



### **Estera Lechowicz-Kępa**

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach  
Wydział Ekonomii  
Katedra Polityki Społecznej i Gospodarczej  
estera.lechowicz@wp.pl

## **PRZEMIANY DEMOGRAFICZNE JAKO WYZWANIE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA**

**Streszczenie:** System ochrony zdrowia stoi w obliczu wyzwań związanych ze zmianami demograficznymi i ograniczonymi możliwościami wzrostu nakładów finansowych na zdrowie. Wzrost liczby ludzi starszych w życiu społecznym na skutek wydłużania się przeciętnego dalszego trwania życia oraz osiąganie wieku starości demograficznej, a także spadek liczby urodzeń w ostatnich latach będą powodować narastanie problemów związanych z zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych. Wobec zjawiska przesuwania się ludności z grupy wieku produkcyjnego do grupy w wieku poprodukcyjnym spadać będą wpływy do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez utrzymywanie się niskiego poziomu aktywności zawodowej ludności Polski, co w efekcie zmniejsza liczbę osób opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Powstrzymanie kryzysu demograficznego i ograniczenie negatywnych konsekwencji wymaga podjęcia głębokich reform systemowych, w szczególności w takich obszarach jak: ochrona zdrowia, pomoc społeczna, polityka zatrudnienia, ubezpieczenia społeczne oraz polityka rodzinna.

**Słowa kluczowe:** przemiany demograficzne, ochrona zdrowia, polityka rodzinna.

### **Wprowadzenie**

Zmiany demograficzne zachodzące w Polsce spowodowane są stale postępującym zjawiskiem starzenia się społeczeństwa, wydłużeniem przeciętnego czasu trwania życia oraz spadkiem przyrostu naturalnego. Te przemiany demograficzne zwiększą zapotrzebowanie społeczeństwa na świadczenia zdrowotne przy jednocześnie malejących środkach na służbę zdrowia. System ochrony zdrowia w Polsce od lat zmagają się z różnymi problemami, głównie natury finansowej. Największym wyzwaniem, które ma wpływ na wymieniony obszar, są zmiany demograficzne [Karpiniński i Rajkiewicz, 2008, s. 12].

W okresie dwu ostatnich dekad w sytuacji demograficznej Polski zaszły istotne zmiany. Wiele z nich ocenia się pozytywnie, jak zmniejszenie umieralności we wszystkich grupach wieku, w szczególności spadek umieralności niemowląt, wydłużanie przeciętnego dalszego trwania życia, gdyż wskazuje ono na poprawę kondycji zdrowotnej ludności, ale jest także wielkim wyzwaniem dla polityki społecznej, jak i ekonomicznej.

Niepokoić może zbyt niski poziom urodzeń, choć do 2015 r. odczuwalny będzie jeszcze trwający od 2004 r. słaby wzrost liczby urodzeń wynikający z wejścia w wiek prokreacyjny poprzedniego wyżu demograficznego. Przedmiotem troski powinna być też zmiana struktury populacji według wieku, gdyż to ona przesądzi o dalszym rozwoju ludności [Magnuszewska-Otulak, 2012, s. 43].

System ochrony zdrowia stoi w obliczu wyzwań związanych ze zmianami demograficznymi i ograniczonymi możliwościami wzrostu nakładów finansowych na zdrowie, co wymusza bardziej intensywne poszukiwanie skutecznych rozwiązań w ramach systemów. Rozpoznanie sytuacji demograficznej i problemów zdrowotnych w populacji polskiej jest podstawą do wszelkich działań zapobiegawczych [Kowaleski i Szukalski, 2004, s. 29].

Celem artykułu jest zaprezentowanie wyzwań, które wynikają z przewidywanego wzrostu zapotrzebowania na usługi zdrowotne oraz przedstawienie prognoz zmniejszenia nakładów na ochronę zdrowia, które są następstwem niższych wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia.

## **1. Wyzwania wynikające z otoczenia systemu ochrony zdrowia**

Prowadzone przez demografów badania i analizy wskazują, że liczba urodzeń będzie ulegać niewielkim wahaniom aż do 2020 r. (po ok. 340 tys. rocznie), po czym nastąpi systematyczny spadek (232,7 tys. w 2030 r.), gdyż w wiek największej rozrodzności wejdą mało liczebne roczniki kobiet urodzonych na przełomie stuleci. W całym okresie prognostycznym, w wyniku małej liczby urodzeń i przy niewielkim wzroście liczby zgonów, przyrost naturalny będzie ujemny, a po 2020 r. zjawisko to będzie się jeszcze pogłębiać. W 2012 r. współczynnik dzietności wyniósł niespełna 1,3 [www 1, s. 4].

