz I. Analiza występowania otępienia oraz chorób powodujących zespoły otępienne w populacji Dolnego Śląska. *Family Medicine & Primary Care Review* 2010; 12; 1: 9–14.

http://www.familymedreview.org/files/2010/pdf_012010/2_original_papers_9_46.pdf

Drobnik J., Susło R., Kurpas D, Trnka J. Analiza systemu opieki nad osobami starszymi i ich potrzeb zdrowotnych na Dolnym Śląsku. *Family Medicine & Primary Care Review* 2010; 12; 1: 9–14.

Dyga–Konarska M Informacyjne i emocjonalne wsparcie pacjenta przez personel medyczny. *Standardy Medyczne* 2004; 5:599–604.

European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations- 2012 [Dostęp 17.01.2016]. Dostępny na <http://ec.europa.eu/archives/ey2012/ey2012main9ef0.html>

Fukuyama F., *Koniec człowieka*, Wyd. Znak, Kraków 2004. Dostęp 08.12.2015 Dostępny na URL: <http://docplayer.pl/905690–Francis–fukuyama–koniec–czlowieka–konsekwencje–rewolucji–biotechnologicznej–przekład–bartłomiej–pietryk.html>

Frangou S., Sachpazidis I., Stassinakis A., Sakas G. Telemonitoring of medication adherence in patients with schizophrenia. *Telemed J E Health*. 2005 Dec;11(6):675–83..

Gajda M. Orzecznictwo od A do Z. *Magazyn Integracja* 1/2006. Dostęp: 06.02.2016. Dostępny na: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/15120>

Gałązka – Petz B. Uwagi o dochodach emerytalno– rentowych.[w:] Hryniewicz J. O sytuacji ludzi starszych. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2012. [Dostęp 13.12. 2015r].
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_POZ_O_sytuacji_ludzi_starszych_2012.pdf

Gałązka M „Siwiejąca populacja”, etyczna, społeczna i ekonomiczna waloryzacja starości. W: X Ogólnopolska Konferencja Etyka w życiu gospodarczym z odrębnymi sesjami „Problemy etyczne środowiska akademickiego” Łódź, 11–12 maja 2006 : streszczenia referatów. Łódź 2006 s. 18–19. [Dostęp 13.12. 2015r].
http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2007/2007_02_galuszka_83_93.pdf

Garrett G. Potrzeby zdrowotne ludzi starszych, Warszawa 1990, s. 54.

Gauthier S., Albert M., Fox N., Goedert M., Kivipelto M., Mestre-Ferrandiz J., Middleton L.T. Why has therapy development for dementia failed in the last two decades? *Alzheimer's & Dementia* 12 (2016) 60-64

- Gervasoni N, Legendre–Simon P, Aubry JM, Gex–Fabry M, Bertschy G, Bondolfi G. Early telephone intervention for psychiatric outpatients starting antidepressant treatment.. Nord J Psychiatry. 2010 Aug;64(4):265–7.
- Giannakouris K (2008): *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, Statistics in Focus 72. Eurostat. [Dostęp 13.12. 2015r].
<http://www.apapr.ro/images/BIBLIOTECA/demografie/eurostat%20focus%202008.pdf>
- Goryński P., Wojtyniak B. Stan zdrowia osób starszych w Polsce w porównaniu do innych krajów europejskich. , [w:] *Starzejące się społeczeństwo wyzwaniem dla zdrowia publicznego* pod red. Karakiewicz B. Jurczak A. Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. 2014.
- GUS. Budżety gospodarstw domowych w 2014 roku. Warszawa 2015. [Dostęp 28.12. 2015r].<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/sytuacja-gospodarstw-domowych-w-2014-r-w-swietle-wynikow-badan-budzetow-gospodarstw-domowych,3,14.html>
- GUS 2014. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Dostęp: 09.02.2016. Dostępny na : http://www.opzz.org.pl/documents/1137115/0/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf
- GUS 2014. Prognoza ludności na lata 2014–2050. [Dostęp 13.12. 2015r].
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>
- GUS. Kwartalna informacja o rynku pracy w II kwartale 2015 roku. [Dostęp 28.12. 2015r]
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/kwartalna-informacja-o-rynku-pracy-w-ii-kwartale-2015-r-,12,21.html>
- GUS (2013). Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Warszawa 2013. [Dostęp 13.12. 2015r]
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_jakosc_zycia_2013.pdf
- GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Warszawa 2011. [Dostęp 13.12. 2015r]
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf
- GUS: w 2014 roku Polak rozporządzał przeciętnie kwotą 1340 zł miesięcznie. Dostęp: 26.01.2016. Dostępny na : <http://biznes.onet.pl/praca/zarobki/gus-w-2014-r-polak-rozporzadzal-przecietnie-kwota-1340-zl-miesiecznie/682cv3>
- GUS. Portal informacyjny. <http://stat.gov.pl/metainformacje/opis-wskaznikow-gus/wielkosci-i-wskazniki-oglaszane-gus/przecietny-dochod-rozporzadzalny-na-1-osobe-ogolem/>
- GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia 2014. Dostęp : 21.01.2015 r. Dostępny na :
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html>

- GUS. Prognoza gospodarstw domowych według województw na lata 2008– 2035.
- GUS. Pomoc społeczna – infrastruktura beneficjenci, świadczenia w 2011. Warszawa 2012.
[Dostęp 19.12.2015r]
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zos_pomoc_spoleczna_2011.pdf
- Hajduk – Horecka I., Kamińska I., Kucharczyk – Deja E., Malinowska A., Pągowska Z., Szumiał. Sz. Środowiskowe Domy Samopomocy. Informator mazowiecki. Wyd. Boris. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na <http://new.mfsds.boris.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/informator.pdf>
- Hall JA., Huber DL. Telephone management in substance abuse treatment. Telemed J E Health. 2000 Winter;6(4):401–7.
- Halicka M., Halicki J., Ślusarczyk P. Przemoc w stosunku do osób starszych. [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań 2012. [Dostęp 28.12.2015 r]. <http://ptg.otbd.pl/pliki/polsenior.pdf>
- Halicka M., Kramkowska E. Uczestnictwo ludzi starych w życiu społecznym. [w:] Hryniewicz J. O sytuacji ludzi starych. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2012. [Dostęp 13.12. 2015r].
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_POZ_O_sytuacji_ludzi_starszych_2012.pdf
- Helms TM., Zugck C., Pelleter J., Ronneberger DL., Korb H. Telemonitoring of cardiovascular diseases in Germany. Standing position and perspective. Herz, n. 32(8):641–9, 2007.
- Hetmanowska E. Czy telemedycyna obniży koszty leczenia? 29.07.2014. Dostępny na :
<http://www.medexpress.pl/system/czy-telemedycyna-obnizy-koszty-leczenia/47312>
[Dostęp 23.01.2016]
- Holzer J.Z. Demografia. PWE 2003.
- Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A et al: Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Home-Based Primary Care. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. JAMA 2000; 284(22): 2877–2885.
- Humańska M.A., Kędziora – Kornatowska K., Wrońska I. Age and functional efficiency of geriatric patients. W: Saracen A. [red.]. Holistic care of the elderly. Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009, s. 247–256.
- Hryniewicz J. O sytuacji ludzi starych. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2012.
[Dostęp 13.12. 2015r].
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_POZ_O_sytuacji_ludzi_w_wieku_podeszlym_2012.pdf
- Infor- med. Informacja medyczna. Sprzęt medyczny – ortopedyczny i rehabilitacyjny.
<http://www.informed.com.pl/main/dolnoslaskie-d1-s126-l0.html>

- Jarczewski A., Teleopieka w społeczeństwie informacyjnym. Projekt Śląskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Dostęp :05.02.2016. Dostępny na URL: <http://www.ajarczewski.republika.pl/teleopieka/teleopieka.htm>
- Janowicz A. Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu Euro Palliative Care Academy (EUPCA). Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 2, 161–167. ISSN 2082–9876.
- Jasińska A. Łodzianie czekają nawet 10 lat na wolne miejsce w placówce DPS. Dziennik Łódzki 2015. Dostęp: 26.01.2016. Dostępny na: <http://www.dzienniklodzki.pl/artukul/3784963,łodzianie-czekaja-nawet-10-lat-na-wolne-miejsce-w-dps,id,t.html>
- Johnston B., Wheeler L., Deuser J., Sousa KH. Outcomes of the Kaiser Permanente Tele-Home Health Research Project. Arch Fam Med., n. 9(1):40–5, 2000.
- Karwowska A., Pchrzest – Motyczyńska A. Prywatne Domy Opieki. Co oferują i ile to kosztuje? Gazeta Wyborcza 2015. Dostęp: 26.01.2016. Dostępny na: <http://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/1,137474,19052987,prywatne-domy-opieki-co-oferuja-i-ile-to-kosztuje.htm>
- Kawczyńska-Butrym Z. Wsparcie jako element promocji zdrowia, [w:] Wsparcie społeczne w zdrowiu i chorobie. Warszawa, Centrum Med. DNŚSzM, 1994, s. 29–32.
- Khasnabis Ch., Mirza Z., MacLachlan M. Opening the gate to inclusion for people with disabilities. The Lancet. December 1, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01093-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01093-4)
<http://www.lancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/S0140673615010934.pdf>
- Kemicer – Chmielewska E, Kotwas G, Zabielska P, Rotter I, Pierzak – Sominka J. Seeking emotional support in primary care physicians by seniors. Fam Med Prim Care Rev 2015; 17, 3: 185–188. doi: 10.5114/fmpcr/58732.
- Kielar M. Pacjent 65+ w codziennej praktyce lekarskiej. Telemedycyna wieku podeszłego: jaki mamy klimat? Medium. Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. 2016
Dostęp : 04.02.2016. Dostępny na: <http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/luty-2016/913-pacjent-65-w-codziennej-praktyce-lekarskiej-telemedycyna-wieku-podeszego-jaki-mamy-klimat->
- Kielar. M. Telemedycyna w geriatrici: opieka na dziś, wyzwanie dla jutra. Ogólnopolski Przegląd Medyczny nr 4/2015. Str 14–22.
- Kielar M.. Teleopieka u progu starości. Ogólnopolski Przegląd Medyczny 2013; 12: 54–56
- Kirenko J. Oblicza niepełnosprawności, Lublin, Wydawnictwo WSSP, 2006, s. 152
- Klich– Rączka A., Siuda J., Piotrowicz K., Boczarska – Jedynak M., Skalska A., Krzystanek E., Wizner B., Świat M., Skrzypek M., Opala G., Grodzicki T. Zaburzenia funkcji poznawczych u osób w starszym wieku. [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne,

socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.

- Klimczuk A. Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok. Wyd. Wiedza i Edukacja. Lublin 2012 http://wiedzaiedukacja.eu/wp-content/uploads/2012/06/1Andrzej_Klimczuk_Kapita%C5%82_spo%C5%82eczny_ludzi_starych_new-1.pdf
- Klinger K., Otto P. Samobójstwa w Polsce. To nie jest kraj dla starych osób. Dziennik Gazeta Prawna 2015. [Dostęp 19.01.2016]. Dostępny na: <http://forsal.pl/artykuly/857914,samobojstwa-w-polsce-to-nie-jest-kraj-dla-starych-osob.html>
- Klinger K., Otto P. Polska mapa samobójstw. Bogactwo nie ma wpływu na chęć życia. Dziennik Gazeta Prawna 2015. [Dostęp 19.01.2016]. Dostępny na: <http://forsal.pl/artykuly/899077,polska-mapa-samobojstw-bogactwo-nie-ma-wplywu-na-chec-zycia.html>
- Klub seniora „Aktywna jesień życia”. Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej w Toruniu. Województwo Kujawsko – Pomorskie. Dostęp: 09.02.2016. Dostępny na : http://www.ropstorun.home.pl/pliki/opracowania/klub_seniora_-_aktywna_jesien_zycia.pdf
- Kłopot S.W., Pluta J., Kozdraś G., Trojanowski P. Wrocławska diagnoza społeczna 2014. Prezentacja wyników badań socjologicznych nad mieszkańcami miasta. [Dostęp 27.12.2015r]. http://uni.wroc.pl/sites/default/files/Wroclawska_diagnoza_spoeczna_UWr_2014.pdf
- Kłos B. Europejskie systemy emerytalne – stan i perspektywy. Analizy BAS. 2011, nr 5(49), s. 9 i 11, www.bas.sejm.gov.pl/analizy.php
- Kłoszewska I. Rola opiekuna chorych z otępieniem. Pol 494 Przegl Neurol 2007;3(2):105–109.
- Kmiecik–Baran K Skala Wsparcia Społecznego. Teorie i właściwości psychometryczne. Przegląd Psychologiczny 1995; 38: 201–214.
- Koehler F., Winkler S., Schieber M., Sechtem U., Stangl K., Böhm M., Boll H., Baumann G., Honold M., Koehler K., Gelbrich G., Kirwan BA., Anker SD. Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Investigators. Impact of remote telemedical management on mortality and hospitalizations in ambulatory patients with chronic heart failure: the telemedical interventional monitoring in heart failure. Circulation, n. 123(17):1873–80, 2011.
- Komunikat badań CBOS. Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości. Warszawa 2009. [Dostęp 30.12. 2015r]. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_157_09.PDF
- Kotowska I., Wóycicka I. Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008.

- Kotowska IE., Sztanderska U., Wójcicka I. Między domem a pracą. Rekomendacje dla polityków. Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa 2007.
- Krishna S., Boren SA., Balas EA. Healthcare via cell phones: a systematic review. *Telemed J E Health.*, n. 15(3):231–40, 2009.
- Krokavcova M, van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B. i wsp. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Educ. Couns.* 2008; 73: 159–165.
- Kurpiński G. Na dnie. Euro Health Consumer Index 2015. Dostęp: 06.02.2016. Dostępny na : <http://www.mp.pl/kurier/136495>
- Kurowska A. NFZ obliczył ile może kosztować starzenie. *Medexpress* 2016. [Dostęp 13.01.2016]. Dostępny na : http://www.medexpress.pl/start/nfz-obliczyl-ile-moze-kosztowac-starzenie/62774/?utm_source=INIS&utm_medium=email&utm_campaign=Sutkowski%3A+minister+powiedzia%C5%82+nam+to%2C+co+chcieli%C5%9Bmy+us%C5%82ysze%C4%87+|+Piel%C4%99gniarki+nie+wypisz%C4%85+recept%3F
- Kurowska K., Bystryk R. Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego. *Getriatria* 2013; 7: 5–11.
- Kurpas D. *Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2013 (Rozprawy Habilitacyjne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; 6/2013).
- Kurpas D., Piotrowski P., Marciniak D., Kasprzak M., Mroczek B., Nitsch– Osuch A., Kassolik K., Karakiewicz B., Bielska D., Kiejna A. Social support versus chosen health status indicators in primary care patients. *Psychiatria Polska*. 2014r. [Dostęp 13.12. 2015r]. <http://www.researchgate.net/publication/267365601>
- Kuś M., Szwed M. Realizacja potrzeb ludzi starszych a zadania samorządu terytorialnego. *Prace naukowe Akademii im Jana długosza w Częstochowie*. 2012. [Dostęp 27.12.2015r] http://dlibra.bg.ajd.czest.pl:8080/Content/999/Reska_specjalna_301.pdf
- Kuś P. Gdzie na Dolnym Śląsku po opiekę dla seniora. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na: http://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/1,35771,14872594,Gdzie_na_Dolnym_Slasku_po_opieke_dla_seniora_INFORMATOR_.html#ixzz3yGoUK5Gq
- Kuźmich I. Sprawność psychofizyczna osób za zaburzeniami funkcji poznawczych objętych długoterminową opieką stacjonarną. Kraków 2012. Praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum. Wydział Nauk o Zdrowiu.
- Kózka M. Wsparcie społeczne w chorobie [w:] red. Kózka M., Płaszewska – Żywko L. *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2010 . s.45.

- Lai S.W., Liao K. F., Liao C.C., Liu C.S., Sung F.C. (2010). Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in elderly; a population based study. *Medicine* (Baltimore), 89; 295–299.
- Lepsza jakość życia dla osób starszych i chorych. Projekty badawczo – rozwojowe. Domestic. Produkty. Dostęp :05.02.2016. Dostępny na URL <http://www.domestic.gda.pl/?cat=11>
- Levine S, Steinman BA, Attaway K, Jung T, Enguidanos S: Home care program for patients at high risk of hospitalization. *Am J Manag Care* 2012 Aug 1; 18(8): e269–276.
- Loda M., Muszalik M.: Jakość życia związana ze zdrowiem osób w starszym wieku. W: Krajewska – Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., [red.]. Problemy terapeutyczne – pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, s. 385–392.
- Loucks E.B., Berkman L.F., Gruenewald T.L., Seeman T.E. Relation of social integration to inflammatory marker concentrations in men and women 70 to 79 years. *Am J Cardiol.* 2006 Apr 1;97(7):1010–6. Epub 2006 Feb 20.
- Ludność w miejscowościach statystycznych według ekonomicznych grup wieku. Stan w dniu 31.03.2011 r. [Dostęp 13.12. 2015r] <http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/ludnosc-w-miejscowosciach-statystycznych-wedlug-ekonomicznych-grup-wieku-stan-w-dniu-31-03-2011-r-,21,1.html>
- Łopuszańska M., Szklarska A., Jankowska E.A. Ocena nasilenia objawów depresyjnych z zastosowaniem polskiej wersji IA Inwentarza Depresji Becka u zdrowych mężczyzn, mieszkańców Wrocławia. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(6): 1001-1009. ISSN 0033-2674. www.psychiatriapolska.pl
- Łuszczynska M. Seniorzy i ich rodziny w świetle założeń polityki ludnościowej Polski 2013. *Nauki Społeczne* 2 (8). Wrocław 2013. [Dostęp 13.12. 2015r]. http://www.dbc.wroc.pl/Content/26390/Luszczynska_Seniorzy_i_ich_rodziny_w_swietle.pdf
- Małecka B. Z. Elementy gerontologii dla pedagogów, Gdańsk 1985, s. 72
- Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR. i wsp. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2009; 24: 489–499
- Maslow A. *Motywacja i osobowość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Michnicka J., Pawlaczek M. Medialab senior. Projektowanie przestrzeni, interfejsów, przedmiotów z myślą o osobach 60+. Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej. Rządowy program na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2012–2013. [Dostęp 13.12. 2015r] <http://www.cultureshock.pl/wp-content/uploads/2015/06/Medialab-Senior-katalog-poprojektowy.pdf?cc5567>

- Moalosi G, Floyd K, Phatshwane J, Moeti T, Binkin N, Kenyon T: Costeffectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: S80–85.
- Mohr DC., Duffecy J., Jin L., Ludman EJ., Lewis A., Begale M., McCarthy M Jr. Multimodal e-mental health treatment for depression: a feasibility trial.. *J Med Internet Res*. 2010 Dec 19;12(5):e48.
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu. Dostęp: 31.01.2016. Dostępny na: <http://www.mops.wroclaw.pl/formy-pomocy/swiadczenia-pieniezne>
- Moffat K., Mercer SW. Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare system. *BMC Family Practice* (2015) 16:129.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań 2012. Dostęp 09.12.2015 r <http://ptg.otbd.pl/pliki/polsenior.pdf>
- Morris R.G., Morris L.W., Britton P.G. Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *Br. J. Psychiatry* 1988; 153: 147–156.
- Muchnicka-Djakow I. Czas wolny w klubie seniora, Warszawa 1984, s. 63.
- Murray Ch. J. L. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386: 2145–91 Published Online August 27, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X)
- Narodowy program zdrowia na lata 2007–2015. [Dostęp 17.12.2015r] http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
- Niepełnosprawność. [Dostęp 22.12.2015r] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Niepe%C5%82nosprawno%C5%9B%C4%87>
- North West London Whole System Integrated Care. Dostęp : 04.02.2016. Dostępny na <http://integration.healthiorthwestlondon.nhs.uk/>)
- Nowakowski M.: Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów. W: Kowalski J.T., Szukalski P. (red.). Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004; 292–299. [Dostęp 13.12. 2015r] <http://docplayer.pl/6438641-Uwzględnieniem-populacji-seniorow.html>
- Ocena zasobów pomocy społecznej w gminach i powiatach województwa dolnośląskiego. Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej. Wrocław 2012. Załącznik do Uchwały nr 2497/IV/12 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 26 czerwca 2012 r. Dostęp: 31.01.2016. Dostępny na: <http://www.dops.wroc.pl/ozps/ozps2012-pismo.pdf>

- Ocena zasobów pomocy społecznej w gminach i powiatach województwa dolnośląskiego w 2012 roku. Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej. Wrocław 2013. Załącznik do Uchwały nr 4297/IV/13 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 25 czerwca 2013 r. . Dostęp: 31.01.2016. Dostępny na: <http://www.dops.wroc.pl/ozps/ozps2013-pismo.pdf>
- Olejniczak P. Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych. Piel. Zdr. Publ. 2013, 3, 2, 183–188.
- ONZ, 2009, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, UN Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York. [Dostęp 13.12. 2015r].
http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf
- Orlicz– Benedycka M. Pacjent 65+ w codziennej praktyce lekarskiej – Psychogeriatrya kolejne wyzwanie dla medycyny. 2016. Medium. Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. 2016 Dostęp : 04.02.2016. Dostępny na: <http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/luty-2016/912-pacjent-65-w-codziennej-praktyce-lekarskiej-psychogeriatrya-kolejne-wyzwanie-dla-medycyny>
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R et al: Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17, 2: 141–146.
- Pałac Roztocznik. Oferta. Dostęp: 26.01.2016. Dostępny na: <http://palacroztocznik.com/oferta/oplaty/>
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dostęp: 31.01.2016. Dostępny na : <http://www.pfron.org.pl/pl/pfron/1,PFRON.html>
- Paré G., Moqadem K, Pineau G., St-Hilaire C. Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base. *J Am Med Inform Assoc.*, n. 14(3):269–77, 2007.
- Pędich W. Zasokajanie potrzeb zdrowotnych jako determinanta aktywnego starzenia się. Repozytorium Uniwersytetu Łódzkiego. 2014.
<http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/4987/7.%20P%C4%99dich.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Piekarczywska M., Zajenkowska – Kozłowska A. Główny Urząd Statystyczny. Niepełnosprawność w świetle badań GUS.
<http://www.its.waw.pl/upload.php?id=572&key=fb3814312ade1066be3a984df1a18d6>
- Piróg – Mulak M. Od telemedycyny nie ma odwrotu. Medium. Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. 2016. Dostęp : 04.02.2016. Dostępny na: <http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/luty-2016/914-deficyt-kadr-medycznych-a-telemedycyna-od-telemedycyny-nie-ma-odwrotu>

- Powiatowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych w Powiecie Wrocławskim na lata 2014 – 2020. Załącznik do uchwały Nr XXI/184/13 Rady Powiatu Wrocławskiego z dnia 5 grudnia 2013 r.
- Powiatowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych na lata 2015–2020. Jelenia Góra 2015.
- Przyjazne Domy Opieki Społecznej. Prywatny Dom Spokojnej Starości. Dostęp: 26.01.2016. Dostępny na: <http://www.opiekaizaufanie.pl/?page=dom>
- Powiat Jeleniogórski. Powiatowa strategia rozwiązywania problemów społecznych na lata 2015– 2020.
- Raław M.: Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy. [W:] O sytuacji ludzistarszych. Red.: Hryniewicz J. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
- Raport NIK. Opieka medyczna nad osobami wieku podeszłym. Wyniki kontroli. KZD–4101–003/2014 Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD. Departament Zdrowia. Warszawa 2015.
- Rajska – Neumann A., Wieczorowska– Tobis K., Mossakowska M., Skalska A., Ślusarczyk P., Świech M., Grodzicki T. Farmakoterapia u osób starszych w Polsce [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań 2012. Dostęp 09.12.2015 r <http://ptg.otbd.pl/pliki/polsenior.pdf>
- Raport końcowy z badań MMP dostawcą usług dla osób starszych. Pretendent. Wrocław 2013. [Dostęp 13.12. 2015r] <http://badania.parp.gov.pl/files/74/75/76/479/19116.pdf>
- Raport NIK. Opieka Medyczna nad osobami w wieku podeszłym KZD–4101–003/2014 Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf>
- Raport. Instytucje wobec potrzeb osób starszych. Zespół Instytutu Rozwoju Służb Społecznych. Warszawa 2010. [Dostęp 14.12.215r] <http://irss.pl/wp-content/uploads/2011/07/Instytucje-wobec-potrzeb-osob-starszych-raport-IRSS.pdf>
- Raport EZOP. Zdrowie Psychiczne Polaków. Dostęp: 06.02.2016. Dostępny na: <http://www.depresjaza.pl/zdrowie-psychiczne-polakow>
- Rees J, O'Boyle C, MacDonagh R: Quality of life: Impact of chronic illness on the partner. Journal of the Royal Society of Medicine 2001; 94: 563–566.
- Rejestr klubów integracji społecznej w województwie dolnośląskim [Dostęp 19.12.215r] <http://bip.duw.pl/bip/rejstry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spoie/rejstry/2048,Rejestr-klubowcentrow-integracji-spoecznej.html>

- Rejestr centrów integracji społecznej [Dostęp 19.12.2015r] <http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/rejestry/2048,Rejestr-klubowcentrow-integracji-spolecznej.html>
- Rejestr Domów Pomocy Społecznej w województwie dolnośląskim. (2015). Wydział Polityki Społecznej. Dostęp 22.01.2016. Dostępny na: <http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/52,dok.html>
- Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej (2015). Wydział Polityki Społecznej. Dostęp 22.01.2016. Dostępny na: <http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/52,dok.html>
- Rejestr Klubów Integracji Społecznej. Wydział Polityki Społecznej. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na: <http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/52,dok.html>
- Rejestr jednostek specjalistycznego poradnictwa w województwie dolnośląskim. Stan na dzień 05 października 2015 r. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na: <http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/52,dok.html>
- Ruggeri M, Nose M, Bonetto C, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G, Stefani B, Malchiodi F, Tansella M. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: Multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *Brit J Psychiat* 2005; 187: 121–130.
- Riedel M., Kraus M. Informal care provision in Europe: regulation and profile of providers. 2011. Dostęp 31.01.2016r. Dostępny na: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/RR%20No%2096%20_ANCIEN_%20Regulation%20and%20Profile%20of%20Providers%20of%20Informal%20Care.pdf
- Rutkowska E. Wsparcie jako element rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr III/2012 (4). [Dostęp 13.12. 2015r]. https://scholar.google.pl/scholar?q=related:1txOMCdmGsj:scholar.google.com/&hl=pl&as_sdt=0,5
- Rosset E., 1959, *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, Polskie Wydawnictwa Gospodarcze, Warszawa
- Rowiński R., Dąbrowski A. Aktywność fizyczna Polaków w wieku podeszłym [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań 2012. Dostęp 09.12.2015 r <http://ptg.otbd.pl/pliki/polsenior.pdf>
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy. Dz.U. z 2010 Nr 238 poz. 1586.

