

**Arkadiusz PRZYBYŁKA**  
**Akademia Ekonomiczna w Katowicach**

## **WPLYW PROCESU STARZENIA NA RYNEK USŁUG MEDYCZNYCH W POLSCE**

Zaawansowanie procesów starzenia oraz związany z tym wzrost liczby osób niepełnosprawnych powoduje coraz większe zapotrzebowanie na usługi medyczne i opiekuńcze dla tych osób. Uwarunkowania demograficzne bowiem w decydującym stopniu kształtują popyt na usługi zdrowotne. Uwarunkowania ekonomiczne zaś i kształtowana przez decydentów polityka zdrowotna będzie pozwalać realizować to zapotrzebowanie społeczne o ile rynek usług medycznych będzie dostatecznie do tych procesów przygotowany.

### **1. WPROWADZENIE**

Wiek XX, a szczególnie jego druga połowa były okresem głębokich zmian politycznych, ekonomicznych i społecznych w wielu miejscach na ziemi. Procesy te w różnym stopniu kształtowały również zmiany w strukturze demograficznej populacji świata, której nastąpił gwałtowny wzrost. Udział populacji krajów zaliczanych do najbardziej rozwiniętych natomiast zmniejszył się z 31% do 20% ( w tym Europy z 22% do 12%). Wpłynęła na to radykalnie obniżająca się rozrodczość i spadający współczynnik dzietności, który w tych krajach obniżył się z 2,8 do 1,6. Z kolei wydłużenie życia ludzkiego<sup>1</sup> stymuluje narastający proces starzenia się w tych krajach. Podobne głębokie przemiany zachodzą w procesach demograficznych w Polsce. Wynikają one ze skutków przejścia demograficznego przyspieszonego procesami transformacji ustrojowej.

Zjawiska te potwierdzają prognozy na lata 2005–2030 przewidujące: zmniejszenie się udziału osób w wieku 0-19 lat z 23,7% do 16,8%, udziału osób w wieku 20-59 lat z 59% do 53,5%. Nastąpi natomiast wzrost liczby osób w wieku powyżej 60 lat z 17,2% do 29,9%, czyli osób osiągających dolną granicę starości. Każda z dziedzin nauki (biologia, medycyna, psychologia, demografia, ekonomia itp.) interesująca się zjawiskiem starości stara się uwypuklić aspekty swojej dyscypliny i przypisuje jej szczególną rolę w procesie starzenia. Istotne jest jednak, że wszystkie wskazane dziedziny nauki mają swój udział w tworzeniu pełnego oblicza starości – implikowane zarówno czynnikami wewnątrz-ustrojowymi (genetyczne), jak i zewnątrzustrojowymi (społeczne, ekonomiczne)<sup>2</sup>. Celem opracowania jest wskazanie związku rozwijającego się procesu starzenia z potrzebami zdrowotnymi tej populacji poprzez krótką analizę pewnych elementów polityki społecznej.

---

<sup>1</sup> Por. M. Okólski, *Demografia zmiany społecznej*, Warszawa 2004, s. 9 i nast.

<sup>2</sup> Ibidem, s. 126 i nast.

## 2. ZMIANY W STRUKTURZE LUDNOŚCI POLSKI WEDŁUG WIEKU

Wyróżnić możemy trzy etapy analizy zmian struktury wieku ludności:

1. Analizę zmian struktury wieku dziecięcego (m.in. problem żłobków, przedszkoli, szkół, zwiększonej opieki pediatrycznej).
2. Analizę zmian struktury wieku produkcyjnego (m.in. rozrodczość, opieka medyczna w zakładach pracy).
3. Analizę zmian struktury wieku ludności starszej (m.in. opieka gerontologiczna).

Między tymi grupami populacji występują aktualnie następujące zależności:

1. Zmniejsza się liczba urodzeń – co powoduje zmniejszenie populacji 0 – 14 lat.
2. Zwiększa się grupa produkcyjna 15 – 59 lat w wyniku wyżu demograficznego.
3. Zmniejszająca się umieralność i przedłużanie się oczekiwanej długości życia powoduje wzrost populacji poprodukcyjnej.<sup>3</sup>

Szczególne uwagi zmian struktury wieku zwrócono na osoby starsze. Ogólnie z kręgu kultury europejskiej jako kryterium wyróżniające wiek starości demograficznej przyjęto 60/65 lat. Jest to powszechnie przyjmowana dolna granica wieku poprodukcyjnego, a także okres nabywania ogólnych uprawnień emerytalnych. Oznacza to z reguły zmianę statusu ekonomicznego, a często wiąże się z pogarszającym stanem zdrowia. W tabeli 1 została zilustrowana struktura populacji mieszkańców Polski odzwierciedlająca proces starzenia się.

