

Maria Węgrzyn

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

WYDŁUŻANIE ŻYCIA LUDNOŚCI A PROBLEM ZAPEWNIENIA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Wprowadzenie

Dokonujący się postęp i rozwój społeczno-gospodarczy końca XX i początku XXI wieku wpłynął znacząco na zmiany w strukturze ludności, w demografii, w epidemiologii. Pozwolił na wydłużanie się życia ludzi oraz wpłynął na zmianę jakości życia seniorów. Przemiany miały, i nadal mają, bezpośredni wpływ na koszty ponoszone w całym systemie zabezpieczenia społecznego, w tym na poziom zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz np. na liczbę i wysokość rent udzielanych z powodu niezdolności do pracy, czy samej tylko absencji chorobowej. Szczególnego znaczenia nabiera koszt i dostępność do usług zdrowotnych, których efekt w postaci zdrowia człowieka, przekładający się na jego aktywność zawodową, wyznacza ostatecznie wielkość PKB. Jednak możliwość realizacji zdrowia nie zależy jedynie od działań samej jednostki, ale od wielu innych warunków zewnętrznych, formułowanych poprzez prowadzoną przez państwo aktywność w wybranych obszarach, w tym sferze społecznej.

Działalność państwa w sferze społecznej wymaga realizacji pewnych nakładów finansowych, co powoduje zarówno pozytywne, jak i negatywne zjawiska¹. Inaczej mówiąc, zmniejszając znaczenie jednych problemów, zwiększa się lub tworzy nowe. Oczywiście metody wydatkowania środków mają wpływ na wystąpienie i skalę różnego typu efektów. M.G. Schmidt, który szerzej zajmował się problemami znaczenia skali wydatków na cele społeczne, zestawiał szereg argumentów, które tak czy inaczej wartościując, mogą przemawiać za rozszerza-

¹ J. Orczyk: Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2005, s. 33.

niem lub ograniczaniem udziału państwa. Twierdzi² on, iż w sferze ekonomicznej dodatni wpływ wydatków na cele społeczne upatrywać można m.in. w:

- zmniejszeniu skali wahań koniunkturalnych i tym samym utrzymywaniu bardziej wyrównanego tempa rozwoju w dłuższym okresie,
- utrzymywaniu spokoju społecznego – można go traktować jako czynnik sprzyjający inwestowaniu i lepszemu wykorzystaniu zasobów pracy,
- pełniejszym dostępie społeczeństwa do edukacji, co wyraża się m.in. lepszym przygotowaniem do pracy, łatwiejszą zmianą kwalifikacji, większą skłonnością do migracji, wydłużaniem okresu aktywności zawodowej itp.

Znacznie mocniej akcentowane są jednak argumenty przemawiające przeciw zwiększaniu nakładów państwa na cele społeczne, gdyż powoduje to m.in. dodatkowe obciążenia przedsiębiorstw, co zmniejsza ich konkurencyjność, zwiększa koszty tworzenia nowych miejsc pracy, utrudnienia w przystosowaniu gospodarki do zmian wydajności i koniunktury w świecie oraz np. przeciążenie budżetu państwa, co może zwiększyć deficyt, sprzyjać nieefektywnemu wydatkowaniu środków.

Argumenty za i przeciw rozważane są we wszystkich państwach. W każdym prawie przypadku inny jest jednak kontekst sytuacyjny, co wywiera istotny wpływ na skalę, zakres i wybór metody realizacji zadań społecznych.

Opieka zdrowotna w Polsce będąca przedmiotem rozważań w niniejszym artykule, jej realizacja, została zagwarantowana przez wprowadzenie odpowiednich zapisów do Konstytucji RP. W art. 68 mówi się o prawie do ochrony zdrowia każdego obywatela³. Prawo jest, ale poziom jakości świadczonych usług może już być dowolny. Zatem nie komu, ale na jakim poziomie należy świadczyć usługi medyczne, zapewniając pełną do nich dostępność – o tym decyduje publiczny płatnik jako dysponent środków zgromadzonych w ramach tzw. składki zdrowotnej. W obliczu niedostatków środków finansowych w polskim systemie opieki zdrowotnej jest to zadanie szczególnie trudne.

² M.G. Schmidt: Sozialpolitik. Historische Entwicklung und Internationaler Vergleich. Opladen 1988, s. 182-203.