- Rymaszewska J., Szmigiel A. Potrzeby osób w starszym wieku– definicje i narzędzia oceny. *Psychogeriatrya polska*. 2008;5(2):95–104.
- Scalvini S, Zanelli E, Conti C, Volterrani M, Pollina R, Giordano A, Glisenti F; Boario Home–Care Investigators. Assessment of prehospital chest pain using telecardiology.. *J Telemed Telecare*., n. 8(4):231–6, 2002.
- Shankar A, McMunn A, Banks J, Stephoe A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol*. 2011 Jul;30(4):377–85. doi: 10.1037/a0022826.
- Slany K. Alternatywne formy życia małżeńsko–rodzinnego w ponowoczesnym świecie, Nomos, Kraków.2008. ISBN: 83–88508–31–8
- Słaby T., Buller L., Kamiński M., Papiernik J., Koch – Mitka J. Raport końcowy z badań: „MMP dostawcą usług dla osób starszych”, Wrocław 2013. [Dostęp 13.12. 2015r]. <http://badania.parp.gov.pl/files/74/75/76/479/19116.pdf>
- Sobów T. Praktyczna Psychogeriatrya: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w podeszłym wieku. Continuo. Wrocław (2010).
- Solecka M. OECD– żadnych złudzeń. Medexpress. 2015 Dostęp: 20.01.2016. Dostępny na : <http://www.medexpress.pl/start/oecd–zadnych–zludzen/62750/>
- Spring B., Schneider K., McFadden HG., Vaughn J., Kozak AT., Smith M., Moller AC., Epstein LH., Demott A., Hedeker D., Siddique J., Lloyd–Jones DM. Multiple behavior changes in diet and activity: a randomized controlled trial using mobile technology. *Arch Intern Med*., n. 172(10):789–96, 2012.
- Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2012. Dostęp : 25.01.2016. Dostępny na: http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf
- Stoner SA., Hendershot CS. A randomized trial evaluating an mHealth system to monitor and enhance adherence to pharmacotherapy for alcohol use disorders. *Addict Sci Clin Pract*. 2012 Jun 8;7:9.
- Strzelecka AK, Nowak – Starz G, Karakiewicz B. Expectations of patients towards a primary care physician, related to the reason for the current visit, with particular emphasis on patients aged 65+. *Fam Med Prim Care Rev* 2015; 17, 3: 215–218. doi: 10.5114/fmpcr/58601
- Susułowska M. Psychologia starzenia się i starości, Warszawa 1989, s. 329.
- Suszko R. Stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze ludzi starych. *Studia BAS* Nr 2(30) 2012, s. 29–58

- Sumathipala K, Radcliffe E, Sadler E, Wolfe CD, McKeivitt C. Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic Illn.* 2012; 8(1): 31–44.
- Synak Brunon (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000
- Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Warszawa 2014. Dostęp: 29.01.2016. Dostępny na : <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-w-wieku-podeszlym-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosci-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html>
- Szatur – Jaworska B. Zbiorowość ludzi starych w polskim społeczeństwie, [w:] Szatur – Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. *Podstawy gerontologii społecznej*, ASPRA– JR. Warszawa 2006, s.213–216.
- Szatur – Jaworska B. Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań 2012. [Dostęp 28.12.2015 r]. <http://ptg.otbd.pl/pliki/polsenior.pdf>
- Szejda A. Wrocław. Na miejsce w Domu Opieki trzeba czekać kilka lat . *Gazeta Wrocławska*. 2010. Dostęp: 26.01.2016. Dostępny na: <http://www.gazetawroclawska.pl/artukul/288246,wroclaw-na-miejsce-w-domu-opieki-trzeba-czekac-kilka-lat,id,t.html>
- Szymańczak J. Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne. *Studia BAS*. Nr 2(30) 2012, s. 9–28. [Dostęp 15.12.2015r] [http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/BAE0BAB9C03828AFC1257A37002A2F40/\\$File/BAS_30-2.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/BAE0BAB9C03828AFC1257A37002A2F40/$File/BAS_30-2.pdf)
- Świadczenia z Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym i Opiekuńczo – Lecznicyz realizowane wg kontraktów z Dolnośląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013. Dostęp : 25.01.2016. Dostępny na: <http://www.wroclaw.ptsr.org.pl/wp-content/uploads/2014/11/wykaz-zol-wg-umow-z-nfz-2013.pdf>
- Teleopieka: nowoczesna forma wsparcia. Fundacja aktywizacja. Dostęp :05.02.2016. Dostępny na URL <http://www.aktywizacja.org.pl/biblioteka/technologie/1389-teleopieka-nowoczesna-forma-wsparcia>
- Tibbitts C. *Handbook of social gerontology. Societal aspect of aging*, University of Chicago 1960
- Tobiasz – Adamczyk B., Gałaś A., Brzyski P., Błędowski P., Grodzicki T. Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.

Tomita M.R., Russ L.S., Sridhar R., Naughton B.J., *Chapter 8: Smart home with healthcare technologies for community-dwelling older adults*, w: *Smart Home Systems*, Al-Qutayr M.A. (red.), InTech 2010, 139–158, Smart Home with healthcare technologies for community-dwelling older adults, <http://www.intechopen.com/books/smart-home-systems/smart-home-with-healthcare-technologies-for-community-dwelling-older-adults>

Trwanie życia. Baza demografia. [Dostęp 16.12.2015r]
<http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>

Uchino B.N. Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspect Psychol Sci.* 2009 May;4(3):236–55. doi: 10.1111/j.1745–6924.2009.01122.x.

Udell J.A., Steg P.G., Scirica B.M., Smith S.C Jr., Ohman E.M., Eagle K.A., Goto S., Cho J.I., Bhatt D.L. REduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry Investigators. Living alone and cardiovascular risk in outpatients at risk of or with atherothrombosis. *Arch Intern Med.* 2012 Jul 23;172(14):1086–95.

Urbańska K., Szcześniak D., Rymaszewska J., Dröes R.M. Program Wsparcia Centrum Spotkań – amsterdamski program zintegrowanego wsparcia dla osób z otępieniem i ich opiekunów. *Postępy Psychiatr. Neurol.* (2015),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2015.12.002>

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz.U. z 2011 nr 127 poz. 721](#)

Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654, ze zm.).

Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2009 r. nr 175, poz. 1362.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2005 r., nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).

Wagner EH: The role of patient care teams in chronic disease management *BMJ* 2000; 320: 569–572.

Wagner EH, Austin BT, Davis C et al: Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff (Millwood)* 2001 Nov–Dec; 20(6): 64–78.

Wakefield B J., Holman J E., Ray A., Scherubel M., Adams M. R, Hills S L., Rosenthal G E. Outcomes of a home telehealth intervention for patients with diabetes and hypertension.. *Telemed J E Health.*, n. 18(8):575–9, 2012.

Wesołowska E. Cztery lata w kolejce do DPS. Brutalna rzeczywistość. *Dziennik Gazeta Prawna* 2012. Dostęp: 26.01.2016. Dostępny na:

<http://wiadomosci.dziennik.pl/aktualnosci/artykuly/380233,nie-ma-miejsc-w-domach-pomocy-spoecznej-senior-czeka-na-miejsce-cztery-lata.html>

Wizner B., Skalska A., Klich– Raczka A., Piotrowicz K., Grodzicki T. Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku. Polsce [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań 2012. Dostęp 09.12.2015 r <http://ptg.otbd.pl/pliki/polsenior.pdf>

Wnuk W. Uniwersytety Trzeciego Wieku jako fenomen współczesności. Wrocław 2012. ISBN – 978–83–921252–4–2

Woodend AK, Sherrard H, Fraser M, et al. Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission. *Heart Lung*. 2008 Jan–Feb;37(1):36–45.

Woźniak Z (red.) Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej, Poznań 1997, s. 82.

Wykaz Środowiskowych Domów Samopomocy w Województwie Dolnośląskim. Wydział Polityki Społecznej. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na: <http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/52,dok.html>

Wykorzystanie środków PFRON przez samorządy wojewódzkie i powiatowe na realizację zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. [Dostęp 13.12. 2015r]. <http://www.pfron.org.pl/bip/wykorzystanie-srodkow/74,Wykorzystanie-srodkow-PFRON-przez-jednostki-samorządu-terytorialnego.html>

Van Durme T.,Macq J.J, Anthierens S., Symons L., Schmitz O., Paulus D., Van den Heede K., Remmen R. Stakeholders’ perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. *BMC Health Services Research* 2014, 14:179 <http://www.biomedcentral.com/1472–6963/14/179>

Van den Berg N., Schumann M., Kraft K., Hoffmann W. Telemedicine and telecare for older patients – a systematic review. *Maturitas*, n. 73(2):94–114, 2012

Vos T. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743–800 Published Online June 8, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/ S0140–6736\(15\)60692–4](http://dx.doi.org/10.1016/ S0140–6736(15)60692–4).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych. Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2015 roku.

Zasady organizowania, prowadzenia i finansowania domów samopomocy w województwie łódzkim. Dostęp : 23.01.2016. Dostępny na: <http://www.lodzkie.eu/data/orders/zalacznik270.pdf>

Zubrzycki J., Małecka–Massalska T. Telemedycyna – medycyna i technika w walce o nasze zdrowie. *Zdrowie Publiczne*. 2010;120(4):421–425.

Założenia polityki ludnościowej Polski. Projekt. Warszawa 2013. Dostęp 31.01.2016r.
Dostępny na:
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_zalozenia_polityki_ludnosciowej_Polski_2013_projekt_luty_2013.pdf

Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Warszawa 2013.
[Dostęp 13.12. 2015r] <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>



Narodowy Fundusz Zdrowia
Dolnośląski Oddział Wojewódzki we Wrocławiu

znak: WSM.0123.8.2015
DOWNFZ /WSM/DSP/ 328522 /2015/MS

Wrocław, dn. 09.12.2015 r.

Pani
Katarzyna Szwamel
Ul. W. Korfanteo 10/22
47-232 Kędzierzyn - Koźle

W odpowiedzi na Pani wniosek z dn. 27.11.2015 r. o udostępnienie informacji publicznej na temat zaopatrzenia w wyroby medyczne Dolnośląski OW NFZ przekazuje w załączeniu dane dotyczące realizacji tego rodzaju świadczeń w roku 2015 dla osób w wieku 60 lat i wyższym.

W załączeniu przesyłamy pliki w formacie Excel:

- zestawienie poszczególnych wyrobów medycznych ze wskazaniem ilości zrealizowanych zleceń na zaopatrzenie oraz z wykazaną kwotą refundacji
- zestawienie poszczególnych wyrobów medycznych ze wskazaniem nazwy miejscowości wykazanej w adresach zamieszkania świadczeniobiorców wraz z ilością zrealizowanych zleceń oraz kwotą refundacji

Z poważaniem

Sporządziła:
Magdalena Sady
WSM/DSP, tel. 138

Załącznik 1. Ludność w 2014 R. Stan na 31.12.2014 rok.

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	Ogółem Grand total	Mężczyźni Males	odsetek mężczyzn	Kobiety Females	odsetek kobiet	Ludność na 1 km ² Population per 1 km ²	Kobiety na 100 mężczyzn Females per 100 males
W O J E W Ó D Z T W O.....	2908457	1398554	48,09%	1509903	51,91%	145,8	108
Podregion Jeleniogórski.....	573389	277682	48,43%	295707	51,57%	103,0	106
Powiaty:							
bolesławiecki.....	90346	43947	48,64%	46399	51,36%	69,3	106
jaworski.....	51796	25387	49,01%	26409	50,99%	89,1	104
jeleniogórski.....	64969	31393	48,32%	33576	51,68%	103,6	107
kamiennogórski.....	44700	21840	48,86%	22860	51,14%	113,0	105
lubański.....	55900	27216	48,69%	28684	51,31%	130,5	105
lwówecki.....	47014	22912	48,73%	24102	51,27%	66,2	105
zgorzelecki.....	92389	45060	48,77%	47329	51,23%	110,2	105
złotoryjski.....	44867	21971	48,97%	22896	51,03%	77,9	104
Miasto na prawach powiatu: City with powiat status:							
Jelenia Góra.....	81408	37956	46,62%	43452	53,38%	745,4	114
Podregion Legnicko-głogowski.....	452461	219647	48,54%	232814	51,46%	130,3	106
Powiaty:							
głogowski.....	90222	43904	48,66%	46318	51,34%	203,5	105
górowski.....	36236	17911	49,43%	18325	50,57%	49,1	102
legnicki.....	55026	26952	48,98%	28074	51,02%	74,0	104
lubiński.....	106433	51686	48,56%	54747	51,44%	149,6	106
polkowicki.....	63201	31291	49,51%	31910	50,49%	81,1	102
Miasto na prawach powiatu: City with powiat status:							
Legnica.....	101343	47903	47,27%	53440	52,73%	1800,4	112

Podregion Wałbrzyski.....	669826	321518	48,00%	348308	52,00%	160,3	108
Powiaty:							
dzierżoniowski.....	104075	49537	47,60%	54538	52,40%	217,5	110
kłodzki.....	163672	79001	48,27%	84671	51,73%	99,6	107
świdnicki.....	160438	77456	48,28%	82982	51,72%	216,5	107
wałbrzyski.....	57492	27672	48,13%	29820	51,87%	133,6	108
ząbkowicki.....	67458	32818	48,65%	34640	51,35%	84,2	106
Miasto na prawach powiatu: City with powiat status:							
Wałbrzych.....	116691	55034	47,16%	61657	52,84%	1377,7	112
Podregion Wrocławski.....	578294	283757	49,07%	294537	50,93%	89,9	104
Powiaty:							
milicki.....	37266	18458	49,53%	18808	50,47%	52,1	102
oleśnicki.....	106311	52017	48,93%	54294	51,07%	101,3	104
oławski.....	75953	37057	48,79%	38896	51,21%	144,9	105
strzeliński.....	44274	21920	49,51%	22354	50,49%	71,2	102
średzki.....	52725	26040	49,39%	26685	50,61%	74,9	102
trzebnicki.....	83358	40907	49,07%	42451	50,93%	81,3	104
wołowski.....	47439	23212	48,93%	24227	51,07%	70,3	104
wrocławski.....	130968	64146	48,98%	66822	51,02%	117,2	104
Podregion m. Wrocław.....	634487	295950	46,64%	338537	53,36%	2166,8	114
Subregion (miasto na prawach powiatu) (city with powiat status)							

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Statystycznego województwa Dolnośląskiego <http://wroclaw.stat.gov.pl/opracowania-biezace/komunikaty-i-biuletyny/inne-opracowania/biuletyn-statystyczny-województwa-dolnoslaskiego-iii-kwartal-2015-r-,2,19.html>

Załącznik 2. Ludność w 2014 roku. Stan na dzień 31.12.2014 rok

WY. SZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	Z liczby ogółem w wieku Of total numbers at age										
	0–2 lata	3–6	7–12	13–15	16–18	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65 lat i więcej and more
W O J E W Ó D Z T W O.....	80059	121039	155311	76890	84555	209570	478621	436230	351392	463312	451478
Podregion Jeleniogórski.....	14151	22329	31147	15953	17833	42946	89385	83659	72378	96404	87204
Powiaty:											
bolesławiecki.....	2483	3928	5278	2677	2956	6899	14517	13495	11318	13964	12831
jaworski.....	1336	2089	2853	1471	1663	3950	8370	7281	6602	8570	7611
jeleniogórski.....	1500	2365	3559	1772	1996	4637	9782	9912	8260	11712	9474
kamiennogórski.....	996	1738	2590	1339	1423	3407	6886	6352	5821	7248	6900
lubański.....	1350	2147	3109	1631	1866	4390	8541	8449	6791	9353	8273
lwówecki.....	1165	1749	2565	1411	1574	3877	7464	6545	5974	7941	6749
zgorzelecki.....	2255	3585	4960	2621	2762	7086	14281	13618	12070	15154	13997
złotoryjski.....	1147	1894	2513	1236	1430	3629	7476	6465	5633	7461	5983
Miasto na prawach powiatu:											
Jelenia Góra.....	1919	2834	3720	1795	2163	5071	12068	11542	9909	15001	15386
Podregion Legnicko–głogowski...	12866	19580	26145	12965	14352	34284	71315	68673	55010	72518	64753
Powiaty:											
głogowski.....	2653	4152	5425	2680	2782	6300	14514	14167	10216	15234	12099
górowski.....	1076	1569	2324	1229	1255	3266	5643	4917	4535	5368	5054
legnicki.....	1540	2356	3254	1612	1815	4408	8762	8072	7067	8654	7486
lubiński.....	3033	4515	5971	2822	3239	7475	16246	16967	12554	17540	16071
polkowicki.....	1942	2961	3937	2038	2249	5627	9984	9573	8246	8693	7951
Miasto na prawach powiatu:											
<i>City with powiat status:</i>											
Legnica.....	2622	4027	5234	2584	3012	7208	16166	14977	12392	17029	16092

Podregion Wałbrzyski.....	16323	25417	34152	17648	19532	48044	103789	95664	85049	113832	110376
Powiaty:											
Powiats:											
dzierżoniowski.....	2540	3868	5250	2713	2968	7360	16031	14905	13288	17626	17526
kłodzki.....	3907	6142	8277	4334	4666	11859	25038	23385	20794	27931	27339
świdnicki.....	4219	6532	8532	4362	4928	11675	25522	23596	20161	26341	24570
wałbrzyski.....	1327	2125	3040	1632	1722	4330	8865	8100	7401	9634	9316
ząbkowicki.....	1646	2640	3495	1852	2171	5328	10393	9676	8676	10948	10633
Miasto na prawach powiatu											
Wałbrzych.....	2684	4110	5558	2755	3077	7492	17940	16002	14729	21352	20992
Podregion Wrocławski.....	17418	27382	35610	17323	18695	44405	94673	91453	71068	83610	76657
Powiaty:											
milicki.....	1190	1744	2409	1231	1395	2906	6031	5272	4346	5523	5219
oleśnicki.....	3181	4923	6275	3215	3408	8496	17517	16135	13193	15102	14866
oławski.....	2174	3529	4487	2280	2291	5542	12338	12088	9011	11541	10672
strzeliński.....	1242	1793	2468	1317	1440	3496	7034	6440	5633	6859	6552
średzki.....	1514	2436	3170	1546	1734	4220	8550	8469	6759	7586	6741
trzebnicki.....	2376	3837	5289	2541	2744	6617	13482	12950	10226	12431	10865
wołowski.....	1341	1920	2536	1289	1416	3811	7561	7047	6135	7292	7091
wrocławski.....	4400	7200	8976	3904	4267	9317	22160	23052	15765	17276	14651
Podregion m. Wrocław.....	19301	26331	28257	13001	14143	39891	119459	96781	67887	96948	112488

Źródło: Biuletyn Statystyczny Województwa Dolnośląskiego <http://wroclaw.stat.gov.pl/opracowania-biezace/komunikaty-i-biuletyny/inne-opracowania/biuletyn-statystyczny-wojewodztwa-dolnoslaskiego-iii-kwartal-2015-r-2.19.html>

Załącznik 3. Liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w województwie dolnośląskim w latach 2010–2014 według GUS

Jednostka terytorialna	w wieku poprodukcyjnym				
	ogółem				
	2010	2011	2012	2013	2014
	osoba				
DOLNOŚLĄSKIE	493692	511768	531559	552151	573280
Podregion 1 – jeleniogórski	96362	99782	103675	107762	111967
Powiat bolesławiecki	13955	14557	15155	15771	16397
Powiat jaworski	8349	8625	8957	9325	9668
Powiat jeleniogórski	10425	10884	11364	11935	12495
Powiat kamiennogórski	7760	7972	8232	8467	8717
Powiat lubański	9275	9568	9978	10341	10761
Powiat lwówecki	7589	7773	8065	8335	8710
Powiat zgorzelecki	15282	15893	16537	17271	17863
Powiat złotoryjski	6594	6845	7091	7357	7740
Powiat m.Jelenia Góra	17133	17665	18296	18960	19616
Podregion 2 – legnicko-głogowski	68806	72521	76223	79944	83790
Powiat głogowski	12372	13303	14202	15198	16116
Powiat górowski	5485	5712	5870	6079	6323
Powiat legnicki	8337	8594	8862	9211	9571
Powiat lubiński	16638	17709	18720	19788	20891
Powiat polkowicki	8367	8838	9332	9684	10083
Powiat m.Legnica	17607	18365	19237	19984	20806
Podregion 3 – wałbrzyski	123250	126880	131039	135274	139693
Powiat dzierzoniowski	19591	20138	20792	21389	22123
Powiat kłodzki	30278	31148	32238	33338	34435
Powiat świdnicki	27142	28238	29339	30395	31573
Powiat wałbrzyski *	34451	35247	36120	11371	11634
Powiat ząbkowicki	11788	12109	12550	12984	13437
Powiat m.Wałbrzych *	–	–	–	25797	26491
Podregion 4 – wrocławski	81935	85323	89038	93153	97574
Powiat milicki	5584	5794	6055	6315	6611
Powiat oleśnicki	15855	16550	17248	17954	18703
Powiat oławski	11177	11714	12375	13100	13832
Powiat strzeliński	7327	7523	7704	7905	8183
Powiat średzki	7386	7584	7852	8185	8573
Powiat trzebnicki	11493	12083	12634	13237	13849
Powiat wołowski	7850	8015	8224	8498	8870
Powiat wrocławski	15263	16060	16946	17959	18953
Podregion 5 – m. Wrocław	123339	127262	131584	136018	140256
Powiat m.Wrocław	123339	127262	131584	136018	140256

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS – NSP 2011

Załącznik 4. Populacja województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku z podziałem na płeć w latach 2010-2014.														
ogółem														
ogółem					mężczyźni					kobiety				
2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
2917242	2916577	2914362	2909997	2908457	1403342	1402975	1401750	1399490	1398554	1513900	1513602	1512612	1510507	1509903
w wieku przedprodukcyjnym 14 lat i mniej														
ogółem					mężczyźni					kobiety				
2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
409988	408310	407319	405880	407364	210007	209171	208730	208084	208860	199981	199139	198589	197796	198504
w wieku produkcyjnym: 15-59 lat kobiety, 15-64 lata mężczyźni														
ogółem										kobiety				
2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
2013562	1996499	1975484	1951966	1927813	1052726	1048037	1039875	1029456	1018571	960836	948462	935609	922510	909242
w wieku poprodukcyjnym: mężczyźni w wieku 65 lat i więcej, kobiety w wieku 60 lat i więcej														
ogółem					mężczyźni					kobiety				
2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
493692	511768	531559	552151	573280	140609	145767	153145	161950	171123	353083	366001	378414	390201	402157

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Załącznik 5. Wskaźniki obciążenia demograficznego dla województwa dolnośląskiego według powiatów.	
Jednostka terytorialna	ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym
	2014
	osoba
DOLNOŚLĄSKIE	31,0
Podregion 1 – jeleniogórski	30,6
Powiat bolesławiecki	28,5
Powiat jaworski	29,1
Powiat jeleniogórski	29,8
Powiat kamiennogórski	30,7
Powiat lubański	30,2
Powiat lwówecki	28,7
Powiat zgorzelecki	30,1
Powiat złotoryjski	26,3
Powiat m.Jelenia Góra	39,2
Podregion 2 – legnicko-głogowski	29,1
Powiat głogowski	28,1
Powiat górowski	27,6
Powiat legnicki	26,9
Powiat lubiński	31,1
Powiat polkowicki	24,7
Powiat m.Legnica	32,5
Podregion 3 – wałbrzyski	32,9
Powiat dzierzoniowski	33,7
Powiat kłodzki	33,2
Powiat świdnicki	30,9
Powiat wałbrzyski *	31,8
Powiat ząbkowicki	31,3
Powiat m.Wałbrzych *	36,2
Podregion 4 – wrocławski	26,3
Powiat milicki	28,5
Powiat oleśnicki	27,6
Powiat oławski	28,7
Powiat strzeliński	28,9
Powiat średzki	25,0
Powiat trzebnicki	25,8
Powiat wołowski	29,0
Powiat wrocławski	22,4
Podregion 5 – m. Wrocław	35,2
Powiat m.Wrocław	35,2

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS – NSP 2011

Załącznik 6. Przyrost naturalny ludności w województwie dolnośląskim z podziałem na powiaty w latach 2002–2014

Jednostka terytorialna	przyrost naturalny na 1000 ludności													mediana
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
DOLNOŚLĄSKIE	–1,0	–1,4	–1,2	–1,0	–0,9	–0,8	–0,2	–0,4	–0,1	–0,6	–1,1	–1,6	–0,9	–0,9
Powiat bolesławiecki	0,7	1,0	0,3	0,4	1,3	0,9	1,8	1,2	1,1	1,2	–0,5	–0,6	0,2	0,9
Powiat jaworski	–1,5	–1,7	–1,0	0,0	–1,9	–1,5	0,7	–1,9	0,3	–1,1	–1,7	–2,8	–1,7	–1,5
Powiat jeleniogórski	–1,1	–2,0	–1,5	–2,3	–1,8	–1,2	–2,3	–3,0	–2,9	–3,3	–2,6	–4,4	–3,1	–2,3
Powiat kamiennogórski	0,1	–1,1	–1,9	–0,9	–1,1	–1,3	–1,4	–0,9	–0,8	–2,2	–3,3	–5,0	–4,2	–1,3
Powiat lubański	–0,7	–1,1	–0,8	–2,0	–1,8	–0,9	–1,0	–1,8	–0,5	–2,7	–2,3	–3,7	–2,8	–1,8
Powiat lwówecki	–3,1	–3,0	–2,8	–2,3	–3,3	–2,2	–2,6	–3,0	–1,8	–2,1	–2,2	–3,7	–2,9	–2,8
Powiat zgorzelecki	–1,5	–0,7	–1,3	–1,3	–1,5	–0,9	–0,8	–1,0	–0,5	–1,1	–1,9	–2,5	–3,2	–1,3
Powiat złotoryjski	–0,8	–1,5	0,5	–0,7	–0,7	0,7	–0,1	–1,4	1,7	–0,1	–0,3	–2,3	–0,9	–0,7
Powiat m.Jelenia Góra	–3,1	–2,6	–3,6	–2,9	–4,0	–3,0	–3,0	–3,6	–3,8	–4,5	–4,7	–4,5	–4,1	–3,6
Powiat głogowski	2,9	2,0	2,5	3,7	4,0	3,0	4,5	4,5	4,4	2,9	2,4	0,9	1,9	2,9
Powiat górowski	2,9	1,1	0,7	2,1	1,6	1,0	3,3	–0,4	1,5	0,8	0,7	–0,7	1,4	1,1
Powiat legnicki	–0,2	–1,8	–1,2	–1,7	0,0	0,2	1,2	1,1	–0,3	–0,3	–2,1	–2,5	–0,9	–0,3
Powiat lubiński	2,3	1,5	2,9	2,5	2,4	2,4	3,0	2,7	2,4	2,3	0,7	0,3	1,4	2,4
Powiat polkowicki	2,5	2,0	2,2	2,3	2,5	3,8	3,7	3,7	2,7	2,9	1,7	2,2	1,6	2,5
Powiat m.Legnica	–0,8	–1,0	–1,3	–1,5	–0,6	–0,2	–0,9	–0,6	0,0	–1,4	–1,5	–2,3	–2,3	–1,0
Powiat dzierżoniowski	–2,3	–3,0	–2,2	–3,4	–2,8	–2,0	–2,8	–3,6	–2,6	–2,8	–3,2	–4,4	–3,1	–2,8
Powiat kłodzki	–2,9	–3,0	–3,3	–2,5	–2,9	–3,3	–2,4	–2,2	–3,0	–3,1	–3,6	–4,4	–3,5	–3,0
Powiat świdnicki	–1,3	–1,3	–1,0	–0,7	–0,9	–1,6	–1,0	0,1	–0,7	–0,8	–1,9	–1,8	–2,2	–1,0
Powiat wałbrzyski *	–2,2	–3,7	–4,5	–3,7	–4,5	–4,1	–3,6	–3,6	–3,7	–4,5	–5,1	–5,0	–4,4	–4,1
Powiat ząbkowicki	–2,1	–3,2	–2,9	–2,9	–2,5	–2,0	–2,8	–1,0	–2,8	–2,1	–3,9	–4,0	–3,3	–2,8
Powiat m.Wałbrzych *	–3,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–3,9
Powiat m.Wałbrzych *	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–6,1	–5,6	–5,9
Powiat milicki	1,5	2,5	1,3	2,6	2,6	2,6	2,9	2,9	1,3	1,2	1,9	0,9	1,4	1,9
Powiat oleśnicki	1,9	0,9	1,1	1,2	1,0	1,2	2,5	1,5	2,4	1,5	0,7	0,3	1,7	1,2
Powiat oławski	1,5	–0,5	1,5	1,3	2,5	1,2	2,5	2,3	2,5	1,3	2,1	1,0	0,5	1,5
Powiat strzeliński	–1,5	–0,5	–1,6	–1,8	–0,8	–1,7	–1,0	–1,4	0,5	–1,7	–1,1	–2,3	–1,4	–1,4
Powiat średzki	–0,5	–0,3	0,1	–0,8	–0,6	–1,0	0,6	0,9	0,9	–0,1	0,8	0,1	1,1	0,1
Powiat trzebnicki	0,5	–0,1	1,0	0,4	0,8	1,3	1,6	1,5	1,2	1,5	1,1	0,2	0,3	1,0
Powiat wołowski	–0,7	–1,8	–1,5	–0,7	–1,0	–0,9	–1,8	0,3	–0,5	–2,0	–1,1	–0,8	–0,8	–0,9
Powiat wrocławski	0,5	–1,0	0,3	0,6	1,8	1,1	2,6	3,7	3,8	3,6	3,0	3,4	4,3	2,6
Powiat m.Wrocław	–2,4	–2,4	–2,2	–1,8	–1,5	–1,3	–0,4	–0,8	0,2	–0,1	–0,6	–0,7	0,1	–0,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych – NSP 2011 r

