

*dr Arkadiusz Przybyłka*¹ 

Katedra Analiz i Prognozowania Rynku Pracy
Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

Starzenie się populacji wyzwaniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Abstrakt

W artykule podjęto próbę wskazania skutków starzenia się populacji dla polskiego systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Wskazano możliwe kierunki działań, które mogą poprawić efektywność i dostępność tych usług w najbliższych latach.

Starzenie się społeczeństwa niesie ze sobą liczne konsekwencje, szczególnie istotne dla systemu zabezpieczenia społecznego, w tym ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Wraz ze wzrostem liczby osób starszych rosną wydatki na świadczenia medyczne, socjalne oraz opiekę długoterminową. Już dziś obserwuje się trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych – długie kolejki do specjalistów i ograniczona dostępność usług są codziennością wielu pacjentów. W przyszłości te problemy mogą się nasilić, zwłaszcza w kontekście zwiększonego zapotrzebowania na lekarzy geriatrów, rehabilitantów i personel pielęgniarstwa. Z tego względu warto rozważyć wprowadzenie obowiązkowych ubezpieczeń pielęgnacyjnych, które mogłyby wspierać finansowanie długoterminowej opieki nad seniorami. Równolegle należy pamiętać, że prognozy dotyczące przyszłych świadczeń emerytalnych wskazują na ich niski poziom, co może ograniczyć możliwości finansowe osób starszych. Dlatego kluczowe staje się promowanie zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowotnej już na wcześniejszych etapach życia, aby ograniczyć ryzyko chorób przewlekłych i zmniejszyć obciążenie systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w przyszłości.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, pomoc społeczna, starzenie się populacji.

Aging population as a challenge for the Polish healthcare and social welfare system

Abstract

The article attempts to identify the effects of population aging on the Polish health care and social welfare system. Possible directions of actions that can improve the efficiency and availability of these services in the coming years are indicated.

¹ Adres korespondencyjny: Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, ul. 1 Maja 47, 40-228 Katowice; e-mail: arekp@ue.katowice.pl. ORCID: 0000-0001-9427-6232.

Population aging has numerous consequences, especially important for the social security system, including health care and social assistance. As the number of elderly people increases, expenditures on medical and social benefits and long-term care are rising. Already today there are difficulties in accessing health services - long queues to specialists and limited availability of services are a daily reality for many patients. These problems are likely to intensify in the future, especially in the context of increased demand for geriatricians, rehabilitation specialists and nursing staff. For this reason, it is worth considering the introduction of mandatory nursing insurance, which could support the financing of long-term care for seniors. At the same time, it should be borne in mind that projections for future retirement benefits indicate their low level, which could limit the financial capacity of the elderly. Therefore, it becomes crucial to promote healthy lifestyles and preventive health care earlier in life in order to reduce the risk of chronic diseases and reduce the burden on health care and social assistance systems in the future.

Keywords: health care, social assistance, ageing population.

JEL: I15.

WPROWADZENIE

Proces starzenia się społeczeństwa stanowi jedno z najważniejszych wyzwań demograficznych, społecznych i ekonomicznych, z jakimi borykać się będzie Polska. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego w nadchodzących dekadach odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie systematycznie wzrastał, co spowoduje liczne implikacje w funkcjonowaniu instytucji publicznych, zwłaszcza systemu ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Wydłużająca się długość życia, spadek liczby urodzeń oraz migracje młodych ludzi przyczyniają się do zmian w strukturze demograficznej kraju. W tym kontekście niezbędne staje się nie tylko zwiększenie nakładów finansowych, ale także przeprowadzenie reform, które pozwolą sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na usługi medyczne i opiekuńcze dla osób starszych.

Artykuł podejmuje próbę wskazania skutków starzenia się populacji dla polskiego systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz wskazuje możliwe kierunki działań, które mogą poprawić efektywność i dostępność tych usług w najbliższych latach. Przedstawiona zostanie konsumpcja świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych i ich konsekwencji dla systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W głównej mierze oparto się na danych statystycznych oraz prognozach dla określonej grupy ludności. Niniejsza praca to analiza danych statystycznych oraz ich konsekwencji w nadchodzących latach dla osób starszych pod kątem możliwości korzystania z analizowanych systemów. W artykule zamiennie używane są terminy: „osoby starsze” i „osoby w wieku senioralnym”. Pojęcie pierwsze dotyczy osób po 60. roku życia, aczkolwiek często ta granica jest dość labilna; natomiast w drugim przypadku to najczęściej są osoby, które uzyskały określone uprawnienia emerytalne lub inne ulgi z tym związane.

STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKI

Zwiększanie odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci określane jest jako starzenie się ludności. Od 2013 r. obserwowany jest w naszym kraju ubytek naturalny wynikający z nadal niskiej liczby urodzeń przy jednoczesnym niewielkim, ale systematycznym zwiększaniu się liczby zgonów wynikających ze wzrostu liczby i odsetka osób w starszym wieku (Cierniak-Piotrowska, Dąbrowska, Stelmach, 2024, s. 8). Mediana wieku mieszkańców Polski wyniosła w 2023 r. prawie 43 lata. Wiek środkowy dla mężczyzn to ponad 41 lat, a dla kobiet 44 lata (w 2000 r. odpowiednio: ponad 33 i 37 lat). Mieszkańcy wsi są młodszy o dwa lata od mieszkających w miastach, gdzie mediana wynosi 44 lata. Natomiast niezmiennie rośnie grupa osób w wieku 65 lat i więcej – w 2023 r. zwiększyła się o 197 tys. osób do wielkości ponad 7,5 mln, co stanowi 20,1% ogólnej liczby ludności. Wynika to z przesuwania do populacji w starszym wieku coraz liczniejszych roczników osób urodzonych w latach pięćdziesiątych XX w. (Cierniak-Piotrowska, Dąbrowska, Kowalik, Potocka, Stelmach, Waśkiewicz, 2024, s. 29–30).

Przyspiesza więc proces starzenia się ludności Polski. Wskazują na to tendencje zmian dotyczące udziału ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety – 60 lat i więcej, mężczyźni – 65 i więcej). W latach 2000–2023 liczebność tej subpopulacji zwiększyła się o ponad 3 mln do wielkości 8,8 mln, a jej odsetek wzrósł w tym okresie z niespełna 15% do ponad 23%. W przypadku tej grupy wieku różnica udziałów w ogólnych populacjach miast i wsi wynosi aż 5,1 p. proc. W 2023 r. w miastach odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększył się do 25,4%, a na terenach wiejskich do 20,3%. Nieznacznie mniejsze jest zróżnicowanie regionalne – najstarsze w 2023 r. było woj. świętokrzyskie z ponad 26% udziałem osób w wieku poprodukcyjnym, a najmniejszy odsetek (ok. 21%) odnotowano w woj. małopolskim, pomorskim i wielkopolskim (Cierniak-Piotrowska, Dąbrowska, Kowalik, Potocka, Stelmach, Waśkiewicz, 2024, s. 31).

Prognozy ludności pokazują, że proces starzenia się ludzi jeszcze się pogłębi i staniemy się jednym z najstarszych społeczeństw w Europie. Wszystkie przewidywania demograficzne wskazują, że do 2060 r. liczba osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w porównaniu do 2022 r. Największy wzrost szacowany jest w scenariuszu wysokim – o połowę; w średnim o blisko 37%, natomiast w niskim o 22%. Kobiety w wieku 60 lat i więcej w 2060 r. będą stanowiły 21,7% ogółu ludności kraju, a mężczyźni – 16,7%. Udział kobiet w wieku 60 lat i więcej w populacji kobiet wzrośnie z 29,5% w 2023 r. do 41,7% w 2060 r., w przypadku mężczyzn wskaźnik ten wzrośnie z 22,8% w 2023 r. do 34,7% w 2060 r. (Potyra, Góral-Radziszewska, Waśkiewicz, Gawińska-Drużba, 2023, s. 36). Osoby starsze, podobnie jak ogół ludności, częściej zamieszkują miasta niż wsie. W 2060 r., w porównaniu z 2023 r., zmniejszy się udział trzech najmłodszych grup wieku w populacji ludzi starszych. Osoby w wieku 60–64 lata będą stanowiły 15,1% osób w wieku senioralnym (o 8,6 p. proc.

mniej niż w 2023 r.). Udział osób w wieku 65–69 lat zmniejszy się o 8,1 p. proc. i osiągnie w 2060 r. poziom 17,3%, natomiast osób w wieku 70–74 lata – o 2,7 p. proc. do poziomu 18,6%. Odsetek pozostałych grup wieku zwiększy się, osiągając 18,7% w przypadku 75–79 lat (wzrost o 5,3 p. proc.) oraz 14,6% w grupie 80–84 lata (wzrost o 6,7 p. proc.). Najwyższy przyrost (o 7,5 p. proc.) będzie dotyczył grupy najstarszej obejmującej osoby w wieku 85 lat i więcej. Według prognozy odsetek osób z tej grupy wieku, w populacji osób w wieku 60 lat i więcej, ukształtuje na poziomie 15,7% (Wyszkowska, Gabińska, Romańska, 2024, s. 27). Przewidywane jest również znaczne zwiększenie się liczby osób w wieku 80 lat i więcej, a mianowicie do 2060 r. wzrośnie ona ponad dwukrotnie (w porównaniu do 2022 r.) (*Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2023–2060*, 2023). Powiększać się również będzie liczba gospodarstw domowych z osobami starszymi mieszkającymi samotnie, co niewątpliwie spowoduje wzrost popytu na usługi opiekuńcze.