³ W obowiązującej obecnie Konstytucji zapisy dotyczące ochrony zdrowia zawiera art. 68:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom: niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku.
4. Władze publiczne są zobowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Przemiany demograficzne. Wybrane trendy

Rozwój cywilizacyjny prowadzi do wielu istotnych zmian w zakresie kształtowania się struktury demograficznej społeczeństw. Prowadzone przez polskich demografów badania i analizy wskazują, że trwający od kilkunastu lat spadek dzietności nie jest jeszcze zakończony i dotyczy w coraz większym stopniu kolejnych roczników młodzieży. Równocześnie (wg prognoz) w dalszym ciągu następuje spadek umieralności i systematyczny wzrost przeciętnej długości trwania życia do poziomu ok. 77,6 roku dla mężczyzn oraz ponad 83 lat dla kobiet w 2030 roku, co zostało przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1

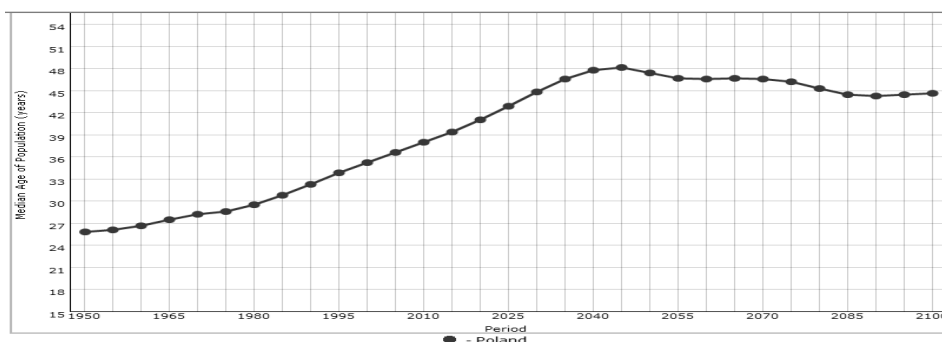
Dzietność i trwanie życia do 2030 roku

	2002	2010	2020	2030
Dzietność (średnio na 1 kobietę)	1,25	1,10	1,20	1,20
Dzietność ogółem	74,5	76,9	78,7	80,0
Trwanie życia: mężczyźni	70,4	73,3	75,8	77,6
Trwanie życia: kobiety	78,8	80,6	81,8	83,3

Źródło: Prognoza ludności do roku 2030, www.GUS.gov.pl.

Na podstawie danych zawartych w wydawnictwach GUS⁴ można również stwierdzić, że powstaje „luka pokoleniowa”, będąca wynikiem niskiej liczebności ludzi młodych. Obecnie najliczniejszymi grupami wiekowymi w Polsce są grupy: 20-29 oraz 40-59. Są to grupy aktywne zawodowo, które razem reprezentują blisko 60% całej populacji w naszym kraju. Osoby młode (0-19 lat) stanowią tylko 22%. Starzenie się społeczeństwa jest w tym wypadku procesem nieuniknionym, potwierdzonym dodatkowo medianą wieku. Według wariantu o niskiej płodności mediana wieku podniesie się z obecnego poziomu 36,5 roku do poziomu 57,2 roku w 2050 roku, gdy w 2006 roku wynosiła niespełna 36 lat. Świadczy to o wydłużaniu życia. Medianę wieku ludności zaprezentowano na rys. 1.

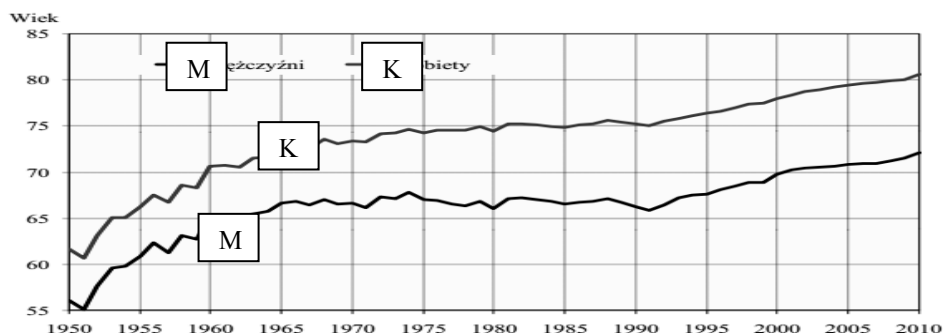
⁴ Główny Urząd Statystyczny: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2011, s. 38.



Rys. 1. Mediana wieku ludności

Źródło: http://esa.un.org/unpd/wpp/JS-Charts/aging-median-age_0.htm.