Załącznik 7. Zestawienie prognostyczne na rok 2020 dla osób w wieku 60+ według powiatów województwa dolnośląskiego									
Jednostka terytorialna	progniza na rok 2020								
	ogółem			miasto			wieś		
	ogółem	nęczyżn	kobiety	ogółem	nęczyżn	kobiety	ogółem	nęczyżn	kobiety
	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+
	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014
	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
POLSKA	9886893	4156963	5729930	6397427	2606436	3790991	3489466	1550527	1938939
DOLNOŚLĄSKIE	787213	329036	458177	575848	233987	341861	211365	95049	116316
Podregion 1 - jeleniogórski	158877	67143	91734	106039	43359	62680	52838	23784	29054
Powiat bolesławiecki	23428	9823	13605	13125	5251	7874	10303	4572	5731
Powiat jaworski	13942	6099	7843	8405	3565	4840	5537	2534	3003
Powiat jeleniogórski	18347	7890	10457	8955	3709	5246	9392	4181	5211
Powiat kamiennogórski	12222	5101	7121	7676	3093	4583	4546	2008	2538
Powiat lubański	15315	6475	8840	10392	4234	6158	4923	2241	2682
Powiat lwówecki	12691	5487	7204	7018	2894	4124	5673	2593	3080
Powiat zgorzelecki	25117	10661	14456	18061	7472	10589	7056	3189	3867
Powiat złotoryjski	11684	5092	6592	6276	2626	3650	5408	2466	2942
Powiat m.Jelenia Góra	26131	10515	15616	26131	10515	15616	0	0	0
Podregion 2 - legnicko-głogowski	119578	50876	68702	88817	36935	51882	30761	13941	16820
Powiat głogowski	23952	10356	13596	19340	8197	11143	4612	2159	2453
Powiat górowski	8916	3950	4966	4022	1707	2315	4894	2243	2651
Powiat legnicki	14250	6203	8047	4914	2069	2845	9336	4134	5202
Powiat lubiński	29251	12464	16787	23164	9688	13476	6087	2776	3311
Powiat polkowicki	14586	6394	8192	8754	3765	4989	5832	2629	3203
Powiat m.Legnica	28623	11509	17114	28623	11509	17114	0	0	0
Podregion 3 - wałbrzyski	193047	80341	112706	146027	59287	86740	47020	21054	25966
Powiat dzierżoniowski	30161	12394	17767	25230	10225	15005	4931	2169	2762
Powiat kłodzki	47697	20052	27645	32356	13128	19228	15341	6924	8417
Powiat świdnicki	44080	18348	25732	32040	12978	19062	12040	5370	6670
Powiat wałbrzyski *	16126	6800	9326	10863	4472	6391	5263	2328	2935
Powiat ząbkowicki	18510	7966	10544	9065	3703	5362	9445	4263	5182
Powiat m.Wałbrzych *	36473	14781	21692	36473	14781	21692	0	0	0
Podregion 4 - wrocławski	141288	61220	80068	60532	24940	35592	80756	36280	44476
Powiat milicki	9316	4026	5290	3361	1362	1999	5955	2664	3291
Powiat oleśnicki	26228	11211	15017	16611	6765	9846	9617	4446	5171
Powiat oławski	19552	8350	11202	13297	5541	7756	6255	2809	3446
Powiat strzeliński	11535	4980	6555	4327	1763	2564	7208	3217	3991
Powiat średzki	12622	5473	7149	2454	988	1466	10168	4485	5683
Powiat trzebnicki	20747	9094	11653	8544	3571	4973	12203	5523	6680
Powiat wołowski	12449	5354	7095	6939	2867	4072	5510	2487	3023
Powiat wrocławski	28839	12732	16107	4999	2083	2916	23840	10649	13191
Podregion 5 - m. Wrocław	174450	69481	104969	174450	69481	104969	0	0	0
Powiat m.Wrocław	174450	69481	104969	174450	69481	104969	0	0	0

Źródło: Bank Danych Lokalnych NSP-2011

Załącznik 8. Zestawienie prognostyczne na rok 2035 dla osób w wieku 60+ według powiatów województwa dolnośląskiego									
Jednostka terytorialna	prognoza na rok 2035								
	ogółem			miasto			wieś		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+
	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014
	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
POLSKA	11410800	4900991	6509809	6940537	2870882	4069655	4470263	2030109	2440154
DOLNOŚLĄSKIE	867603	369343	498260	598505	247155	351350	269098	122188	146910
Podregion 1 - jeleniogórski	174058	75185	98873	109092	45703	63389	64966	29482	35484
Powiat bolesławiecki	27203	11682	15521	13349	5485	7864	13854	6197	7657
Powiat jaworski	15361	6819	8542	8926	3868	5058	6435	2951	3484
Powiat jeleniogórski	20791	9013	11778	9319	3942	5377	11472	5071	6401
Powiat kamiennogórski	13450	5810	7640	7872	3334	4538	5578	2476	3102
Powiat lubański	16988	7518	9470	10899	4660	6239	6089	2858	3231
Powiat lwówecki	13941	6133	7808	7421	3111	4310	6520	3022	3498
Powiat zgorzelecki	27374	11825	15549	18923	7927	10996	8451	3898	4553
Powiat złotoryjski	13282	5853	7429	6715	2844	3871	6567	3009	3558
Powiat m.Jelenia Góra	25668	10532	15136	25668	10532	15136	0	0	0
Podregion 2 - legnicko-głogowski	133555	56863	76692	93147	38170	54977	40408	18693	21715
Powiat głogowski	26188	11075	15113	19579	7972	11607	6609	3103	3506
Powiat górowski	10183	4507	5676	4562	1888	2674	5621	2619	3002
Powiat legnicki	17034	7554	9480	5321	2214	3107	11713	5340	6373
Powiat lubiński	31633	13332	18301	22757	9213	13544	8876	4119	4757
Powiat polkowicki	18217	8116	10101	10628	4604	6024	7589	3512	4077
Powiat m.Legnica	30300	12279	18021	30300	12279	18021	0	0	0
Podregion 3 - wałbrzyski	203838	86924	116914	149485	62501	86984	54353	24423	29930
Powiat dzierzoniowski	32291	13819	18472	26689	11365	15324	5602	2454	3148
Powiat kłodzki	49934	21399	28535	32687	13621	19066	17247	7778	9469
Powiat świdnicki	48603	20718	27885	33826	14094	19732	14777	6624	8153
Powiat wałbrzyski *	17195	7460	9735	11074	4758	6316	6121	2702	3419
Powiat ząbkowicki	20032	8816	11216	9426	3951	5475	10606	4865	5741
Powiat m.Wałbrzych *	35783	14712	21071	35783	14712	21071	0	0	0
Podregion 4 - wrocławski	178563	78318	100245	69174	28736	40438	109389	49582	59807
Powiat milicki	10657	4605	6052	3517	1430	2087	7140	3175	3965
Powiat oleśnicki	31517	13779	17738	18753	7818	10935	12764	5961	6803
Powiat oławski	23128	9854	13274	14774	6057	8717	8354	3797	4557
Powiat strzeliński	13244	5834	7410	4774	1939	2835	8470	3895	4575
Powiat średzki	16272	7269	9003	2908	1192	1716	13364	6077	7287
Powiat trzebnicki	26408	11576	14832	10097	4225	5872	16311	7351	8960
Powiat wołowski	14329	6354	7975	7765	3276	4489	6564	3078	3486
Powiat wrocławski	43008	19047	23961	6586	2799	3787	36422	16248	20174
Podregion 5 - m. Wrocław	177629	72060	105569	177629	72060	105569	0	0	0
Powiat m.Wrocław	177629	72060	105569	177629	72060	105569	0	0	0
Źródło: Bank Danych Lokalnych NSP-2011									

Załącznik 9. Zestawienie progностyczne na rok 2050 dla osób w wieku 60+ według powiatów województwa dolnośląskiego									
Jednostka terytorialna	prognoza na rok 2050								
	ogółem			miasto			wieś		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+	60+
	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014
	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
POLSKA	13699787	6171020	7528767	7982808	3510534	4472274	5716979	2660486	3056493
DOLNOŚLĄSKIE	1032574	463641	568933	679747	299114	380633	352827	164527	188300
Podregion 1 -	192200	87792	104408	112487	50468	62019	79713	37324	42389
Powiat bolesławiecki	31733	14285	17448	13992	6107	7885	17741	8178	9563
Powiat jaworski	17275	8035	9240	9324	4312	5012	7951	3723	4228
Powiat jeleniogórski	24232	11002	13230	9960	4473	5487	14272	6529	7743
Powiat kamiennogórski	14551	6571	7980	7768	3546	4222	6783	3025	3758
Powiat lubański	18626	8787	9839	11352	5165	6187	7274	3622	3652
Powiat lwówecki	15463	7204	8259	7573	3420	4153	7890	3784	4106
Powiat zgorzelecki	29227	13410	15817	19271	8605	10666	9956	4805	5151
Powiat złotoryjski	15192	6941	8251	7346	3283	4063	7846	3658	4188
Powiat m.Jelenia Góra	25901	11557	14344	25901	11557	14344	0	0	0
Podregion 2 - legnicko-	151533	68129	83404	97283	42430	54853	54250	25699	28551
Powiat głogowski	29674	13356	16318	20077	8752	11325	9597	4604	4993
Powiat górowski	11462	5291	6171	5044	2180	2864	6418	3111	3307
Powiat legnicki	20927	9743	11184	5825	2583	3242	15102	7160	7942
Powiat lubiński	34832	15537	19295	22045	9536	12509	12787	6001	6786
Powiat polkowicki	21838	10019	11819	11492	5196	6296	10346	4823	5523
Powiat m.Legnica	32800	14183	18617	32800	14183	18617	0	0	0
Podregion 3 -	220681	100025	120656	155953	69829	86124	64728	30196	34532
Powiat dzierzoniowski	35162	16041	19121	28681	13062	15619	6481	2979	3502
Powiat kłodzki	53427	24308	29119	33344	14946	18398	20083	9362	10721
Powiat świdnicki	55468	25110	30358	36390	16210	20180	19078	8900	10178
Powiat wałbrzyski *	18796	8566	10230	11505	5262	6243	7291	3304	3987
Powiat ząbkowicki	21529	9986	11543	9734	4335	5399	11795	5651	6144
Powiat m.Wałbrzych *	36299	16014	20285	36299	16014	20285	0	0	0
Podregion 4 -	240423	109152	131271	86268	37843	48425	154155	71309	82846
Powiat milicki	12772	5726	7046	3857	1643	2214	8915	4083	4832
Powiat oleśnicki	39325	17991	21334	22044	9717	12327	17281	8274	9007
Powiat oławski	29485	13147	16338	17996	7785	10211	11489	5362	6127
Powiat strzeliński	15531	7154	8377	5548	2398	3150	9983	4756	5227
Powiat średzki	21575	10016	11559	3749	1632	2117	17826	8384	9442
Powiat trzebnicki	34831	15662	19169	12864	5602	7262	21967	10060	11907
Powiat wołowski	16737	7759	8978	8998	4034	4964	7739	3725	4014
Powiat wrocławski	70167	31697	38470	11212	5032	6180	58955	26665	32290
Podregion 5 - m.	227774	98553	129221	227774	98553	129221	0	0	0
Powiat m.Wrocław	227774	98553	129221	227774	98553	129221	0	0	0

Źródło: Bank Danych Lokalnych NSP-2011

Załącznik 10. Chorzy w wieku 60+leczeni na oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych (niepsychiatrycznych) w roku 2014 według głównych grup chorobowych								
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 i więcej	suma
Choroby zakaźne i pasożytnicze	467	338	194	247	213	183	92	1734
Nowotwory	6198	5783	3454	3496	2237	1036	273	22477
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	290	265	212	301	272	200	112	1652
Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	1309	1212	708	721	675	479	192	5296
Zaburzenia psychiczne	78	44	14	15	9	9	4	173
Choroby układu nerwowego	1640	1276	757	817	633	318	90	5531
Choroby oka i przydatków oka	2061	2456	2174	3016	2400	1138	272	13517
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	193	187	86	76	51	18	5	616
Choroby układu krążenia	6869	7067	5155	6457	6413	4425	1906	38292
Choroby układu oddechowego	2901	2447	1673	1940	1698	1073	460	12192
Choroby układu trawiennego	3347	2729	1768	1924	1689	978	358	12793
Choroby skóry i tkanki podskórnej	606	479	307	298	327	196	81	2294
Choroby ukł. kostno- stawowego, mięśni i tk. Łącznej	3606	2826	1772	1729	1002	371	63	11369
Choroby układu moczowo - pęciowego	2762	2309	1481	1548	1239	654	330	10323
Wady rozwojowe i wrodzone	54	50	22	25	25	17	3	196
Objawy, oznaki i stany niedokładnie określone	1775	1563	1134	1357	1411	883	357	8480
Urazy i zatrucia	3053	2082	1162	1391	1413	1228	633	10962
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	10342	8927	5020	4131	1754	574	77	30825
Źródło: Biuletyn Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego 2014 http://www.duw.pl/pl/urazdzdrowie-publiczne/informacje-statystyczn/biuletyn-statystyczny/2443,Biuletyn.html								
Załącznik 11. Chorzy w wieku 60+leczeni na oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych (niepsychiatrycznych) w roku 2013 według głównych grup chorobowych								
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 i więcej	suma
Choroby zakaźne i pasożytnicze	220	131	90	90	116	95	58	800
Nowotwory	5836	4906	3373	3227	2148	782	184	20456
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	300	260	274	276	369	201	79	1759
Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	1272	1044	666	728	592	354	130	4786
Zaburzenia psychiczne	52	31	22	8	6	4	1	124
Choroby układu nerwowego	1331	937	674	689	608	289	77	4605
Choroby oka i przydatków oka	1479	1600	1751	2388	1820	847	171	10056
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	113	56	36	45	11	8		269
Choroby układu krążenia	6660	5695	4794	5862	5178	3448	1235	32872
Choroby układu oddechowego	2897	2131	1584	1946	1594	924	258	11334
Choroby układu trawiennego	2942	2080	1584	1601	1398	789	257	10651
Choroby skóry i tkanki podskórnej	628	433	263	308	268	172	65	2137
Choroby ukł. kostno- stawowego, mięśni i tk. Łącznej	3622	2562	1839	1699	889	319	38	10968
Choroby układu moczowo - pęciowego	2004	1516	1146	1093	817	437	132	7145
Wady rozwojowe i wrodzone	41	39	28	28	17	14	5	172
Objawy, oznaki i stany niedokładnie określone	1097	1129	936	665	860	741	431	5859
Urazy i zatrucia	2217	1282	826	1086	1028	828	374	7641
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	8828	7021	4388	3373	1877	473	60	26020
Źródło: Biuletyn Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego 2014 http://www.duw.pl/pl/urazdzdrowie-publiczne/informacje-statystyczn/biuletyn-statystyczny/2443,Biuletyn.html								

Załącznik 12. Osoby niepełnosprawne prawnie w wieku poprodukcyjnym na terenie województwa dolnośląskiego według płci															
Jednostka terytorialna	ogółem					mężczyźni					kobiety				
	w wieku poprodukcyjnym														
	osoby niepełnosprawne prawnie														
	o stopniu niepełnosprawności					o stopniu niepełnosprawności					o stopniu niepełnosprawności				
	razem	znaczny	umiarkowany	lekkim	nieustalonym	razem	znaczny	umiarkowany	lekkim	nieustalonym	razem	znaczny	umiarkowany	lekkim	nieustalonym
	2011														
	osoba														
DOLNOŚLĄSKIE	103946	43066	37341	20872	2667	34036	14170	12381	6697	789	69909	28896	24960	14175	1878
Podregion 1 - jeleniogórski	20715	8310	7370	4519	515	6697	2679	2436	1435	150	14015	5631	4933	3087	366
Powiat bolesławiecki	3017	1285	982	693	57	1040	453	345	227	15	1977	832	637	467	42
Powiat jaworski	1559	538	552	437	31	492	167	198	119	8	1067	371	354	319	23
Powiat jeleniogórski	2051	849	739	414	49	629	260	239	116	15	1422	589	500	299	35
Powiat kamiennogórski	1009	405	318	252	34	314	128	90	77	19	695	277	228	175	15
Powiat lubański	2290	834	925	485	46	715	303	291	114	7	1575	530	634	371	39
Powiat lwówecki	1392	728	442	186	36	437	227	144	56	11	954	502	298	130	25
Powiat zgorzelecki	2694	1034	905	667	89	882	340	300	217	24	1812	693	604	450	65
Powiat złotoryjski	1869	847	590	387	44	589	257	200	126	7	1279	590	390	261	37
Powiat m.Jelenia Góra	4834	1790	1917	998	129	1599	544	629	383	44	3234	1247	1288	615	85
Podregion 2 - legnicko-głogowski	15661	6938	5160	3288	275	5016	2246	1736	958	77	10643	4692	3425	2330	198
Powiat głogowski	2804	1255	1044	476	29	915	459	317	127	12	1889	796	727	350	17
Powiat górowski	1459	636	477	295	51	440	183	167	80	10	1018	453	310	214	41
Powiat legnicki	1386	669	408	275	34	450	226	130	84	10	935	443	278	191	24
Powiat lubiński	3271	1390	1144	644	93	1054	406	438	189	21	2217	984	706	455	72
Powiat polkowicki	2066	882	647	509	29	693	312	213	161	8	1372	570	434	348	21
Powiat m.Legnica	4675	2106	1440	1089	39	1464	660	471	317	16	3212	1446	970	772	23

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

Podregion 3 - wałbrzyski	30338	12459	12020	5148	712	9701	3798	4020	1701	182	20637	8661	7999	3448	529
Powiat dzierżoniowski	4872	2070	1664	999	139	1512	643	535	305	29	3360	1427	1129	694	110
Powiat kłodzki	6600	2542	2640	1216	201	2112	727	950	378	57	4488	1815	1690	839	144
Powiat świdnicki	5090	1766	2041	1156	127	1667	533	727	379	28	3423	1233	1314	777	99
Powiat wałbrzyski *	10844	4687	4589	1377	192	3545	1489	1489	510	57	7299	3198	3100	867	134
Powiat ząbkowicki	2932	1394	1086	400	53	865	406	319	129	11	2067	988	766	271	42
Podregion 4 - wrocławski	14851	6436	5043	2966	407	4945	2232	1646	946	123	9908	4205	3399	2021	287
Powiat milicki	1181	488	460	207	27	364	150	136	71	8	817	338	324	136	19
Powiat oleśnicki	3098	1143	1173	700	82	1060	428	376	239	17	2038	715	798	461	65
Powiat oławski	2079	821	719	463	75	791	280	293	192	26	1288	541	426	272	50
Powiat strzeliński	1907	976	625	265	41	562	288	189	63	22	1346	689	436	202	20
Powiat średzki	1442	651	428	332	31	433	206	120	101	7	1009	445	308	231	25
Powiat trzebnicki	1825	893	569	317	47	579	287	199	85	8	1246	606	370	232	39
Powiat wołowski	1171	550	334	239	48	396	216	90	67	23	775	334	244	172	25
Powiat wrocławski	2148	914	735	443	56	760	377	243	128	12	1389	537	493	315	44
Podregion 5 - m. Wrocław	22380	8923	7748	4953	756	7676	3214	2543	1661	258	14704	5709	5205	3291	499
Powiat m.Wrocław	22380	8923	7748	4953	756	7676	3214	2543	1661	258	14704	5709	5205	3291	499
Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS															

Załącznik 13. Osoby niepełnosprawne tylko biologicznie w województwie dolnośląskim według płci												
Jednostka terytorialna	ogółem				mężczyźni				kobiety			
	w wieku poprodukcyjnym											
	osoby niepełnosprawne tylko biologicznie											
	razem	odczuwające ograniczenie sprawności			razem	odczuwające ograniczenie sprawności			razem	odczuwające ograniczenie sprawności		
		całkowi te	poważn e	umiark owane		całkowi te	poważn e	umiark owane		całkowi te	poważn e	umiark owane
	2011											
	osoba											
DOLNOŚLĄSKIE	76869	5649	23182	48037	20066	1473	5983	12610	56802	4177	17199	35426
Podregion 1 - jeleniogórski	14371	1086	4425	8862	3668	287	1112	2273	10703	798	3316	6591
Powiat bolesławiecki	2543	185	878	1480	680	32	250	398	1863	153	629	1082
Powiat jaworski	960	68	254	638	251	22	77	153	709	47	177	486
Powiat jeleniogórski	1370	150	426	795	365	49	115	202	1005	101	311	593
Powiat kamiennogórski	1251	73	336	842	328	22	87	220	923	51	250	622
Powiat lubański	1493	111	527	855	343	27	95	222	1150	83	433	634
Powiat lwówecki	1243	106	402	735	330	33	88	209	913	73	315	526
Powiat zgorzelecki	2212	182	688	1343	610	43	193	374	1602	139	494	969
Powiat złotoryjski	976	98	228	650	216	20	60	136	760	78	168	514
Powiat m.Jelenia Góra	2323	113	686	1524	545	39	147	359	1778	73	539	1165
Podregion 2 - legnicko-głogowski	10188	662	3013	6511	2701	177	764	1761	7485	485	2249	4749
Powiat głogowski	1652	124	444	1083	451	31	139	281	1201	93	305	802
Powiat górowski	1292	66	358	868	353	19	85	249	938	47	273	618
Powiat legnicki	1475	103	501	871	430	32	116	282	1045	72	384	589
Powiat lubiński	1833	121	479	1233	498	32	137	330	1335	89	343	903
Powiat polkowicki	1070	90	360	620	257	18	91	148	813	71	269	472
Powiat m.Legnica	2866	158	871	1836	712	45	196	471	2153	113	675	1365

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

Podregion 3 - wałbrzyski	18876	1312	5817	11748	4890	360	1515	3015	13986	950	4302	8734
Powiat dzierzoniowski	2830	265	848	1717	752	75	210	467	2078	190	638	1250
Powiat kłodzki	4596	192	1391	3013	1187	76	341	769	3409	115	1050	2244
Powiat świdnicki	4845	363	1343	3140	1178	81	337	760	3667	281	1006	2380
Powiat wałbrzyski *	4802	330	1683	2789	1255	91	462	702	3547	239	1221	2088
Powiat ząbkowicki	1803	162	552	1089	518	37	165	317	1285	125	387	772
Podregion 4 - wrocławski	13108	1071	3840	8196	3429	235	1024	2168	9680	836	2817	6027
Powiat milicki	967	104	252	611	241	23	53	165	726	80	199	446
Powiat oleśnicki	2037	154	590	1293	538	34	164	339	1500	120	426	954
Powiat oławski	1533	55	449	1028	449	20	136	293	1084	35	314	735
Powiat strzeliński	1344	130	389	825	353	24	111	218	991	105	279	607
Powiat średzki	1563	112	532	918	395	26	132	238	1167	87	400	680
Powiat trzebnicki	1916	201	514	1201	450	48	122	279	1466	153	391	922
Powiat wołowski	1222	79	386	757	330	18	110	202	892	62	276	555
Powiat wrocławski	2526	236	728	1563	673	42	196	434	1854	194	532	1128
Podregion 5 - m. Wrocław	20324	1520	6085	12719	5375	412	1569	3393	14949	1108	4516	9326
Powiat m. Wrocław	20324	1520	6085	12719	5375	412	1569	3393	14949	1108	4516	9326

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS

Załącznik 14. Organizacje pozarządowe w województwie dolnośląskim działające na rzecz osób wieku emerytalnym:

1.	Fundacja ePolak Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000590346	14.	Fundacja Instytut Badań i Rozwoju Lokalnego Foundation Institute of Research and Local Development Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000517580
2.	Fundacja "Dzierżoniowski Uniwersytet Trzeciego Wieku" Dzierżonów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000484371	15.	Stowarzyszenie Trenerów i Praktyków Relaksacji "Przestrzeń" Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000308578
3.	Stowarzyszenie Pomocy Wzajemnej im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000070604	16.	Polskie Stowarzyszenie Szczęśliwych Emerytów Legnica, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000324382
4.	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Tymoterapii im. prof. Jeremiego Czaplickiego Lubin, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000114148	17.	Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Zdrowia Curatus Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000038998
5.	Fundacja Rodu Walkiewiczów Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000538091	18.	Głogowskie Stowarzyszenie Muzyczne im. Zygmunta Noskowskiego Głogów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000548658
6.	Stowarzyszenie Animacji i Rozwoju Lokalnego Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000557958	19.	Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych w Wołowie Wołów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000134574
7.	Stowarzyszenie "Bielany Dla Ciebie" Bielany Wrocławskie, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000454729	20.	Fundacja Opieka i Troska Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000159664
8.	Jeleniogórskie Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju "Sodalis" Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000497130	21.	Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Z Dołu Do Góry Kudowa-Zdrój, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000507224
9.	Stowarzyszenie Rozwoju Gminy Stare Bogaczowice Stare Bogaczowice, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000166916	22.	Stowarzyszenie Inicjatyw Lokalnych: Naukowych, Innowacyjnych, Artystycznych SILNIA! Factorial – association of local initiatives: scientific, innovative, artistic SILNIA! Kłodzko, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000500860
10.	Fundacja im. Wehrner Freiherrn Von Braun i Rodziny Von Braun "Braunchen Haus" Bystrzyca, woj. dolnośląskie	23.	Stowarzyszenie Przyjaciół Parafii pw. Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Marii Panny i Publicznej Szkoły Podstawowej Nr 6 w Boguszowie-Gorcach "Boguszowska Szóstka" Boguszów-Gorce, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000501918
11.	Towarzystwo Oświatowe Ziemi Dzierżoniowskiej Dzierżonów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000217528	24.	Stowarzyszenie Emerytów, Rencistów i Osób Niepełnosprawnych w Siechnicach Siechnice, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000051245
12.	Karkonoska Akademia Aktywnych Seniorów Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000511720	25.	Stowarzyszenie Pomysł na Życie Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000385766
13.	Klub Górski "Problem"		