Procesy starzenia się społeczeństwa będą istotnie zróżnicowane terytorialnie, co będzie wpływało na zakres działalności poszczególnych podstawowych jednostek samorządu terytorialnego odpowiedzialnych za zapewnienie zaspokajania najważniejszych potrzeb lokalnych społeczności osób starszych (Kamińska-Gawryluk, 2022, s. 25). Wydłużanie się przeciętnego trwania życia oraz rosnąca populacja osób w starszym wieku sprawiają, że problem realizacji potrzeb opiekuńczych starszej ludności jest coraz bardziej widoczny i powszechny.

Mimo relatywnej poprawy stanu zdrowia seniorów w Polsce w ostatnich dwóch dekadach rośnie populacja osób starszych doświadczających różnorodnych ograniczeń wynikających ze złego stanu zdrowia (Sowa-Kofta, 2023, s. 202). Wśród kwestii związanych z postępującym starzeniem się najczęściej wskazywane są problemy zdrowotne, które charakteryzują się wielochorobowością i zniedołężnieniem, stopniowo prowadzącym do inwalidztwa, zmniejszeniem mobilności i doświadczaniem barier, np. architektonicznych, koniecznością korzystania z pomocy innych (Miszczak, 2015, s. 9). Ma to istotny wpływ na świadczenia z systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, o czym w dalszej części artykułu.

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA WOBEC PROBLEMÓW OSÓB STARSZYCH

Celem systemu ochrony zdrowia jest umożliwienie obywatelom długiego i zdrowego życia. Obowiązujący w Polsce system opieki zdrowotnej znajduje swoje podstawy w przepisach Konstytucji RP, mianowicie w jej art. 68 znajduje się zapis, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Ustawa zasadnicza gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia oraz do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W powołanym artykule zapisano również, iż władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. osobom w podeszłym wieku (Konstytucja RP, art. 68). System

ubezpieczenia zdrowotnego ma na celu możliwie jak najlepsze zabezpieczenie opieki zdrowotnej osobom ubezpieczonym oraz innym niż ubezpieczeni, uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy podkreślić, iż ustawodawca potraktował w Polsce geriatricę jako jedną z priorytetowych dziedzin medycyny (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny). Jest to związane z tym, iż wraz z wiekiem pogłębiają się długotrwałe problemy zdrowotne.

Ze starzeniem się populacji, jak wspomniano, nieodłącznie jest związany problem pogarszania się kondycji zdrowotnej. Dlatego też osoby starsze stanowią grupę szczególnej troski w zakresie ochrony zdrowia. Znaczna część seniorów ocenia ogólnie swoje zdrowie „tak sobie, ani dobrze, ani źle”. W 2023 r. w ten sposób określiło swoje zdrowie 47,9% osób w wieku 60 lat i więcej. W tej grupie wiekowej lepiej swój stan zdrowia ocenili mężczyźni niż kobiety. Dobrym lub bardzo dobrym zdrowiem według własnej oceny cieszyło się 34,5% mężczyzn i 29,8% kobiet. Znaczne różnice w samoocenie kondycji zdrowotnej osób w wieku 60 lat i więcej można również dostrzec, biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania. Dobrze lub bardzo dobrze swój stan zdrowia oceniało 33,1% mieszkańców miast oraz 29,5% mieszkańców wsi (Wyszkowska, Gabińska, Romańska, 2024, s.51).

W 2023 r. na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez sześć miesięcy lub dłużej (albo przewidywane, że będą tyle trwały) uskarżało się blisko 35,9% osób w wieku 16 lat i więcej. Wśród seniorów na tego rodzaju dolegliwości wskazało aż 63,2%, czyli prawie dwukrotnie więcej. Kobiety częściej niż mężczyźni sygnalizowały tego typu problemy (odpowiednio 64,9% i 60,6%). Natomiast biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania osób starszych, można stwierdzić, że częściej takie problemy wskazywali mieszkańcy miast (63,9%) niż wsi (61,9%).