Rys. 2 prezentuje zmiany przeciętnego trwania życia w Polsce w latach 1950-2010. Wyraźnie widoczne jest wydłużenie życia zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn, sięgające nawet 15-20 lat. W dużym stopniu czynnikami powodującymi takie korzystne zmiany są m.in. rozwój efektywności i nowych metod leczniczych, które pozwalają wyleczyć nieuleczalne w przeszłości schorzenia. Znaczny wpływ na wydłużenie życia ma też propagowanie zdrowego trybu życia, zdrowe odżywianie się, uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, a także zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu i palenia tytoniu.



Rys. 2. Przeciętny czas trwania życia w latach 1950-2010

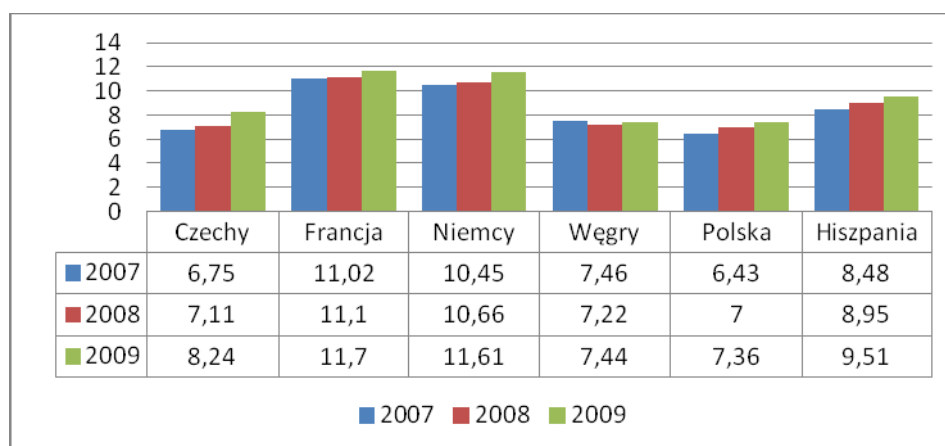
Źródło: GUS: Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2011, s. 11.

Regularny i stały dostęp do innowacyjnych rozwiązań w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia jest w konsekwencji decydującym czynnikiem, dzięki któremu ludzie dłużej pozostają zdrowi i sprawni, a tym samym w większym stopniu mogą przyczyniać się do rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju.

Równocześnie zwiększenie udziału osób starszych w populacji obywateli, przy jednoczesnym rozwoju nowych, kosztownych technologii medycznych, ma podstawowe znaczenie dla zachowania stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia w najbliższych latach. Jest to wyzwanie stojące przed większością państw europejskich, w tym oczywiście Polski.

Finansowanie usług medycznych a zjawisko wydłużania się życia

Wydatki na ochronę zdrowia stanowią znaczący udział PKB w gospodarkach krajów OECD. Poziom wydatków na ochronę zdrowia wyraźnie rósł w latach 2007-2009 we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Średnia wartość tych wydatków jako procent PKB w krajach OECD⁵ w 2008 roku wynosiła 8,8, a w 2009 roku już 9,5%. W roku 2010 nastąpiło jednak wyraźne zatrzymanie wydatków publicznych w tym sektorze i wyniosło 9,5% PKB średnio w krajach OECD. Zatrzymanie to jest wynikiem spowolnienia wzrostu gospodarczego, niższych wydatków na zdrowie oraz zastosowania cięć w obszarze finansów publicznych, spowodowanych kryzysem finansowym. Poziom wydatków na ochronę zdrowia jako procent PKB w wybranych krajach przedstawia rys. 3.



Rys. 3. Poziom wydatków na ochronę zdrowia jako procent PKB (wybrane kraje)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie www.OECD.org.

⁵ Raport OECD Health Data 2009, Raport OECD Health Data 2012, www.oecd.org, zob. też: P. Białynicki-Birula: Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa. Monografie: Prace doktorskie. Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2006.

W Polsce wydatki na ochronę zdrowia są jednymi z najniższych wśród 30 państw członkowskich. Może też dlatego średnia długość życia Polaków jest o ponad 3,5 roku krótsza od średniej długości życia w innych krajach OECD, zaś śmiertelność noworodków o 22% wyższa. Bilans działalności Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w latach 2007-2010 przedstawia tabela 2.