	Lubin, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000057963		
26.	"W Tonacji Serca"	39.	Fundacja Rozwoju Obywatelskiego
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000228172		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000516274
27.	Fundacja "Uśmiech Serca"	40.	Bogatyńskie Stowarzyszenie "Amazonki" Bogatynia, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000141388
	Legnica, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000386783	41.	Stowarzyszenie Nasze Marczyce
28.	Fundacja Wspierania Rozwoju Lokalnego "Moja Przestrzeń"		Marczyce, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000494818
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000375674	42.	Stowarzyszenie "Nasz Parchów"
29.	Stowarzyszenie Górniczy Klub Seniora Turów w Bogatyni		Parchów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000303649
	Bogatynia, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000357874	43.	Stowarzyszenie Pomocy Ludziom Starszym, Chorym i Pokrzywdzonym im. Jana Pawła II
30.	Zgorzeleckie Stowarzyszenie Aktywnych Seniorów		Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000326421
	Zgorzelec, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000434433	44.	Towarzystwo Karkonoskie
31.	Stowarzyszenie Sztukater		Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000185205
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000398352	45.	Stowarzyszenie Przyjaciół Bystrzycy Górnej "Trzy Sosny"
32.	Stowarzyszenie Inicjatyw Poznawczo- Rozwojowych "NOESIS"		Bystrzyca Górną, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000365757
	Polkowice, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000367634	46.	Fundacja Wspierania Seniorów Mela im. Melanii Dobiega
33.	Powiatowe Forum Kłodzkie Centrum Obywatelskie		Wałbrzych, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000480776
	Kłodzko, woj. dolnośląskie	47.	Fundacja "Razem możemy więcej" przy Domu Dziecka w Kłodzku
34.	Federacja Uniwersytetów Trzeciego Wieku		The Foundation "We Can More Together" At The Children's Home In Kłodzko Kłodzko, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000474442
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000531988	48.	Fundacja Symbioza. "Człowiek – Region – Integracja"
35.	Fundacja Lokalnych Inicjatyw Społecznych FLIS		Symbiosis Foundation. "Man – Region – Integration" Świdnica, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000511403
	Local Civic Initiatives Foundation Głogów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000368272	49.	Stowarzyszenie Grupa Wsparcia dla Osób z Problemami Pamięci "Niezapominajka"
36.	Wrocławskie Centrum Wspierania Organizacji Pozarządowych "Sektor 3" (jednostka prowadząca: Fundacja Wspierania Organizacji Pozarządowych "Umbrella")		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000294642
	Wrocław, woj. dolnośląskie	50.	Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych w Bolesławcu
37.	Polska Federacja Petanque – Związek Sportowy		Bolesławiec, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000082031
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000199793	51.	Jeleniogórski Klub Literacki
38.	Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku w Głuszycy	52.	Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych w Bolesławcu

	Głuszyca, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000532567		Bolesławiec, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000082031
53.	Jeleniogórski Klub Literacki	68.	Stowarzyszenie Przyjaciół Dzierżoniowskiego Ekonomika
	Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000203655		Dzierżoniów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000274502
54.	Fundacja Równowaga	69.	Lubińskie Stowarzyszenie Twórców Kultury
	Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000496339		Lubin, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000070831
55.	Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku w Strzelinie	70.	Stowarzyszenie "Pomocna Dłoń"
	Strzelin, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000245802		Złoty Stok, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000081762
56.	Stowarzyszenie Pomocy Chorym Magdaleny Sadowskiej "Wygraj Zdrowie"	71.	Stowarzyszenie "Świdnicki Bank Żywności"
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000461807		Świdnica, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000295663
57.	Fundacja Twórcze Miejsce Kobiet	72.	Stowarzyszenie "Zielone Ludki"
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000444482		Zawidów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000437514
58.	Fundacja "Dwa Światy"	73.	Stowarzyszenie Uniwersytetu Trzeciego Wieku "Atena"
	Raczyce, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000350780		Oborniki Śląskie, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000183818
59.	Fundacja Manufaktura Inicjatyw	74.	Fundacja "Dar Serca Haliny Malińskiej"
	Manufacture of Initiatives Foundation Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000360603		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000499234
60.	Stowarzyszenie Przyjaciół Duszpasterstwa Akademickiego "Wawrzyny"	75.	Stowarzyszenie Pomocy "Larum"
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000086185		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000019459
61.	Fundacja Imago	76.	Fundacja "Dajmy Szansę"
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000321082		Foundation "Give them chance" Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000174002
62.	Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych	77.	Milickie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych
	Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000100516		Milicz, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000028932
63.	Wrocławska Międzyuczelniana Fundacja "Pro Homine" na rzecz Emerytów i Osób Niepełnosprawnych	78.	Europejska Fundacja Ludzi Dobrej Woli "Serdeczna Pomoc"
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000122589		Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000294888
64.	Stowarzyszenie Promocji Sportu FAN	79.	Stowarzyszenie Absolwentów i Sympatyków Liceum Ogólnokształcącego Nr IX im. Juliusza Słowackiego We Wrocławiu
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000243595		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000342477
65.	Stowarzyszenie "Coś Dobrego"	80.	Towarzystwo Miłośników Kultury Kresowej
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000382077		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000327943
66.	Centrum Wolontariatu w Zgorzelcu	81.	Stowarzyszenie W Cieniu Lipy Czarnoleskiej
	Zgorzelec, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000174589		Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000264839
67.	Fundacja "ulica swoje wie"	82.	Bielawski Uniwersytet Trzeciego Wieku
	Boguszów-Gorce, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000498479		Bielawa, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000231752

83.	Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki we Wrocławiu	93.	Fundacja dla Kobiet "Dobra Dusza"
	Polish Society for Rehabilitation of the Disabled Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000065190		Żmigród, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000288859
84.	Fundacja Perennitas	94.	Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia "Pro Femina"
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000354359		Wałbrzych, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000023386
85.	Fundacja Aktywny Senior	95.	Fundacja Dobroczynności
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000359001		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000269648
86.	Stowarzyszenie Ab Ovo	96.	Centrum Inicjatyw UNESCO
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000373819		UNESCO Initiatives Centre Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000226199
87.	Fundacja Pomagam Życ Innym	97.	Fundacja Punkt Widzenia
	Jelenia Góra, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000349920		Point of View Foundation Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000357566
88.	Fabryka Inicjatyw Lignum	98.	Stowarzyszenie Pomocy Chorym Onkologicznie "Różowe Okulary"
	Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000413596		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000343577
89.	Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów Byłych Pracowników KGHM Polska Miedź SA	99.	Stowarzyszenie Odra – Niemen
	Lubin, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000217785		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000133146
90.	Polski Instytut Medyczny	100.	Fundacja Wspierajmy Razem
	Wałbrzych, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000228671		Święta Katarzyna, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000494210
91.	Sudeckie Stowarzyszenie "Mediator"	101.	Fundacja Wspierania Seniorów Pro Bono
	Mieroszów, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000469592		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000417537
92.	Stowarzyszenie "Atrakcyjni"	102.	Fundacja Alzheimerowska – Wspieranie Diagnostyki, Leczenia, Nauki i Dydaktyki w Lecznictwie Państwowym i Prywatnym w Rzeczypospolitej Polskiej i w Krajach Europy Środkowej
	Czarny Bór, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000477697		Wrocław, woj. dolnośląskie Numer KRS: 0000146940

Źródło: opracowanie własne na podstawie

http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?kryt_pola=6&kryt_woj=1&wyniki=1&page=5 [Dostęp 31.12.2015 r].

Załącznik 15. Domy pomocy społecznej w województwie dolnośląskim dla osób psychicznie, somatycznie chorych oraz osób w podeszłym wieku– stan 31 lipca 2015 r.						
1.	powiat dzierzoniowski		DPS w Bielawie, ul. Żeromskiego 2, 58–260 Bielawa	dla osób przewlekle somatycznie chorych	125	
			filia DPS w Bielawie, ul. Świerczewskiego 14/16, 58–230 Niemcza	dla osób przewlekle somatycznie chorych		
2.	"Ewa – Med." s.c.	ul. Zatorska 55A/3 Wrocław	51–215	Dom Pomocy Społecznej "Zielone Wzgórza" Rościszów 84, 58–250 Pieszyce	dla osób przewlekle psychicznie chorych	45
3.	powiat głogowski		DPS w Głogowie, ul. Neptuna 22/24, 67–200 Głogów	dla osób przewlekle somatycznie chorych (120)	120	
4.	powiat górowski		DPS we Wronińcu, Wroniniec 59, 56–215 Niechlów	dla osób przewlekle psychicznie chorych	74	
5.	powiat jaworski		DPS w Jaworze, pl. Seniora 3, 59–400 Jawor	dla osób przewlekle somatycznie chorych (65)	185	
			filia DPS w Jaworze, ul. Kmiennogórska 3, 59–420 Bolków	dla osób przewlekle somatycznie chorych (70)		
			filia DPS w Jaworze, Mierczyce 34, 59–430 Mierczyce	dla osób przewlekle somatycznie chorych (50)		
6	powiat jeleniogórski		DPS w Kowarach, ul. Waryńskiego 38, 58–530 Kowary	dla osób przewlekle somatycznie chorych	56	
7.			DPS w Sosnówce, ul. Liczyrzepy 87, 58–564 Sosnówka	dla osób w podeszłym wieku	60	
8.	powiat kłodzki		DPS w Bystrzycy Kłodzkiej, ul. Górna 23, 57–500 Bystrzyca Kłodzka	dla osób przewlekle somatycznie chorych (37) dla osób przewlekle psychicznie chorych (45)	82	
9.			DPS w Nowej Rudzie, ul. Parkowa 20, 57–402 Nowa Ruda	dla osób przewlekle somatycznie chorych	80	
10.			DPS w Ścinawce Dolnej, Ścinawka Dln. 17, 57–409 Ścinawka Dln.	dla osób przewlekle psychicznie chorych	96	
11.			DPS w Jugowie, ul. Główna 118, 57–430 Jugów	dla osób przewlekle somatycznie chorych	85	
12.	Miasto Legnica		DPS dla Dorosłych w Legnicy, ul. Grabskiego 11, 59–220 Legnica	dla przewlekle somatycznie chorych	61	

13 .	powiat legnicki	DPS w Brenniku, Brennik 24, 59–243 Ruja	dla osób przewlekle somatycznie chorych	115
14 .	powiat lwówecki	DPS w Mirsku, ul. Zielona 12, 59–630 Mirsk	dla osób przewlekle somatycznie chorych	85
15 .	powiat milicki	DPS w Miliczu, ul. Kombatantów 1, 56–300 Milicz	dla osób w podeszłym wieku	123
16 .		DPS w Krośnicach, ul. Kwiatowa 9, 56–320 Krośnice	dla osób przewlekle psychicznie chorych	152
17 .	powiat oławski	DPS w Oławie, ul. Lwowska 6, 55–200 Oława	dla osób przewlekle somatycznie chorych	110
18 .	Caritas Archidiecezji Wrocławskiej ul.Katedralna 7, 50–328 Wrocław	Dom Opieki Caritas Archidiecezji Wrocławskiej w Malczycach, ul. 1 Maja 39, 55–320 Malczyce	dla osób w podeszłym wieku	40
19 .	Adam Żmuda ul. Kościelna 12, 57–120 Wiązów	Dom Pomocy Społecznej – Adam Żmuda ul. Kościelna 12, 57–120 Wiązów	dla osób w podeszłym wieku	43
20 .	Żar–Med.. Sp. z o. o. ul. Słowackiego 6 Żarów 58–130	Żar–Med.. Sp. z o. o., ul. Słowackiego 6, 58–130 Żarów	dla osób w podeszłym wieku (17) dla osób niepełnosprawnych fizycznie (17)	34
21 .	powiat trzebnicki	DPS w Obornikach Śląskich, ul. Kard. Wyszyńskiego 33, 55–120 Oborniki Śl.	dla osób przewlekle somatycznie chorych (85)	257
		filia DPS w Obornikach Śl., ul. Polna 43, 55–120 Rościszewice	dla osób przewlekle psychicznie chorych (172)	
22 .	Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi Prowincja Poznańska Św. Józefa ul. Niegolewskich 23 60–233 Poznań	DPS w Wałbrzychu, ul. Zachodnia 17, 58–305 Wałbrzych	dla osób przewlekle somatycznie chorych	48
23 .	Miasto Wałbrzych	Dom Seniora – Rusinowa, ul. Osiedle Górnicze 19A, 58–300 Wałbrzych	dla osób w podeszłym wieku (29) dla osób przewlekle somatycznie chorych (20)	49
24 .	Maria i Krzysztof Śpiewak ul. Sportowa 2, 55–081 Borzygniew	"Dom Nad Zalewem", ul. Sportowa 2, 55–081 Borzygniew	dla osób w podeszłym wieku	45
25 .	Miasto Wrocław	DPS we Wrocławiu, ul. Mączna 3, 54–131 Wrocław	dla osób w podeszłym wieku (125),	155

			dla osób przewlekle somatycznie chorych (30)	
26		DPS we Wrocławiu, ul. Rędzińska 66/68, 54–106 Wrocław	dla osób przewlekle somatycznie chorych	159
27		DPS we Wrocławiu, ul. Karmelkowa 25/27, 52–433 Wrocław	dla osób przewlekle somatycznie chorych	236
28		DPS we Wrocławiu, ul. Kaletnicza 8, 510180 Wrocław	dla osób przewlekle psychicznie chorych	94
29	Ewangelickie Centrum Diakonii ul. Wejherowska 28, i Edukacji im.ks.Marcina Lutra 54–239 Wrocław	DPS we Wrocławiu, ul. Świątnicka 25/27, 52–018 Wrocław	dla osób w podeszłym wieku	104
30	Ewangelickie Centrum Diakonii ul. Wejherowska 28, i Edukacji im.ks.Marcina Lutra 54–239 Wrocław	DPS "Miłosierny Samarytanin", ul. Wejherowska 28, 54–239 Wrocław	dla osób w podeszłym wieku (30) dla osób przewlekle somatycznie chorych (42)	72
31	Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej Prowincja Polska ul. Kardynała Bol. Kominka 3/5, 50–329 Wrocław	DPS we Wrocławiu, ul. Farna 3, 51–313 Wrocław	dla osób przewlekle psychicznie chorych	101
32	Zgromadzenie Sióstr Najświętszej Rodziny z Nazaretu ul. Nazaretańska 1 30–680 Kraków	DPS we Wrocławiu, ul. Św. Marcina 10, 50–237 Wrocław	dla osób przewlekle somatycznie chorych	48
33	Zgromadzenie SS. Franciszkanek MNP ul.Kolejowa 4, 47–450 Krzyżanowice	DPS we Wrocławiu, ul. Grunwaldzka 104, 50–357 Wrocław	dla osób przewlekle somatycznie chorych	73
34	powiat ząbkowicki	DPS w Ząbkowicach Śląskich, ul. Szpitalna 3, 57–200 Ząbkowice Śl.	dla osób przewlekle somatycznie chorych	118
35		DPS w Ziębicach, ul. Kościelna 10, 57–220 Ziębice	dla osób przewlekle somatycznie chorych	120
36	Caritas Archidiecezji Wrocławskiej ul.Katedralna 7 50–328 Wrocław	Dom Opieki Caritas Archidiecezji Wrocławskiej w Henrykowie, ul. Cystersów 4D, 57–210 Henryków	dla osób przewlekle somatycznie chorych	73
37	Prywatna Agencja Irena Zych Pielęgniarsko–Opiekuńcza ul. Grunwaldzka 17 57–220 Ziębice	Dom Pomocy Społecznej "Złota Jesień" ul. Wałowa 44B, 57–220 Ziębice	dla osób w podeszłym wieku	7
38	powiat zgorzelecki	DPS "Jutrzenka" w Zgorzelcu, ul. Przechodnia 8, 59–900 Zgorzelec	dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz dla osób w podeszłym wieku	114
39		DPS "Ostoja" w Zgorzelcu, ul. Pułaskiego 11–13, 59–900 Zgorzelec	dla osób w podeszłym wieku	72

40 .	Miasto Bolesławiec	DPS w Bolesławcu, ul. Piastów 17, 59–700 Bolesławiec	dla osób w podeszłym wieku	48
41 .	Miasto Lubin	DPS "Szarotka" w Lubinie, ul. Sybiraków 13, 59–300 Lubin	dla osób przewlekle somatycznie chorych	35
42 .	Miasto Jelenia Góra	DPS "Pogodna Jesień" w Jeleniej Górze, ul. Leśna 3/5, 58–560 Jelenia Góra	dla osób w podeszłym wieku	88

Źródło: Rejestr domów pomocy społecznej w województwie dolnośląskim. <http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/52,dok.html>

Załącznik 16. Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku – stan na 17.12.2015r.

L.p.	Nazwa placówki	Adres	Rodzaj działalności	liczba miejsc	Zezwolenie
1.	Prywatny Dom dla Osób Starszych "Maria"	55–110 Skokowa, ul. Prusicka 2a, tel. 071 3967706 693 724 464	gospodarcza	18	na czas nieokreślony
2.	Dom "Spokojna Jesień" – Beata Szałęga, Kazimierz Wygoda	57–400 Nowa Ruda, ul. Piłsudskiego 29, tel. 074 8729566	gospodarcza	24	na czas nieokreślony
3.	"Arkadia" Domy Emeryta i Rencisty – Róża Stachowiak Oddział w Opolnicy	57–256 Bardo Śląskie Opolnica 1 tel. 074 8167824	gospodarcza	44	na czas nieokreślony
4.	"Arkadia" Domy Emeryta i Rencisty – Róża Stachowiak	57–320 Polanica Zdrój, ul. Ogrodowa 7, tel. 074 8733627	gospodarcza	40	warunkowe
5.	Dom dla Osób Starszych "Starzyk" – Zenon Rudziński	58–330 Jedlina Zdrój, ul. Chojnowska 9, tel. 074 8438419	gospodarcza	34	na czas nieokreślony
6.	Pensjonat dla Osób Starszych "Maranta" – PIK sp. z o.o.	56–420 Bierutów, ul. Polna 1a, tel. 071 3146073	gospodarcza	65	na czas nieokreślony
7.	Pensjonat Opiekuńczo-Rehabilitacyjny "SENOVITA" S.C.	56–209 Jemielno Psary 50 tel. 065 544 71 57	gospodarcza	18	na czas nieokreślony
8.	Sudecki Dom Seniora "Słoneczna Polana"	58–580 Szklarska Poręba ul. Franciszkańska 30 075 761 63 74	gospodarcza	45	na czas nieokreślony
9.	Dom Spokojnej Starości "Majowy Sen"	57–300 Kłodzko ul. Wyspiańskiego 40 074 813 67 21	gospodarcza	77	na czas nieokreślony
10.	Prywatny Dom Opieki	56–416 Twardogóra Bukowinka 17k 0606 668 857	gospodarcza	5	na czas nieokreślony
11.	Dom Seniora "Grześ"	58–540 Karpacz ul. M. Skłodowskiej–Curie 9 75 761 97 84 0607 44 59 96	gospodarcza	22	na czas nieokreślony
12.	Domek z Sercem	55–010 Radwanice ul. Melioracyjna 1 tel. 694 125 807	gospodarcza	27	na czas nieokreślony
13.	"Rezydencja Seniora AS" ("Seniorenresidenz AS")	58–540 Karpacz ul. Przewodników Górskich 1 tel. kontakt.: 61 830 26 09	gospodarcza	48	na czas nieokreślony
14.	Dom Seniora "Piastów Gród"	57–340 Duszniki Zdrój ul. Zdrojowa 23 tel. 74 866 92 60	gospodarcza	41	na czas nieokreślony

15.	"Dom pod Brzozami"	55-330 Miękinia ul. Zachodnia 1 tel. 502 504 300	gospodarcza	3	na czas nieokreślony
16.	Dom Troskliwej Opieki "Santorius"	55-300 Środa Śląska ul. Średzka 12, Rakoszyce tel. 602 193 361	gospodarcza	17	na czas nieokreślony
17.	"Rezydencja Rydz"	57-530 KudowazZdrój ul. Gen. W. Sikorskiego 12	gospodarcza	35	na czas nieokreślony
18.	Noworudzkie Centrum Geriatryczne "Senior"	57-402 Nowa Ruda ul. Kłodzka 31 tel. 501 955 843	gospodarcza	17	na czas określony
19.	Dom Seniora "Anna" Sp. z o.o.	58-540 Karpacz ul. Wita Stwosza 22	gospodarcza	17	na czas określony
20.	"Dom Seniora Gabriela Nowara"	57-200 Ząbkowice Śl. Tomice 2 tel. 74 830 29 75	gospodarcza	22	na czas nieokreślony
21.	Dom Opieki im. Św. Jadwigi	56-120 Brzeg Dolny ul. Aleje Jerozolimskie 24 tel. 71 389 08 21 693 231 030	gospodarcza	20	na czas określony
22.	Placówka "Jantar"	58-350 Rybnica Leśna 56, tel. 728 841 182	gospodarcza	35	na czas nieokreślony
23.	Dom Seniora "Marconi-Medica"	58-100 Świdnica, ul. Rzeźnicza 13	gospodarcza	25	na czas nieokreślony
24.	"Dom Seniora w Górach Sowich"	57-451 Świerki 86	gospodarcza	30	na czas nieokreślony
25.	"Alma"	ul. Sudecka 22, 59-850 Świeradów Zdrój	gospodarcza	30	na czas nieokreślony
26.	Ośrodek Opiekuńczo-Rehabilitacyjny dla Osób Starszych i Osób z Chorobą Alzheimera	57-530 Międzyzlesie, Jodłów 6-7	gospodarcza	43	na czas nieokreślony
27.	Dom Pogodnej Starości "OAZA"	59-700 Bolesławiec, Kraśnik Górny 29	gospodarcza	7	na czas nieokreślony
28.	Dom Seniora "Magdalenki"	57-340 Duszniki Zdrój ul. Sprzymierzonych 11	gospodarcza	28	na czas nieokreślony
29	Dom Seniora	58-405 Krzeszów, ul. Michała Willmanna 7	gospodarcza	50	na czas nieokreślony
1.	Dom Opieki Sióstr św. Elżbiety	57-256 Bardo, ul. Główna 36, tel. 074 8171303	statutowa	24	na czas nieokreślony

2.	Dom Opieki Sióstr św. Elżbiety	55–300 Środa Śląska, ul. Kolejowa 16, tel. 071 3172705	statutowa	9	na czas nieokreślony
3.	Dom Opieki Sióstr św. Elżbiety	58–407 Chelmsko Śl., ul. Powstańców Śl. 7, tel. 075 7422708	statutowa	4	na czas nieokreślony
4.	Dom Opieki Sióstr św. Jadwigi	57–300 Kłodzko, Szalejów Górny 10, tel. 074 8687124	statutowa	36	na czas nieokreślony
5.	Dom Seniora "Pod Platanem"	51–168 Wrocław, ul. Sołtysowicka 59a tel. 0608 783 608	statutowa	8	na czas określony
6.	Dom Seniora "Przystań"	59–330 Ścinawa, ul. Królowej Jadwigi 5	statutowa	30	na czas nieokreślony

Źródło: *Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej* (2015). Wydział Polityki Społecznej. Dostęp 22.01.2016. Dostępny na: <http://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-polityki-spole/52,dok.html>

Załącznik 17. Działalność zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej w latach 2011–2014. Źródło: Biuletyn Statystyczny Województwa Dolnośląskiego.

LP	NAZWA ODDZIAŁU	KOD ODDZIAŁU	LICZBA CHORYCH NA 1 ŁÓŻKO				PRZECIĘTNY POBYT CHOREGO				ŚREDNIE WYKORZYSTANIE ŁÓŻKA W ROKU				% WYKORZYSTANIA ŁÓŻKA			
			2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
1	Podmiot/oddział opieki paliatywnej	5182			7,3	7,9			26,2	25,1			191,0	198,5			52,3	54,4
	RAZEM PODLEGŁE MINISTERSTWU ZDROWIA ORAZ REKTOROWI AM:		0,0	0,0	7,3	7,9	0,0	0,0	26,2	25,1	0,0	0,0	191,0	198,5			52,3	54,4
1	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	5170																
	RAZEM PODLEGŁE MONI MSWiA:		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1	Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	5160	1,7	1,9	1,9	1,4	182,2	195,5	173,3	253,6	303,7	367,2	330,9	345,8	83,2	100,6	90,7	94,8
2	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	5170	1,3	1,5	1,6	1,6	251,0	239,1	213,4	184,7	326,3	348,0	350,4	298,2	89,4	95,4	96,0	81,7
3	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	5172	1,2	1,3	1,3	1,3	289,6	287,6	283,8	276,5	359,8	361,1	360,9	357,7	98,6	98,9	98,9	98,0
4	Hospicjum stacjonarne	5180	11,0				20,9				229,6				62,9			
5	Podmiot/oddział opieki paliatywnej	5182			11,7	11,6			23,5	22,5			275,6	260,4			75,5	71,3
	RAZEM PODLEGŁE MARSZAŁKOWI WOJEWÓDZTWA:		1,4	1,3	2,2	2,2	251,7	275,2	156,2	155,3	351,9	360,0	351,1	342,9	96,4	98,6	96,2	94,0
1	Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	5160	3,5	3,0		3,5	106,0	122,4		104,8	367,7	367,3		371,4	100,7	100,6	0,0	101,8
2	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	5170	1,8	1,7	2,3	2,1	274,7	213,7	154,1	172,0	487,1	361,2	351,9	360,4	133,5	99,0	96,4	98,7
3	Hospicjum stacjonarne	5180	10,8	7,6	9,9	12,3	29,3	41,1	28,5	29,1	315,9	310,3	281,9	357,2	86,5	85,0	77,2	97,9
	RAZEM PODLEGŁE SAMORZĄDOWI GMINY:		2,8	2,4	2,8	3,3	162,8	150,9	124,6	111,5	448,3	359,4	347,3	362,8	122,8	98,5	95,2	99,4
1	Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	5160	2,4	2,2	1,9	2,1	139,3	140,0	181,1	164,6	336,6	310,1	348,6	337,6	92,2	85,0	95,5	92,5
2	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	5170	2,5	2,3	2,4	2,3	126,1	132,4	117,5	154,8	317,5	305,6	286,5	358,6	87,0	83,7	78,5	98,2
3	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży	5171		1,1				322,4				367,5				100,7		
4	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	5172	0,9	0,8	1,3	0,9	288,8	311,0	286,7	270,3	246,8	234,3	365,1	243,3	67,6	64,2	100,0	66,6
5	Hospicjum stacjonarne	5180	18,4	6,9	13,1	10,6	14,7	28,9	27,4	30,4	269,8	198,0	359,4	322,7	73,9	54,2	98,5	88,4
	RAZEM PODLEGŁE SAMORZĄDOWI POWIATU:		2,1	1,7	2,2	1,9	138,3	164,9	148,9	165,6	297,0	286,5	325,8	312,1	81,4	78,5	89,2	85,5
1	Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	5160	2,1	2,6	2,7	1,9	150,8	159,4	214,6	200,7	312,2	410,6	582,4	391,1	85,5	112,5	159,6	107,2
2	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	5170	1,9	2,0	1,9	1,9	182,3	181,9	176,1	187,5	345,3	357,6	334,0	361,0	94,6	98,0	91,5	98,9
3	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży	5171	1,0	1,1	1,1	1,1	336,6	323,0	314,7	312,6	336,6	355,3	343,1	356,3	92,2	97,3	94,0	97,6
4	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	5172	1,8	1,9	1,9	2,0	197,2	204,4	186,1	198,4	359,7	398,4	360,6	388,9	98,5	109,2	98,8	106,5
5	Hospicjum stacjonarne	5180	14,6	13,7	13,6	13,2	20,6	18,4	18,2	25,9	302,3	252,6	247,2	341,0	82,8	69,2	67,7	93,4
6	Podmiot/oddział opieki paliatywnej	5182			16,2	14,4			21,0	20,7			339,8	297,5			93,1	81,5
	RAZEM POZOSTAŁE PODMIOTY LECZNICZE:		2,5	2,8	2,8	2,7	135,9	134,6	139,7	137,8	337,6	370,5	393,4	367,8	92,5	101,5	107,8	100,8
	RAZEM PUBLICZNE:		1,9	1,6	2,3	2,2	181,6	202,3	144,2	146,8	336,9	325,7	338,6	328,9	92,3	89,2	92,8	90,1
	OGÓŁEM WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE:		2,2	2,3	2,6	2,5	151,3	154,4	141,3	141,1	323,4	351,9	371,9	352,1	88,6	96,4	101,9	96,5

Załącznik 18. Wykaz Środowiskowych Domów Samopomocy w Województwie Dolnośląskim. Powiatowe ŚDS, stan 25.11.2014r.