Tabela 1. Ludność Polski według wieku w latach 2005, 2010, 2020 i 2030 według prognozy GUS

Grupa wieku	lata				lata			
	2005	2010	2020	2030	2005	2010	2020	2030
W liczbach bezwzględnych					W %			
ogółem	38123329	37899229	37228846	35692989	100	100	100	100
0-4	1754605	1697564	1634575	1231528	4,6	4,5	4,4	3,5
5-9	1982889	1753718	1704663	1438313	5,2	4,6	4,6	4,0
10-14	2424918	1979845	1695485	1633373	6,4	5,2	4,6	4,6
15-19	2865697	2410824	1742128	1694823	7,5	6,4	4,7	4,7
20-24	3313554	2837499	1950144	1672956	8,7	7,5	5,2	4,7
25-29	3106937	3288406	2371397	1717281	8,1	8,7	6,4	4,8
30-34	2752660	3083551	2796839	1927328	7,2	8,1	7,5	5,4
35-39	2379700	2725091	3234351	2338778	6,2	7,2	8,7	6,6
40-44	2495070	2346301	3017961	2745083	6,5	6,2	8,1	7,7
45-49	3009279	2447301	2651975	3159991	7,9	6,5	7,1	8,9
50-54	2993060	2930291	2265737	2934336	7,9	7,7	6,1	8,2
55-59	2485675	2881399	2329025	2552969	6,5	7,6	6,3	7,2
60-64	1487020	2352851	2719521	2137112	3,9	6,2	7,3	6,0
65-69	1543636	1371212	2574372	2123643	4,0	3,6	6,9	5,9
70-74	1393873	1359964	1972013	2339319	3,7	3,6	5,3	6,6

<sup>3</sup> J.Z. Holzer, *Przemiany struktur wieku i płci jako czynnik wpływający na reprodukcję ludności*, (w:) *Studia nad determinantami reprodukcji ludności*. Pod red. J.Z. Holzera. SGPiS, Warszawa 1988, s.45 i nast.

75-79	1104918	1133940	1020514	1993496	2,9	3,0	2,7	5,6
80 lat i więcej	1029838	1299472	1548146	2052660	2,7	3,4	4,2	5,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie prognozy GUS.

Z przytoczonych danych wynika jednoznacznie, że do 2020 roku liczba ludności oscylować będzie na granicy 37-38 mln, później zaś ma się obniżyć do niewiele ponad 35,5 mln osób. Można przyjąć, że dzięki tym alarmującym prognozom decydenci podejmą wszelkie możliwe działania w celu odwrócenia tych niekorzystnych zmian. Nieodwracalne są natomiast tendencje przyrostu ludności w starszych grupach wiekowych. Przyrosty w tych grupach wiekowych obrazują proces starzenia się społeczeństwa w Polsce.

W promocji zdrowego starzenia się akcentuje się znaczenie:<sup>4</sup>

- **aktywności fizycznej** – badania wskazują na korzystny wpływ uprawiania sportu i rekreacji w młodszy wiek, co pozwala na wejście w okres starości na wyższym poziomie sprawności. W efekcie powolna utrata ogólnej wydolności czynnościowej organizmu pojawia się później niż w grupie osób nigdy nie ćwiczących, nie uprawiających żadnych form sportu i rekreacji;
- **aktywności umysłowej** – nieustanne „ćwiczenie mózgu” pozwala na dłuższe utrzymanie funkcji poznawczych centralnego układu nerwowego;
- **racjonalnego żywienia** – niewłaściwe żywienie może prowadzić do niedożywienia, anemii i wielu innych schorzeń;
- **standardu życia** – stwierdzono istotny wpływ standardu ekonomicznego życia na wskaźniki chorobowe w grupie ludzi starszych zależnie od poziomu życia. Badania prospektywne w Massachusetts (USA) wykazały, że ludzie starsi żyjący w biedzie przeżywają przeciętnie w sprawności o 2,4 lat krócej niż osoby żyjące w dobrobycie;
- **warunków sanitarno – higienicznych** – w badaniach prowadzonych w Polsce wykazano większą zapadalność na infekcję dróg moczowych i nie trzymanie moczu u osób mieszkających w domostwach pozbawionych sanitariatów.
- **przygotowania do starości** – trzeba podkreślić, że starość łączy się z szeregiem strat: utratą pozycji społecznej, zawodowej, materialnej, rodzinnej, utratą samodzielności, uzależnieniem od innych. Wszystkie te sytuacje mogą być źródłem poważnego stresu. W przyszłości niezwykle ważne może okazać się kreowanie właściwego wyobrażenia o starości i wychowanie dzieci, młodzieży w poczuciu szacunku do starzejących się ludzi.

Świadomość wpływu wyżej wymienionych czynników na sposób starzenia się organizmu daje możliwość interwencji w formie działań promujących zdrowie, których celem jest nie tylko przedłużanie życia, ale także poprawa jakości życia oraz nadanie mu wartości i sensu. Inaczej mówiąc celem działań promujących zdrowie w wieku podeszłym są działania związane z przygotowaniem do tego procesu oraz łagodzenie jego skutków.