Tabela 2

Przychody, koszty NFZ w latach 2007-2010 (w tys. zł)

	2007	2008	2009	2010
Przychody rzeczywiste	43 602 326	52 448 578	56 811 491	57 816 389
Przychody planowane	41 505 057	48 943 784	56 543 994	57 456 879
Koszty rzeczywiste	44 311 271	55 181 824	58 480 490	60 032 753
Koszty planowane	41 505 057	48 943 784	56 543 994	57 456 879
Zysk/strata (rzeczywiste)	- 708 945	- 2 733 246	-1 668 999	-2 216 364

Źródło: Opracowanie na podstawie sprawozdań z działalności NFZ za rok 2007, 2008, 2009, 2010.

Zestawienie to pokazuje, że w budżecie NFZ nie ma wystarczających środków na pokrycie kosztów usług medycznych realizowanych przez świadczeniodawców. Mówi również, że w kolejnych latach sytuacja ulega stałemu pogorszeniu. Warto zwrócić uwagę na porównanie wartości rzeczywistych i planowanych, gdzie w latach 2007, 2008 wielkość przychodów rzeczywistych była wyższa niż planowana. Niestety równocześnie okazywało się, że poziom kosztów był na etapie planowania także zaniżony i pomimo większych przychodów NFZ ostatecznie ponosił stratę.

Wykazane w powyższym zestawieniu koszty rzeczywiste nie odzwierciedlają realnych kosztów polskiego publicznego systemu opieki zdrowotnej. Do kosztów ponoszonych przez NFZ należałoby doliczyć również np. tzw. nadwykonania, czyli wykonane, uznane, ale niezapłacone przez NFZ koszty usług medycznych, obciążające ostatecznie budżety świadczeniodawców.

Ten niedostatek finansowy nie wpisuje się pozytywnie w analizowane w artykule trendy demograficzne i zmiany zachorowalności. Konsekwencją zaobserwowanych i potwierdzonych zmian demograficznych powinno być przygotowanie finansowej strony systemu opieki zdrowotnej do konieczności realizacji dodatkowych usług, ale także formułowanie nowych kierunków działalności państwa służących zaspokajaniu potrzeb ludzi starszych. Dotychczasowe działania ukierunkowane były głównie na zabezpieczenie finansowe na wypadek starości, a zatem ubezpieczenia społeczne, pomoc społeczną, czy też pomoc skierowaną do osób niepełnosprawnych w myśl hasła o powszechnym zapewnieniu

bezpieczeństwa socjalnego. Działania te opierały się jednak głównie na polityce kształtowania dochodów osobistych, zakładając, że dochody z emerytur i rent nie powinny być niższe niż dochody z pracy. Ukierunkowane zmiany w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych nie są rozpatrywane. Aktualnie⁶ nie przewiduje się również zmian co do ilości i sposobu dostarczania środków finansowych na pokrycie potrzeb zdrowotnych przez publicznego płatnika, czyli NFZ.

Jest kwestią bezsporną, że potrzeby zdrowotne obywateli zmieniają się wraz z wiekiem i są z nim silnie skorelowane. Starzenie się organizmu jest procesem fizjologicznym i niekoniecznie wiąże się z chorowaniem. Jednak wielochorobowość i niesprawność prowadzące do niedołęstwa występują znacznie częściej u ludzi starszych niż w młodszych grupach wiekowych. W Polsce szacuje się⁷, że populacja osób starszych powyżej 65. roku życia stanowi grupę liczącą prawie 5 mln ludzi. Wśród nich około 2% to osoby obłożnie chore stale pozostające w łóżku, a 17% to ludzie mający poważne problemy w zakresie poruszania się w obrębie mieszkania. Osoby starsze przeciętnie chorują na 3-4 choroby przewlekłe i zażywają przewlekłe 4-5 leków. Zaledwie 7% osób w wieku powyżej 75. roku życia nie zgłasza żadnych schorzeń przewlekłych. Potrzeby ludzi w wieku podeszłym zazwyczaj mają charakter złożony.

We wczesnym okresie starości u osób w wieku 60-75 lat główne problemy zdrowotne w zasadzie nie różnią się od tych, które występują w grupie osób nieco młodszych (w wieku 50-60 lat). Są to przede wszystkim typowe schorzenia internistyczne oraz chirurgiczne i ginekologiczne, które często współlistnieją, zmieniają swój przebieg i dlatego mogą stwarzać problemy diagnostyczne i lecznicze. Natomiast po 75. roku życia zdecydowanie częściej pojawia się zniedołężnienie i tzw. problemy geriatryczne.