Ograniczoną zdolność wykonywania czynności z powodu problemów zdrowotnych, trwającą co najmniej ostatnie sześć miesięcy, miała w 2023 r. ponad jedna czwarta mieszkańców Polski w wieku 16 lat i więcej. Wśród osób starszych odsetek ten był prawie dwukrotnie wyższy i wyniósł 45,1%. W 2023 r. poważnie ograniczona zdolność wykonywania czynności dotyczyła 13,6% seniorów, natomiast ograniczona, ale niezbyt poważnie – 31,5% (Wyszkowska, Gabińska, Romańska, 2024, s. 51). Odsetek osób z ograniczeniami wzrasta wraz z wiekiem. W grupie 80 lat lub więcej ponad połowa populacji (53,9%) posiadała takie ograniczenia (*Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r.*, 2024, s. 3).

U osób z niepełnosprawnością częściej występują długotrwałe problemy zdrowotne czy choroby przewlekłe, przeważnie też muszą korzystać one z pomocy medycznej. Osoby starsze znacznie częściej, niż młodsze, sygnalizują obecność chorób przewlekłych. Niemal 70% pięćdziesięciolatków zgłaszało wystąpienie takich problemów, wśród sześćdziesięciolatków odsetek ten wyniósł 82%,

a w grupie osób najstarszych – niemal 96%. Kobiety relatywnie częściej niż mężczyźni wskazywały na długotrwałe problemy zdrowotne (odpowiednio 53% i 45%). Wraz z wiekiem pogłębiały się problemy z kręgosłupem, a także wysokim ciśnieniem krwi. Wśród osób w wieku co najmniej 60 lat najczęściej występowały problemy z nadciśnieniem, w tym przypadku odsetek wskazań wynosił od 50% w grupie wiekowej 60–69 lat do 69% u osób w wieku 80 lat lub starszych. Ponadto co najmniej 1/4 osób w wieku 70 lat lub starszych zapadła na przynajmniej jedną z chorób: cukrzycę lub chorobę wieńcową, a niespełna 1/3 mężczyzn na choroby prostaty (*Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*, 2021, s. 34).

Częstość korzystania z usług medycznych jest uzależniona zarówno od przyjętego sposobu dbałości o swoje zdrowie, jak i od kondycji zdrowotnej człowieka w przypadku usług o charakterze leczniczym. Osoby mające problemy zdrowotne, stałe i tymczasowe, potrzebują pomocy medycznej, częściej więc korzystają z niej niż ludzie cieszący się dobrym zdrowiem. Dlatego też seniorzy stanowią stosunkowo liczną grupę pacjentów zarówno w placówkach ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Opieka nad niepełnosprawnymi w podeszłym wieku wchodzi w zakres działania opieki długoterminowej. Według definicji OECD jest ona sprawowana nad osobami wymagającymi stałej opieki osób trzecich z powodu przewlekłych schorzeń oraz zmniejszonego stopnia samodzielności i co za tym idzie, mniejszej możliwości samoobsługi (Kujawska, 2015, s. 70).

Rosnący popyt na usługi opieki długoterminowej to trend w każdym starzejącym się społeczeństwie na świecie, jednakże w Polsce należy się spodziewać szczególnie dynamicznego wzrostu. Wpływają na to wskazane wcześniej trendy związane ze starzeniem się społeczeństwa. 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 istotniejszą rolę. Zakładami opieki długoterminowej są zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym oraz o profilu psychiatrycznym. W 2023 r. funkcjonowało ich łącznie 624 (*Zdrowie i jego ochrona w 2023 r.*, 2024, s. 34).

Kolejną formą pomocy dla osób starszych są hospicja i oddziały opieki paliatywnej zapewniające interdyscyplinarną opiekę nad pacjentem w schyłkowej fazie jego życia. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej).

W 2023 r. opieka hospicyjno-paliatywna była realizowana w 138 hospicjach stacjonarnych oraz na 50 oddziałach paliatywnych i hospicyjnych działających w szpitalach ogólnych. Łącznie dysponowały one 4,8 tys. łóżek. Zakłady opieki hospicyjno-paliatywnej udzieliły pomocy ponad 47,9 tys. pacjentów, przy czym ponad połowa z nich – 56,2% – przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostali podopieczni skorzystali z oddziałów opieki paliatywnej działających poza strukturą szpitali (18,2% pacjentów) lub z oddziałów funkcjonujących w ramach szpitali ogólnych (25,6% ogółu korzystających z tej formy opieki). Analiza działalności placówek opieki hospicyjno-paliatywnej w latach 2019–2023, czyli w okresie sprzed i po pandemii COVID-19, wskazuje na powiększanie się zarówno bazy łóżkowej, jak i liczby pacjentów korzystających z tej formy opieki (*Zdrowie i jego ochrona w 2023 r.*, 2024, s. 79). W kolejnych latach ich liczba będzie z pewnością rosła.