### 3. SYTUACJA SPOŁECZNO-EKONOMICZNA POPULACJI OSÓB STARSZYCH

W okresie przemian społeczno-gospodarczych jakie nastąpiły w Polsce po 1989 roku w różnym stopniu ulegał zmniejszeniu poziom dochodów rozporządzalnych gospodarstw

<sup>4</sup> K. Szczerbińska, *Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym*, (w:) *Zdrowie Publiczne*. Praca zbiorowa pod red. S. Poździocha, A. Rysia, W. C. Włodarczyka, Tom 2. Vesalius, Kraków 2001, s. 338.

domowych. Interesująca nas grupa gospodarstw domowych emerytów systematycznie rośnie. Wg danych NSP w 1988 roku ich liczba stanowiła 25,1% ogółu gospodarstw domowych, w 2002 roku wzrosła do 27%, a w perspektywie do 2030 roku ma osiągnąć prawie  $\frac{1}{3}$  liczby gospodarstw domowych w Polsce. Jednak sytuacja ekonomiczna tej grupy ulega stopniowemu pogarszaniu. Ocenia się, że już w 2004 roku poniżej średniego poziomu żyło ponad 54% populacji osób starszych. Wprawdzie dochód rozporządzalny w gospodarstwach emerytów i rencistów wzrósł od 1990 roku z 88,95 (dochodu ogółem) do 106% w 2004 roku z lekkim załamaniem w 2000 roku.<sup>5</sup> Jednak ocena poziomu życia uwidacznia zróżnicowania. Jest to związane z gwałtowną zmianą struktury wydatków tej grupy gospodarstw domowych, co obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Struktura konsumpcji w gospodarstwach emerytów i rencistów (w%).

Rodzaj wydatków	1990	2004
Wydatki ogółem	100	100
Wydatki stałe:		
Użytkowanie mieszkania, nośniki energii	9	23,8
Wyposażenie mieszkania	8	4,8
Wydatki na żywność	56	28,9
Wydatki na towary i usługi nieżywnościowe	27	42,5
Higiena i ochrona zdrowia	4	10,5
Odzież i obuwie	8	3,4
Napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe	2	2,3
Transport, łączność	4	10,2
Edukacja	0	0,4
Kultura i rekreacja	5	5,4
Pozostałe wydatki	4	10,3

Źródło: F. Byłok: *Zachowania konsumpcyjne ludzi starszych w Polsce na początku XXI wieku, (w:) Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Praca zbiorowa pod red. T. Kowaleskiego i P. Szukalskiego. Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 91.

Tylko 10% gospodarstw domowych emerytów i rencistów ocenia, że żyje dobrze, a ponad 50% ocenia, iż żyje biednie lub skromnie. Wg prognoz sytuacja ta w najbliższym czasie nie ulegnie poprawie, co wynika z ogólnych tendencji gospodarki światowej, a więc i Polski. Decydujący wpływ na ten stan rzeczy mają ceny nośników energii, które wpływają na ceny towarów i usług oraz rosnące ceny leków. Można również domniemywać, iż wraz z wydłużaniem przeciętnego dalszego trwania życia w strukturze wydatków wzrośnie ich udział na ochronę zdrowia.

#### 4. OCENA STANU ZDROWIA I POTRZEB ZDROWOTNYCH OSÓB W WIEKU POPRODUKCYJNYM

Wskazany proces starzenia się oraz sytuacja ekonomiczna populacji osób starszych pozostają w ścisłym związku z ochroną zdrowia. Polityka zdrowotna państwa staje wobec rozwiązania skomplikowanych problemów medycznych tej populacji. Wymaga to zorganizowania odpowiedniej opieki gerontologicznej, geriatrycznej, rehabilitacji itp.

<sup>5</sup> F. Blok, *Zachowania konsumpcyjne ludzi starszych w Polsce na początku XXI wieku, (w:) Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Praca zbiorowa pod red. T. Kowaleskiego i P. Szukalskiego. Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 89 i nast.

wraz z zapewnieniem dostępności poprzez odpowiednie źródła finansowania tych usług medycznych. Pomocna dla rozpoznania potrzeb jest niewątpliwie ocena stanu zdrowia tej populacji wraz z profilem najczęściej świadczonych usług medycznych.

Zakres rozpatrywanej problematyki ograniczono do kilku charakterystycznych elementów niezbędnych dla rozpatrywanej tematyki niniejszego opracowania. Jako ocenę tego stanu przyjęto więc następujące wskaźniki oraz dane statystyczne.

W ciągu ostatnich 8 lat subiektywny stan zdrowia Polaków istotnie się poprawił. O ile w 1996 r. ponad 45% mieszkańców Polski oceniało swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego, to pod koniec 2004 r. takie opinie formułowało niespełna 39% Polaków, tj. o 6 punktów procentowych mniej. Poprawa oceny stanu zdrowia dotyczyła zarówno kobiet jak i mężczyzn oraz wszystkich grup wieku.<sup>6</sup>

Zmniejsza się umieralność ogólna całej populacji, która systematycznie spada z roku na rok o parę tys. Współczynnik zgonów kształtuje się obecnie na poziomie około 9,7‰. Średni czas trwania życia wydłużył się dla kobiet z 76,4 lat w 1995 roku do 79,6 w 2006 roku, a dla mężczyzn z 67,6 do 70,9 w tym samym przedziale czasowym. Jest to niewątpliwie wynik stałego wzrostu standardu usług zdrowotnych. Mimo to dystans między Polską a krajami zachodnioeuropejskimi w zakresie umieralności nie maleje. Podstawowe przyczyny zgonów to: schorzenia układu krążenia, nowotwory i zewnętrzne następstwa urazów i zatruc.