Szczyt obciążeń kosztami leczenia zarówno w opiece specjalistycznej, jak i szpitalnej, osiągają pacjenci w przedziale wieku 65-80 lat. Analiza danych będących w dyspozycji NFZ⁸ potwierdza fakt, że największe koszty leczenia (szpitalnego) ponoszone są w ostatnich latach życia. Najwyższe średnie koszty jednostkowe poniesiono na pacjentów po 70. roku życia – 4785,01 zł. Dalsza analiza potwierdza, iż koszty leczenia mężczyzn w rodzaju leczenia szpitalnego są wyższe niż koszty leczenia kobiet. Tym samym najwyższe koszty jednostkowe przy-

⁶ Przygotowany w 2011 r. projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym nie znalazł akceptacji. Inne projekcje zredagowane przez różne gremia naukowe (np. wprowadzenie współpłacenia, podniesienie składki zdrowotnej, niepubliczni płatnicy) wciąż pozostają jedynie projektami.

⁷ K. Szczerbińska: Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce i Europie. Instytut Zdrowia Publicznego Zakład Promocji Zdrowia UJ Collegium Medicum w Krakowie, <http://www.docedu.klwp.pl/print.php?id=135>.

⁸ Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń. Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa, kwiecień/maj 2010, s. 4-7.

padły mężczyznom w wieku 72 lat – 5368,40 zł oraz kobietom w wieku 75 lat – 4356,61 zł.

Ze względu na problemy związane ze wzrostem zachorowalności oraz wielochorobowością osób starszych przeprowadzone zostało badanie na zlecenie MNiSW pt. PolSenior⁹ skierowane do osób powyżej 55 lat. W badaniu do najczęściej diagnozowanych grup chorób zaliczono m.in.: zaburzenia rytmu, chorobę niedokrwinną serca, niewydolność serca, udar mózgu, choroby neurologiczne, nowotwory, choroby układu oddechowego, chorobę wrzodową, zakażenia układu moczowego, przewlekłą chorobę nerek, cukrzycę. Ta wielochorobowość wzrasta z wiekiem. Średnia liczba grup schorzeń w badanych grupach wiekowych kształtuje się następująco:

- u osób ≥ 65 lat wynosi 2,5,
- w przedziale wieku 55-59 lat wynosi „jedynie” 1,8.

Badania na temat kosztochłonności opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi i ich wyniki są trudne do interpretacji ze względu na różne definicje kosztów, nieporównywalność grup pacjentów, metody liczenia kosztów, jak też różnie definiowane zakresy świadczeń. Udowodniono¹⁰ jednak, że średni roczny wzrost wydatków na leczenie osób starszych wynosi 2,7%, a koszty przeliczane na ostatni rok życia starszego pacjenta należą do najwyższych w opiece zdrowotnej¹¹. Rodzi się więc pytanie: czy informacje te wykorzystywane są w pracach instytucji odpowiedzialnych za system opieki zdrowotnej w Polsce?

Rzetelnych analiz służących przygotowaniu się do powyższych zjawisk nie prowadzi ani NFZ, ani ekipy rządowe, lub też nie podaje się ich do publicznej wiadomości. Zapisano wprawdzie w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 liczne rekomendacje dotyczące m.in. organizacji ochrony zdrowia w kontekście starzenia się społeczeństwa, ale nie wskazano ani „dróg dojścia”, ani środków finansowych na pokrycie kosztów takich działań.

Starzejący się obywatele, bez realnego dostępu do właściwej opieki zdrowotnej i pomocy dla osób starszych, narażeni są na utratę autonomii i godności. Tymczasem inwestycje w postęp naukowy i technologiczny sprzyjają nie tylko poprawie efektywności leczenia, ale także obniżeniu jego

⁹ Raport z ogólnopolskiego badania osób powyżej 55+. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior, PBZ-MEIN-9/2/2006, Warszawa 2012.

¹⁰ J. Polder i in.: Age-specific increases In Health care costs. „European Journal of Public Health” 2002, No. 12, s. 57-62.

