



### **Arkadiusz Przybyłka**

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach  
Wydział Ekonomii  
Katedra Analiz i Prognozowania Rynku Pracy  
arekp@ue.katowice.pl

## **STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI W POLSCE JAKO WYZWANIE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA**

**Streszczenie:** Proces starzenia się ludności w Polsce powoduje gwałtowny wzrost zapotrzebowania na usługi świadczone m.in. przez system ochrony zdrowia. Osoby starsze częściej korzystają z usług zdrowotnych i generują wyższe koszty niż pozostała część ludności. Dlatego też należy uświadamić społeczeństwu, iż od najmłodszych lat należy budować kapitał zdrowia, który w późniejszych latach życia będzie miał wpływ na lepszy stan zdrowia. Takie działania mogą częściowo przysłużyć się do spadku popytu na usługi zdrowotne zgłaszane przez osoby starsze.

**Słowa kluczowe:** ochrona zdrowia, starzenie się, świadczenia zdrowotne.

### **Wprowadzenie**

Postępujący proces starzenia się ludności Polski powoduje wzrost zapotrzebowania na usługi świadczone przez system ochrony zdrowia. To z kolei generuje ciągły wzrost kosztów opieki zdrowotnej. W perspektywie pogłębiania tego procesu trzeba rozpocząć poszukiwania nowych rozwiązań systemowych w celu zaspokojenia rosnących potrzeb występujących wśród osób starszych. Celem artykułu jest przedstawienie procesu starzenia się ludności w Polsce wraz z konsekwencjami. Omówiono także rozwiązania prawne gwarantujące określone świadczenia dla tej grupy osób.

## 1. Prawo do opieki zdrowotnej

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej to podstawowe prawo zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. W art. 68 znajduje się zapis, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. W powołanym artykule zapisano, iż władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. osobom w podeszłym wieku [Konstytucja RP, art. 68]. Konstytucja wprowadza też zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od sytuacji materialnej danej osoby.

Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przysługuje w szczególności prawo dostępu do opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu, jak również do badań diagnostycznych, do leczenia szpitalnego oraz do rehabilitacji. Ponadto ustawodawca zapewnia leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz bezpłatny transport sanitarny. Do znacznej części wskazanych świadczeń trzeba posiadać skierowanie lub zlecenie. Środki na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, które są udzielane osobom ubezpieczonym, pochodzą w większości ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Leczenie pozostałych osób, innych niż ubezpieczone, pokrywane jest z budżetu państwa lub ze środków pomocy społecznej [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych].

Każda osoba starsza korzystająca ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez polski system ochrony zdrowia, niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora, korzysta z uprawnień pacjenta. Mianowicie ma ona prawo do:

- świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną,
- informacji o swoim stanie zdrowia,
- zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
- zachowania przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych tajemnicy informacji związanych z jego leczeniem,
- wyrażania zgody lub jej odmowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych,
- dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,

- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- opieki duszpasterskiej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych,
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego [Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta].

Należy też pamiętać, iż ustawodawca potraktował w Polsce geriatrię jako jedną z priorytetowych dziedzin medycyny. Podstawowe cele, które zakładają funkcjonowanie systemu w zakresie opieki nad seniorami, to:

- upowszechnienie i poprawa dostępności opieki zdrowotnej oraz poprawa jakości opieki poprzez zastosowanie standardów fachowej wiedzy gerontologicznej i geriatrycznej,
- finansowanie świadczeń zdrowotnych i infrastruktury opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku adekwatne do ich potrzeb [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny].