L.p.	Prowadzący ŚDS	Nazwa	Kod	Poczta	Miejscowość	Ulica	Typ domu	Liczba uczestników
1	Dom Pomocy Społecznej Głogów	Powiatowy Środowiskowy Dom Samopomocy	67–200	Głogów	Głogów	ul. Neptuna 33	typ: B	60
2	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Jawor	Ośrodek Wsparcia	59–400	Jawor	Jawor	ul. Starojaworska 7	typ: AB	30
3	Powiat Kamiennogórski	Powiatowy Ośrodek Wsparcia Środowiskowy Dom Samopomocy	58–400	Kamienna Góra	Kamienna Góra	ul. Kościuszki 6	typ: B	33
4	Sudecki Sejmik Osób Niepełnosprawnych w Kłodzku	Powiatowy Środowiskowy Dom Samopomocy	57–300	Kłodzko	Kłodzko	ul. Szkolna 8	typ: B i C	40
5	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Legnica	Środowiskowy Dom Samopomocy	59–225	Chojnów	Chojnów	ul. Sobieskiego 2	typ: A B i C	55
6	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Legnica	Środowiskowy Dom Samopomocy "Lilia"	59–225	Chojnów	Chojnów	ul. Reja 3	typ: A B i C	45
7	Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Upośledzeniem Umysłowym i Ruchowym "Persona"	Środowiskowy Dom Samopomocy "Persona"	59–220	Legnica	Legnica	ul. Wojska Polskiego 20	typ: B i C	36
8	Milickie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych	Powiatowy Ośrodek Wsparcia	56–300	Milicz	Milicz	ul. Wojska Polskiego 40	typ: A	30
9	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Środa Śląska	Środowiskowy Dom Samopomocy	55–311	Kostomłoty (filia Domu w Środzie Śląskiej)	Piersno	Piersno 7	typ: AB	33
		Środowiskowy Dom Samopomocy	55–300	Środa Śląska	Środa Śląska	ul. Kilińskiego 28	typ: AB	37

10	Powiat Strzeliński	Powiatowy Ośrodek Wsparcia Środowiskowy Dom Samopomocy	57–100	Strzelin	Strzelin	ul. Pocztowa 17	typ: AB	36
11	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Świdnicy	Środowiskowy Dom Samopomocy	58–105	Świdnica	Świdnica	ul. K. Słobódzkiego 28	typ: A i B	40
12	Powiat Trzebnicki	Powiatowy Środowiskowy Dom Samopomocy	55–120	Oborniki Śl.	Oborniki Śl.	ul. Wyszyńskiego 33	typ: A B i C	25
13	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Wałbrzych	Powiatowy Środowiskowy Dom Samopomocy	58–306	Wałbrzych	Wałbrzych	ul. Ogrodowa 2a	typ: B	30
14	Powiat Wołowski	Powiatowy Ośrodek Wsparcia dla Osób Niepełnosprawnych – Środowiskowy Dom Samopomocy w Wołowie	56–100	Wołów	Wołów	ul. Inwalidów Wojennych 26	typ: A	30
15	Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych w Wołowie	Powiatowy Ośrodek Wsparcia Dziennego "Nasz Dom"	56–100	Wołów	Wołów	ul. Inwalidów Wojennych 26	typ: B	20
16	Dom Pomocy Społecznej "JĘDREK" Opolno Zdrój	Powiatowy Ośrodek Wsparcia dla Osób Przewlekłe Psychiczenie Chorych i Niepełnosprawnych Intelktualnie	59–921	Sieniawka	Opolno Zdrój	ul. Świerczewskiego 3	typ: AB	25
17	Dom Pomocy Społecznej "OSTOJA" Zgorzelec	Powiatowy Ośrodek Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi	59–900	Zgorzelec	Zgorzelec	ul. Pułaskiego 11/13	typ: A	20
<i>Źródło: Wykaz Środowiskowych Domów Samopomocy w Województwie Dolnośląskim. Wydział Polityki Społecznej.</i>								625

Załącznik 19. Gminne Środowiskowe Domy Samopomocy – stan 25.11.2014r.

L.p.	Prowadzący ŚDS	Nazwa	Kod	Poczta	Miejscowość	Ulica	Typ domu	Liczba uczestników
1	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Bolesławiec	Środowiskowy Dom Samopomocy	59–700	Bolesławiec	Bolesławiec	Al.. 1000–lecia 30 D	typ: AB	30
2	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Bolesławiec	II Środowiskowy Dom Samopomocy	59–700	Bolesławiec	Bolesławiec	ul. Parkowa 11	typ: B	30
3	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Bielawa	Środowiskowy Dom Samopomocy	58–260	Bielawa	Bielawa	ul. Lotnicza 5	typ: A B i C	50
4	Ośrodek Pomocy Społecznej Dzierżoniów	Środowiskowy Dom Samopomocy	58–200	Dzierżoniów	Dzierżoniów	ul.Krasickiego 25	typ: AB	38
5	Ośrodek Pomocy Społecznej Góra	Środowiskowy Dom Samopomocy	56–200	Góra	Góra	ul. Hirszfelda 5	typ: AB	35
6	Sudecki Sejmik Osób Niepełnosprawnych w Kłodzku	Środowiskowy Dom Samopomocy	57–540	Lądek Zdrój	Lądek Zdrój	Polna	typ: A i B	15
7	Ośrodek Pomocy Społecznej Bystrzyca Kłodzka	Środowiskowy Dom Samopomocy "Przystań"	57–500	Bystrzyca Kłodzka	Bystrzyca Kłodzka	ul. 1–go Maja 1	typ: AB	40
8	Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych "Nadzieja"	Środowiskowy Dom Samopomocy	57–400	Nowa Ruda	Nowa Ruda	ul. Spacerowa 4	typ: AB	28
9	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Oleśnica	Środowiskowy Dom Samopomocy	56–400	Oleśnica	Oleśnica	ul. Słowackiego 8	typ: AB	36
10	Fundacja "Pomaluj Mi Świat"	Środowiskowy Dom Samopomocy "Zielona Wyspa"	55–200	Oława	Oleśnica Mała	Oleśnica Mała 52	typ: A i B	30
11	Gmina Świebodzice	Środowiskowy Dom Samopomocy	58–160	Świebodzice	Świebodzice	ul. Parkowa 4	typ: B i C	15
12	Ośrodek Pomocy Społecznej Żmigród	Środowiskowy Dom Samopomocy	55–140	Żmigród	Żmigród	ul. Rybacka 17	typ: AB	35

13	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Wałbrzych	Środowiskowy Dom Samopomocy	58– 309	Wałbrzych	Wałbrzych	ul. Duracza 15a	typ: B	30
14	Ośrodek Pomocy Społecznej Brzeg Dolny	Środowiskowy Dom Samopomocy	56– 120	Brzeg Dolny	Brzeg Dolny	ul. Rynek 18	typ: AB	30
15	Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz "OSTOJA"	Środowiskowy Dom Samopomocy "Ostoja"	50– 015	Wrocław	Wrocław	ul. Stawowa 1a	typ: B	30
16	Dolnośląskie Stowarzyszenie Aktywnej Rehabilitacji "ART"	Środowiskowy Dom Samopomocy	53– 503	Wrocław	Wrocław	Nowowiejska 20f	typ: A	24
17	Stowarzyszenie "W Naszym Domu"	Środowiskowy Dom Samopomocy	54– 007	Wrocław	Wrocław	ul. Szkolna 11	typ: AB	50
18	Fundacja "Przyjazny Dom" im. Stanisława Jabłonki Wrocław	Środowiskowy Dom Samopomocy	51– 216	Wrocław	Wrocław	ul. Okulickiego 2	typ: B	35
19	Fundacja Opieka i Troska	Środowiskowy Dom Samopomocy	51– 315	Wrocław	Wrocław	ul. Kiełczowska 43 bud. 6	typ: A	24
20	Fundacja na Rzecz Promocji Zdrowia "CURATUS" Wrocław	Środowiskowy Dom Samopomocy	50– 227	Wrocław	Wrocław	ul. Kleczkowska 5	typ: A	25
21	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Złotoryja	Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi	59– 500	Złotoryja	Złotoryja	ul. Chrobrego 1	typ: AB	30
<i>Źródło: Wykaz Środowiskowych Domów Samopomocy w Województwie Dolnośląskim. Wydział Polityki Społecznej.</i>								660

**Załącznik 20. Rejestr jednostek specjalistycznego poradnictwa w województwie dolnośląskim
stan na dzień 05 października 2015 r.**

L.p.	Powiat	Nazwa jednostki	Podmiot prowadzący jednostkę	Rodzaj jednostki: publiczna/niepubliczna	Dane teleadresowe jednostki (tel., fax., e-mail)	Rodzaj świadczonych usług				Godziny przyjęć interesantów
						poradnictwo psychologiczne	poradnictwo prawne	poradnictwo rodzinne	inne poradnictwa	
1.	Bolesławiecki	Punkt Wsparcia Rodzin	Zarząd Oddziału Rejonowego Polskiego Czerwonego Krzyża	niepubliczna	59–700 Bolesławiec, Al. Tysiąclecia 32D/4, tel. 75/732 31 58	tak	tak	nie	nie	prawnik 1 środa m–ca 16.00–18.00, każdy czw. 13.00–15.00; psycholog wg. potrzeb
2.	Dzierżoniowski	Ośrodek Interwencji Kryzysowej	Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Miejski	niepubliczna	58–200 Dzierżoniów ul. Nowowiejska 73, tel./fax.: 74 831 24 54, oik.dzierzonow@o2.pl, www.tpd.dzierzonow.pl	tak	tak	tak	terapia pedagogiczna, grupa wsparcia	poradn. prawne: pn. i śr. 16.00–17.30 poradn. psychol.: czw. 16.00–18.00; poradn. rodzinne: wt. 14.00–17.00; terap. pedagog.: pon. 1 wt. 14.30–16.30; grupa wsparcia czw. 16.30–18.30
3.	Dzierżoniowski	Klub Abstynenta „Na Pawłowym Wzgórzu”	Stowarzyszenie Klubu Abstynenta „Na Pawłowym Wzgórzu”	niepubliczna	58–200 Dzierżoniów, Wzgórze Św. Jana Pawła II 1, tel. 832–36–18	tak	tak	nie	Wspólnota AA, Al–anon	1 pon. m–ca (poradn. prawne); 2 i 4 pon. m–ca 17.00–19.00 (poradn. psychol.); ter. uzależnień: wt. i śr.
4.	Dzierżoniowski	Niepubliczna Poradnia Psychologiczno–Pedagogiczna Anna Salij–Szyszka	Anna Salij–Szyszka	niepubliczna	58–260 Bielawa ul. Piastowska 18 tel. 74/646–17–22 tel.kom. 697 024 805	tak	nie	tak	pedagogiczne, logopedyczne, rehabilitacyjne	pon. – pt. 8.00–20.00
5.	Dzierżoniowski	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia	Powiat Dzierżoniowski	publiczna	58–200 Dzierżoniów ul. Piastowska 1 tel. 74/8339895 tel. 74/8331614 fax. 74/8339896 pcprbielawa@wp.pl	tak	tak	tak	nie	poradn. prawne: piątek; poradn. psycholog.: wt. i czw.: 11.00–19.00, pt. i sob.: 7.30–15.30
6.	Głogowski	Powiatowe Centrum Pieczy Zastępczej	Powiat Głogowski	publiczna	67–200 Głogów, ul. Słowiańska 13, tel/fax.: 76/833 21 46 e-mail: sekretariat@pcpz.glogow.pl	nie	tak	tak	tak	psycholog: śr.: 15.00–20.00, czw.: 15.00–20.00; poradn. rodzinna: pon.–pt.: 7.30–15.30; pedagog: śr. i czw. 15.00–20.00

7.	Jaworski	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	Powiat Jaworski	publiczna	59-400 Jawor, ul. Szpitalna 12a, tel./fax. 76/871-14-11; e-mail: pcprjawor@poczta.fm	tak	tak	tak	tak	poradn. prawne pon. 8.00-12.00, pt. 14.00-18.00; poradn. psych.: pon.: 7.30-13.30, pt.: 10.00-18.00; poradn. rodzinne pon. 7.30-15.30, pt. 8.00-18.00; poradn. w ramach przeciwdział. przemocy w rodzinie pon. 7.30-15.30 pt. 8.00-16.00
8.	Jaworski	Powiatowe Centrum Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego i Doradztwa Metodycznego	Powiat Jaworski	publiczna	59-400 Jawor, ul. Piłsudskiego 11, tel./fax.(76) 729-19-24, e-mail: poradnia@pcpidmjawor.pl; sekretariat@pcpidm-jawor.pl	tak	nie	nie	pedagogiczne, logopedyczne, zawodoznawcze	w godzinach pracy Poradni
9.	Jaworski	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej – Poradnia Rodzinna	Gmina Jawor	publiczna	59-400 Jawor, ul. Legnicka 12, tel.76/870 20 14 wew.20, 76 870 33 87	tak	tak	tak	tak	poradn. prawne: pon. 9.00-15.00, pt. 7.00-14.00; poradn. psychologiczne: w godz. pracy poradni; poradn. rodzinne: w godz. pracy poradni, pedagog: pon. 12.30-16.30; poradn. dot. uzależnień: wt.: 13.00-20.00, czw. 15.30-19.30
10.	m. Jelenia Góra	Ośrodek Interwencji Kryzysowej	Gmina Jelenia Góra	publiczna	58-500 Jelenia Góra, al.Jana Pawła II 7, tel./fax.75/643-91-00; e-mail: oikjg@onet.pl	tak	tak	tak	opiekunowie prawni dla osób całkowicie ubezwłasnowolnionych porady lekarza psychiatry	poradn. prawne: wt. i czw. poradn. psychologiczne: pon.-pt. poradn. rodzinne: pon.-pt.
11.	m. Jelenia Góra	Specjalistyczna Poradnia Rodzinna Familiaris Consortio	Karkonoskie Stowarzyszenie Edukacyjne u Erazma i Pankracego	niepubliczna	58-500 Jelenia Góra, ul. PCK 23, tel. 500 183 198; e-mail: poradnia@familiarisconsortio.pl; www: familiarisconsortio.pl	tak	tak	tak	porady pedagogiczne, doradca życia rodzinnego, duszpasterz	kontakt w godzinach pracy Poradni
12.	m. Legnica	Punkt Konsultacyjny dla Osób Potrzebujących Pomocy	Gmina Legnica	publiczna	59-220 Legnica, ul. Bracka 16 tel.76/854-75-15, e-mail: swietlicaterapeutyczna1@wp.pl	tak	tak	nie	pedagog	poradn. prawne: śr.: 15.00-18.00; poradn. psych.: śr.: 15.00-18.00; poradn. pedagog.: śr.: 15.00-18.00
13.	Lubiński	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubinie	Powiat Lubiński	publiczna	59-300 Lubin, ul. Składowa 3; tel./fax.76/847-96-91 e-mail: pcpr@powiat-lubin.pl	tak	tak	nie	socjalne	poradn. prawne: wt. i czw. 13.30-15.30; poradn. psychologiczne: pon. 12.30-15.30;

										poradn. socjalne: pon.–pt. 8.00–16.00
14.	Lwówecki	Punkt Interwencji Kryzysowej	Miasto i Gmina Lwówek Śląski	publiczna	59–600 Lwówek Śląski, al. Wojska Polskiego 27, tel. 75/645–32–31	tak	tak	tak	interwencja kryzysowa	poradn. prawne: czw. 8.30– 10.30 (2 x w m–cu); poradn. psychologiczne: czw. 16.00– 18.00; poradn. rodzinne: pn.–pt. 7.00–15.00; specjalistyczna pomoc ofiarom przemocy, interwencja kryzysowa: śr. 15.30–17.30
15.	Milicki	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	Powiat Milicki	publiczna	56–300 Milicz ul. Trzebnicka 4b, tel. 71/384–13–84, e-mail: pcprmilicz@wp.pl	tak	tak	tak	program korekcyjno– edukacyjny dla sprawców przemocy w rodzinie; doradca ds. osób niepełnosprawnych	w godzinach pracy Centrum, program korekcyjno– edukacyjny: śr. 16.00–19.00
16.	Polkowicki	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	Powiat Polkowicki	publiczna	59–101 Polkowice ul. Św. Sebastiana 1a, tel./fax. 76/729 92 33; e-mail: pcpr_polkowice@o2.pl	tak	tak	nie	porady socjalne i pedagogiczne	poradn. prawne: wt. 8.00– 9.30; czw. 15.00–16.30; poradn. psychologiczne: pon.–śr. 7.30–15.30, czw.– pt.: 9.30–17.30; poradn. socjalne i pedagog.: pon.–pt. 7.30–15.30
17.	Strzeliński	Punkt Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelinie	Powiat Strzeliński	publiczna	57–100 Strzelin, ul. Kamienna 10, tel./fax. 71 39 23 736, e-mail: pcpr– s@o2.pl	tak	tak	nie	porady socjalne	pon.–pt.: 7.30–15.30
18.	Świdnicki	Punkt Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy	Powiat Świdnicki	publiczna	58–100 Świdnica ul. Żeromskiego 16/8, tel. 74/856 58 15, 25 fax 74/856 58 16, koordynator.oik@pcpr.swidnica.pl	tak	tak	tak	pedagogiczne	poradn. prawne: pon. 15.00– 19.00, wt. 17.00–19.00, czw. 8.00–11.00.00; poradn. psycholog.: pon.: 10.00–14.00 13.00– 17.00, wt.: 14.00–18.00; poradn. rodzinne: pon. 10.00–17.00, wt.: 8.30– 18.00, czw.: 11.00–19.00, pt.: 8.30–19.00; poradn. pedagog.: pt. 10.00– 16.00

19.	Świdnicki	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	Gmina Miejska Świdnica	publiczna	58–100 Świdnica, ul. Wałbrzyska 15, tel.74/852–13–27	tak	tak	tak	nie	poradn. prawne: pon. i śr.9.00–15.00; psycholog: czw. i pt. 7.30–12.30, wt. 11.30–15.30; poradn. rodzinna: pon. 9.15–15.15 czw. 11.15–15.15
20.	m. Wałbrzych	Specjalistyczny Ośrodek Wsparcia i Interwencji Kryzysowej	Gmina Wałbrzych	publiczna	58–306 Wałbrzych, ul. Ogrodowa 2A, tel/fax 74/846–75–58; 74/840–82–96	tak	tak	tak	wsparcie pedagogiczne, terapeutyczne, medyczne, zajęcia korekcyjno-edukacyjne dla os. stosuj. przemoc w rodzinie	pon–pt. 7.30–21.00, sob.–niedz. 9.00–21.00
21.	Wołowski	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej	Gmina Brzeg Dolny	publiczna	56–100 Brzeg Dolny; Rynek 18, tel./fax. 71/319–56–62; e–mail: gops@brzegdolny.pl	tak	nie	tak	konsultacje z zakresu problematyki uzależnień i współuzależnień	pon. 16–18, czw. od 16 (psycholog), poradn. z zakresu terapii. uzależnień: śr. i czw. od 16.15
22.	Wołowski	Poradnia Psychologiczno–pedagogiczna	Powiat Wołowski	publiczna	56–100 Brzeg Dolny ul. 1–go Maja 1a, tel.71/319 99 94 e–mail: ppbd@vp.pl	tak	nie	tak	pedagogiczne logopedyczne	pon.– pt. 7.30–15.30
23.	Wołowski	Poradnia Psychologiczno–Pedagogiczna	Powiat Wołowski	publiczna	56–100 Wołów, ul. T. Kościuszki 27, tel.71/ 389 25 46; e–mail: pppwolow@op.pl	tak	nie	tak	pedagogiczne logopedyczne	pon.– pt. 7.30–15.30
24.	Wrocławski ziemski	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	Powiat Wrocławski	publiczna	55–440 Wrocław ul. Kościuszki 131, tel.71/722–18–60; fax: 71/722–18–69; e–mail: pcpr@pcpr.wroclaw.pl	tak	tak	tak	poradnictwo specjalistyczne dla osób niepełnosprawnych, dyżurny punkt konsultacyjny dla ofiar przemocy w rodzinie	porady prawne: czw. 12–14; poradn. psychol. i rodzinne pon.– pt. 7.45–15.45
25.	m. Wrocław	Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SPZOZ	Gmina Wrocław	publiczna	56–247 Wrocław, ul. Białowieska 74a tel. 71/ 350–17–80 e–mail: sekretariat@neuropsychiatria.com	tak	nie	tak	profilaktyka uzależnień od alkoholu, terapie DDA, punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i śr. psychoaktywnych, interwencja psychologa w środowisku zdarzenia w ramach interwencji policji	poradn. psychol.: pon.–pt.: 8.00–18.00; poradn. rodzinne: pon., wt.,pt.:15.00–19.00, śr.–czw.: 8.00–19.00, co 2 sobota.: 8.00–13.00

26.	m. Wrocław	Fundacja Centrum Praw Kobiet Oddział we Wrocławiu	Fundacja Centrum Praw Kobiet	niepubliczna	53-415 Wrocław ul. Ruska 46 b IIp. pok. 208 tel. 71/358-08-74; e-mail listy@cpk.wroclaw.pl	tak	tak	nie	nie	poradn. prawne: pon. 9.00-16.30, śr. 9.00-18.00; czw. 14.30-18.30; psycholog: wt. 10.30-18.30, czw. 9.00-17.00
27.	m. Wrocław	Stowarzyszenie "Misja Dworcowa" im. Ks. Jana Schneidera	Stowarzyszenie "Misja Dworcowa" im. Ks. Jana Schneidera	niepubliczna	50-218 Wrocław, ul. Pomorska 16b, tel./fax.: 71/321-05-50, e-mail: misja.dworcowa@wp.pl	tak	nie	tak	pedagogiczne	16.00-21.00
28.	m. Wrocław	Fundacja na Rzecz Równości	Fundacja na Rzecz Równości	niepubliczna	54-206 Wrocław, ul. Legnicka 65, tel. 723 17 47 17 e-mail: rownosci@gmail.com	tak	tak	nie	poradnictwo i wsparcie specjalistów-specjalista ds. komunikacji interpersonalnej	poradn. prawne: wt. 17.00 - 19.00, czw.: 9.00-11.00 i 17.00-19.00; poradn. psycholog.: pon.: 17.00-19.00; indywidualne rozmowy motywujące: śr.: 17.00-19.00
29.	m. Wrocław	Stowarzyszenie "Pierwszy Krok"	Stowarzyszenie "Pierwszy Krok"	niepubliczna	54-320 Wrocław, ul. Domasławska 30, tel.: 71/342 00 68, fax.: 71 341 04 31	tak	tak	tak	nie	poradn. prawne: 1 i 4 wtorek m-ca; poradn. psychol.: 1 i 3 środa m-ca, poradn. rodzinne: w środy
30.	m. Wrocław	Ośrodek Terapeutyczny "Harmonia"	Fundacja na Rzecz Edukacji i Zdrowia DARUMA	niepubliczna	54-134 Wrocław, ul. Bednarska 3/2 tel. 783 305 138 e-mail: amp@daruma.pl	tak	nie	tak	pedagogiczne, terapia uzależnień	poradn. psychol. pon. 8.00-12.00; poradn. rodzinne śr. 12.00-15.00, czw. 13.00-17.00 poradn. pedagog pt. 11.00-13.00; terap. uzależ. pt. 17.30-19.30
31.	Zgorzelecki	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	Powiat Zgorzelecki	publiczna	59-900 Zgorzelec, ul. II Armii Wojska Polskiego 8 tel. 75 77 61 505, fax. 75 77 61 505	tak	tak	tak	nie	poradn. prawne. pon. 11.00-13.00 poradn. psychol. śr. 10.00 - 16.00, czw. 10.00 - 16.00

Źródło: Rejestr jednostek specjalistycznego poradnictwa w województwie dolnośląskim. Wydział Polityki Społecznej.

Załącznik 21. ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELEGNACYJNO–OPIEKUŃCZYM i OPIEKUŃCZO–LECZNICZYM realizowane wg kontraktów z Dolnośląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013. Źródło: <http://www.wroclaw.ptsr.org.pl/wp-content/uploads/2014/11/wykaz-zol-wg-umow-z-nfz-2013.pdf>

1. Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej

55–100 BĘDKOWO 1 rejestracja: 71312 02 20 informacja: 71387 29 15

2. NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie sp. z o.o.

58–260 BIELAWA Piastowska 7 rejestracja: 74833 43 32

3. NZOZ Zespół Praktyki Pielęgniarskiej MEDSZKOL Sp. z o.o.

58–260 BIELAWA Wolności 114 rejestracja: (074)834 03 33

4. Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej

59–420 BOLKÓW Wysokogórska 19

rejestracja: +48 75 741 34 40

5. Zespół Opieki Zdrowotnej 57–500 BYSTRZYCA KŁODZKA Okrzei 49

rejestracja: (074)811 15 77w. 12

6. Dolnośląskie Stowarzyszenie na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych "Niebieski Parasol" w Legnicy, 59–225 CHOJNÓW Szpitalna 20 /20 rejestracja: (076)818 82 56

7. Zakład Opiekuńczo–Leczniczy Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety,

58–200 DZIERŻONIOW Słowiańska 3 rejestracja: (074)832 34 12

8. Zespół Opieki Zdrowotnej 67–200 GŁOGÓW Kościuszki 15, rejestracja: (076)837 33 84

9. Powiatowe Centrum Opieki Zdrowotnej w Górze Sp. z o.o. Szpital

56–200 GÓRA Hirszfelda 8, rejestracja: (065)543 25 55

10. NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia SP. Z O.O. 59–620 GRYFÓW ŚLĄSKI Rieczna 25

rejestracja: +48 75 781 34 44 informacja: +48 75 782 01 04

11. Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.