¹¹ T. Grodzicki: Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia, www.mz.gov.pl.

kosztów. Frank Lichtenberg¹², ekonomista z Uniwersytetu Columbia udowodnił, że wzrost wydatków na leki o 1 dolara zmniejsza koszty ponoszone przez szpitale o 3,65 dolara, a ponadto 11 200 osób zyskuje dodatkowy rok życia dzięki wprowadzeniu nowego leku na rynek. W Polsce brak jest bodźców do inwestycji w aparaturę czy technologie medyczne. Umowy zawierane z NFZ nie promują wykorzystywania w leczeniu nowego, drogiego sprzętu. Oprócz strony finansowej należy także zwrócić uwagę na organizację ochrony zdrowia. Opieka geriatryczna w Polsce jest świadczona jedynie przez około 80 lekarzy geriatrów. Daje to wskaźnik 0,3 lekarza geriatry na 100 tys. ogółu mieszkańców. Analogiczne dane dla Szwecji to 7,8, Austrii – 7,4, Islandii – 5,9, W. Brytanii – 4,9, Belgii i Słowacji – po 2,5, Czech – 1,5. Należy przy tym zaznaczyć, że dysponujemy większą liczbą tych specjalistów (około 120), jednak dla części z nich brakuje bazy geriatrycznej i z tej racji pracują niezgodnie ze swą specjalizacją¹³.

Potrzebna jest także sieć oddziałów i poradni geriatrycznych. Wskaźnik łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców ogółem wynosi¹⁴ w Polsce 0,09, podczas gdy analogiczny dla Wielkiej Brytanii 4,7, dla Szwecji 3,45, a dla Niemiec 1,98. Średnia europejska tego wskaźnika to 2 łóżka na 10 tys. mieszkańców. Dążąc do jego osiągnięcia należałoby w Polsce utworzyć i sfinansować aż 7,6 tys. łóżek geriatrycznych, zapewne w ramach częściowej restrukturyzacji łóżek internistycznych, reumatologicznych czy neurologicznych. Dziś w Polsce są tylko 34 oddziały geriatryczne, 307 poradni geriatrycznych i 728 łóżek geriatrycznych. Nowe raczej nie powstają. Umowy z NFZ nie umożliwiają płacenia za całościową ocenę stanu pacjentów w starszym wieku. To powoduje, że oddziały geriatryczne są deficytowe. Wskazując na potrzebę kompleksowej opieki nad osobami starszymi i prawidłowej wyceny świadczeń, należy zwrócić uwagę na fakt, że pacjent szukając pomocy w zakresie wielu chorób, korzysta z usług wielu specjalistów, generując koszty związane nie tylko z kolejnymi wizytami, ale także z nadmiernym zażywaniem leków.

Podsumowanie

Starzejący się obywatele, bez realnego dostępu do właściwej opieki zdrowotnej, stanowią duże obciążenie dla systemu. Polski sposób jego finansowania

¹² Raport: Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Polsko-Amerykańska Izba Handlowa 2011, s. 23.

¹³ Za: J. Derejczyk: Gerontologia i geriatry w PL na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? Gerontologia Polska t. 16, nr 3.

¹⁴ T. Grodzicki: Op. cit.

nie zachęca świadczeniodawców do inwestowania w działalność o charakterze geriatrycznym, a tym samym wpływa na obniżenie jakości życia seniorów. To zapisy Konstytucji RP gwarantują, iż władze państwowe powinny przygotować odpowiednie działania i rekomendacje dla polityki państwa, która pozwoliłaby na realną poprawę jakości życia osób starszych i wydłużenie okresu niezależnej egzystencji seniorów, a także poprawę jakości leczenia geriatrycznego i dostępności do świadczeń zdrowotnych. Bezwzględnie więc należy rekomendować zmiany w finansowaniu oraz organizacji polskiej opieki zdrowotnej, aby sprostać wyzwaniom stojącym przed systemem.

Wydaje się również, że najwyższy już czas zmienić optykę postrzegania zjawiska związanego ze starzeniem się społeczeństwa w kierunku postrzegania polityki zdrowotnej nie jako źródła wydatków, ale przede wszystkim inwestycję i motor rozwoju ekonomicznego rozwoju.

POPULATION LIFE EXPECTANCY INCREASE IN THE CONTEXT OF ENSURING HEALTH SAFETY

Summary

The society aging process is inescapable in Poland, similarly as in other European countries. This is proved by the demographic data and clear increasing trends of life expectancy. The consequence is the escalation of the phenomenon of multiple morbidity in elderly people and their limited possibilities to live on their own. Those issues, coupled with the financial shortages of the health care system, pose a new challenge for the public payer, i.e. the National Health Fund (NFZ). In this paper, the author identifies and subsequently analyses and evaluates the necessary actions related to the process of elderly care in Poland. She seeks an answer to the question whether the Polish health care system is prepared, or is duly preparing, for this intensified obligation.