## 2. Proces starzenia się ludności oraz jego konsekwencje

Liczba ludności starszej w Polsce stale rośnie. Liczba osób w wieku 60 lat i więcej w 2014 r. wyniosła ponad 8,5 mln (ponad 22% ludności). Polska zalicza się więc do krajów bardzo starych demograficznie. Świadczy o tym mediana wieku, która wynosi 39 lat. Dla mężczyzn jest niższa, gdyż wynosi prawie 38,0 lat, kobiety są zaś starsze i mają – średnio – 41 lat (różnica wynika z dłuższego przeciętnego trwania życia, które dla mężczyzn wynosiło w 2015 r. 73,6 roku, a dla kobiet – 81,6 roku). W subpopulacji osób w starszym wieku najliczniejszą grupę (prawie 1/3) stanowią osoby 60-64-letnie i – w okresie minionych 25 lat – ich liczebność wzrosła o blisko połowę. Jednak najwyższe tempo przyrostu dotyczyło osób w wieku co najmniej 80 lat, ich udział w ogólnej liczbie ludności Polski jest niewielki, ale podwoił się – z niespełna 2% w 1989 r. do 4% w 2014 r. [Notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej..., 2016]. W perspektywie do 2050 r. proces starzenia bardzo przyspieszy i staniemy się jednym z najstarszych społeczeństw w Europie. Przewiduje się, że udział osób starszych (65+) zwiększy się o 19 pkt. proc. w miastach, nieco mniej – na wsi (o 16,8 pkt. proc.). Udział osób starszych przekroczy 30% na obszarach wiejskich i zbliży się do 35% na terenach miejskich. W skali kraju liczebność tej zbiorowości zwiększy się o 5,4 mln. Mediana wieku zaś w perspektywie do

2050 r. wzrośnie do 52,5 roku [*Prognoza ludności na lata 2014-2050*, 2014, s. 127 i nast.]. Niski poziom dzietności przy jednoczesnym korzystnym zjawisku, jakim jest wydłużanie się trwania życia, będą powodować zmniejszanie się podaży siły roboczej na rynku pracy oraz wzrost liczby i odsetka ludzi w starszym wieku jako efekt zaawansowanego procesu starzenia się polskiego społeczeństwa [Stańczak i Zajewska, 2013, s. 138]. Trzeba przy tym pamiętać, iż wydłużanie życia zwiększa opłacalność inwestycji w kapitał ludzki. Człowiek staje się bowiem bardziej wartościowym aktywem. W rezultacie rośnie produktywność zasobów pracy. Warunkiem koniecznym jednak do uruchomienia tych mechanizmów jest polityka zorientowana na przyszłe zmiany demograficzne. Powinna ona uelastyczniać rynek pracy, stworzyć atmosferę zaufania do rynków finansowych oraz ukształtować odpowiedni system edukacji i ochrony zdrowia [Kurkiewicz, 2012, s. 27].

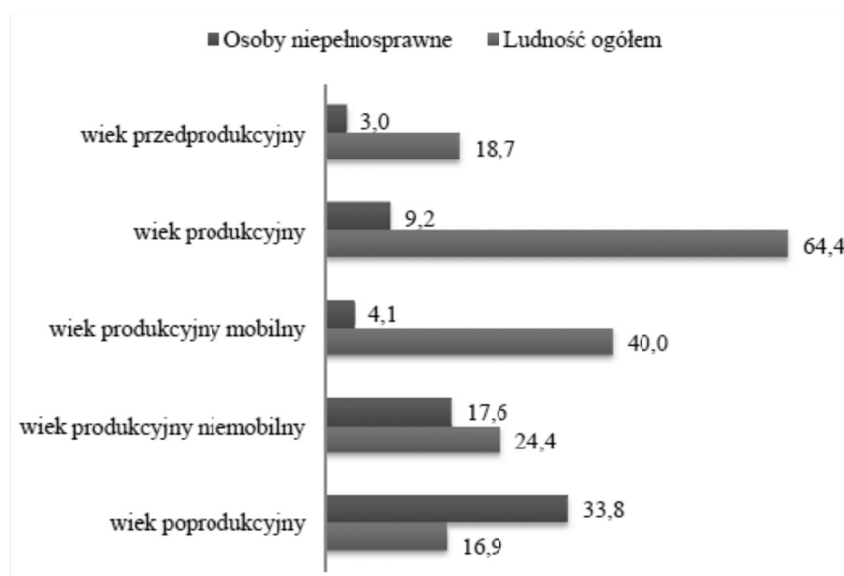
Ze starzeniem się populacji związany jest nieodłącznie problem niepełnosprawności. W Polsce w 2014 r. było 12,9% osób niepełnosprawnych. Osobą niepełnosprawną można się stać w każdym wieku, ale w ciągu trwania życia na skutek urazów, wad wrodzonych, chorób przewlekłych pogarsza się często stan zdrowia, uniemożliwiając w różnym stopniu normalne funkcjonowanie. Rozmiary niepełnosprawności określają wyraźnie kondycję zdrowotną społeczeństwa, gwałtownie zwiększając się wraz z wiekiem. Częstość występowania niepełnosprawności rośnie gwałtownie po ukończeniu 50. roku życia. W 2014 r. wśród czterdziestolatków niepełnosprawną była co jedenasta osoba, a wśród pięćdziesięciolatków – blisko co piąta, w grupie osób siedemdziesięcioletnich częściej niż co trzecia, zaś w grupie najstarszych – co druga [*Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, 2016, s. 110]. Jednak największe nasilenie niepełnosprawności obserwuje się w populacji osób w wieku poprodukcyjnym (wykres 1), gdzie co trzecia osoba jest niepełnosprawna.