Dane z 2004 roku pokazują, iż co trzeci mieszkaniec kraju deklaruje występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych trwających ponad 6 miesięcy. Częściej obserwuje się występowanie choroby przewlekłej u kobiet niż u mężczyzn. Również większy odsetek kobiet deklaruje przebywanie pod stałą opieką lekarską. O ile wśród ludzi młodych (do 30 roku życia) problemy te są stosunkowo rzadkie (u co 6-7 osoby), o tyle wśród ludzi starszych (zwłaszcza po ukończeniu 60 roku życia) – występują bardzo często. Prawie 60% pięćdziesięciolatków sygnalizowało wystąpienie długotrwałych problemów zdrowotnych, sześćdziesięciolatków – blisko 73%, a grupie wieku 70 lat i więcej – 84%.<sup>7</sup>

Wśród grup charakteryzujących się większym udziałem pobytów w szpitalach lub innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej dominują dzieci od 1 roku życia (18%) oraz osoby starsze, po 60 roku życia (32%). Najwięcej pobytów miało miejsce w szpitalach ogólnych lub specjalistycznych (94%). Wśród przyczyn pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej dominują choroby (52%), a w dalszej kolejności: obserwacja i diagnozowanie (19%), ciąża i poród (7,5%) oraz wypadek (6%). Na podstawie badań mężczyźni rzadziej korzystają ze świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej niż kobiety.<sup>8</sup>

Obecnie ludzie starsi po 65 roku życia stanowią 50% pacjentów w oddziałach internistycznych, reumatologicznych, ortopedycznych dla osób dorosłych oraz konsumują około 1/3 wszystkich przepisywanych leków. Leczenie emeryta jest przy tym 3-4 razy droższe niż osoby z młodszej grupy wiekowej. Wyliczono, że ostatni rok życia człowieka starszego przewlekłe chorego pochłania 75% wszystkich całorocznych wydatków na ochronę jego zdrowia.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Warszawa 2006, s. 22.

<sup>7</sup> *Ibidem*, s. 24.

<sup>8</sup> *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 roku*; GUS, Warszawa 2004, s. 24-30.

<sup>9</sup> J. Derejczyk, *Geriatrya a reforma ochrony zdrowia w Polsce*. „Służba Zdrowia” 2000, nr 61-64.

W subiektywnej ocenie stanu zdrowia przeważają oceny pozytywne, chociaż wyraźnie widać ich spadek w latach 1987-1996 aż o 31%. W następnych latach jednak dwukrotnie rzadziej występowały oceny „złe” i „bardzo złe”<sup>10</sup>. Wg ostatnich badań stanu zdrowia z 2004 roku subiektywny stan zdrowia Polaków wyraźnie się poprawił. Poprawa dotyczyła wszystkich grup wieku, zarówno kobiet jak i mężczyzn oraz wszystkich regionów kraju. Największą poprawę oceny stanu zdrowia odnotowano wśród osób w wieku średnim (między 30 a 60 rokiem życia), najmniejszą poprawę dla osób w podeszłym wieku (70-letnich lub starszych). Generalnie kobiety oceniają swoje zdrowie gorzej niż mężczyźni<sup>11</sup>.

Proces starzenia się powoduje wzrost liczby osób chorujących na choroby przewlekłe. Ponad 70% populacji powyżej 50 lat jest dotkniętych tego rodzaju schorzeniami, są to w głównej mierze choroby nadciśnieniowe, choroby kości i kręgosłupa oraz reumatoidalne zapalenie stawów. W najstarszej grupie wiekowej mężczyźni najczęściej chorują na choroby serca, a znacznie rzadziej na miażdżycę, reumatoidalne zapalenie stawów i choroby kości. Znacznie wyższy odsetek najstarszych kobiet (w porównaniu z mężczyznami) choruje na choroby serca, spowodowane głównie chorobą nadciśnieniową, a także znacznie wyższy odsetek cierpi na reumatoidalne zapalenie stawów, miażdżycę i choroby kości.

Równocześnie maleje z wiekiem mobilność by powyżej 80 lat powodować ograniczenie przestrzeni życiowej wyłącznie do łóżka u 8,2% osób, wyłącznie do domu u 15,5% tej populacji, a w obrębie domu i jego otoczenia musi pozostawać 29,2%. Generalnie osoby o ograniczonej mobilności życiowej w populacji osób powyżej 80 lat stanowią 52,9%. Ponad połowa populacji 80-latków ma problemy ze wzrokiem, 38% ma kłopoty ze słuchem.