Opiekę zdrowotną należy zapewnić kobietom w okresie porodu i położu oraz wszystkim urodzonym dzieciom. Obserwowany wzrost wieku kobiet rodzących dziecko oraz inne czynniki powodują, że 6-7% dzieci rodzi się z niską wagą urodzeniową i wymaga w związku z tym szczególnej opieki medycznej.

Wzrost liczby lat przeciętnego dalszego trwania życia należy do podstawowych wskaźników rozwoju społecznego. W Polsce tylko w okresie transformacji wydłużyło się ono w przypadku kobiet o 4,5 roku, zaś mężczyzn o 4,8 roku, choć w stosunku do średniej UE jest to okres krótszy o 2 lata dla kobiet i o 4,6 roku dla mężczyzn [Wojtyński i Goryński, 2008, s. 8].

**Tabela 1.** Przeciętne trwanie życia wg wieku i płci w wybranych latach 1990-2013

Wiek	0		15		30		45		60	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
1990	66,2	75,2	53,0	61,8	39,1	47,1	26,0	32,9	15,3	19,9
1995	67,6	76,3	53,9	62,5	39,8	47,8	26,6	33,6	15,8	20,5
2000	69,7	78,0	55,5	63,7	41,3	49,0	27,9	34,6	16,7	21,5
2005	70,8	79,4	56,4	65,0	42,2	50,2	28,7	35,8	17,5	22,6
2006	70,9	79,6	56,6	65,2	42,3	50,4	28,7	36,0	17,6	22,8
2007	70,9	79,7	56,6	65,3	42,3	50,5	28,8	36,2	17,6	22,9
2008	71,2	79,9	56,8	65,5	42,6	50,7	29,0	36,3	17,8	23,1
2009	71,5	80,0	57,1	65,6	42,8	50,8	29,2	36,3	17,9	23,1
2010	72,1	80,5	57,6	66,1	43,3	51,3	29,6	36,8	18,2	23,4
2011	72,4	80,9	57,9	66,3	43,6	51,6	30,0	37,1	18,5	23,7
2012	72,7	81,0	58,2	66,5	43,9	51,7	30,2	37,1	18,6	23,8
2013	73,1	81,1	58,6	66,6	44,3	51,8	30,5	37,3	18,7	23,9

M – mężczyźni; K – kobiety

Źródło: GUS [2014, s. 14].

Przeciętne trwanie życia w Polsce po 1990 r. znacznie się poprawiło. Należy zauważyć, że pomiędzy 1990 r. a 2013 r. oczekiwane trwanie życia osób 60-letnich wzrosło o ok. 20%, podczas gdy w wieku zero wzrost ten wyniósł 9% (mężczyźni) i 7% (kobiety).

Według prognoz GUS do 2035 r. przeciętne dalsze trwanie życia wydłuży się do 77,1 roku dla mężczyzn i 82,9 roku dla kobiet [*Prognoza ludności na lata 2008-2035*, s. 152].

W efekcie wydłużania wieku przeżycia w 2008 r. odsetek osób w wieku 60 lat i więcej wyniósł 17,6% (6,7 mln), a 65 lat i więcej – 13,3% (5,1 mln). Do 2035 r. odsetek populacji w wieku 65 lat lub starszej ma osiągnąć 23,8%, co w liczbach bezwzględnych wyrazi się liczbą 8,5 mln obywateli [GUS, 2009, s. 130].

Z prognozy demograficznej na lata 2008-2035 wynika, iż rośnie udział ludności w najstarszej grupie wieku (powyżej 80 lat), a więc tej grupy, która w zakresie opieki zdrowotnej i ubezpieczenia społecznego jest najkosztowniejsza. W 2008 r. niemal pół miliona osób w Polsce miało 85 i więcej lat, niemal 750 tys. było w wieku 80-84 lata. Łącznie daje to 1,25 mln osób w wieku 80 i więcej lat [*Prognoza ludności na lata 2008-2035*, s. 156]. W 2035 r. liczba osób w wieku

80 i więcej lat może przekroczyć 2,5 mln [*Prognoza ludności na lata 2008-2035*, s. 156].

Dłuższe przeciętne trwanie życia oznacza występowanie wielu schorzeń, do których zalicza się wysoki odsetek umieralności z powodu chorób układu krążenia (45,4%) oraz zwiększający się odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych (24,6%) [Wojtyński, Stokwiszewski, Goryński i Poznańska, 2008, s. 36].