U osób niepełnosprawnych częściej występują długotrwałe problemy zdrowotne czy choroby przewlekłe, częściej też muszą korzystać z pomocy medycznej. W tej grupie ludności najczęściej występują uszkodzenia i choroby narządu ruchu, w następnej kolejności – schorzenia układu krążenia, schorzenia neurologiczne, uszkodzenia i choroby narządu wzroku, słuchu oraz schorzenia psychiczne. Problemy te występują z niejednakową częstością. Nasilają się one wraz z upływem lat życia. Znaczna część populacji osób w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych czynności bezwzględnie wymaga pomocy ze

strony innych osób [Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., 2011, s. 74-75]. Na podstawie uzyskanych w badaniu stanu zdrowia odpowiedzi można odnotować, że:

- blisko 60% osób niepełnosprawnych nie przeniesie ciężaru 5 kg na odległość 10 m,
- co druga osoba źle widzi z bliska nawet gdy ma okulary, a w wieku 80 lat i więcej takie problemy ma 3/4 tej populacji,
- co trzecia osoba niepełnosprawna ma problemy z rozpoznaniem twarzy z odległości 4 m,
- co trzecia osoba niepełnosprawna, nawet jeśli używa aparatu słuchowego, to i tak niezbyt dobrze słyszy rozmowy prowadzone z kilkoma osobami,
- ponad 40% niepełnosprawnych ma problemy z samodzielnym przejściem na odległość 500 m, a co czwarty także z wejściem i zejściem po schodach z 1 piętra,
- ponad 38% ogółu niepełnosprawnych boryka się z trudnościami podczas wykonywania prostych czynności związanych z samoobsługą,
- ponad 64% ogółu niepełnosprawnych z trudem wykonuje czynności domowe [Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., 2011, s. 75].

Stan zdrowia, podeszły wiek oraz właśnie niepełnosprawność znacznie utrudniają samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego.



**Wykres 1.** Udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu ludności w danej grupie wieku w 2011 r.

Źródło: Wysocka, Szeffler, Antczak, Bielska i Piszcz [2013, s. 58].