W czynnościach opiekuńczych nad osobami starszymi zasadniczą rolę spełnia jednak podstawowa opieka zdrowotna. Lekarz pierwszego kontaktu, znając pacjentów oraz warunki ich życia i funkcjonowania, ma możliwość właściwego pokierowania opieką nad nimi, która z kolei powinna mieć charakter czynny. Lekarz POZ powinien przeprowadzać okresowe badania kontrolno-profilaktyczne pacjentów w starszym wieku oraz współpracować ze specjalistycznymi placówkami geriatrycznymi. W 2023 r. przeciętna liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosła 9,2 porady. Pacjenci w wieku 65 lat i więcej korzystali z porad zdecydowanie częściej niż osoby młodsze. W 2023 r. starsi ludzie skorzystali średnio z 14,6 porady, tj. prawie z dwukrotnie większej liczby porad niż osoby w grupie wieku 0–64 lata. W strukturze porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej dominowały te z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W grudniu 2023 r. w Polsce działało 195 poradni geriatrycznych, tj. o 31 więcej niż rok wcześniej. Najwięcej z nich zlokalizowanych było w województwie śląskim – 40. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzielili osobom w wieku 65 lat i więcej 63,4 mln porad, tj. ponad jedną trzecią ogólnej liczby porad tego rodzaju. W opiece specjalistycznej odnotowano 39,7 mln porad udzielonych osobom we wskazanym wieku, tj. 30,3% wszystkich porad specjalistycznych. W 2023 r. w poradniach geriatrycznych udzielono łącznie 85,5 tys. porad lekarskich, w tym kobietom – 60,5 tys. (70,7%) (Wyszkowska, Gabińska, Romańska, 2024, s. 46–47).

Z kolei analiza pacjentów korzystających z usług szpitalnych z uwzględnieniem wieku wykazała, że osoby starsze zdecydowanie częściej i dłużej podlegają hospitalizacji. W opiece stacjonarnej oddziałami szpitalnymi zapewniającymi kompleksową opiekę medyczną i usługi pielęgniarstwa starszym pacjentom są te o charakterze geriatrycznym. W 2023 r. liczba tych oddziałów wyniosła 62 i dysponowały one 1225 łózkami, na których w ciągu roku leczono 31,4 tys. osób. Jeśli chodzi o dorosłych, liczba hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem i w starszych grupach wiekowych jest większa wśród mężczyzn niż kobiet (Wyszkowska, Gabińska,

Romańska, 2024, s. 48–49). Wśród mężczyzn w wieku 70 lub więcej lat w 2023 r. 18,2% przebywało w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej. Jeżeli chodzi o kobiety, w analogicznej grupie wieku, odsetek był niższy i wyniósł 13,5%.

Lecznictwo uzdrowiskowe stanowi istotną część systemu ochrony zdrowia przeznaczoną dla seniorów. Prowadzone jest w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych w kurortach, czyli na terenach o szczególnych walorach geologiczno-klimatycznych, wydzielonych w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się tam naturalnych surowców leczniczych. W 2023 r. odnotowano 495,6 tys. kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego w wieku 65 lat i więcej, którzy stanowili 54,8% ogółu korzystających z tego typu kuracji. Polscy kuracjusze w wieku 65 lat lub więcej (471,2 tys. osób) stanowili 6,3% mieszkańców kraju w tym wieku, natomiast osoby młodsze, poniżej 65. roku życia (392,4 tys. osób) – 1,3% ogółu ludności w tym wieku (*Zdrowie i jego ochrona w 2023 r.*, 2024, s. 92). Najwięcej pacjentów w wieku 65 lat i więcej korzystało z lecznictwa uzdrowiskowego w województwie kujawsko-pomorskim – 24,3% oraz zachodniopomorskim – 23,1% ogólnej ich liczby, najmniej zaś w województwie łódzkim – 0,2%. W 2023 r. 65,4% kuracjuszy w wieku 65 lat i więcej otrzymało finansowanie lub dofinansowanie NFZ, a 32,4% osób samodzielnie opłacało swoje leczenie. Pozostałe 2,2% seniorów skorzystało z finansowania lub dofinansowania pobytu przez ZUS, KRUS, PFRON lub inne instytucje (Wyszkowska, Gabińska, Romańska, 2024, s. 50). Wydatki tych instytucji będą systematycznie rosły wraz ze starzeniem się populacji.