Jak podaje GUS [Wojtyński, Wysocki i Goryński, 2008, s. 112], w grupie wiekowej 60 lat i więcej na 100 tys. ludności z powodu chorób układu krążenia umiera ponad 2 tys. mężczyzn i ok. 1800 kobiet. W przypadku mężczyzn dominuje choroba niedokrwienna serca, kobiet – choroby naczyń mózgowych.

Narastającym problemem związanym ze starzeniem się społeczeństwa są również choroby nowotworowe, jako że wiek jest silnym czynnikiem ryzyka w tego rodzaju schorzeniach. W 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną 18,7% zgonów, w 2000 r. stanowiły 23%, a obecnie 24,6% wszystkich przyczyn. Obserwowany w ostatnim dwudziestolecu wzrost o 5,9% udziału zgonów z powodu chorób nowotworowych ma związek ze wzrostem udziału osób starszych w populacji Polski. W przypadku kobiet poziom zagrożenia chorobą nowotworową istotnie wzrasta między 55. a 75. rokiem życia. W grupie wiekowej 60 lat i więcej z powodu nowotworów złośliwych umiera w Polsce ponad 1400 mężczyzn i ponad 700 kobiet na 100 tys. osób danej płci [Wojtyński, Wysocki i Goryński, 2008].

**Tabela 2.** Ludność wg wieku w wybranych latach

Wyszczególnienie	Lata					Lata				
	1990	2000	2012	2013	2014	1990	2000	2012	2013	2014
	w tysiącach					w odsetkach				
Ludność ogółem	38 073	38 254	38 533	38 496	38 484	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
w wieku:										
przedprodukcyjnym (0-17)	11 043	9333	7067	6995	6950	29,0	24,4	18,3	18,2	18,0
produkcyjnym (18-59/64)	22 146	23 261	24 606	24 422	24 230	58,2	60,8	63,9	63,4	63,0
mobilnym (18-44)	15 255	15 218	15 397	15 338	15 166	40,1	39,8	40,0	39,8	39,7
niemobilnym (45-59/64)	6890	8043	9209	9084	8964	18,1	21,0	23,9	23,6	23,3
poprodukcyjnym (60/65+)	4884	5660	6861	7078	7304	12,8	14,8	17,8	18,4	19,0

Źródło: [www 2].

W Polsce od 1989 r. występuje depresja urodzeniowa, tzn. liczba urodzeń dzieci jest stale niższa od liczby zgonów. Na początku lat 90. na każde 10 tys. osób mieszkających w Polsce rodziło się rocznie 40 nowych obywateli, w 2010 – dziewięciu, a w ubiegłym roku zaledwie czterech.

Nastąpiło znaczne zmniejszenie się liczby i odsetka dzieci i młodzieży (0-17 lat). Szacuje się, że na koniec 2014 r. ludności w wieku przedprodukcyjnym było niespełna 7 mln (ok. 45 tys. mniej niż w 2013 r.), a udział w ogólnej populacji wyniósł ok. 18,0%; w 2000 r. – 24,4%, a w 1990 r. – 29%. Udział ludności w wieku produkcyjnym w ostatnich latach wzrastał z 58,2% w 1990 r. do 63,6% w 2013 r. Nie wzrósł, a wręcz zmalał o 0,2 pkt. udział ludności w wieku produkcyjnym mobilnym (18-44 lata). Zważywszy jednak na fakt, że z jednej strony maleje udział ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz to, że wchodzą w wiek emerytalny roczniki wyżu powojennego, trzeba dostrzec, że w najbliższych latach znacznie maleć udział osób w wieku produkcyjnym, co spowoduje wzrost obciążeń demograficznych.

Należy mieć świadomość, że tylko część życia to życie w zdrowiu. Według szacunków ekspertów działających w ramach projektu Unii Europejskiej JA – EHLEIS w 2010 r., mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu 58,5 roku, tzn. 81% całego życia, z ograniczoną sprawnością, ale niezbyt poważną 8,7 roku (12,1%) i 4,9 roku (6,8%) z poważnie ograniczoną sprawnością. Liczba lat przeżywanych w zdrowiu przez kobiety jest większa (62,2 lat), ale stanowi ona trochę mniejszą część ich całego życia (77%). Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu, natomiast w okresie około jednej czwartej dalszego życia będą mieli poważnie ograniczoną z powodów zdrowotnych zdolność wykonywania zwykłych czynności [Wojtyński i Moskaiewicz, 2008, s. 45].