Wraz z wiekiem rosną długotrwałe problemy zdrowotne. Schorzenia przewlekłe kumulują się bowiem wraz z postępem wieku. Są one czynnikiem w poważnym stopniu utrudniającym samodzielne zaspokajanie potrzeb oraz zwiększającym zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Ponad 60% pięćdziesięciolatków sygnalizuje wystąpienie długotrwałych problemów zdrowotnych, wśród sześćdziesięciolatków już prawie 79% oraz ponad 90% ludzi najstarszych. Kobiety relatywnie częściej niż mężczyźni zgłaszają występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych czy chorób przewlekłych [*Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, 2011, s. 47]. Ponad 82% osób będących w wieku 50 lat i więcej potwierdza występowanie obecnie przynajmniej jednej choroby lub dolegliwości przewlekłej. Choroby przewlekłe są czynnikiem w poważnym stopniu utrudniającym samodzielne zaspokajanie potrzeb i zwiększającym zapotrzebowanie na pomoc ze strony rodziny oraz systemu ochrony zdrowia. W miarę starzenia się społeczeństwo jest coraz bardziej schorowane. Wzrasta bowiem nie tylko odsetek osób ze schorzeniami przewlekłymi, ale również ich liczba, najszybciej wśród kobiet [*Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, 2011, s. 48]. Wraz z wiekiem rośnie też ryzyko zachorowania i zgonu z powodu nowotworów. W 2009 r. wśród kobiet najczęściej zachorowań odnotowano w grupach wieku 55-59 lat i 60-64 lata (po 9,4 tys.), natomiast wśród mężczyzn w grupie wieku 60-64 lata (10,5 tys.) i 70-74 lata (10,9 tys.). Analizując rozkłady współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe wg wieku, zaobserwować można wzrost ich wartości wraz z wiekiem u kobiet do 75-79 lat, a u mężczyzn do 80-84 lat. W grupie wieku 75-79 lat współczynnik zachorowań na nowotwory złośliwe wyniósł 1071/100 tys. kobiet i był ponaddwukrotnie niższy niż u mężczyzn (2159/100 tys.) [*Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009*, 2012, s. 84-85]. Podobnie na gruźlicę płuc częściej zapadały osoby pochodzące ze starszych grup wiekowych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Najwięcej nowych zachorowań u kobiet w latach 2004-2009 odnotowano w najstarszej grupie wiekowej (60 lat i więcej – 39,8% zachorowań) [*Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009*, 2012, s. 94].

Dane statystyczne pokazują również, że po 50. roku życia dochodzi do dużego zwiększenia absencji chorobowej. Liczba i długość absencji chorobowych 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, zapewne w związku z malejącą w tej grupie liczbą osób aktywnych zawodowo. Pogorszenie się stanu zdrowia, wzmożenie zachorowalności oraz naturalny proces starzenia się mają wpływ na potrzeby zdrowotne

osób starszych [Suszko, 2012, s. 35]. Trzeba przy tym pamiętać, iż zły stan zdrowia ogranicza mobilność, zmusza do zaprzestania pracy i wykonywania podstawowych czynności życiowych, prowadzi do ograniczania kontaktów z innymi ludźmi i w konsekwencji może prowadzić do procesów wycofywania się z życia, do bierności, frustracji oraz zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne [Leszczyńska-Rejchert, 2010, s. 72-73].

Dlatego też osoby starsze stanowią grupę szczególnej troski w zakresie ochrony zdrowia. Rozwój społeczno-gospodarczy rozbudził ich potrzeby, a równolegle rozwijający się stan wiedzy medycznej stale poprawia jakość świadczeń. Powoduje to powstawanie postaw roszczeniowych. Rezultatem jest coraz silniejszy nacisk na dostęp do świadczeń ratujących życie oraz poprawiających jego jakość. Potrzeby osób starszych są jednak dość trudne do zaspokojenia, gdyż świadczenia zdrowotne dla nich generują koszty.

### 3. Konsumpcja świadczeń zdrowotnych

Wyznacznikiem problemów zdrowotnych osób starszych jest ocena stanu zdrowia, która przede wszystkim wpływa na psychofizyczne samopoczucie jednostki. Ocena niekorzystna sprzyja zniechęceniu, pesymizmowi, obniża aktywność [Leszczyńska-Rejchert, 2010, s. 75].