Z okularów korzysta 85,8% 60-latków, a tylko 76,5% 80-latków, natomiast tylko 6,8% 80-latków korzysta z aparatów słuchowych. Wzrastają z wiekiem problemy z poruszaniem się, o ile w wieku 60 lat z urządzeń pomocniczych (laska, kula, balkonik) korzystało 4,6%, to już w wieku 80 lat ponad 34%.<sup>12</sup>

Proces starzenia się ludności ma więc wielokierunkowe konsekwencje zdrowotne, które często są powiązane z niepełnosprawnością. Zgodnie z danymi NSP z 2002 roku liczba osób niepełnosprawnych wyniosła 546,7 tys. osób (14,3% ogółu ludności). Wśród nich osoby starsze powyżej 60 roku życia stanowią 50%. Niepełnosprawność może wynikać z wad wrodzonych lub wypadków oraz chorób ją powodujących. Z zasady osoby takie powodują zwiększanie popytu na potrzeby zdrowotne w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych i opiekuńczych.

## **5. AKTUALNE ROZWIĄZANIA ISTNIEJĄCE NA RYNKU USŁUG ZDROWOTNYCH DLA OSÓB STARSZYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Osoby starsze i niepełnosprawne stanowią łącznie grupę szczególnej troski w zakresie opieki zdrowotnej. Postęp społeczno-gospodarczy rozbudza ich potrzeby, a równolegle rozwijający się stan wiedzy medycznej poprawia jakość świadczeń. Powoduje to powstawanie postaw roszczeniowych tych grup, które stymuluje z jednej strony postęp

<sup>10</sup> P. Krasucki, *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Koszty i korzyści*, CeDeWu, Warszawa 2005, s. 78.

<sup>11</sup> *Sytuacja demograficzna Polski. Synteza Raportu 2005-2006.*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2007, s. 21.

<sup>12</sup> A. Przybyłka, *Profilaktyka zdrowotna populacji wieku poprodukcyjnego*, (w:) *Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*. Pod red. L. Frąckiewicz. AE, Katowice 2002, s. 84.

medycyny, a z drugiej pogarszający się stan ich zdrowia oraz sytuacja materialna. Rezultatem jest coraz silniejszy nacisk na dostęp do świadczeń ratujących życie oraz poprawiających jakość życia. Należy zaznaczyć, że aktualny system polityki społecznej – głównie polityki zdrowotnej oraz pomocy społecznej – nie jest dostatecznie przygotowany do rosnących potrzeb tych populacji.

Wielkość i zakres usług w tym zakresie w Polsce determinowana jest w znacznym stopniu przez to, że problematyka profilaktyki i promocji zdrowia zorientowana na utrzymanie zdrowia do najpóźniejszych lat życia nie jest dostatecznie upowszechniona. Określając podstawowe formy opieki geriatrycznej trzeba przede wszystkim pamiętać o specyfice chorobowości osób w wieku podeszłym i starym. W celu ustalenia optymalnych form opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym należy określić, jakie zadania winny one spełniać, uwzględniając w tym również duży udział osób niepełnosprawnych.

W polskiej tradycji to rodzina spełnia większość funkcji opiekuńczych wobec swych starszych, niepełnosprawnych i chorych członków. W okresie transformacji ustrojowej nastąpiły znaczące zmiany w tych wzorach życia rodzinnego. Coraz częściej następuje wycofywanie się z opieki i pomocy starszym i niepełnosprawnym członkom rodzin. Powoduje to zwiększenie zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekuńcze. Aktualnie w różnym stopniu gwarantowane są prawnie świadczenia<sup>13</sup>:

- w zakresie opieki zdrowotnej, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przysługują usługi: lekarza domowego, specjalisty, leczenie szpitalne itd.,
- ustawa o pomocy społecznej dodatkowo przyznaje świadczenie w postaci: świadczeń pieniężnych; poradnictwa instytucjonalnego, prawnego i psychologicznego; miejsc w Domach Pomocy Społecznej oraz inne,
- ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w małej ale niezwykle ważnej części reguluje zakres opieki w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych, które zapewniają całodzienną opiekę z szeroką gamą świadczeń zdrowotnych, bazę rehabilitacyjną i specjalistyczne poradnictwo lekarskie.

System pomocy społecznej i opieki zdrowotnej przeznaczony dla osób starszych nie jest idealny, choć w znacznej mierze pozwala on na zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych i zdrowotnych. Pamiętać należy też, że starość nader często związana jest z niepełnosprawnością. Aktualnie populacji osób niepełnosprawnych przysługują również szczególne świadczenia.<sup>14</sup>

Świadczenia te określają jakie usługi powinny być zapewnione przez rynek usług medycznych. W związku ze starzeniem się społeczeństwa oraz wzrostem liczby osób niepełnosprawnych należy się spodziewać wzrostu zapotrzebowania na te usługi.

Konsekwencją tego jest wzrost kosztów przeznaczanych na ochroną zdrowia osób niepełnosprawnych oraz na działania pomocy społecznej. Aktualnie w Polsce zdecydowana większość osób niepełnosprawnych (98%) żyje w swoich gospodarstwach domowych. W instytucjach zbiorowego zakwaterowania mieszka nieco ponad 100 tys.