Według danych Zespołu ds. Geriatrii przy Ministrze Zdrowia z lipca 2007 r. występują duże braki w możliwościach zaspokojenia potrzeb ludzi starych. W 2007 r. w Polsce było 174 lekarzy wyspecjalizowanych w geriatrii, z czego 120 aktywnych zawodowo, z czego 70 pracujących zgodnie z kwalifikacjami. Również brak jest dostatecznej liczby łóżek geriatrycznych – w 2007 r. było ich 525 i 94 przychodnie [Derejczyk, Bień, Kokoszka-Paszkot i Szczygieł, 2008, s. 153].

Dodatkowo sytuację ludzi starych pogarsza likwidacja ważnej instytucji, jaką były zespoły opieki środowiskowej. Obecnie opieka jest rozproszona, pogarsza to jakość opieki oraz stan zdrowia ludzi starych i generuje dodatkowe koszty leczenia.

## 2. Spadek nakładów na system ochrony zdrowia

Wobec przesuwania się ludności z grupy wieku produkcyjnego do grupy w wieku poprodukcyjnym spadać będą wpływy do NFZ. Oczekiwać należy obniżenia nakładów na opiekę zdrowotną wynikającego ze spadku w najbliższych latach udziału w populacji osób w wieku produkcyjnym, niskiego poziomu aktywności zawodowej, możliwego w efekcie kryzysu ekonomicznego spadku wynagrodzeń, a w związku z tym mniejszych wpływów do NFZ, jak i do budżetu centralnego i budżetów jednostek samorządu terytorialnego z podatków. W 2010 r. ok. 60-64% osób w wieku produkcyjnym było aktywnych zawodowo, a zgodnie z prognozami do 2060 r. odsetek ten będzie zmieniał się jedynie nieznacznie. Do 2050 r. spodziewany jest spadek wielkości populacji w wieku produkcyjnym mobilnym o 6 mln, w tym o 4,1 mln w miastach, przy czym zmiany przybiorą na sile w latach 2020-2035. Wśród ludności w wieku poprodukcyjnym niemobilnym i poprodukcyjnym w kolejnych okresach będą występowały zmiany rozmiaru populacji w obu kierunkach – przyrost lub niewielki ubytek. Liczba osób w wieku niemobilnym będzie wzrastała w kolejnych dekadach aż do 2035-2040 r. Na obszarach miejskich ta subpopulacja osiągnie maksymalne rozmiary już ok. 2035 r. (6,9 mln), w późniejszych latach jej wielkość zmniejszy się do 5,3 mln. Na wsi liczba osób w wieku niemobilnym będzie największa w 2040 r. (5,1 mln). Jednocześnie liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w Polsce wzrośnie z ok. 7 mln w 2013 r. do blisko 10 mln w 2050 r. [*Prognoza ludności na lata 2014-2050*, s. 148-149].

Spadek wpływów do NFZ pogłębia niski poziom aktywności zawodowej ludności Polski, co w efekcie zmniejsza liczbę osób opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Należy wspomnieć, iż składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca tylko część ludności zawodowo czynnej, za wiele grup składka jest opłacana z budżetu [Szafraniec-Buryło i Sakowska, 2008, s. 204 i 205].

Niski poziom aktywności zawodowej Polaków, wczesne przechodzenie na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy, utrzymywanie się dużej skali zarobkowych migracji zagranicznych, szacowany jako wysoki udział zatrudnienia w szarej strefie także będą zmniejszać wpływy do NFZ.

Starzenie się społeczeństwa będzie miało bezpośrednie skutki finansowe dla systemu finansów publicznych w postaci wzrostu kosztów opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi. Szacuje się, iż koszty opieki zdrowotnej między 2007 a 2060 r. wzrosną z 4% do 5,4% PKB. Wzrosną również koszty opieki nad osobami starszymi – z 0,4% w 2007 r. do 1,1% w 2060 r. Łączne koszty w obszarze polityki zdrowotnej i społecznej wzrosną o 2,1% PKB do 2060 r., co

równać się będzie nawet ok. 15 mld euro dodatkowych nakładów z budżetu państwa rocznie [2009 Ageing Report..., s. 122, 135].