Znaczenie znajomości odsetka osób starszych oceniających stan swojego zdrowia jako zły jest też istotne, gdyż właśnie spośród tej grupy rekrutują się osoby ubiegające się o przyjęcie do zakładu opieki długoterminowej, hospicjum lub o korzystanie z innych form tej pomocy udzielanej również w miejscu zamieszkania. Wraz z wiekiem zwiększa się częstość ocen coraz niższych na niekorzyść ocen wyższych. Wśród osób w wieku starszym (60 lat i więcej) tylko 21% oceniło swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, podczas gdy wśród pięćdziesięciolatków takie deklaracje uzyskiwano dwukrotnie częściej [*Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, 2011, s. 45]. Odsetek kobiet, które pozytywnie oceniają swój stan zdrowia, maleje wraz z wiekiem i dla kobiet w wieku 70-79 lat oraz w wieku 80 lat i więcej był najniższy (odpowiednio 12,6% i 12,9%). Negatywnie swój stan zdrowia (źle i bardzo źle) najczęściej oceniły kobiety najstarsze – w wieku 80 lat i więcej (ponad 53%). Nieco lepiej wygląda ocena stanu zdrowia przez mężczyzn. Z bardzo dobrym i dobrym stanem zdrowia było w wieku 70-79 lat – 19,2% mężczyzn, a ze złym i bardzo złym – 41,2% mężczyzn w wieku 80 lat i więcej [*Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009*, 2012, s. 29-30].

Dlatego też istotną formą stacjonarnej opieki zdrowotnej skierowanej w szczególności do osób starszych jest opieka długoterminowa, która wobec postępującego procesu starzenia się ludności odgrywa coraz ważniejszą rolę. Zakładami opieki długoterminowej są zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym i zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym. W 2014 r. funkcjonowało łącznie 543 tego typu zakładów [*Zdrowie i jego ochrona w 2014 r.*, 2016, s. 89].

Inną formą pomocy dla osób starszych są hospicja. W opiece hospicyjnej osobom nieuleczalnie chorym i umierającym pomoc świadczy zespół hospicyjny (personel medyczny, wolontariusze, duchowni). Opieka hospicyjna obejmuje leczenie objawowe, pielęgnację, pomoc psychiczną, psychoterapeutyczną i duchową. Jest to opieka o charakterze ciągłym. Fachowa opieka medyczna świadczona jest z humanistycznym i angażującym emocjonalnie podejściem do pacjenta, który jest traktowany jako osoba, a nie jednostka chorobowa [Leszczyńska-Rejchert, 2010, s. 174]. Hospicjów w 2014 r. było 73 i 69 oddziałów opieki paliatywnej.

Placówki opieki długoterminowej i hospicja dysponowały w 2014 r. łącznie 32,6 tys. łóżek. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 92,5 tys. osób. Oprócz działalności stacjonarnej niektóre zakłady prowadzą także działalność domową i/lub dzienną. Opieką w domu pacjenta objęto łącznie 3,7 tys., głównie w ramach działalności hospicjów, z pomocy których skorzystało 2,1 tys. osób. Taką formę opieki świadczą także zespoły opieki domowej, funkcjonujące przy zakładach opieki długoterminowej, które udzieliły pomocy 0,9 tys. osób [*Zdrowie i jego ochrona w 2014 r.*, 2016, s. 90 i nast.].

Struktura wieku pacjentów stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej (łącznie z hospicjami) wskazuje, że ponad 75% stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat, z tego ponad połowa to osoby 80-letnie i starsze. W zakładach opieki długoterminowej przebywało więcej kobiet (65,8%) niż mężczyzn. Struktura wieku kobiet wskazuje, że udział procentowy kobiet w wieku 65 lat i więcej wyniósł ok. 85% i był większy o blisko 28 pkt. proc. niż mężczyzn w tej samej grupie wiekowej [*Zdrowie i jego ochrona w 2014 r.*, 2016, s. 89].

Okres pozostawania pacjentem opieki długoterminowej szybko ulega wydłużeniu. W konsekwencji należałoby rozważyć decyzję o zwiększeniu liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej [*Instytucje wobec potrzeb osób starszych*, 2010, s. 35].

Z kolei analiza pacjentów korzystających z usług szpitalnych z uwzględnieniem wieku wykazała, że osoby starsze, tj. po 65. roku życia, stanowiły 26,3% pacjentów ogółem, czyli prawie dwa razy więcej niż średnia dla ogółu ludności.