Znaczną część wydatków na opiekę zdrowotną stanowią wydatki ponoszone na rzecz pacjentów w wieku 60 lat i więcej. Analizując refundację kosztów leczenia szpitalnego osób starszych, należy zauważyć, że wśród nich dominowały świadczenia skierowane do pacjentów w wieku 70–74 lata, których udział w 2023 r. wyniósł 24,1%. Najwyższe wydatki NFZ na refundację leczenia szpitalnego osób w wieku 60 lat i więcej były ponoszone na leczenie w oddziałach kardiologicznych i chorób wewnętrznych. Stanowiły one odpowiednio 77,9% i 79,6% ogólnej kwoty refundacji świadczeń na tych oddziałach, a w odniesieniu do ogólnej wartości refundacji leczenia szpitalnego seniorów – 13,5% i 10,1%. Wartość refundacji leczenia szpitalnego osób starszych na oddziale geriatrycznym ukształtowała się na poziomie 260,1 mln zł, co stanowiło 0,6% ogólnej kwoty refundacji leczenia szpitalnego osób w wieku senioralnym (Wyszkowska, Gabińska, Romańska, 2024, s. 54).

Konsekwencje starzenia się społeczeństwa dla systemu ochrony zdrowia są wieloaspektowe i będą miały istotny wpływ na jego funkcjonowanie. Najważniejsze to z pewnością:

- wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne,
- wydłużenie kolejek i ograniczony dostęp do specjalistów,
- rosnące koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,

- potrzeba rozwoju opieki długoterminowej i paliatywnej,
- większy nacisk na profilaktykę i opiekę środowiskową,
- potrzeba wprowadzenia nowych form finansowania.

Jak wykazano, osoby starsze to znaczna grupa konsumentów świadczeń zdrowotnych. Z perspektywy zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa ich liczba będzie systematycznie rosła. Ponadto wskazane występujące ograniczenia zdrowotne wpływają również na możliwość prowadzenia własnego gospodarstwa domowego. Nie pozwalają one często osobom starszym przede wszystkim na wykonywanie okazjonalnie cięższych prac domowych, ale także robienie zakupów, przygotowywanie posiłków czy zajmowanie się sprawami administracyjno-finansowymi. Dlatego też coraz większe znaczenie będzie miało dla nich korzystanie z usług pomocy społecznej.

SYSTEM POMOCY SPOŁECZNEJ WOBEC OSÓB STARSZYCH

System pomocy społecznej oferuje szereg różnorodnych form wsparcia, dedykowanych osobom, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymagają opieki w codziennym życiu. Jeżeli chodzi o wsparcie dla osób starszych, jest ono skierowane szczególnie do ludzi samotnych, w gorszej sytuacji finansowej, ale również do tych, którzy z różnych przyczyn nie mogą liczyć na wsparcie najbliższych. Pomoc ta może być udzielana w miejscu zamieszkania, podczas dziennego pobytu w ośrodkach wsparcia albo pobytu w placówce całodobowej (*Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.*, 2024, s. 15). Jeżeli wymaga tego indywidualna sytuacja, ludziom samotnym, którzy z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych, a są jej pozbawieni, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem (Ustawa z dnia 12 marca 2024 o pomocy społecznej, art. 50). Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje wsparcia, i dotyczą pomocy w codziennych zajęciach, takich jak zakupy, sprzątanie, gotowanie, mycie, ubieranie, podawanie lekarstw, ślanie łóżka, karmienie, zapobieganie odleżynom i odparzeniom. Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia.

Dla osób starszych szczególne znaczenie mają specjalistyczne usługi opiekuńcze, które obejmują: fachowe formy pielęgnacji, rehabilitację fizyczną i terapię. Są one dostosowane do rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i są świadczone przez specjalistów: pielęgniarki, rehabilitantów, terapeutów, psycho-