59–400 JAWOR Szpitalna 3 rejestracja: (076)870 30 14

12. ZOZ CARITAS DIECEZJI LEGNICKIEJ

58–500 JELENIA GÓRA Żeromskiego 2 rejestracja: (075)643 45 92

13. Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. NZOZ w Kamiennej Górze

58–400 KAMIENNA GÓRA Korczaka 1 rejestracja: 756 459 683

14. NZOZ POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KOWARACH

58–530 KOWARY JELENIOGÓRSKA 14 rejestracja: (075)641 57 86

15. NZOZ FENIKS Zakład Opiekuńczo–Leczniczy

56–320 KROŚNICE Kwiatowa 12, rejestracja: (071)384 06 50

16. 23 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo–Rehabilitacyjny SPZOZ w Łądku Zdroju

57–540 ŁĄDEK ZDRÓJ Orla 4, rejestracja: +48 74 811 72 45

17. ZOZ CARITAS DIECEZJI LEGNICKIEJ, 59–220 LEGNICA POSELSKA 14–16

18. **NZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. Z o.o.**
59–800 LUBAŃ ZAWIDOWSKA 4, rejestracja: (075)721 39 20w. 245
19. **Regionalne Centrum Zdrowia Sp. Z o.o.**, 59–300 LUBIN Gen.Józefa Bema 5–6
rejestracja: (076)840 16 34
20. **NZOZ STACJA OPIEKI, CENTRUM PIEŁĘGNIARSTWA RODZINNEGO, REHABILITACJI, OPIEKI PALIATYWNEJ CARITAS ARCHIDIECEZJI WROCŁAWSKIEJ**, 55–080 MAŁKOWICE KLASZTORNA 1, rejestracja: (071)793 01 84
21. **NZOZ ZGROMADZENIA SIÓSTR ŚWIĘTEJ ELŻBIETY**
58–535 MIŁKÓW Miłków 67, rejestracja: +48 75 761 03 23
22. **ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY DLA DOROSŁYCH PROWADZONY PRZEZ ZGROMADZENIE SIÓSTR ALBERTYNEK POSŁUGUJĄCYCH UBOGIM**
55–330 MROZÓW Zamkowa 1, rejestracja: (071)317 07 91
23. **"ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ" w KŁODZKU**
57–400 NOWA RUDA SZPITALNA 2, rejestracja: (074)872 24 05
24. **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu**
59–730 NOWOGRODZIEC Cicha 4, rejestracja: +48 75 731 62 25
25. **DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB PŁUC**
55–120 OBORNIKI ŚLĄSKIE Trzebnicka 3–5, rejestracja: (071)310 17 26
26. **NZOZ "VITOMED" SP.Z O.O.**
55–120 OBORNIKI ŚLĄSKIE Trzebnicka 43, rejestracja: (071)310 11 94
27. **Specjalistyczne Centrum Pielęgnacyjno-Rehabilitacyjne "EWA-MED"**
55–120 OBORNIKI ŚLĄSKIE Trzebnicka 49, rejestracja: (071)310 14 13
28. **ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w OŁAWIE**
55–200 OŁAWA Baczyńskiego 1, rejestracja: (071)301 13 45 informacja: (071)301 13 11
29. **"Sanatoria Dolnośląskie" Sp. z o.o.**, 58–250 PIESZYCE ROŚCISZÓW 11
rejestracja: (074)836 97 11
30. **"Sanatoria Dolnośląskie" Sp. z o.o.**
58–351 SOKOŁOWSKO Główna 15, rejestracja: (074)845 82 40
31. **"Sanatoria Dolnośląskie" Sp. z o.o.**
58–351 SOKOŁOWSKO Główna 22, rejestracja: (074)845 82 40,
32. **WOJEWÓDZKIE CENTRUM PSYCHIATRII DŁUGOTERMINOWEJ W STRONIU ŚLĄSKIM**
57–550 STRONIE ŚLĄSKIE Morawka 1, rejestracja: (074)814 14 88w. 213
33. **NZOZ Strzelińskie Centrum Medyczne**
57–100 STRZELIN Wrocławska 46, rejestracja: (071)326 48 30
34. **POWIATOWY ZESPÓŁ SZPITALI**, 56–500 SYCÓW OLEŚNICKA 25,
35. **IZERSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I CHEMIOTERAPII**

NZOZ W SZKLARSKIEJ PORĘBIE, 58–580 SZKLARSKA PORĘBA Sanatoryjna 1

rejestracja: +48 75 754 71 52

36. SPZOZ w Szklarskiej Porębie, 58–580 SZKLARSKA PORĘBA, Szpitalna 1

37. NZOZ "MIKULICZ", 58–160 ŚWIEBODZICE M.Skłódowskiej–Curie 3–7, rejestracja: (074)641

92 90 informacja: (074)641 92 93

38. ZAKŁAD OPIEKUŃCZO–LECZNICZY PROWADZONY

PRZEZ ZGROMADZENIE SIÓSTR PASTEREK OD OPATRZNOŚCI BOŻEJ

55–010 ŚWIĘTA KATARZYNA Generała Dąbrowskiego 8

39. Zakład Opiekuńczo–Lecniczy dla Dorosłych pw. św. Jadwigi prowadzony przez Kongregację

Sióstr Miłosierdzia św. K. Boromeusza, 55–100 TRZEBNICA Ks. Dz. Bochenka 30

40. NZOZ POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W WOŁOWIE

56–100 WOŁÓW Inwalidów Wojennych 18, rejestracja: (071)380 58 01

41. ZOL dla Dorosłych p.w. św. Jerzego prowadzony przez Kongregację Sióstr Miłosierdzia św.

Karola Boromeusza, 50–249 WROCŁAW Rydygiera 22–28, rejestracja: (071)393 08 29

42. Zakład Opiekuńczo–Lecniczy o Profilu Rehabilitacyjnym Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety

50–329 WROCŁAW Św. Józefa 2/4, rejestracja: (071)321 44 01

43. Zakład Opiekuńczo–Lecniczy dla Dorosłych prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr

Najświętszej Rodziny z Nazaretu, 50–327 WROCŁAW Św.Marcina 10

rejestracja: (071)322 15 13

44. Zakład Opiekuńczo –Lecniczy dla Dorosłych prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr

Albertynek, 50–418 WROCŁAW Traugutta 54, rejestracja: (071)343 33 10

45. WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL –SPZOZ W ZGORZELCU

59–900 ZGORZELEC Nadbrzeżna 5A, rejestracja: (075)775 24 37

46. POLSKIE CENTRUM ZDROWIA INSTYTUT MEDYCZNY Sp. z o.o.

57–220 ZIĘBICE Kolejowa 29, rejestracja: (074)819 13 30

47. ZAKŁAD PIELEGNACYJNO–OPIEKUŃCZY, 59–500 ZŁOTORYJA Hoża 11

rejestracja: (076)878 40 10

48. ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w ZŁOTORYI

59–500 ZŁOTORYJA Hoża 11, rejestracja: (076)877 96 28 informacja: (076)877 95 13

49. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY "SALUTARIS" SP. Z O.O.

57–250 ZŁOTY STOK Spacerowa 5, rejestracja: +48 748 175 117

50. Szpital Rehabilitacyjny i Opieki Długoterminowej w Żmigrodzie, 55–140 ŻMIGRÓD Wilowa

4 rejestracja: (071)385 31 40.

Załącznik 22 . Zasięg korzystania z pomocy społecznej mieszkańców Dolnego Śląska w wieku poprodukcyjnym w zależności od kryterium dochodowego z podziałem na podregiony i powiaty			
Jednostka terytorialna	ogółem	poniżej kryterium dochodowego	powyżej kryterium dochodowego
	poprodukcyjny	poprodukcyjny	poprodukcyjny
	2014	2014	2014
	%	%	%
DOLNOŚLĄSKIE	2,7	0,9	1,8
Podregion 1 – jeleniogórski	2,9	1,0	1,9
Powiat bolesławiecki	2,9	0,8	2,1
Powiat jaworski	4,1	1,4	2,7
Powiat jeleniogórski	3,2	1,3	1,9
Powiat kamiennogórski	2,3	0,8	1,4
Powiat lubański	2,4	1,0	1,4
Powiat lwówecki	3,0	1,6	1,4
Powiat zgorzelecki	3,3	0,9	2,4
Powiat złotoryjski	3,3	1,3	2,0
Powiat m.Jelenia Góra	2,1	0,7	1,4
Podregion 2 – legnicko–głogowski	4,0	0,8	3,2
Powiat głogowski	3,8	0,7	3,1
Powiat górowski	5,9	1,4	4,5
Powiat legnicki	3,2	1,1	2,1
Powiat lubiński	1,7	0,5	1,2
Powiat polkowicki	6,6	0,9	5,7
Powiat m.Legnica	5,0	0,9	4,1
Podregion 3 – wałbrzyski	3,1	0,9	2,2
Powiat dzierzoniowski	2,4	0,8	1,6
Powiat kłodzki	2,9	0,9	1,9
Powiat świdnicki	3,5	0,9	2,6
Powiat wałbrzyski *	3,1	1,0	2,1
Powiat ząbkowicki	4,1	1,4	2,7
Powiat m.Wałbrzych *	3,1	0,9	2,2
Podregion 4 – wrocławski	2,7	0,9	1,9
Powiat milicki	3,6	1,1	2,5
Powiat oleśnicki	2,3	0,6	1,7
Powiat oławski	3,5	0,9	2,7
Powiat strzeliński	3,4	1,1	2,2
Powiat średzki	2,0	0,8	1,2
Powiat trzebnicki	3,0	1,0	2,0
Powiat wołowski	3,0	1,0	2,0
Powiat wrocławski	2,0	0,8	1,2
Podregion 5 – m. Wrocław	1,3	0,7	0,6
Powiat m.Wrocław	1,3	0,7	0,6
Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS			

Załącznik 23. Zestawienie wyrobów według liczby zrealizowanych zleceń w 2015 roku w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim z uwzględnieniem kodu wyrobu.

	Kod wyrobu	Nazwa wyrobu	Liczba zleceń	Kwota refundacji
1	P.101.PM	Z – Pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub zamienniki do 60 sztuk miesięcznie	34484	12 444 732,22
2	P.071.00.B	sfera do 6,00 dptr i cylinder do 2,00 dptr– do bliży dorośli	9036	311 670,00
3	P.072.00.D	sfera do 6,00 dptr i cylinder do 2,00 dptr– do dali dorośli	7879	271 382,50
4	P.084.00	Aparat słuchowy na przewodnictwo powietrzne przy jednostronnym ubytku słuchu, albo dwa aparaty słuch	7502	7 025 060,00
5	P.086.00	Wkładka uszna wykonana indywidualnie – pacjenci powyżej 26 rż.	5707	380 395,00
6	P.100.PM	N – Pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub zamienniki do 60 sztuk miesięcznie	3161	1 245 979,26
7	P.099.K	Sprzęt stomijny – stomia na jelicie grubym (kolostomia)	2929	6 402 923,25
8	P.123	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie	2708	458 960,87
9	P.117	Materac przeciwoleżynowy (z wyłączeniem materacy piankowych)	2427	684 180,60
10	M.059.00	Orteza (sznurówka) tułowia sztywna wysoka ze stalkami lub fiszbinami – dla dorosłych	2167	771 243,78
11	P.092	Proteza piersi	1645	477 612,38
12	M.060.00	Orteza (sznurówka) lędźwiowo krzyżowa ze stalkami lub fiszbinami – dla dorosłych	1490	264 688,90
13	P.093	Peruka	1228	307 000,00
14	P.127.	Wózek inwalidzki ręczny	1201	719 817,00
15	P.118	Kula łokciowa ze stopniową regulacją	1152	44 273,10
16	P.097	Worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk	998	324 319,96
17	M.057.00	Gorset stabilizująco–unieruchamiający – dla dorosłych	908	209 564,30
18	P.129.00	Wózek inwalidzki wykonany ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób s	896	1 517 740,67
19	J.038.00	Orteza stawu kolanowego z ruchomym stawem kolanowym z regulacją kąta zgięcia – dla dorosłych	881	296 818,10
20	L.052.00	Orteza na ramię i bark typu Dessault – dla dorosłych	715	95 571,70
21	P.095	Cewniki urologiczne do 4 sztuk	590	25 131,90
22	J.039.00	Orteza stawu kolanowego obejmująca całą goleń i udo, z regulacją zakresu ruchomości – dla dorosłych	584	374 564,10
23	J.037.00	Orteza sztywna lub półsztywna z tworzywa sztucznego na goleń i stopę – dla dorosłych	563	152 533,30
24	L.048.00	Orteza na rękę i przedramię – dla dorosłych	562	118 597,30
25	J.036.00	Orteza stabilizująca staw skokowy – dla dorosłych	549	97 255,60
26	P.099.U	Sprzęt stomijny – stomia na układzie moczowym (urostomia)	539	1 863 634,65

27	P.115	Pas brzuszny	450	28 712,14
28	P.116	Poduszka przeciwoślężynowa pneumatyczna	447	157 858,50
29	P.099.I	Sprzęt stomijny – stomia na jelicie cienkim (ileostomia)	387	1 043 382,80
30	P.073.00.B	sfera od 6,25 dptr i cylinder od 0,00 dptr– do bliży dorośli	364	20 920,00
31	P.130.00	Wózek inwalidzki specjalny (z wyłączeniem wózka inwalidzkiego toaletowego) – dla dorosłych	362	1 086 000,00
32	P.098	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia	355	248 905,95
33	P.074.00.D1	sfera do 6,00 dptr i cylinder od 2,25 dptr – do dali dorośli	326	15 405,00
34	M.058.00	Pas stabilizujący odcinek lędźwiowo–krzyżowy lub miednicę – dla dorosłych	265	23 490,20
35	P.073.00.B1	sfera do 6,00 dptr i cylinder od 2,25 dptr – do bliży dorośli	248	11 575,00
36	L.047.00	Orteza ręki stabilizująca lub korygująca (z wyłączeniem aparatu Stacka i Capenera) – dla dorosłych	238	35 388,10
37	N.064.00	But na stopę o różnym zniekształceniu – dla dorosłych	233	37 634,00
38	P.102.00	Aparat z maską do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego (obejmujący aparat, maskę twarzową lub nos	216	408 083,00
39	P.094	Cewniki zewnętrzne do 30 sztuk	215	103 466,68
40	P.083	Okulary lornetkowe do dali	211	73 850,00
41	P.089	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem	202	30 300,00
42	P.107	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie podudzia do 12 sztuk	195	50 113,50
43	M.062.00	Kołnierz pólshywny – dla dorosłych	190	5 965,90
44	L.051.00	Orteza na ramię i bark (z wyłączeniem temblaków i ortez typu Dessault) – dla dorosłych	189	40 543,00
45	P.081	Okulary lupowe	179	62 650,00
46	P.074.00.D	sfera od 6,25 dptr i cylinder od 0,00 dptr– do dali dorośli	167	9 660,00
47	P.108	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie uda do 12 sztuk	157	39 561,18
48	P.113	Pas przepuklinowy pachwinowy jednostronny	145	7 869,77
49	C.014	Proteza ostateczna modułarna w obrębie uda	140	775 500,00
50	N.068.00	But do pary przy zaopatrzeniu jednoczesnym na chorą stopę – dla dorosłych	136	9 640,00
51	P.080	Monookular	134	46 900,00
52	N.065.00	But wyrównujący skrócenie kończyny dolnej – dla dorosłych	133	19 803,00
53	P.119	Kula łokciowa z podparciem na przedramieniu	122	20 704,67
54	P.079	Lupa	100	8 000,00
55	P.122	Laska dla niewidomych (biała)	82	8 125,00

56	M.061.00	Kołnierz sztywny – dla dorosłych	78	5 623,10
57	P.121	Trójnóg albo czwórnóg	77	4 306,30
58	P.120	Kula pachowa	76	3 998,45
59	B.008	Proteza ostateczna modułarna podudzia	73	266 000,00
60	C.012	Proteza tymczasowa w obrębie uda	67	108 800,00
61	L.053.00	Orteza odwodząca stawu barkowego z regulacją kąta odwiedzenia – dla dorosłych	62	32 820,00
62	P.082	Okulary lornetkowe do blizy	62	21 700,00
63	P.096.Z	Cewniki jednorazowe urologiczne do 180 sztuk miesięcznie	61	30 792,80
64	B.006	Proteza ostateczna modułarna podudzia z tuleją udową i połączeniem w obrębie stawu kolanowego	58	274 500,00
65	P.090	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych do 180 sztuk	55	37 171,20
66	J.040.00	Orteza jednostronna lub obustronna unieruchamiająca lub stabilizująca staw biodrowy z regulowanym ką	54	62 865,00
67	O.069	Rękaw uciskowy płaskodziały z krytym szwem, bez zawartości bawełny, z uciskiem nie mniejszym niż 20	46	12 049,80
68	L.049.00	Orteza stawu łokciowego z regulacją kąta zgięcia z ujęciem ręki lub bez – dla dorosłych	45	24 628,50
69	O.070	Nogawica uciskowa płaskodziały z krytym szwem, bez zawartości bawełny, z uciskiem nie mniejszym niż	40	33 684,83
70	P.078.00	Proteza oka – dla dorosłych	40	28 000,00
71	P.096	Cewniki jednorazowe urologiczne do 180 sztuk miesięcznie lub w równowartości ich kosztu jednorazowe	40	20 318,48
72	L.050.00	Orteza stawu łokciowego z ujęciem ręki lub bez – dla dorosłych	36	8 985,90
73	B.004	Proteza tymczasowa podudzia	32	29 700,00
74	B.010	Wymiana leja w protezie ostatecznej podudzia	32	51 000,00
75	P.114	Pas przepuklinowy pachwinowy obustronny	28	1 915,10
76	C.017	Wymiana leja w protezie ostatecznej uda	27	56 000,00
77	Ł.054.00	Gorset odciążająco–stabilizujący (z wyłączeniem gorsetu typu Jewetta) – dla dorosłych	25	15 181,00
78	N.067.00	But do ortezy obejmującej stopę – dla dorosłych	23	3 668,00
79	Ł.056.00	Orteza tułowia lędźwiowo–krzyżowa – dla dorosłych	22	7 746,00
80	M.063.00	Półgorsetowa orteza szyjna – dla dorosłych	18	3 240,00
81	N.066.00	But przy amputacji w obrębie stopy – dla dorosłych	16	1 840,30
82	H.031.00	Orteza obejmująca obręcz biodrową, uda, golenie i stopy (typu HKAFO) – dla dorosłych	15	33 750,00
83	P.088	Krtań elektroniczna (aparat wspomagający mowę)	15	22 900,00
84	H.028.00	Orteza obejmująca gołę i stopę lub ze strzemieniem (typu AFO) – dla dorosłych	14	5 440,00

85	P.077.00	Epiproteza oka – dla dorosłych	12	9 600,00
86	H.029.00	Orteza krótka korygująca zaburzenia osiowe w płaszczyźnie czołowej (typu DAFO lub GRAFO) –drosłych	11	5 310,00
87	K.045.00	Orteza na rękę i przedramię na zamówienie – dla dorosłych	11	2 475,00
88	A.001	Protezowa wkładka do buta uzupełniająca stopę – do zwykłego obuwia	9	2 000,00
89	P.085.00	Aparat słuchowy na przewodnictwo kostne przy jednostronnym ubytku słuchu, albo dwa aparaty słuchowe	9	17 640,00
90	A.002	Proteza uzupełniająca stopę	8	6 600,00
91	F.022	Proteza kosmetyczna w obrębie przedramienia	7	8 400,00
92	J.043.00	Orteza na całą kończynę dolną z ujęciem stopy z regulacją kąta zgięcia w stawie kolanowym – dla doro	7	7 200,00
93	P.091.00	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren) –pacj	7	11 970,00
94	H.030.00	Orteza z ujęciem uda, goleni i stopy (typu KAFO) – dla dorosłych	6	5 040,00
95	P.075	Soczewka kontaktowa twarda	5	3 150,00
96	P.110	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie przedramienia do 12 sz	5	900,00
97	P.125	Pionizator	5	10 000,00
98	A.003	Proteza ostateczna w obrębie stawu skokowego z kikutem oporowym	4	7 200,00
99	P.096.H	Cewniki jednorazowe urologiczne hydrofilowe	4	1 976,80
100	P.106	Pończocha kikutowa – po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy do 12 sztu	4	880,00
101	C.016	Wymiana leja w protezie tymczasowej uda	3	1 500,00
102	D.019	Proteza ostateczna modułarna z koszem biodrowym po wyluszczeniu w stawie biodrowym lub z krótkim kik	3	22 500,00
103	F.023	Proteza robocza z końcówką roboczą w obrębie przedramienia	3	11 200,00
104	H.032.00	Orteza odciążająca kończynę dolną – dla dorosłych	3	2 700,00
105	B.007	Proteza ostateczna skorupowa podudzia	2	3 600,00
106	G.026	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej po wyluszczeniu w obrębie stawu barkowego	2	6 000,00
107	I.034.00	Pas biodrowy z szyną lub szynami – dla dorosłych	2	504,00
108	C.015	Protezoze wyrównanie skrócenia kończyny dolnej w obrębie uda	1	5 000,00
109	D.020	Wymiana kosza biodrowego po wyluszczeniu w stawie biodrowym	1	2 000,00
110	G.027	Proteza robocza z końcówką roboczą całej kończyny górnej po wyluszczeniu w obrębie stawu barkowego	1	4 600,00
111	K.046.00	Orteza przedramiennie ramienna z ujęciem ręki – dla dorosłych	1	333,00
112	P.073.00.B1.PR	sfera do 6,00 dptr i cylinder od 2,25 dptr – do bliży dla dorosłych, w tym soczewka z mocą pryzm	1	70,00
113	P.074.00.D1.PR	sfera do 6,00 dptr i cylinder od 2,25 dptr – do dali dla dorosłych, w tym soczewka z mocą pryzma	1	100,00

114	P.103	Nebulizator (generator aerozolu) lub głowica do inhalatora membranowego	1	150,00
115	P.104	Sprężarka powietrza lub inhalator membranowy	1	800,00
116	P.112	Pończocha kikutowa – po pełnej amputacji lub w przypadku braku kończyny górnej do 12 sztuk	1	144,00
<i>Źródło : Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia</i>				

Załącznik 24. Zestawienie wyrobów według kwoty refundacji zleceń w 2015 roku w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim z uwzględnieniem kodu wyrobu.

	Kod wyrobu	Nazwa wyrobu	Liczba zleceń	Kwota refundacji
1	P.101.PM	Z – Pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub zamienniki do 60 sztuk miesięcznie	34484	12 444 732,22
2	P.084.00	Aparat słuchowy na przewodnictwo powietrzne przy jednostronnym ubytku słuchu, albo dwa aparaty słuch	7502	7 025 060,00
3	P.099.K	Sprzęt stomijny – stomia na jelicie grubym (kolostomia)	2929	6 402 923,25
4	P.099.U	Sprzęt stomijny – stomia na układzie moczowym (urostomia)	539	1 863 634,65
5	P.129.00	Wózek inwalidzki wykonany ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób s	896	1 517 740,67
6	P.100.PM	N – Pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub zamienniki do 60 sztuk miesięcznie	3161	1 245 979,26
7	P.130.00	Wózek inwalidzki specjalny (z wyłączeniem wózka inwalidzkiego toaletowego) – dla dorosłych	362	1 086 000,00
8	P.099.I	Sprzęt stomijny – stomia na jelicie cienkim (ileostomia)	387	1 043 382,80
9	C.014	Proteza ostateczna modułarna w obrębie uda	140	775 500,00
10	M.059.00	Orteza (sznurówka) tułowa sztywna wysoka ze stalkami lub fiszbinami – dla dorosłych	2167	771 243,78
11	P.127.	Wózek inwalidzki ręczny	1201	719 817,00
12	P.117	Materac przeciwoleżynowy (z wyłączeniem materacy piankowych)	2427	684 180,60
13	P.092	Proteza piersi	1645	477 612,38
14	P.123	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie	2708	458 960,87
15	P.102.00	Aparat z maską do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego (obejmujący aparat, maskę twarzową lub nos	216	408 083,00
16	P.086.00	Wkładka uszna wykonana indywidualnie – pacjenci powyżej 26 rż.	5707	380 395,00
17	J.039.00	Orteza stawu kolanowego obejmująca całą gołęń i udo, z regulacją zakresu ruchomości – dla dorosłych	584	374 564,10
18	P.097	Worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk	998	324 319,96
19	P.071.00.B	sfera do 6,00 dptr i cylinder do 2,00 dptr– do bliży dorośli	9036	311 670,00
20	P.093	Peruka	1228	307 000,00
21	J.038.00	Orteza stawu kolanowego z ruchomym stawem kolanowym z regulacją kąta zgięcia – dla dorosłych	881	296 818,10
22	B.006	Proteza ostateczna modułarna podudzia z tuleją udową i połączeniem w obrębie stawu kolanowego	58	274 500,00
23	P.072.00.D	sfera do 6,00 dptr i cylinder do 2,00 dptr– do dali dorośli	7879	271 382,50
24	B.008	Proteza ostateczna modułarna podudzia	73	266 000,00
25	M.060.00	Orteza (sznurówka) lędźwiowo krzyżowa ze stalkami lub fiszbinami – dla dorosłych	1490	264 688,90
26	P.098	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia	355	248 905,95

27	M.057.00	Gorset stabilizująco–unieruchamiający – dla dorosłych	908	209 564,30
28	P.116	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna	447	157 858,50
29	J.037.00	Orteza sztywna lub półsztywna z tworzywa sztucznego na gołe i stopę – dla dorosłych	563	152 533,30
30	L.048.00	Orteza na rękę i przedramię – dla dorosłych	562	118 597,30
31	C.012	Proteza tymczasowa w obrębie uda	67	108 800,00
32	P.094	Cewniki zewnętrzne do 30 sztuk	215	103 466,68
33	J.036.00	Orteza stabilizująca staw skokowy – dla dorosłych	549	97 255,60
34	L.052.00	Orteza na ramię i bark typu Dessault – dla dorosłych	715	95 571,70
35	P.083	Okulary lornetkowe do dali	211	73 850,00
36	J.040.00	Orteza jednostronna lub obustronna unieruchamiająca lub stabilizująca staw biodrowy z regulowanym ką	54	62 865,00
37	P.081	Okulary lupowe	179	62 650,00
38	C.017	Wymiana leja w protezie ostatecznej uda	27	56 000,00
39	B.010	Wymiana leja w protezie ostatecznej podudzia	32	51 000,00
40	P.107	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie podudzia do 12 sztuk	195	50 113,50
41	P.080	Monookular	134	46 900,00
42	P.118	Kula łokciowa ze stopniową regulacją	1152	44 273,10
43	L.051.00	Orteza na ramię i bark (z wyłączeniem temblaków i ortez typu Dessault) – dla dorosłych	189	40 543,00
44	P.108	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie uda do 12 sztuk	157	39 561,18
45	N.064.00	But na stopę o różnym zniekształceniu – dla dorosłych	233	37 634,00
46	P.090	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych do 180 sztuk	55	37 171,20
47	L.047.00	Orteza ręki stabilizująca lub korygująca (z wyłączeniem aparatu Stacka i Capenera) – dla dorosłych	238	35 388,10
48	H.031.00	Orteza obejmująca obręcz biodrową, uda, golenie i stopy (typu HKAFO) – dla dorosłych	15	33 750,00
49	O.070	Nogawica uciskowa płaskodziana z krytym szwem, bez zawartości bawełny, z uciskiem nie mniejszym niż	40	33 684,83
50	L.053.00	Orteza odwodząca stawu barkowego z regulacją kąta odwiedzenia – dla dorosłych	62	32 820,00
51	P.096.Z	Cewniki jednorazowe urologiczne do 180 sztuk miesięcznie	61	30 792,80
52	P.089	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem	202	30 300,00
53	B.004	Proteza tymczasowa podudzia	32	29 700,00
54	P.115	Pas brzuszny	450	28 712,14
55	P.078.00	Proteza oka – dla dorosłych	40	28 000,00