Najważniejszym postulatem wydaje się zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia. Oczywistym warunkiem jest rozwój gospodarczy i wzrost zatrudnienia oznaczające wzrost wpływów do budżetu. Należałoby podjąć skuteczne działania zmierzające do ograniczania szarej strefy, nielegalnego lub półlegalnego zatrudnienia, które nie wnoszą wkładu ani do NFZ, ani do budżetu.

### 3. Proponowane rozwiązania systemowe

Powstrzymanie kryzysu demograficznego i ograniczenie negatywnych konsekwencji wymaga podjęcia reform systemowych, w szczególności w takich obszarach jak:

#### – Ochrona zdrowia

Istotne jest przygotowanie systemu zapewniającego realny dostęp do usług medycznych oraz zwiększenie nakładów na podstawową opiekę zdrowotną. Im lepiej będzie ona funkcjonowała, tym niższe będą koszty leczenia specjalistycznego i szpitalnego. Każdy obywatel powinien mieć dostęp do lekarza pierwszego kontaktu, innowacyjnych metod leczenia oraz profilaktyki i promocji zdrowia. System powinien również wspierać dzietność poprzez m.in. programy walki z niepłodnością. Wysokie zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną nie może być zaspokojone z powodu deficytu bazy i kadry geriatrycznej na poziomie akademickim i usługowym. Przestał w praktyce funkcjonować system opieki środowiskowej, co skutkuje pogorszeniem opieki nad ludźmi starymi w środowisku zamieszkania. Sprawą kluczową jest opieka nad kobietą od wczesnego wieku, przez okres prokreacji (opieka prenatalna, okołoporodowa) oraz opieka nad dzieckiem. Pilnym zadaniem do rozwiązania jest też przywrócenie opieki lekarskiej i pielęgniarstwa w placówkach oświatowych [Magnuszewska-Otulak, 2012, s. 51-53].

W 2013 r. w zakresie polityki prorodzinnej wprowadzono roczny urlop macierzyński, wdrożono program refundacji leczenia niepłodności metodą in vitro.

#### – Ubezpieczenia społeczne

Konieczne jest podnoszenie wieku emerytalnego w tempie odpowiadającym zwiększaniu się długości życia Polaków. Od 1 stycznia 2013 r. odbywa się stopniowe podwyższenie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn do 67. roku życia. Należy zlikwidować emerytalne przywileje branżowe. Innym działaniem, które może przyczynić się do wzrostu wpływów, jest rzeczywiste upowszech-

nienie składki zdrowotnej, duża część ludności jest wyłączona z tego obowiązku, jednocześnie zachowując uprawnienia do korzystania ze świadczeń [Magnuszewska-Otulak, 2012].

– Pomoc społeczna

Potrzebne jest stworzenie systemu kompleksowej opieki nad osobami starszymi oraz niezdolnymi do pracy w sposób odciążający członków rodziny i ułatwiający im funkcjonowanie na rynku pracy. Wiele instytucji i organizacji działa na rzecz osób potrzebujących, w tym starych, problem w tym, że każda instytucja działa niezależnie od siebie, w rezultacie mało efektywnie. To w efekcie powoduje pogorszenie stanu zdrowia i zwiększenie częstotliwości hospitalizacji, generuje więc dodatkowe obciążenia dla systemu [Frąckiewicz, 2007, s. 17].

– Polityka zatrudnienia

Konieczne są działania zwiększające aktywność zawodową przez ograniczanie bezrobocia, jak też wydłużanie okresu aktywności. Potrzebne są narzędzia aktywizujące na rynku pracy osoby w wieku 55 lat i więcej. Wymagać to będzie stworzenia dwuwymiarowego systemu zachęt dla pracodawców do zatrudniania takich osób oraz dla pracowników, skłaniając ich do przedłużania momentu wyjścia z rynku pracy [Frąckiewicz, 2007]. Należy także tworzyć korzystne warunki i zachęcać młodych ludzi do podejmowania pracy w Polsce, do powrotu z emigracji, przygotowując odpowiednią ofertę w sferze zatrudnienia, mieszkalnictwa, edukacji itp. Należy też zachęcać do wychodzenia z szarej strefy, która ani nie daje bezpieczeństwa socjalnego, ani nie wnosi wkładu do finansów publicznych [Magnuszewska-Otulak, 2012, s. 51-53].

– Polityka rodzinna

Stworzenie systemu wspierającego dzietność, m.in. poprzez system podatkowy, prawo pracy (np. elastyczny czas pracy) oraz rozbudowę infrastruktury wsparcia rodzin z dziećmi (np. żłobki, przedszkola), ułatwiającego partycypację członków rodziny w rynku pracy [Magnuszewska-Otulak, 2012].