logów. Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Praca socjalna z ludźmi starszymi powinna być oparta o tzw. system nieformalny lub naturalny (jak np. rodzina, opiekunowie, przyjaciele, sąsiedzi), układy formalne, czyli specjalistyczną pomoc, oraz systemy społeczne. Obejmuje ona ocenę potrzeb i zapotrzebowania na pracę socjalną z jednostką i rodziną, poradnictwo i terapię, działania nastawione na radzenie sobie ze stresem, rzecznictwo indywidualne i grupowe, pracę z grupą i społecznością lokalną. Należy podkreślić, że praca socjalna z ludźmi starszymi opiera się głównie na stworzeniu optymalnych warunków do ich pełnego rozwoju. Do szczegółowych celów zalicza się utrzymanie samodzielności życiowej lub usamodzielnienie seniorów, zachowanie ich aktywności, przygotowanie do starości jako fazy życia, zapobieganie osamotnieniu i izolacji społecznej oraz marginalizacji i wykluczeniu, integrację społeczną oraz zapewnienie im korzystnego środowiska życia (dopasowanego do ich potrzeb) (Kanos, 2018, s. 212). Ciekawym i korzystnym rozwiązaniem dla osób starszych jest łączenie opieki sąsiedzkiej i asystenckiej z działaniami o charakterze aktywności społecznej. Pomoc asystentów i sąsiadów wykorzystywana jest bowiem nie tylko w celu zaspokojenia podstawowych (w zakresie obsługi osobistej) i instrumentalnych (w gospodarstwie domowym) czynności dnia codziennego, ale również umożliwia uczestniczenie w innych działaniach projektowych o charakterze kulturalnym i społecznym (Sowa-Kofta, 2023, s. 216).

Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania przysługują osobie, która jest samotna i z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych, a jest jej pozbawiona. Mogą być przyznane również jednostce, która potrzebuje wsparcia otoczenia, a rodzina, a także niezamieszkujący wspólnie małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują wsparcie w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości utrzymanie kontaktów z otoczeniem. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w szczególności gdy doszło do nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub gdy objęcie osób usługami opiekuńczymi wynika z konieczności zapewnienia im odpowiedniej opieki, usługi te mogą być przyznane w trybie pilnym. W 2023 r. 109 079 osób w wieku senioralnym skorzystało z usług opiekuńczych (*Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.*, 2024, s. 15). Od 2023 r. wprowadzono również usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w formie usług sąsiedzkich, które obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną. Od listopada do grudnia 2023 r. z tej formy usług skorzystały 124 osoby.

Ponadto osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w realizacji niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze

lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia. W ramach działalności ośrodków wsparcia poprzez prowadzenie treningów indywidualnych i grupowych świadczone są różnego rodzaju usługi (całodzienny pobyt, posiłki, podstawowe świadczenia opiekuńcze, rekreacyjno-kulturalne, edukacyjne, rehabilitacyjne) dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy. Według sprawozdania MRiPS-06 za 2023 r. liczba ośrodków wsparcia wynosiła 2633, liczba miejsc w tych jednostkach – 89 181, a liczba osób korzystających – 111 128, w tym 868 środowiskowych domów samopomocy z liczbą miejsc 33 690, z których skorzystało 37 216 osób (*Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.*, 2024, s. 16).

Natomiast w razie niemożności zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę osoba wymagająca opieki całodobowej może ubiegać się o skierowanie do domu pomocy społecznej. W 2023 r. funkcjonowały 904 takie ośrodki oraz 652 placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. W końcu 2023 r. w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej przebywało blisko 121,9 tys. osób, w tym w wieku 60 lat i więcej – 82,9 tys., co stanowiło 68,0% ogólnej liczby mieszkańców tych placówek. W stosunku do roku poprzedniego odsetek osób starszych wśród mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej zwiększył się o 0,6 p. proc (Wyszkowska, Gabińska, Romańska, 2024, s. 60).

Istnieje również możliwość wsparcia całodobowego osób starszych w małych i kameralnych podmiotach, jakimi są rodzinne domy pomocy. Stanowią one formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub podmiot uprawniony dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie podopiecznych wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie. Rodzinne domy pomocy mogą stanowić alternatywę dla domów pomocy społecznej jako forma wsparcia osób w podeszłym wieku. Według sprawozdania MRiPS-06 za 2023 r. liczba rodzinnych domów pomocy wynosiła 59, z liczbą miejsc 435 i liczbą osób korzystających 396 (*Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.*, 2024, s. 18).

Trzeba pamiętać, by osoby starsze mogły uzyskiwać w pierwszej kolejności pomoc środowiskową, dopiero gdy staje się to niemożliwe, należy zapewnić pomoc instytucjonalną. Popyt zarówno na jedno, jak i drugie usługi będzie systematycznie rósł. Konsekwencje starzenia się społeczeństwa dla systemu **pomocy społecznej** również będą znaczące i wymuszą zmiany tak organizacyjne, jak i finansowe. Można tu wskazać:

- wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i wsparcie środowiskowe,
- niedobór pracowników socjalnych oraz opiekunów,
- rosnące wydatki samorządów,
- wzrost znaczenia domów pomocy społecznej oraz innych form opieki instytucjonalnej,

- zwiększenie się liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym,
- większy nacisk na aktywizację seniorów.