<sup>13</sup> J. Drobnik, J. Trnka, R. Susło, *Założenia i realia systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku w ramach ochrony zdrowia*, (w:) *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Praca zbiorowa pod red. T. Kowaleskiego i P. Szukalskiego. Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 248-249.

<sup>14</sup> Zob. A. Przybyłka, *Ochrona zdrowia osób niepełnosprawnych*, (w:) *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych*. Pod red. L. Frąckiewicz i W. Koczura. AE, Katowice 2006, s. 106-107.

osób niepełnosprawnych. Wśród krajów europejskich jest to sytuacja dość nietypowa, która wynika z niewielkiej liczby odpowiednich instytucji.<sup>15</sup> Stan zakładów pomocy społecznej ilustruje tabela 3.

Tabela 3. Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w Polsce

Wyszczególnienie	2003	2004	2005
Placówki	1099	1154	1274
Miejsca rzeczywiste	92 762	96 090	97 515
Osoby oczekujące na umieszczenie	19 813	8 523	6960

Zródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2004 r. Warszawa 2005, s. 100-105., Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r. Warszawa 2006, s. 113.

Wzrastającej liczbie osób starszych i niepełnosprawnych towarzyszyć musi również infrastruktura lecznicza i wzrost ilości udzielonych świadczeń. Aktualne możliwości świadczenia usług w zakresie lecznictwa zostaną omówione poniżej.

Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych wzrosła z 126 w roku 1995 do 225 w 2005 roku. Również liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych wzrosła w roku 2005 do 125 w stosunku do 60 z roku 1995. Wzrosła również liczba osób leczonych w tych placówkach. O ile w 2000 roku w zakładach opiekuńczo-leczniczych leczonych było 16 340 osób to w roku 2003 liczba ta wzrosła do 27 641. Podobnie rzecz wyglądała w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych gdzie liczba leczonych wzrosła z 5 839 w 2000 roku do 10 695 w roku 2003. Spada natomiast liczba hospicjów w 2005 roku było ich 46. Wskazane tendencje powodują też wzrost placówek lecznictwa uzdrowiskowego. Obrazuje to tabela 4

Tabela 4. Działalność placówek lecznictwa uzdrowiskowego

Wyszczególnienie	Liczba łóżek	Średnia liczba łóżek czynnych	Kuracjusze ze lecznictwa stacjonarnego	Osobodni leczenia	Kuracjusze lecznictwa ambulatoryjnego		Porady udzielone w przychodniach uzdrowiskowych
					razem	z obcych sanatoriów	
Ogółem							
2003	35 185	31 802	497 199	8724428	53 362	16 832	79 246
2004	35 308	34 672	533 303	9079248	64 138	21 360	97 360
2005	34 894	35 460	550 789	9315913	55 893		98 333
Publiczne	5477	5 476	73 743	1482699	5 574	-	6 825
Niepubliczne	29 417	29 984	477 312	7833214	50 319	21 360	91 508
W tym szpitale uzdrowiskowe							
1999	-	11 373	139 047	3546939	84	-	-
2003	11 182	10 395	143 502	3029849	339	-	338
2004	10 350	10 063	146 455	2874614	801	695	118
2005	10 064	9 934	144 937	2488664	509		698

<sup>15</sup> S. Golinowska, *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*, IPiSS, Warszawa 2004, s. 24.



Publiczne	1 941	1 940	20 939	491095	-		-
Niepubliczne	8 123	7 994	123 998	2357569	509		698
Sanatoria uzdrowiskowe							
1999	19 051	-	261 042	5394259	4 746	-	-
2003	24 003	21 407	353 697	5694579	5 769	301	22 382
2004	24 958	24 609	386 848	6204634	9 619	155	25 863
Publiczne	2 796	2 780	38 179	748	1 067	-	1 220
Niepubliczne	22 162	21 829	348 669	5456230	8 552	155	24 643

Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2004 r. GUS. Warszawa 2005, s. 78-79; [http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn\\_2000/stacjonarna\\_o\\_z.pdf](http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn_2000/stacjonarna_o_z.pdf), Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r. GUS. Warszawa 2006, s. 91.

Ponieważ prognozy wskazują, że liczba osób niepełnosprawnych wzrośnie, koszty opieki nad nimi też niewątpliwie się zwiększą. W zakresie leczenia niepokojącym wydaje się spadek miejsc w hospicjach, które odgrywają coraz większą rolę w zakresie opieki paliatywnej. Rośnie zaś udział sektora niepublicznego zarówno w leczeniu uzdrowiskowym, jak i w zakresie domów opieki społecznej, co może powodować ograniczenie dostępności tylko dla osób lepiej sytuowanych. Zadania stojące przed rynkiem usług medycznych oraz pomocą społeczną będą więc stale wzrastać.