56	P.095	Cewniki urologiczne do 4 sztuk	590	25 131,90
57	L.049.00	Orteza stawu łokciowego z regulacją kąta zgięcia z ujęciem ręki lub bez – dla dorosłych	45	24 628,50
58	M.058.00	Pas stabilizujący odcinek lędźwiowo–krzyżowy lub miednicę – dla dorosłych	265	23 490,20
59	P.088	Krtań elektroniczna (aparat wspomagający mowę)	15	22 900,00
60	D.019	Proteza ostateczna modułarna z koszem biodrowym po wyluszczeniu w stawie biodrowym lub z krótkim kik	3	22 500,00
61	P.082	Okulary lornetkowe do blizy	62	21 700,00
62	P.073.00.B	sfera od 6,25 dptr i cylinder od 0,00 dptr– do blizy dorośli	364	20 920,00
63	P.119	Kula łokciowa z podparciem na przedramieniu	122	20 704,67
64	P.096	Cewniki jednorazowe urologiczne do 180 sztuk miesięcznie lub w równowartości ich kosztu jednorazowe	40	20 318,48
65	N.065.00	But wyrównujący skrócenie kończyny dolnej – dla dorosłych	133	19 803,00
66	P.085.00	Aparat słuchowy na przewodnictwo kostne przy jednostronnym ubytku słuchu, albo dwa aparaty słuchowe	9	17 640,00
67	P.074.00.D1	sfera do 6,00 dptr i cylinder od 2,25 dptr – do dali dorośli	326	15 405,00
68	Ł.054.00	Gorset odciążająco–stabilizujący (z wyłączeniem gorsetu typu Jewetta) – dla dorosłych	25	15 181,00
69	O.069	Rękaw uciskowy płaskodziały z krytym szwem, bez zawartości bawełny, z uciskiem nie mniejszym niż 20	46	12 049,80
70	P.091.00	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insuliny 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren) –pacj	7	11 970,00
71	P.073.00.B1	sfera do 6,00 dptr i cylinder od 2,25 dptr – do blizy dorośli	248	11 575,00
72	F.023	Proteza robocza z końcówką roboczą w obrębie przedramienia	3	11 200,00
73	P.125	Pionizator	5	10 000,00
74	P.074.00.D	sfera od 6,25 dptr i cylinder od 0,00 dptr– do dali dorośli	167	9 660,00
75	N.068.00	But do pary przy zaopatrzeniu jednoczesnym na chorą stopę – dla dorosłych	136	9 640,00
76	P.077.00	Epiproteza oka – dla dorosłych	12	9 600,00
77	L.050.00	Orteza stawu łokciowego z ujęciem ręki lub bez – dla dorosłych	36	8 985,90
78	F.022	Proteza kosmetyczna w obrębie przedramienia	7	8 400,00
79	P.122	Laska dla niewidomych (biała)	82	8 125,00
80	P.079	Lupa	100	8 000,00
81	P.113	Pas przepuklinowy pachwinowy jednostronny	145	7 869,77
82	Ł.056.00	Orteza tułowia lędźwiowo–krzyżowa – dla dorosłych	22	7 746,00
83	A.003	Proteza ostateczna w obrębie stawu skokowego z kikutem oporowym	4	7 200,00
84	J.043.00	Orteza na całą kończynę dolną z ujęciem stopy z regulacją kąta zgięcia w stawie kolanowym – dla doro	7	7 200,00

85	A.002	Proteza uzupełniająca stopę	8	6 600,00
86	G.026	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej po wyluszczeniu w obrębie stawu barkowego	2	6 000,00
87	M.062.00	Kołnierz półsztywny – dla dorosłych	190	5 965,90
88	M.061.00	Kołnierz sztywny – dla dorosłych	78	5 623,10
89	H.028.00	Orteza obejmująca gołęń i stopę lub ze strzemiem (typu AFO) – dla dorosłych	14	5 440,00
90	H.029.00	Orteza krótka korygująca zaburzenia osiowe w płaszczyźnie czołowej (typu DAFO lub GRAFO) –dorośłych	11	5 310,00
91	H.030.00	Orteza z ujęciem uda, goleni i stopy (typu KAFO) – dla dorosłych	6	5 040,00
92	C.015	Protezowe wyrównanie skrócenia kończyny dolnej w obrębie uda	1	5 000,00
93	G.027	Proteza robocza z końcówką roboczą całej kończyny górnej po wyluszczeniu w obrębie stawu barkowego	1	4 600,00
94	P.121	Trójnóg albo czwóróg	77	4 306,30
95	P.120	Kula pachowa	76	3 998,45
96	N.067.00	But do ortezy obejmującej stopę – dla dorosłych	23	3 668,00
97	B.007	Proteza ostateczna skorupowa podudzia	2	3 600,00
98	M.063.00	Półgorsetowa orteza szyjna – dla dorosłych	18	3 240,00
99	P.075	Soczewka kontaktowa twarda	5	3 150,00
100	H.032.00	Orteza odciążająca kończynę dolną – dla dorosłych	3	2 700,00
101	K.045.00	Orteza na rękę i przedramię na zamówienie – dla dorosłych	11	2 475,00
102	A.001	Protezowa wkładka do buta uzupełniająca stopę – do zwykłego obuwia	9	2 000,00
103	D.020	Wymiana kosza biodrowego po wyluszczeniu w stawie biodrowym	1	2 000,00
104	P.096.H	Cewniki jednorazowe urologiczne hydrofilowe	4	1 976,80
105	P.114	Pas przepuklinowy pachwinowy obustronny	28	1 915,10
106	N.066.00	But przy amputacji w obrębie stopy – dla dorosłych	16	1 840,30
107	C.016	Wymiana leja w protezie tymczasowej uda	3	1 500,00
108	P.110	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie przedramienia do 12 sz	5	900,00
109	P.106	Pończocha kikutowa – po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy do 12 sztu	4	880,00
110	P.104	Sprężarka powietrza lub inhalator membranowy	1	800,00
111	I.034.00	Pas biodrowy z szyną lub szynami – dla dorosłych	2	504,00
112	K.046.00	Orteza przedramiennie ramienna z ujęciem ręki – dla dorosłych	1	333,00
113	P.103	Nebulizator (generator aerozolu)lub głowica do inhalatora membranowego	1	150,00

114	P.112	Pończocha kikutowa – po pełnej amputacji lub w przypadku braku kończyny górnej do 12 sztuk	1	144,00
115	P.074.00.D1.PR	sfera do 6,00 dptr i cylinder od 2,25 dptr – do dali dla dorosłych, w tym soczewka z mocą pryzma	1	100,00
116	P.073.00.B1.PR	sfera do 6,00 dptr i cylinder od 2,25 dptr – do bliży dla dorosłych, w tym soczewka z mocą pryzm	1	70,00
<i>Źródło : Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia</i>				

Załącznik 25. Ludność w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim według poziomu wykształcenia (2011 rok)

Jednostka terytorialna	60-64						65 i więcej					
	wyższe	średnie i policealne - ogółem	zasadnicze zawodowe	gimnazjalne	podstawowe ukończone	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	wyższe	średnie i policealne - ogółem	zasadnicze zawodowe	gimnazjalne	podstawowe ukończone	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego
	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011
	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba	osoba
Powiat bolesławiecki	512	1716	1761	5	1468	25	535	2207	1523	28	5661	943
Powiat jaworski	237	1182	1042	9	890	30	319	1111	813	100	3496	562
Powiat jeleniogórski	469	1563	1519	0	821	14	568	1675	1231	39	3870	459
Powiat kamiennogórski	190	846	1146	3	811	11	220	1036	839	6	3606	411
Powiat lubański	279	1534	1373	0	779	20	347	1568	1012	36	3795	336
Powiat lwówecki	235	1044	1101	3	733	20	218	1020	762	26	3337	477
Powiat zgorzelecki	451	1893	1901	9	1760	50	625	2314	1739	45	6413	681
Powiat złotoryjski	206	900	921	6	796	42	230	909	568	32	2888	473
Powiat m.Jelenia Góra	1062	2667	1842	0	755	15	1685	4681	2041	86	4411	419
Powiat głogowski	597	2462	2177	47	1426	23	726	2151	1565	133	3641	615
Powiat górowski	152	587	760	3	665	30	174	625	518	10	2632	434
Powiat legnicki	199	975	1072	0	1032	20	231	966	675	32	3838	623
Powiat lubiński	799	2905	2883	5	1548	30	1084	3054	1831	39	5734	611
Powiat polkowicki	175	1128	1373	0	1162	33	191	918	845	18	3875	554
Powiat dzierżoniowski	589	2245	2215	5	1785	16	790	3105	1985	42	8257	1182
Powiat kłodzki	948	4263	3445	13	3056	67	1571	5701	3393	64	11123	1450
Powiat świdnicki	1001	4084	3522	6	2188	74	1268	5310	3012	83	10419	1166
Powiat wałbrzyski *	1141	4116	3891	7	2742	43	1770	6993	4094	164	13203	1283
Powiat ząbkowicki	289	1746	1442	4	1210	27	409	1963	1134	30	4464	933
Powiat milicki	182	681	867	0	666	7	281	878	658	30	2029	319
Powiat oleśnicki	570	2407	1851	9	1760	62	717	2655	1836	72	6162	795

Ciąg dalszy z poprzedniej strony.

Powiat oławski	412	1908	1800	8	1023	10	415	1868	1469	35	4079	573
Powiat strzeliński	210	893	839	6	862	18	272	954	590	17	3261	690
Powiat średzki	206	833	994	3	877	6	249	826	789	13	3256	663
Powiat trzebnicki	622	1368	1606	11	1354	70	549	1552	1253	21	4655	635
Powiat wołowski	214	1077	879	13	760	13	362	1278	761	15	3457	299
Powiat wrocławski	775	1997	2035	5	1540	31	839	1921	1544	105	6358	1092
Powiat m.Wrocław	10511	19191	9792	102	3889	83	19879	36840	11890	893	25310	1979
suma	23233	68211	56049	282	38358	890	36524	96079	50370	2214	163230	20657
<i>Źródło: Bank Danych Lokalnych</i>												

Załącznik 26. Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym – PEFRON 2012.

Dane z PEFRON za rok 2012												Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych szacowane na podstawie NSP z roku 2011 i wydatków PEFRON w 2012 r - symulacja 1													
Nr	Powiat	Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. a - ogółem			Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych art. 35a ust. 1 pkt 7 lit.d - ogółem			Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów art. 35a ust.1 pkt 7 lit.c			Dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki art.35a ust.1 pkt 7 lit.b.	Kwota ogółem	suma (3+6+9+12)	niepełnosprawni prawnie				niepełnosprawni biologicznie				niepełnosprawni tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odczuwające ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym (kryteria wg metodologii GUS)			
		kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	średnia kwota dofinansowania	kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	średnia kwota dofinansowania	kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	średnia kwota dofinansowania				liczba niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym wg NSP 2011 oraz BDL	liczba niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym wg NSP 2011 oraz BDL	wskaznik udziału niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym (15/14)	koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym (13*16)	średni wydatek na jedną osobę niepełnosprawną prawnie w wieku poprodukcyjnym (17/15)	liczba niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym wg NSP 2011 oraz BDL	liczba niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym szacowany na podstawie wydatków/osobę niepełnosprawną prawnie (20*18)	koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym szacowany na podstawie wydatków/osobę niepełnosprawną prawnie (20*18)	liczba niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odczuwających ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym odczuwających ograniczenie sprawności (22+15)	liczba niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odczuwających ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym odczuwających ograniczenie sprawności (23*18)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
1	bolesławiecki	79 635,00	95,00	838,26	87 052,00	32,00	2 720,38	826 209,00	1 212,00	681,69	71 049,00	1 063 945,00	8 144,00	3 017,00	0,37	394 145,64	130,64	4 230,00	2 543,00	332 221,53	878,00	3 895,00	508 848,94		
2	jaworski	282 571,00	337,00	838,49	161 621,00	60,00	2 693,68	270 621,00	423,00	639,77	600,00	715 413,00	10 901,00	4 872,00	0,45	319 740,59	65,63	4 671,00	2 830,00	185 727,80	848,00	5 720,00	375 393,30		
3	jeleniogórski	143 886,00	175,00	822,21	112 998,00	14,00	8 071,29	425 063,00	508,00	836,74	23 789,00	705 736,00	7 400,00	2 804,00	0,38	267 416,72	95,37	2 988,00	1 652,00	157 550,79	444,00	3 248,00	309 760,88		
4	kamienogórski	188 872,00	227,00	832,04	84 483,00	27,00	3 129,00	234 008,00	440,00	531,84	0,00	507 363,00	4 080,00	1 459,00	0,36	181 432,01	124,35	2 174,00	1 292,00	160 664,95	358,00	1 817,00	225 950,63		
5	lubąński	345 948,00	424,00	815,92	243 712,00	87,00	2 801,29	378 081,00	844,00	447,96	27 730,00	995 471,00	4 042,00	1 559,00	0,39	383 953,31	246,28	1 665,00	960,00	236 430,52	254,00	1 813,00	446 508,89		
6	lwówecki	72 694,00	110,00	660,85	159 205,00	43,00	3 702,44	282 758,00	471,00	600,34	7 823,00	522 480,00	5 616,00	2 051,00	0,37	190 813,12	93,03	2 432,00	1 370,00	127 456,84	426,00	2 477,00	230 445,68		
7	zgorzelecki	382 906,00	466,00	821,69	249 999,00	62,00	4 032,24	491 570,00	544,00	903,62	6 360,00	1 130 835,00	3 397,00	1 009,00	0,30	335 888,29	332,89	2 061,00	1 251,00	416 448,21	336,00	1 345,00	447 740,09		
8	złotoryjski	229 235,00	292,00	785,05	129 443,00	21,00	6 163,95	263 231,00	300,00	877,44	2 900,00	624 809,00	16 213,00	6 600,00	0,41	254 347,71	38,54	7 743,00	4 596,00	177 118,50	1 391,00	7 991,00	307 953,42		
9	Jelenia Góra	281 915,00	415,00	679,31	434 476,00	245,00	1 773,37	514 990,00	1 236,00	416,66	78 886,00	1 310 267,00	3 996,00	1 386,00	0,35	454 461,98	327,89	2 559,00	1 475,00	483 644,60	501,00	1 887,00	618 737,19		
10	głogowski	103 039,00	112,00	919,99	336 696,00	110,00	3 060,87	251 208,00	235,00	1 068,97	119 791,00	810 734,00	6 381,00	2 290,00	0,36	290 954,53	127,05	2 557,00	1 493,00	189 692,19	527,00	2 817,00	357 912,19		
11	górowski	240 572,00	300,00	801,91	219 065,00	74,00	2 960,34	155 362,00	198,00	784,66	23 311,00	638 310,00	8 983,00	3 271,00	0,36	232 429,26	71,06	3 268,00	1 833,00	130 248,49	479,00	3 750,00	266 465,82		
12	legnicki	134 945,00	203,00	664,75	178 319,00	30,00	5 943,97	202 413,00	172,00	1 176,82	120 689,00	636 366,00	4 058,00	1 392,00	0,34	218 290,16	156,82	2 115,00	1 243,00	194 924,33	402,00	1 794,00	281 330,85		
13	lubiąński	333 351,00	407,00	819,04	98 886,00	43,00	2 299,67	246 953,00	300,00	823,18	28 345,00	707 535,00	3 796,00	1 181,00	0,31	220 126,14	186,39	1 768,00	967,00	180 238,76	252,00	1 433,00	267 096,33		
14	polkowicki	150 395,00	232,00	648,25	149 411,00	41,00	3 644,17	390 294,00	358,00	1 090,21	18 660,00	708 760,00	8 118,00	3 098,00	0,38	270 477,76	87,31	4 036,00	2 037,00	177 844,80	590,00	3 688,00	321 989,02		
15	Legnica	474 257,00	567,00	836,43	327 070,00	60,00	5 451,17	410 355,00	852,00	481,64	173 966,00	1 385 648,00	5 453,00	2 079,00	0,38	528 289,42	254,11	3 070,00	1 533,00	389 546,74	449,00	2 528,00	642 383,67		
16	dzierzoniowski	793 324,00	945,00	839,50	283 726,00	127,00	2 234,06	947 433,00	1 558,00	608,11	33 324,00	2 057 807,00	5 354,00	2 066,00	0,39	794 065,98	384,35	2 046,00	1 070,00	411 253,92	360,00	2 426,00	932 431,79		
17	kłodzki	639 704,00	754,00	848,41	1 105 588,00	235,00	4 704,63	832 068,00	1 402,00	593,49	29 252,00	2 606 612,00	4 733,00	1 907,00	0,40	1 050 244,89	550,73	2 447,00	1 344,00	740 183,08	389,00	2 296,00	1 264 479,43		
18	świdnicki	496 067,00	593,00	836,54	496 240,00	100,00	4 962,40	681 128,00	714,00	953,96	22 215,00	1 695 650,00	4 055,00	1 442,00	0,36	602 990,70	418,16	2 649,00	1 563,00	653 588,40	532,00	1 974,00	825 453,29		
19	wałbrzyski	949 992,00	1 104,00	860,50	850 978,00	82,00	10 377,78	1 308 789,00	1 405,00	931,52	97 852,00	3 207 611,00	13 697,00	5 090,00	0,37	1 191 993,87	234,18	8 188,00	4 845,00	1 134 618,92	1 343,00	6 433,00	1 506 502,27		
20	zabkowicki	436 082,00	525,00	830,63	133 737,00	28,00	4 776,32	154 108,00	214,00	720,13	30 602,00	754 529,00	5 143,00	1 825,00	0,35	267 745,56	146,71	3 559,00	1 916,00	281 096,16	514,00	2 339,00	343 154,45		
21	milicki	42 147,00	66,00	638,59	58 791,00	8,00	7 348,88	269 535,00	242,00	1 113,78	14 178,00	384 651,00	24 296,00	10 844,00	0,45	171 680,75	15,83	8 251,00	4 802,00	76 024,62	1 683,00	12 527,00	198 325,78		
22	oleśnicki	148 612,00	184,00	807,67	601 920,00	99,00	6 080,00	683 786,00	611,00	1 119,13	47 984,00	1 482 302,00	3 197,00	1 171,00	0,37	542 938,89	463,65	2 063,00	1 222,00	566 585,25	386,00	1 557,00	721 909,36		
23	oławski	195 418,00	293,00	666,96	95 499,00	42,00	2 273,79	366 444,00	446,00	821,62	7 270,00	664 631,00	5 676,00	2 148,00	0,38	251 519,98	117,09	4 705,00	2 526,00	295 781,87	728,00	2 876,00	336 765,11		
24	strzeliński	99 252,00	153,00	648,71	87 052,00	32,00	2 720,38	286 825,00	371,00	773,11	3 750,00	476 879,00	7 245,00	2 932,00	0,40	192 989,54	65,82	3 193,00	1 803,00	118 676,72	552,00	3 484,00	229 323,18		
25	średzki (śląski)	229 153,00	292,00	784,77	108 887,00	35,00	3 111,06	227 237,00	462,00	491,85	9 113,00	574 390,00	7 086,00	2 694,00	0,38	218 375,20	81,06	4 048,00	2 212,00	179 304,36	688,00	3 382,00	274 144,37		
26	trzebnicki	325 223,00	389,00	836,05	161 621,00	60,00	2 693,68	371 238,00	632,00	587,40	0,00	858 082,00	4 816,00	1 869,00	0,39	333 005,66	178,17	1 793,00	976,00	173 897,02	228,00	2 097,00	373 629,14		
27	wołowski	79 835,00	98,00	814,64	112 998,00	14,00	8 071,29	164 033,00	204,00	804,08	7 877,00	364 743,00	10 539,00	4 834,00	0,46	167 299,33	34,61	3 800,00	2 323,00	80 396,43	686,00	5 520,00	191 041,02		
28	wrocławski	241 665,00	295,00	819,20	84 483,00	27,00	3 129,00	393 947,00	284,00	1 387,14	26 571,00	746 666,00	10 557,00	4 675,00	0,44	330 649,19	70,73	4 900,00	2 866,00	202 703,87	871,00	5 546,00	392 252,50		
29	Wrocław	796 813,00	964,00	826,57	243 712,00	87,00	2 801,29	1 992 331,00	1 801,00	1 106,24	0,00	3 032 856,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
suma		8 917 508	11 017	22 843	7 397 668	1 925	123 732	14 022 018	18 439	23 373	1 033 887	31 371 081	206 972	81 565	39,41%	10 658 266	5 098	98 979	56 543	8 453 870	17 095	98 660	13 197 929		

Załącznik 27. Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym – PEFRON 2013.

Dane PEFRON 2013													koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych szacowane na podstawie NSP z roku 2011 i wydatków PEFRON w 2013 r - symulacja 1											
Nr	Powiat	Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych art.35a ust.1 pkt 7 lit.a - ogółem			Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych art. 35a ust.1 pkt 7 lit.d - ogółem			Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów art.35a ust.1 pkt 7 lit.c			Tabela 32. Dofinansowa nie sportu, kultury, rekreacji i turystyki art.35a ust.1 pkt 7 lit.b.	suma (3+6+9+12)	niepełnosprawni prawnie				niepełnosprawni biologicznie				niepełnosprawni tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odczuwające ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym (kryteria wg metodologii GUS)			
		kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowa nie	średnia kwota dofinansowa nia	kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowa nie	średnia kwota dofinansowania	kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowa nie	średnia kwota dofinansowania			kwota dofinansowań	liczba niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym wg NSP 2011 oraz BDL	wskaznik udziału niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym (15/14)	koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym (13*16)	średni wydatek na jedną osobę niepełnosprawną prawnie w wieku poprodukcyjnym (17/15)	liczba niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym wg NSP 2011 oraz BDL	koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym szacowany na pdt lit. wydatki/osobę niepełnosprawną prawnie (20*18)	liczba niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odczuwających ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym szacowany na pdt lit. wydatki/osobę niepełnosprawną prawnie (23*18)	liczba niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odczuwających ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym szacowany na pdt lit. wydatki/osobę niepełnosprawną prawnie (23*18)	koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odczuwających ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym szacowany na pdt lit. wydatki/osobę niepełnosprawną prawnie (23*18)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1	bolesławiecki	30 495,00	37,00	824,19	57 956,00	23,00	2 519,83	456 962,00	790,00	578,43	45 380,00	590 793,00	8 144,00	3 017,00	0,37	218 863,27	72,54	4 230,00	2 543,00	184 477,73	878,00	3 895,00	282 556,33	
2	dzierzoniowski	186 128,00	222,00	838,41	119 119,00	46,00	2 589,54	801 786,00	1 299,00	617,23	14 175,00	1 121 208,00	10 901,00	4 872,00	0,45	501 103,14	102,85	4 671,00	2 830,00	291 075,92	848,00	5 720,00	588 323,07	
3	głogowski	77 838,00	82,00	949,24	75 000,00	29,00	2 586,21	300 687,00	303,00	992,37	104 250,00	557 775,00	7 400,00	2 804,00	0,38	211 351,50	75,38	2 988,00	1 652,00	124 519,50	444,00	3 248,00	244 818,00	
4	górowski	115 297,00	135,00	854,05	74 993,00	35,00	2 142,66	119 058,00	167,00	712,92	22 802,00	332 150,00	4 080,00	1 459,00	0,36	118 776,19	81,41	2 174,00	1 292,00	105 180,83	358,00	1 817,00	147 920,72	
5	jaworski	59 771,00	69,00	866,25	68 845,00	26,00	2 647,88	247 009,00	403,00	612,93	0,00	375 625,00	4 042,00	1 559,00	0,39	144 878,62	92,93	1 665,00	960,00	89 213,26	254,00	1 813,00	168 482,96	
6	jeleniogórski	55 302,00	66,00	837,91	70 000,00	26,00	2 692,31	256 381,00	445,00	576,14	22 178,00	403 861,00	5 616,00	2 051,00	0,37	147 492,68	71,91	2 432,00	1 370,00	98 520,22	426,00	2 477,00	178 127,44	
7	kamiennogórski	99 203,00	118,00	840,70	54 667,00	11,00	4 969,73	170 920,00	382,00	447,43	3 188,00	327 978,00	3 397,00	1 009,00	0,30	97 418,25	96,55	2 061,00	1 251,00	120 783,18	336,00	1 345,00	129 858,82	
8	kłodzki	99 319,00	125,00	794,55	510 019,00	92,00	5 543,68	659 469,00	1 250,00	527,58	19 210,00	1 288 017,00	16 213,00	6 600,00	0,41	524 326,91	79,44	7 743,00	4 596,00	365 122,19	1 391,00	7 991,00	634 832,78	
9	legnicki	91 392,00	130,00	703,02	57 759,00	11,00	5 250,82	74 969,00	93,00	806,12	59 000,00	283 120,00	3 996,00	1 386,00	0,35	98 199,28	70,85	2 559,00	1 475,00	104 505,01	501,00	1 887,00	133 695,56	
10	lubąński	266 168,00	329,00	809,02	31 414,00	16,00	1 963,38	125 581,00	236,00	532,12	24 991,00	448 154,00	6 381,00	2 290,00	0,36	160 832,57	70,23	2 557,00	1 493,00	104 857,22	527,00	2 817,00	197 845,14	
11	lubuski	110 216,00	130,00	847,82	46 482,00	21,00	2 213,43	255 367,00	271,00	942,31	13 311,00	425 376,00	8 983,00	3 271,00	0,36	154 893,12	47,35	3 268,00	1 833,00	86 798,87	479,00	3 750,00	177 575,42	
12	lwówecki	40 858,00	57,00	716,81	62 357,00	19,00	3 281,95	214 033,00	265,00	807,67	0,00	317 248,00	4 058,00	1 392,00	0,34	108 824,35	78,18	2 115,00	1 243,00	97 175,77	402,00	1 794,00	140 252,07	
13	milicki	0,00	0,00	0,00	38 875,00	17,00	2 286,76	137 408,00	120,00	1 145,07	18 498,00	194 781,00	3 796,00	1 181,00	0,31	60 599,67	51,31	1 768,00	967,00	49 618,87	252,00	1 433,00	73 530,34	
14	oleśnicki	126 001,00	151,00	834,44	182 683,00	42,00	4 349,60	445 747,00	389,00	1 145,88	24 180,00	778 611,00	8 118,00	3 098,00	0,38	297 134,38	95,91	4 036,00	2 037,00	195 372,09	590,00	3 688,00	353 722,27	
15	olawski	148 652,00	174,00	854,32	86 493,00	29,00	2 982,52	168 318,00	234,00	719,31	8 966,00	412 429,00	5 453,00	2 079,00	0,38	157 241,87	75,63	3 070,00	1 533,00	115 946,02	449,00	2 528,00	191 201,27	
16	polkowicki	94 256,00	113,00	834,12	63 622,00	19,00	3 348,53	312 855,00	255,00	1 226,88	1 150,00	471 883,00	5 354,00	2 066,00	0,39	182 090,08	88,14	2 046,00	1 070,00	94 306,09	360,00	2 426,00	213 819,23	
17	strzeliński	23 240,00	28,00	830,00	38 497,00	17,00	2 264,53	206 905,00	337,00	613,96	4 950,00	273 592,00	4 733,00	1 907,00	0,40	110 234,51	57,81	2 447,00	1 344,00	77 690,19	389,00	2 296,00	132 720,73	
18	średzki (śląski)	110 294,00	132,00	835,56	2 101,00	1,00	2 101,00	214 942,00	344,00	624,83	0,00	327 337,00	4 055,00	1 442,00	0,36	116 404,43	80,72	2 649,00	1 563,00	126 172,07	532,00	1 974,00	159 349,75	
19	świdnicki	96 943,00	121,00	801,18	154 783,00	41,00	3 775,20	315 839,00	326,00	968,83	24 616,00	592 181,00	13 697,00	5 090,00	0,37	220 062,88	43,23	8 188,00	4 845,00	209 470,46	1 343,00	6 433,00	278 126,62	
20	trzebnicki	184 950,00	219,00	844,52	66 047,00	10,00	6 604,70	251 470,00	432,00	582,11	6 166,00	508 633,00	5 143,00	1 825,00	0,35	180 489,06	98,90	3 559,00	1 916,00	189 488,79	514,00	2 339,00	231 322,69	
21	wałbrzyski	175 124,00	204,00	858,45	138 757,00	16,00	8 672,31	306 568,00	310,00	988,93	8 982,00	629 431,00	24 296,00	10 844,00	0,45	280 933,07	25,91	8 251,00	4 802,00	124 404,33	1 683,00	12 527,00	324 534,17	
22	wołowski	43 833,00	49,00	894,55	57 393,00	16,00	3 587,06	82 470,00	115,00	717,13	8 897,00	192 593,00	3 197,00	1 171,00	0,37	70 543,14	60,24	2 063,00	1 222,00	73 615,47	386,00	1 557,00	93 796,47	
23	wrocławski	163 850,00	193,00	848,96	144 460,00	35,00	4 127,43	316 567,00	244,00	1 297,41	28 421,00	653 298,00	5 676,00	2 148,00	0,38	247 231,17	115,10	4 705,00	2 526,00	290 738,33	728,00	2 876,00	331 022,74	
24	ząbkowicki	39 143,00	47,00	832,83	92 131,00	13,00	7 087,00	112 488,00	168,00	669,57	21 686,00	265 448,00	7 245,00	2 932,00	0,40	107 424,92	36,64	3 193,00	1 803,00	66 059,73	552,00	3 484,00	127 649,53	
25	zgorzelecki	114 044,00	143,00	797,51	105 242,00	27,00	3 897,85	305 776,00	311,00	983,20	40 398,00	565 460,00	7 086,00	2 694,00	0,38	214 980,14	79,80	4 048,00	2 212,00	176 516,73	688,00	3 382,00	269 882,26	
26	złotoryjski	97 290,00	128,00	760,08	44 432,00	7,00	6 347,43	179 875,00	238,00	755,78	3 476,00	325 073,00	4 816,00	1 869,00	0,39	126 154,78	67,50	1 793,00	976,00	65 878,58	228,00	2 097,00	141 544,45	
27	Jelenia Góra	83 123,00	112,00	742,17	170 106,00	41,00	4 148,93	421 192,00	926,00	454,85	49 978,00	724 399,00	10 539,00	4 834,00	0,46	332 265,37	68,74	3 800,00	2 323,00	159 671,59	686,00	5 520,00	379 417,64	
28	Legnica	164 139,00	192,00	854,89	150 240,00	32,00	4 695,00	370 180,00	843,00	439,12	121 716,00	806 275,00	10 557,00	4 675,00	0,44	357 046,10	76,37	4 900,00	2 866,00	218 886,44	871,00	5 546,00	423 567,41	
29	Wałbrzych	284 546,00	334,00	851,93	389 883,00	45,00	8 664,07	715 830,00	773,00	926,04	80 000,00	1 470 259,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
30	Wrocław	198 902,00	241,00	825,32	199 800,00	98,00	2 038,78	1 338 181,00	1 294,00	1 034,14	0,00	1 736 883,00	46 516,00	22 380,00	0,48	835 657,44	37,34	31 288,00	20 324,00	758 887,48	6 085,00	28 465,00	1 062 868,14	
	suma	3 380 317,00	4 081,00	23 982,82	3 354 156,00	861,00	119 380,09	9 884 833,00	13 563,00	23 446,29	780 565,00	17 399 871,00	253 488,00	103 945,00	0,41	6 383 452,88	2 098,92	130 267,00	76 867,00	4 764 952,95	23 180,00	127 125,00	7 812 364,01	

Załącznik 28. Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym – PEFRON 2014.