PODSUMOWANIE

Starość, starzenie nie jest chorobą, lecz naturalnym etapem w życiu człowieka, który może dożyć wieku podeszłego, starczego i sędziwego. Starzenie to postępujące wraz z wiekiem zmiany społeczne i biologiczne; osłabienie sił, odporności, zmiany na gorsze w kondycji zdrowotnej, utrata sprawności fizycznej i umysłowej, które może być traktowane jako pogorszenie zdrowia. Proces starzenia się nie wymaga leczenia, lecz odpowiedniej opieki (Hryniewicz, 2022, s. 52). Dynamika zmian demograficznych niesie ze sobą konsekwencje dla systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W tym drugim przypadku jest to dodatkowo związane z rosnącą liczbą gospodarstw domowych jednoosobowych. Konieczne wydaje się więc zwiększanie wydatków na ochronę zdrowia i pomoc społeczną. Warto rozważyć wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego oraz zwiększyć wsparcie samorządów w zakresie finansowania usług opiekuńczych. Nacisk powinien być położony na diagnostykę, gdyż wiele chorób wykrytych we wczesnych stadiach jest tańszych w leczeniu oraz wydłuża dalsze trwanie życia w dobrym zdrowiu. To z kolei przekłada się na rzadsze korzystanie z świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych.

Oprócz tego ważne są działania informacyjne i edukacyjne skierowane do osób w wieku produkcyjnym na temat zdrowego starzenia się. Poza tym wszystkim jednak trzeba myśleć o kompleksowych rozwiązaniach tych kwestii, które w najbliższych latach będą się nasilać. Warto zatem rozważyć tworzenie lokalnych centrów usług dla seniorów (opieka zdrowotna + pomoc społeczna + aktywizacja). Istotna jest również lepsza koordynacja działań między ochroną zdrowia, pomocą społeczną, organizacjami pozarządowymi i rodziną.

BIBLIOGRAFIA

- Cierniak-Piotrowska, M., Dąbrowska, A., Kowalik, M., Potocka, M., Stelmach, E., Waśkiewicz, K. (2024). *Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.* Warszawa: ZWS GUS.
- Cierniak-Piotrowska, M., Dąbrowska, A., Stelmach, E. (2024). *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* Warszawa: ZWS GUS.
- Hryniewicz, H. (2022). Niesamodzielna starość jako nowe ryzyko socjalne. W: J. Hryniewicz, M. Halicka (red.), *Niesamodzielna starość* (s. 46–70). Warszawa: ZWS.
- Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.* (2024). Warszawa: Minister ds. Polityki Senioralnej.
- Kamińska-Gawryluk, E. (2022). Osoby starsze w ujęciu statystycznym i terytorialnym. W: J. Hryniewicz, M. Halicka (red.), *Niesamodzielna starość* (s. 9–23). Warszawa: ZWS.

- Kanios, A. (2018). Praca socjalna z osobami starszymi i opieka geriatryczna jako wyzwanie współczesności. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 31(1), 209–218. DOI: 10.17951/j.2018.31.1.209-218.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483).
- Kujawska, J. (2015). Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 885, *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 74(1), 709–722. DOI: 10.18276/frfu.2015.74/1-62.
- Miszcza, M. (2015). Starość i starzenie się społeczeństw – przyczyny, uwarunkowania oraz prognozy na przyszłość. *Edukacja Etyczna*, 9, 5–16.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r. Wyniki wstępne.* (2024). Warszawa: ZWS GUS.
- Potyra, M., Góral-Radziszewska, K., Waśkiewicz, K., Gawińska-Družba, E. (2023). *Prognoza ludności na lata 2023–2060*. Warszawa: ZWS GUS.
- Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2023–2060.* (2023). Warszawa: ZWS GUS.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2022 r., poz. 262).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2024 r., poz. 791).
- Sowa-Kofta, E. (2023). Rozwój usług pomocy i wsparcia dla seniorów oraz opiekunów osób niesamodzielnych. W: E. Bojanowska, R. Czekalski (red.), *Pandemia a seniorzy. Wyzwania – działania – rozwiązania* (s. 197–216). Warszawa: WKS.W.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.* (2021). Warszawa: ZWS GUS.
- Ustawa z dnia 12 marca 2024 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r., poz. 1283).
- Wyszkowska, D., Gabińska, M., Romańska, S. (2024). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.* Warszawa, Białystok: ZWS GUS.
- Zdrowie i jego ochrona w 2023 r.* (2024). Warszawa: ZWS GUS.