Współczesne zmiany społeczne, ekonomiczne i demograficzne mogą decydująco wpłynąć na kształt społeczeństwa XXI w. Lęk i niepewność jutra, wzrost postaw konformistycznych i egoistycznych, poczucie osamotnienia, moralne zobojętnienie na przejawy zła, kryzys tożsamości, a nade wszystko brutalizacja stosunków międzyludzkich powinna skłonić do „refleksji naprawczej”<sup>16</sup>. Negatywne dla stanu zdrowia populacji zjawiska są wspomagane poprzez wycofywanie się państwa z jego konstytucyjnej odpowiedzialności za stan zdrowia. Powoduje to, iż znaczna część populacji zostaje wykluczona z systemu opieki zdrowotnej. Ludzie starzy stając się coraz częściej głównymi konsumentami świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, są także istotnym czynnikiem wzrostu kosztów w ochronie zdrowia oraz w instytucjach pomocy społecznej. Wybrane populacje osób starszych i niepełnosprawnych nie wyczerpują w pełni zjawisk, które rodzą wzrost konsumpcji świadczeń zdrowotnych. W każdej kategorii wiekowej istnieją określone potrzeby zdrowotne. Biorąc pod uwagę wskaźniki zachorowalności i umieralności na określone choroby można m.in. przewidywać:

- zwiększenie liczby chorób nowotworowych powodujące zwiększenie zapotrzebowania na usługi onkologiczne, opiekę hospicyjno-paliatywną,
- zwiększenie urazów w wyniku wypadków drogowych, w pracy, itp. spowoduje zwiększenie populacji osób niepełnosprawnych.

Wszystko to spowoduje konieczność zwiększenia liczby rehabilitantów, geriatrów i gerontologów oraz personelu zajmującego się starszymi osobami niepełnosprawnymi. Dodatkowo z powodu słabej integracji działań służby zdrowia oraz pomocy społecznej obniża się dostępność świadczeń dla ludzi starych, co powoduje dodatkowo pogarszanie

<sup>16</sup> B. Urbaniak, *Spoleczno-ekonomiczne skutki starzenia się społeczeństw, (w:) Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej*. Pod red. L. Frąckiewicz. AE, Katowice 1998, s. 96.

ich stanu zdrowia. Dostrzegając tę niepokojącą sytuację Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii podkreśliło konieczność zmian, których celem jest:

- poprawa w uzyskaniu przez ludzi starszych dostępu do świadczeń medycznych i pomocy społecznej,
- stworzenie warunków do wczesnego wykrywania schorzeń i innych problemów geriatrycznych prowadzących do niedołęstwa starczego,
- zapewnienie ludziom starym dostępu do specjalistycznej opieki, opartej na sieci placówek geriatrycznych zintegrowanych z podstawową opieką zdrowotną,
- racjonalizacja działań i ekonomizacja opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi.

Zaproponowano, że wskazane cele można osiągnąć m.in. poprzez:

- wdrożenie edukacji z zakresu gerontologii klinicznej i społecznej jako obowiązkowego programu szkolenia przeddyplomowego we wszystkich uczelniach medycznych oraz podyplomowym szkoleniu lekarzy rodzinnych,
- opracowanie standardów opieki geriatrycznej w podstawowej opiece zdrowotnej, szpitalnych oddziałach geriatrycznych, zakładach opiekuńczo-leczniczych i domach pomocy społecznej,
- zdefiniowanie roli lekarza geriatry i pielęgniarki geriatrycznej w systemie ochrony zdrowia,
- opracowanie standardów referencji, tzn. zasad kierowania pacjentów do określonych placówek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej,
- ustalenie zasad kontroli przestrzegania standardów w ośrodkach opieki długoterminowej<sup>17</sup>.

Opieka nad ludźmi starymi prócz już omówionej, jest realizowana także na szczeblu poradnictwa specjalistycznego. Biorąc pod uwagę typowe niesprawności wieku starszego w leczeniu ich uczestniczą przedstawiciele różnych specjalności medycznych. Do typowych kłopotów ze wzrokiem, słuchem – potrzebni są: okuliści, otolaryngolodzy i chirurdzy. Rosnąca liczba przypadków nowotworów typowych dla wieku starczego, a więc przewodu pokarmowego, prostaty, zwiększa popyt na usługi gastrologów, urologów i onkologów. Natomiast choroby neurologiczne, takie jak choroba Parkinsona, Alzheimera i stwardnienie rozsiane, także na neurologów<sup>18</sup>.

Osoby bardzo stare, w wieku około 85 lat zazwyczaj cierpią na wiele schorzeń. Opieka nad nimi w zasadzie skupia się na utrzymaniu funkcji życiowych, zapobieganiu pogorszeniu sprawności oraz profilaktyce schorzeń przewlekłych. Osoby w wieku podeszłym zatem oprócz rutynowych działań medycznych obejmujących diagnostykę i leczenie chorób, wymagają równocześnie działań pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacji innych. Złożoność tej opieki jest przyczyną powstawania i rozwijania się systemów kompleksowej opieki realizowanej przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Zasadniczym jej zadaniem powinna być holistyczna ocena potrzeb i rozwiązywanie problemów pacjenta oraz zapewnienie ciągłości opieki. Podobnych usług wymagają osoby niepełnosprawne w różnych grupach wiekowych.