Dane z PEFRON za rok 2014													koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych szacowane na podstawie NSP z roku 2011 i wydatków PEFRON w 2014 r- symulacja 1											
Nr	Powiat	Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych art.35a ust.1 pkt 7 lit.a – ogółem			Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych art. 35a ust.1 pkt 7 lit.d - ogółem			Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów art.35a ust.1 pkt 7 lit.c			Dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki art.35a ust.1 pkt 7 lit.b, dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki	suma (3+6+9+12)	niepełnosprawni prawnie					niepełnosprawni biologicznie					niepełnosprawni tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odzwierciedlające ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym (kryteria wg metodologii GUS)	
		kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	średnia kwota dofinansowania	kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	średnia kwota dofinansowania	kwota dofinansowań	liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	średnia kwota dofinansowania	Kwota ogółem		liczba niepełnosprawnych prawnie ogółem wg NSP 2011 oraz BDL	liczba niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym wg NSP 2011 oraz BDL	wskaznik udziału niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym (15/14)	koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych prawnie w wieku poprodukcyjnym (13*16)	średni wydatek na jedną osobę niepełnosprawną prawnie w wieku poprodukcyjnym (17/15)	liczba niepełnosprawnych biologicznie ogółem wg NSP 2011 oraz BDL	liczba niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym wg NSP 2011 oraz BDL	koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych biologicznie w wieku poprodukcyjnym szacowany na podstawie wydatków (20*18)	liczba niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odzwierciedlające ograniczenie sprawności poważne wg NSP 2011 oraz BDL	koszt rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych tylko biologicznie w wieku poprodukcyjnym odzwierciedlające ograniczenie sprawności poważne oraz niepełnosprawni prawnie w wieku poprodukcyjnym szacowany na podstawie wydatków (23*18)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1	bolesławiecki	67 414,00	77,00	875,51	61 026,00	17,00	3 589,76	647 693,00	922,00	702,49	39 566,00	815 699,00	8 144,00	3 017,00	0,37	302 181,22	100,16	4 230,00	2 543,00	254 705,62	878,00	3 895,00	390 121,27	
2	dzierzoniowski	240 436,00	272,00	883,96	119 651,00	45,00	2 658,91	945 650,00	1 352,00	699,45	9 975,00	1 315 712,00	10 901,00	4 872,00	0,45	588 033,10	120,70	4 671,00	2 830,00	341 570,95	848,00	5 720,00	690 383,69	
3	głogowski	73 686,00	76,00	969,55	97 290,00	43,00	2 262,56	387 148,00	317,00	1 221,29	120 000,00	678 124,00	7 400,00	2 804,00	0,38	256 954,01	91,64	2 988,00	1 652,00	151 386,60	444,00	3 248,00	297 641,45	
4	górski	189 918,00	242,00	784,79	59 496,00	29,00	2 051,59	91 614,00	110,00	832,85	20 545,00	361 573,00	4 080,00	1 459,00	0,36	129 297,80	88,62	2 174,00	1 292,00	114 498,12	358,00	1 817,00	161 024,05	
5	jaworski	65 386,00	73,00	895,70	71 560,00	32,00	2 236,25	327 007,00	534,00	612,37	0,00	463 953,00	4 042,00	1 559,00	0,39	178 946,74	114,78	1 665,00	960,00	110 191,71	254,00	1 813,00	208 101,63	
6	jeleniogórski	109 954,00	125,00	879,63	0,00	0,00	0,00	215 901,00	392,00	550,77	23 675,00	349 530,00	5 616,00	2 051,00	0,37	127 650,65	62,24	2 432,00	1 370,00	85 266,40	426,00	2 477,00	154 164,14	
7	kamionogórski	109 613,00	123,00	891,16	67 483,00	23,00	2 934,04	195 008,00	321,00	607,50	3 382,00	375 486,00	3 397,00	1 009,00	0,30	111 529,40	110,53	2 061,00	1 251,00	138 278,77	336,00	1 345,00	148 669,02	
8	kłodzki	236 090,00	289,00	816,92	562 859,00	133,00	4 232,02	783 877,00	1 505,00	520,85	22 653,00	1 605 479,00	16 213,00	6 600,00	0,41	653 559,58	99,02	7 743,00	4 596,00	455 115,12	1 391,00	7 991,00	791 302,21	
9	legnicki	57 511,00	81,00	710,01	68 695,00	17,00	4 040,88	232 034,00	212,00	1 094,50	25 000,00	383 240,00	3 996,00	1 386,00	0,35	132 925,59	95,91	2 559,00	1 475,00	141 461,21	501,00	1 887,00	180 974,44	
10	lubąński	0,00	0,00	0,00	45 323,00	30,00	1 510,77	735 652,00	1 020,00	721,23	33 521,00	814 496,00	6 381,00	2 290,00	0,36	292 304,63	127,64	2 557,00	1 493,00	190 572,41	527,00	2 817,00	359 572,99	
11	lubski	141 677,00	172,00	823,70	48 224,00	12,00	4 018,67	277 801,00	284,00	978,17	10 035,00	477 737,00	8 983,00	3 271,00	0,36	173 959,45	53,18	3 268,00	1 833,00	97 483,24	479,00	3 750,00	199 433,79	
12	lwówecki	26 613,00	38,00	700,34	50 011,00	23,00	2 174,39	281 432,00	406,00	693,18	0,00	358 056,00	4 058,00	1 392,00	0,34	122 822,56	88,23	2 115,00	1 243,00	109 675,61	402,00	1 794,00	158 292,87	
13	milicki	0,00	0,00	0,00	84 200,00	19,00	4 431,58	167 312,00	111,00	1 507,32	0,00	251 512,00	3 796,00	1 181,00	0,31	78 249,65	66,26	1 768,00	967,00	64 070,63	252,00	1 433,00	94 946,44	
14	oleśnicki	126 007,00	149,00	845,68	241 617,00	58,00	4 165,81	584 527,00	443,00	1 319,47	45 875,00	998 026,00	8 118,00	3 098,00	0,38	380 867,77	122,94	4 036,00	2 037,00	250 428,55	590,00	3 688,00	453 402,30	
15	olawski	74 484,00	84,00	886,71	84 430,00	25,00	3 377,20	400 970,00	452,00	887,10	10 215,00	570 099,00	5 453,00	2 079,00	0,38	217 354,82	104,55	3 070,00	1 533,00	160 271,73	449,00	2 528,00	264 296,77	
16	polkowicki	166 657,00	254,00	656,13	78 109,00	14,00	5 579,21	321 885,00	298,00	1 080,15	3 750,00	570 401,00	5 354,00	2 066,00	0,39	220 106,18	106,54	2 046,00	1 070,00	113 994,97	360,00	2 426,00	258 459,62	
17	strzeliński	7 912,00	9,00	879,11	121 621,00	56,00	2 171,80	397 225,00	420,00	945,77	5 000,00	531 758,00	4 733,00	1 907,00	0,40	214 253,65	112,35	2 447,00	1 344,00	150 999,95	389,00	2 296,00	257 958,24	
18	średzki (śląski)	122 033,00	143,00	853,38	18 257,00	5,00	3 651,40	273 648,00	351,00	779,62	12 742,00	426 680,00	4 055,00	1 442,00	0,36	151 731,83	105,22	2 649,00	1 563,00	164 463,83	532,00	1 974,00	207 710,56	
19	świdnicki	86 823,00	101,00	859,63	207 973,00	81,00	2 567,57	771 845,00	635,00	1 215,50	21 330,00	1 087 971,00	13 697,00	5 090,00	0,37	404 305,50	79,43	8 188,00	4 845,00	384 844,82	1 343,00	6 433,00	510 981,78	
20	trzebnicki	140 473,00	194,00	724,09	114 343,00	11,00	10 394,82	251 568,00	390,00	645,05	13 003,00	519 387,00	5 143,00	1 825,00	0,35	184 305,13	100,99	3 559,00	1 916,00	193 495,14	514,00	2 339,00	236 213,53	
21	wałbrzyski	152 732,00	171,00	893,17	118 517,00	23,00	5 152,91	355 338,00	304,00	1 168,88	9 598,00	636 185,00	24 296,00	10 844,00	0,45	283 947,57	26,18	8 251,00	4 802,00	125 739,23	1 683,00	12 527,00	328 016,53	
22	wrocławski	45 898,00	51,00	899,96	38 691,00	16,00	2 418,19	148 887,00	152,00	979,52	15 174,00	248 650,00	3 197,00	1 171,00	0,37	91 075,74	77,78	2 063,00	1 222,00	95 042,32	386,00	1 557,00	121 097,29	
23	wrocławski	98 821,00	113,00	874,52	134 633,00	25,00	5 385,32	336 065,00	189,00	1 778,12	62 677,00	632 196,00	5 676,00	2 148,00	0,38	239 245,42	111,38	4 705,00	2 526,00	281 347,27	728,00	2 876,00	320 330,46	
24	ząbkowski	401 557,00	561,00	715,79	109 452,00	45,00	2 432,27	201 590,00	339,00	594,66	24 816,00	737 415,00	7 245,00	2 932,00	0,40	298 426,61	101,78	3 193,00	1 803,00	183 514,04	552,00	3 484,00	354 610,61	
25	zgorzelecki	0,00	0,00	0,00	161 400,00	25,00	6 456,00	577 247,00	489,00	1 180,46	28 397,00	767 044,00	7 086,00	2 694,00	0,38	291 619,61	108,25	4 048,00	2 212,00	239 444,16	688,00	3 382,00	366 094,10	
26	złotoryjski	172 666,00	218,00	792,05	60 000,00	12,00	5 000,00	235 227,00	247,00	952,34	5 800,00	473 693,00	4 816,00	1 869,00	0,39	183 831,44	98,36	1 793,00	976,00	95 997,58	228,00	2 097,00	206 257,11	
27	Jelenia Góra	179 375,00	246,00	729,17	244 658,00	172,00	1 422,43	436 371,00	893,00	488,66	69 744,00	930 148,00	10 539,00	4 834,00	0,46	426 637,77	88,26	3 800,00	2 323,00	205 022,66	686,00	5 520,00	487 182,56	
28	Legnica	332 652,00	378,00	880,03	136 952,00	34,00	4 028,03	473 153,00	722,00	655,34	129 067,00	1 071 824,00	10 557,00	4 675,00	0,44	474 640,26	101,53	4 900,00	2 866,00	290 977,32	871,00	5 546,00	563 070,56	
29	Wałbrzych	375 807,00	421,00	892,65	356 660,00	39,00	9 145,13	1 026 424,00	750,00	1 368,57	126 310,00	1 885 201,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
30	Wrocław	549 578,00	628,00	875,12	329 667,00	106,00	3 110,07	1 268 422,00	901,00	1 407,79	0,00	2 147 667,00	46 516,00	22 380,00	0,48	1 033 295,80	46,17	31 288,00	20 324,00	938 369,25	6 085,00	28 465,00	1 314 243,30	
	suma	4 351 773	5 289	22 488	3 892 798	1 170	112 600	13 348 521	15 461	28 189	891 850	22 484 942	253 488	103 945	41,01%	8 244 059	2 711	130 267	76 867	6 128 229	23 180	127 125	10 084 553	

7. Spis tabel

Tabela 1. Ludność województwa dolnośląskiego (stan na 31.12. 2014r).

Tabela 2. Przeciętne dalsze trwanie życia dla noworodka urodzonego w 2014 roku.

Tabela 3 . Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 60 i 65 lat w zależności od miejsca zamieszkania

Tabela 4. Kształtowanie się współczynnika feminizacji w Polsce ogółem i województwie dolnośląskim w latach 2007–2014.

Tabela 5. Wskaźniki dla liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według wybranych grup wiekowych

Tabela 6. Prognoza liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według wybranych grup wiekowych na rok 2020

Tabela 7. Prognoza liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według wybranych grup wiekowych na rok 2035

Tabela 8. Prognoza liczby mieszkańców województwa dolnośląskiego według wybranych grup wiekowych na rok 2050

Tabela 9. Najczęstszych 10 rozpoznań w badanej grupie pacjentów POZ

Tabela 10. Czas trwania chorób przewlekłych i liczba wizyt z powodu chorób przewlekłych a rozpoznania według ICD–10

Tabela 11. Osoby dorosłe według wybranych chorób lub dolegliwości przewlekłych w województwie dolnośląskim

Tabela 12. Stan zdrowia osób wieku 65+ pozostających pod opieką lekarza POZ w latach 2012-2014

Tabela 13. Zaspokojenie potrzeb – interpretacja Zmodyfikowanej Krótkiej Oceny Potrzeb Camberwell

Tabela 14. Osoby wieku 60 lat i więcej według sprawności narządów zmysłów i ruchu w odsetkach

Tabela 15. Osoby wieku 60 lat i więcej według sprawności narządów zmysłów w odsetkach

Tabela 16. Osoby w wieku 60 lat i więcej według możliwości samoobsługi

Tabela 17. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych według płci i wieku

Tabela 18. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS według płci i wieku

Tabela 19. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym z ZUS według długości absencji chorobowej oraz wieku ubezpieczonego

Tabela 20. Struktura zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym z ZUS według długości absencji chorobowej oraz wieku ubezpieczonego

Tabela 21. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według ich wieku oraz grup chorobowych w latach 2012-2014

Tabela 22. Osoby niepełnosprawne w wieku 60 lat i więcej według występujących grup schorzeń

Tabela 23. Niepełnosprawność osób w wieku poprodukcyjnym w województwie dolnośląskim na tle innych województw

Tabela 24. Świadczenia społeczne w województwie dolnośląskim w latach 2013–2015

Tabela 25 . Gospodarstwa domowe województwa dolnośląskiego według składu rodzinnego

Tabela 26 . Zestawienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku działających w województwie dolnośląskim w 2012 roku.

Tabela 27. Liczba osób po 65 roku życia leczonych w poradniach zdrowia psychicznego na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014

Tabela 28. Leczeni w wieku 65 lat i więcej w poradni zdrowia psychicznego w województwie dolnośląskim– 2014 rok

Tabela 29. Leczeni w wieku 65 lat i więcej w poradni uzależnień w województwie dolnośląskim– 2014 rok

Tabela 30. Liczba osób po 65 roku życia leczonych w poradniach uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014. Źródło Biuletyn Statystyczny 2015

Tabela 31. Zakłady opiekuńczo-lecznicze według województw w 2014 roku

Tabela 32. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw w 2014 roku

Tabela 33. Hospicja według województw

Tabela 34. Oddziały opieki paliatywnej według województw

Tabela 35. Zestawienie wybranych oddziałów opieki długoterminowej dla dorosłych w województwie dolnośląskim w latach 2012–2014

Tabela 36. Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej w 2014 roku

Tabela 37. Domy Pomocy Społecznej dla dorosłych w województwie dolnośląskim według stanu na 31.07.2015

Tabela 38. Wybrane instytucje pomocy i wsparcia w województwie dolnośląskim

Tabela 39. Wybrane Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze w województwie dolnośląskim

Tabela 40. Wybrane zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze w województwie dolnośląskim.

Tabela 41. Kształtowanie się emerytur z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w latach 2007–2014.

Tabela 42. Dochody z emerytur i rent w województwie dolnośląskim w I–III kwartale 2015 roku a udział rodziny w finansowaniu prywatnego domu opieki

Tabela 43. Najrzadziej i najczęściej realizowane usługi dla osób w wieku podeszłym w zakresie opieki i pomocy w podstawowych czynnościach życiowych

Tabela 44. Dane o korzystających z zasiłków w województwie dolnośląskim w latach 2010–2013

Tabela 45. Zapotrzebowanie na wsparcie instrumentalne osób w wieku 60+ w województwie dolnośląskim w 2015 roku w zależności od wielkości miejscowości

Tabela 46. Lista nasilenia zapotrzebowania na poszczególne rodzaje wyrobów (I) według kwoty refundacji oraz według liczby zleceń (II)

Tabela 47. Wydatki PEFRON na rehabilitację społeczną według wybranych kategorii kosztów w latach 2012–2014.

Tabela 48. Statystyki opisowe dla wydatków na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w powiatach województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014

Tabela 49. Wydatki na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014

Tabela 50. Suma wydatków na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla osób niepełnosprawnych ogółem w województwie dolnośląskim w latach 2012–2014

Tabela 51. Średnia kwota dofinansowania (wskaźnik wydatków na osobę) na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla osób niepełnosprawnych ogółem w województwie dolnośląskim w latach 2012–2014

Tabela 52. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 30,45,60 i 65 lat - Dolny Śląsk

Tabela 53. Rozkład mieszkańców województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku z uwzględnieniem niepełnosprawności w latach 2011–2014 (symulacja II)

Tabela 54. Niepełnosprawni według ekonomicznych grup wieku na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2011–2014 (symulacja II)

Tabela 55. Statystyki opisowe dla wydatków PEFRON na rehabilitację społeczną na osobę dla lat 2012–2014

Tabela 56. Średni poziom wydatków na rehabilitację społeczną niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014

Tabela 57. Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną osób w wieku poprodukcyjnym według kryterium GUS

8. Spis rycin.

Rycina. 1. Współczynniki zgonów i urodzeń w województwie dolnośląskim w latach 2002-2014.

Rycina. 2. Przyrost naturalny na 1000 ludności w latach 2002-2014.

Rycina 3. Ludność podregionów województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku (w %) – 2014 r.

Rycina 4. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w Polsce.

Rycina 5. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce.

Rycina 6. Struktura emerytów, którym emerytury wypłaca ZUS według wysokości świadczeń i płci świadczeniobiorców w marcu 2015 roku

Rycina 7. Prognozy liczby mieszkańców Polski i Dolnego Śląska na lata 2020, 2035, 2050

Rycina 8. Chorzy w wieku 60+ leczeni na oddziałach szpitalnych woj. dolnośląskiego wg grup chorobowych

Rycina. 9. Stan zdrowia osób wieku 65+ pozostających pod opieką lekarza POZ w latach 2012–2014

Rycina 10. Liczba dni absencji chorobowej wśród osób w wieku 60+ w roku 2012

Rycina 11. Liczba dni absencji chorobowej wśród osób w wieku 60+ w roku 2013

Rycina 12. Liczba dni absencji chorobowej wśród osób w wieku 60+ w roku 2014

Rycina 13. Niepełnosprawni prawnie w wieku 60+.

Rycina 14. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w województwie dolnośląskim w latach 2012–2014

Rycina 15. Lista wartości preferowanych przez dolnośląskich seniorów

Rycina 16. Osoby wieku 60+ będący członkami organizacji, działający aktywnie i wolontariusze

Rycina 17 Wskaźnik izolacji społecznej według wieku

Rycina 18. Liczba ludności województwa dolnośląskiego w wieku 60+ z podziałem rocznym według stanu na 30.06.2014

Rycina 19. Saldo migracji * zagranicznych na pobyt stały osób w wieku przedprodukcyjnym w województwie dolnośląskim w latach 2007–2014

Rycina 20. Saldo migracji * zagranicznych na pobyt stały osób w wieku produkcyjnym w województwie dolnośląskim w latach 2007–2014

Rycina 21. Migracje na pobyt stały międzypowiatowe i zagraniczne osób wieku produkcyjnym– województwo dolnośląskie

Rycina 22. Kształtowanie się wskaźnika pielęgnacyjnego w województwie dolnośląskim w latach 2002–2050.

Rycina 23. Liczba zleceń na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny zrealizowanych w 2015 roku przez Dolnośląski Oddział NFZ wśród osób w wieku 60 lat i powyżej tego wieku

Rycina 24.. Kwota refundacji zleceń na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny zrealizowanych w 2015 roku przez Dolnośląski Oddział NFZ wśród osób w wieku 60 lat i powyżej tego wieku

Rycina 25. Zestawienie 20 najczęściej realizowanych **w 2015 roku zleceń** według liczby zleceń z uwzględnieniem kodu wyrobu* w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim z uwzględnieniem kodu wyrobu

Rycina. 26. Zestawienie 20 najczęściej realizowanych zleceń w 2015 roku według kwoty refundacji z uwzględnieniem kodu wyrobu

Rycina 27. Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną mierzone liczbą niepełnosprawnych zamieszkujących teren województwa dolnośląskiego według danych z NSP z 2011 roku

Rycina 28. Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną według poziomu wydatków w roku 2014 – symulacja I

Rycina 29. Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym w latach 2012–2014

Rycina 30. Liczba niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym w latach 2011– 2014 (symulacja II)

Rycina 31. Zapotrzebowanie na rehabilitację społeczną w latach 2012–2014 – symulacja II

9.Spis załączników

Załącznik 1. Ludność w 2014 R. Stan na 31.12.2014 rok.

Załącznik 2. Ludność w 2014 roku. Stan na dzień 31.12.2014 rok

Załącznik 3. Liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w województwie dolnośląskim w latach 2010–2014 według GUS

Załącznik 4. Populacja województwa dolnośląskiego według ekonomicznych grup wieku z podziałem na płeć w latach 2010–2014.

Załącznik 5. Wskaźniki obciążenia demograficznego dla województwa dolnośląskiego według powiatów.

Załącznik 6. Przyrost naturalny ludności w województwie dolnośląskim z podziałem na powiaty w latach 2002–2014

Załącznik 7. Zestawienie progностyczne na rok 2020 dla osób w wieku 60+ według powiatów województwa dolnośląskiego

Załącznik 8. Zestawienie progностyczne na rok 2035 dla osób w wieku 60+ według powiatów województwa dolnośląskiego

Załącznik 9. Zestawienie progностyczne na rok 2050 dla osób w wieku 60+ według powiatów województwa dolnośląskiego

Załącznik 10. Chorzy w wieku 60+leczeni na oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych (niepsychiatrycznych) w roku 2014 według głównych grup chorobowych

Załącznik 11. Chorzy w wieku 60+leczeni na oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych (niepsychiatrycznych) w roku 2013 według głównych grup chorobowych

Załącznik 12. Osoby niepełnosprawne prawnie w wieku poprodukcyjnym na terenie województwa dolnośląskiego według płci

Załącznik 13. Osoby niepełnosprawne tylko biologicznie w województwie dolnośląskim według płci

Załącznik 14. Organizacje pozarządowe w województwie dolnośląskim działające na rzecz osób wieku emerytalnym

Załącznik 15. Domy pomocy społecznej w województwie dolnośląskim dla osób psychicznie, somatycznie chorych oraz osób w podeszłym wieku– stan 31 lipca 2015 r.

Załącznik 16. Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku– stan na 17.12.2015r.

Załącznik 17. Działalność zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej w latach 2011–2014.

Załącznik 18. Wykaz Środowiskowych Domów Samopomocy w Województwie Dolnośląskim. Powiatowe ŚDS, stan 25.11.2014r.

Załącznik 19. Gminne Środowiskowe Domy Samopomocy – stan 25.11.2014r.

Załącznik 20. Rejestr jednostek specjalistycznego poradnictwa w województwie dolnośląskim stan na dzień 05 października 2015 r.

Załącznik 21. Świadczenia w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym i Opiekuńczo – Lecznym realizowane wg kontraktów z Dolnośląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013

Załącznik 22 . Zasięg korzystania z pomocy społecznej mieszkańców Dolnego Śląska w wieku poprodukcyjnym w zależności od kryterium dochodowego z podziałem na podregiony i powiaty

Załącznik 23. Zestawienie wyrobów według liczby zrealizowanych zleceń w 2015 roku w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim z uwzględnieniem kodu wyrobu.

Załącznik 24. Zestawienie wyrobów według kwoty refundacji zleceń w 2015 roku w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim z uwzględnieniem kodu wyrobu.

Załącznik 25. Ludność w wieku 60 lat i więcej w województwie dolnośląskim według poziomu wykształcenia (2011 rok)

Załącznik 26. Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym – PEFRON 2012.

Załącznik 27. Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym – PEFRON 2013.

Załącznik 28 Koszty rehabilitacji społecznej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym – PEFRON 2014.