4 lutego 2011 r. wprowadzono ustawę o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, która promuje opiekę instytucjonalną nad dzieckiem, jest ona częścią pakietu ustaw wychodzących naprzeciw potrzebom rodzin, który ma ułatwić godzenie pracy z życiem prywatnym.

Wymienione powyżej działania systemowe pozwolić mogą na ograniczenie negatywnych konsekwencji zmian demograficznych.



## Podsumowanie

Narastanie potrzeb w zakresie ochrony zdrowia zderza się z możliwościami systemu ochrony zdrowia. Sytuacja ta będzie wymagać trudnych decyzji politycznych, co uznać za potrzeby zdrowotne, za których zaspokojenie powinno odpowiadać państwo. Te wyzwania skonfrontowane zostaną ze spadkiem wpływów możliwych do przeznaczenia na ochronę zdrowia.

Działania systemowe pozwolić mogą na ograniczenie negatywnych konsekwencji gospodarczych zmian demograficznych, jednak ich trwałe wyeliminowanie wydaje się trudne. W tym kontekście szczególne znaczenie zyskują zmiany systemowe w zakresie ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej jako te, które mogą bezpośrednio obniżać koszty dla budżetu państwa. W tych obszarach powinno się położyć szczególny nacisk na kwestie związane z innowacyjnymi rozwiązaniami w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia jako jeden ze sposobów szybkiego reagowania na wyzwanie, jakim jest postępujące starzenie się społeczeństwa. Należy bowiem podkreślić, że im dłużej społeczeństwo pozostanie w dobrym zdrowiu, będzie sprawne fizycznie i intelektualnie, a tym samym zdolne do pracy, tym dłużej będzie mogło przyczyniać się do wzrostu PKB.

## Literatura

- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. (2008), *Gerontologia i gerontologia w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontologia Polska”, nr 16, 3.
- Frąckiewicz L. (2007), *Starość jako problem społeczno-ekonomiczny* [w:] L. Frąckiewicz (red.), *W obliczu starości*, Katowice 2007.
- GUS (2009), *Rocznik statystyczny*, Warszawa.
- GUS (2014), *Trwanie życia w 2013 r.*, Warszawa.
- Karpiński A., Rajkiewicz A. (2008), *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, Warszawa.
- Kowaleski J.T., Szukalski P. (2004), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Magnuszewska-Otulak G. (2012), *Przemiany ludnościowe – wyzwania dla systemu ochrony zdrowia* [w:] A. Rączaszek (red.), *Demograficzne uwarunkowania rozwoju społecznego*, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice.
- Prognoza ludności na lata 2008-2035* (2009), GUS, Warszawa.
- Prognoza ludności na lata 2014-2050* (2014), GUS, Warszawa.

- Szafraniec-Buryło S., Sakowska I. (2008), *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce* [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, NIZP-PZH, Warszawa 2008.
- Wojtyniak B., Goryński P. (red.) (2008), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, NIZP-PZH, Warszawa.
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (2008), *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, NIZP-PZH, Warszawa.
- Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P., Poznańska A. (2008), *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, NIZP-PZH, Warszawa.
- Wojtyniak B., Wysocki M., Goryński P. (2008), *Zachorowania na nowotwory złośliwe* [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, NIZP-PZH, Warszawa.
- 2009 *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, European Commission, Aneks statystyczny o Polsce.
- [www 1] Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 r., [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L\\_podst\\_inf\\_o\\_rozwoju\\_dem\\_pl\\_do\\_2012.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2012.pdf).
- [www 2] Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 r., <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/podstawowe-informacje-o-rozwoju-demograficznym-polski-do-2014-roku,12,5.html> (dostęp: 21.08.2015).

#### DEMOGRAPHIC CHANGES AS A CHALLENGE TO THE HEALTH CARE SYSTEM

**Summary:** The health care system is facing the challenges of demographic change and growth opportunities limited financial outlays for health. The increase in the number of older people in society due to longer average life expectancy and the achievement age demographic aging and declining birth rates in recent years will lead to widespread problems with meeting health care needs. The phenomenon of moving the population of productive age group to group retirement age will fall proceeds to the National Health Fund by maintaining a low level of economic activity of the Polish population, which in turn reduces the number of people paying premiums for health insurance. Halting the demographic crisis and limit the negative consequences requires a deep systemic reforms, in particular in areas such as health care, social assistance, employment policy, social security and family policy.

**Keywords:** demographic change, health care, family policy.