<sup>17</sup> H. Kachaniuk, *Opieka nad zdrowiem osób starszych*, (w:) *Zdrowie publiczne*. Pod red. T. Bernadetty Kulik i M. Łatałskiego, CZELEJ, Lublin 2002, s. 308-309.

<sup>18</sup> J. Halik, *Zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa polskiego*, (w:) *Starzy ludzie w Polsce*. Praca zbiorowa pod red. J. Halika, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 122.

Część sektora ochrony zdrowia już zdołała się dostosować do zmian demograficznych zachodzących w naszym kraju. Najszybciej zareagowała branża farmaceutyczna. Firmy te bowiem starają się systematycznie wprowadzać nowe produkty, zaspokajające różne potrzeby i skierowane specjalnie dla osób starszych. Ponadto starają się one dostosować ich ceny do możliwości nabywczych polskich seniorów oraz innych osób o niższym statusie ekonomicznym.

## 6. PODSUMOWANIE

Konkludując refleksje o procesach demograficznych i potrzebach zdrowotnych osób starszych oraz niepełnosprawnych można wysnuć szereg wniosków. Najistotniejszym jest niewątpliwie rosnąca presja na rynek usług medycznych. Wynika ona z jednej strony ze zmian struktury demograficznej, z drugiej z gorszego stanu zdrowia osób starszych głównie niepełnosprawnych. Potwierdzają to przedstawiono wcześniej dane statystyczne, które jednoznacznie wskazują iż liczba osób starszych będzie wzrastać. Ponadto sytuacja ekonomiczna tej grupy ludności wskazuje na malejącą siłę nabywczą ich świadczeń, co jest związane z rosnącymi kosztami utrzymania oraz wzrostem cen usług zdrowotnych. Ponadto sam rynek usług zdrowotnych nie jest wystarczająco przygotowany na rosnące zapotrzebowanie na specyficzne usługi zdrowotne i opiekuńcze.

Biorąc pod uwagę aktualne uwarunkowania prawno-ekonomiczne można wskazać propozycje działań, których podjęcie może poprawić sytuację w tym względzie:

- promowanie zasad zdrowego stylu życia od najmłodszych lat,
- zwiększenie liczby specjalizacji w takich dziedzinach jak: geriatria, gerontologia, opieka onkologiczno-paliatywna, rehabilitacja,
- podejmowanie inicjatyw społecznych dla rozbudowy infrastruktury ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej oraz socjalnej,
- zmiany wyceny procedur opieki paliatywnej przez NFZ, w celu zwiększenia tych świadczeń,
- połączenie działań opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej dla zwiększenia efektywności usług dla osób starszych i niepełnosprawnych,
- zmiany systemowe w opiece zdrowotnej uwzględniające prognozy demograficzne dla naszego kraju.

Podjęcie zdecydowanych działań wymaga jednak solidarności społecznej całej ludności kraju oraz zmian mentalnych. Od decydentów zaś wymagana jest wola polityczna dla wprowadzania zmian i zapewnienia odpowiednich środków finansowych na świadczenia zdrowotne dla osób starszych i niepełnosprawnych.

## LITERATURA

- [1] Derejczyk J., *Geriatria a reforma ochrony zdrowia w Polsce*. „Służba Zdrowia” 2000, nr 61-64.
- [2] Golinowska S., *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*, IPiSS, Warszawa 2004.
- [3] Krasucki P., *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Koszty i korzyści*, CeDeWu, Warszawa 2005.
- [4] Okólski M., *Demografia zmiany społecznej*, Warszawa 2004.
- [5] *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r.* GUS. Warszawa 2006.

- [6] *Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*. Pod red. L. Frąckiewicz. AE, Katowice 2002.
- [7] *Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej*. Pod red. L. Frąckiewicz. AE, Katowice 1998.
- [8] *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2006.
- [9] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Praca zbiorowa pod red. T. Kowaleskiego i P. Szukalskiego. Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006.
- [10] *Starzy ludzie w Polsce*. Praca zbiorowa pod red. J. Halika, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
- [11] *Studia nad determinantami reprodukcji ludności*. Pod red. J.Z. Holzera. SGPiS, Warszawa 1988.
- [12] *Sytuacja demograficzna Polski. Synteza Raportu 2005-2006.*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2007.
- [13] *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych*. Pod red. L. Frąckiewicz i W. Koczura. AE, Katowice 2006.
- [14] *Zdrowie Publiczne*. Praca zbiorowa pod red. S. Poździocha, A. Rysia, W. C. Włodarczyka, Tom 2. Vesalius, Kraków 2001.
- [15] *Zdrowie publiczne*. Pod red. T. Bernadetty Kulik i M. Latańskiego, CZELEJ, Lublin 2002.

#### **INFLUENCE OF THE AGEING PROCESS ON THE INTERNAL MARKET IN POLAND**

A more and more great medical and protective demand for services causes the advancement of the ageing processes and height connected with it of the number of the disabled for these persons. Because demographic conditioning in the deciding rank is shaping the demand for health services. Economic conditioning whereas and the health policy shaped by decision-makers will allow to realize this public demand provided the internal market sufficiently is prepared for these processes.