Dla tej grupy świadczeniobiorców w 2009 r. przeprowadzono 28,3% wszystkich hospitalizacji. Fundusz na sfinansowanie hospitalizacji w 2009 r. przeznaczył ponad 24 mld zł, w tym na hospitalizacje osób powyżej 65. roku życia wydano 8 083 842 408 zł, co stanowiło 33,6% wydatków ogółem [*Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia...*, 2010, s. 7]. Jak pokazują wyniki *Diagnozy społecznej*, w 2013 r. największy odsetek gospodarstw domowych, których członek przebywał w ostatnim roku w szpitalu, stanowiły gospodarstwa domowe emerytów (27,8%) oraz rencistów (27,9%) [Czapiński i Panek (red.), 2013, s. 111]. Przy przyjęciu do szpitala szczególne znaczenie prognostyczne ma ocena geriatryczna, ponieważ pozwala przewidzieć czas pobytu w placówce, konieczność umieszczenia w instytucjach opiekuńczych oraz ewentualny zgon pacjenta. Szpitalne oddziały ratunkowe zaś udzielają świadczeń w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym (powyżej 24 godzin pobytu). W pierwszym przypadku w 2014 r. osoby powyżej 65. roku życia stanowiły 21,1% pacjentów, a w drugiej kategorii już 35% [*Zdrowie i jego ochrona w 2014 r.*, 2016, s. 124-125].

W opiece nad osobami starszymi zasadniczą rolę spełnia jednak podstawowa opieka zdrowotna, gdyż lekarz pierwszego kontaktu, znając pacjentów, ich warunki życia i funkcjonowania, ma możliwość właściwego pokierowania opieką nad nimi. U osoby starszej podstawą diagnozowania i leczenia jest, jak już wspomniano, przeprowadzenie kompleksowej oceny geriatrycznej, w której dodatkowo ocenia się sprawność w zakresie czynności życia codziennego. Wśród porad udzielonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy rodzinnych w miastach 30,5% stanowiły porady dla osób starszych. Natomiast w przypadku wsi udział osób powyżej 65 lat w podstawowej opiece zdrowotnej był wyższy i wyniósł 31,4% [*Zdrowie i jego ochrona w 2014 r.*, 2016, s. 150-151].

Opieka nad osobami starszymi jest realizowana również 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. Z kolei choroby neurologiczne, takie jak choroba Parkinsona, Alzheimerera i stwardnienie rozsiane, także na neurologów [Halik, 2002, s. 122]. W przypadku porad specjalistycznych osoby starsze stanowiły 24,3% ogółu świadczeniobiorców. W specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej ich udział na wsi wyniósł 20% ogółu świadczeniobiorców, a w miastach 26% [*Zdrowie i jego ochrona w 2014 r.*, 2016, s. 109].

W ramach ratownictwa medycznego w 2012 r. 40% stanowiły osoby w wieku 65 lat lub więcej.

Jak wynika z badań PolSenior, zdecydowane zadowolenie z otrzymywanej opieki zdrowotnej wyraża ok. 22% osób starszych, częściowe zadowolenie 61,6% mężczyzn i 63,1% kobiet. Osoby niezadowolone z otrzymywanego leczenia konwencjonalnego zdecydowanie częściej stosują leczenie sposobami domowymi oraz metodami medycyny alternatywnej [*Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się...*, 2012, s. 486 i nast.].

W przypadku osób starszych, zwłaszcza niepełnosprawnych, istotna też jest analiza stopnia dostępności jednostek świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Ponad 16% przychodni i praktyk lekarskich wykazuje brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Dlatego należy podejmować działania w celu eliminacji tego niekorzystnego zjawiska.

Określając podstawowe formy świadczeń zdrowotnych dla osób starszych, trzeba przede wszystkim pamiętać o specyfice chorobowości osób w tym wieku. W celu ustalenia optymalnych form opieki zdrowotnej nad tą grupą osób należy określić, jakie zadania winny one spełniać, uwzględniając w tym również duży udział wspomnianej populacji osób niepełnosprawnych.

## Podsumowanie

Wraz ze starzeniem się ludności rośnie zapotrzebowanie na usługi zdrowotne zgłaszane przez osoby starsze. Wynika to z jednej strony ze zmian struktury demograficznej, z drugiej z gorszego stanu zdrowia osób starszych, głównie niepełnosprawnych. Należy więc podejmować działania w celu poprawy stanu zdrowia. W gerontologii wyróżnia się trzy główne nurty aktywności fizycznej:

- aktywność rekreacyjną – polegającą na aktywnym spędzaniu czasu wolnego i wypoczynku poprzez zajęcia sportowe bądź ćwiczenia usprawniające,
- aktywność prewencyjną – mającą na celu przeciwdziałanie przedwczesnemu starzeniu się przez wprowadzenie prostych i złożonych form ruchu, szczególnie w grupach wysokiego ryzyka,
- aktywność leczniczo-rehabilitacyjną – która ma na celu przywracanie utraconej sprawności po chorobie i zapobieganie skutkom bezruchu [Renn-Żurek (red.), 2013, s. 26-27].

Sprawny system opieki zdrowotnej, zapewniający m.in. łatwy dostęp do profilaktyki i leczenia, jest istotnym czynnikiem wpływającym na poprawę stanu zdrowia. Podkreślić też trzeba, że prawidłowy styl życia ma znaczący wpływ na

zdrowie. O zachowaniu zdrowia w starości trzeba myśleć od lat młodzięcych, gdyż to, w jaki sposób się odżywiamy, jaką prowadzimy aktywność fizyczną oraz jakie zachowania antyzdrowotne podejmujemy, wpływa na nasz stan zdrowia w podeszłym wieku. Należy też mieć na uwadze, iż osoby starsze coraz częściej chcą aktywnie współdecydować o charakterze pomocy medycznej i uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji. Szczególnie osoby starsze chorujące przewlekłe traktują swoją rolę w otrzymywanej opiece medycznej jako bardzo ważną [Mossakowska, Więcek i Błędowski (red.), 2012, s. 469].

Przyśpieszone starzenie się ludności Polski stawia więc, jak widać, przed systemem ochrony zdrowia, szkolnictwem oraz personelem medycznym wiele wyzwań, które należy rozwiązać w sposób systemowy.

## Literatura

- Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 roku życia w 2009 r.* (2010), NFZ, Warszawa.
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2013), *Diagnoza społeczna 2013*, JVIzja Press & IT, Warszawa.
- Halik J. (2002), *Zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa polskiego* [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Instytucje wobec potrzeb osób starszych* (2010), Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Konstytucja RP. Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483.
- Kurkiewicz J. (2012), *Ekonomiczne konsekwencje zmian rozmiarów i struktury według wieku populacji* [w:] J. Kurkiewicz (red.), *Demograficzne uwarunkowania i wybrane społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się ludności w krajach europejskich*, UE, Kraków.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2010), *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, UWM, Olsztyn.
- Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I Ludność* (2013), ZWS GUS, Warszawa.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) (2012), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Poznań.
- Notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotycząca „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (2016), GUS, Warszawa.
- Prognoza ludności na lata 2014-2050* (2014), ZWS GUS, Warszawa.

- Renn-Żurek A. (red.) (2013), *Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla zespołu opieki interdyscyplinarnej*, AHE, Łódź.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny. Dz.U. 2012, poz. 1489.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (2011), ZWS GUS, Warszawa.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* (2016), ZWS GUS, Warszawa.
- Stańczak J., Zajewska A. (2013), *Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2012 roku*, ZWS GUS, Warszawa.
- Suszko R. (2012), *Stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze osób starszych*, [w:] T. Muś (red.), *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2016, poz. 1793.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2016, poz. 186.
- Zdrowie i jego ochrona w 2014 r.* (2016), ZWS GUS, Warszawa.
- Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009* (2012), ZWS, Kraków.

#### THE AGING OF THE POPULATION IN POLAND AS A CHALLENGE TO THE HEALTH CARE SYSTEM

**Summary:** Aging process the population in Poland causes a rapid increase in demand for services among others the health care system. Older people often use health services and generate higher costs than the rest of the population. Therefore, the public should be made aware that from an early age to build health equity, which in the later years of life will have an impact on their health. Such activities may partly serve to decrease demand for health services reported by older people.

**Keywords:** healthcare services, aging, health care benefits.