Józef Haczyński¹

Skutki starzenia się polskiego społeczeństwa

Streszczenie

Starzenie się ludności jest związane z bezpośrednim i pośrednim wpływem wielu czynników i ma nie tylko wymiar demograficzny, ale także rodzi reperkusje ekonomiczne i społeczne. Z prognozy demograficznej na lata 2014–2029 wynika, że liczba ludności Polski spadnie o 1,2 mln, zwłaszcza w grupie wiekowej 20–44 lat. Równocześnie nastąpi znaczny wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej. Postępujący proces starzenia się społeczeństwa jest dużym wyzwaniem dla decydentów, wymagającym długoterminowych, szeroko zakrojonych i centralnie koordynowanych działań w wielu dziedzinach.

W niniejszej pracy starzenie się społeczeństwa zostało przedstawione w trzech odrębnych aspektach: demograficznym, konsekwencjach społeczno-ekonomicznych i w kontekście zdrowia seniorów. Bez natychmiastowego i znaczącego zaangażowania państwa w realizację i osiągnięcie celów, uwzględniających potrzeby starzejącego się społeczeństwa, opieka nad osobami starszymi będzie niewystarczająca, a tym samym dojdzie do nadmiernego obarczenia dodatkowymi obowiązkami i kosztami rodzin osób starszych.

Słowa kluczowe: starzenie się, ochrona zdrowia w geriatrici, choroby przewlekłe, niedobory kadry medycznej.

The Effects of Polish Population Ageing

Abstract

Population ageing involves a direct and indirect impact of many factors and not only has a demographic dimension but also leads to economic and social repercussions. The demographic forecast for 2014–2029 shows that the Polish population will decrease by 1.2 million people,

¹ Józef Haczyński, dr hab. nauk medycznych, Dyrektor Centrum Zarządzania w Ochronie Zdrowia Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa, profesor na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego, ul. Zyty 28, 65-046 Zielona Góra, e-mail: jhaczynski@wz.uw.edu.pl; ORCID: 0000-0002-8971-2287.

notably in the 20–44 age group. At the same time, the share of those aged 65 and more will significantly increase. Progressive population ageing is a big challenge for decision-makers, requiring long-term, extensive and centrally coordinated actions in many areas.

The chapter presents population ageing in three separate aspects: demographic, socio-economic consequences, and in the context of seniors' health. Without immediate and considerable involvement of the state in the implementation and achievement of objectives taking into account the needs of an ageing population, care for the elderly will be insufficient, and thus excessive burden of additional responsibilities and costs will be imposed on families of seniors.

Keywords: ageing, geriatric healthcare, chronic diseases, medical staff shortages.

Wstęp

Proces starzenia się jest naturalnym zjawiskiem biologicznym i dotyczy wszystkich organizmów żywych. W ostatnich dziesięcioleciach jest obserwowane narastające zjawisko starzenia się społeczeństw. Rozwój społeczno-gospodarczy Polski oraz dokonujący się postęp technologiczny w medycynie wpływają znacząco na zmiany w strukturze wiekowej ludności, przyczyniając się nie tylko do wydłużenia życia i poprawy jego jakości, lecz także do zmian częstości występowania chorób i problemów medycznych. Jednocześnie są obserwowane zmiany w obrębie modelu rodziny, będące przyczyną m.in. obniżenia współczynników rodności i dzietności polskich rodzin.

Współczynnik rodności jest miernikiem natężenia urodzeń żywych i liczony jest jako stosunek liczby żywych urodzeń z badanej zbiorowości w określonym czasie do liczby ludności w połowie okresu lub do średniej liczby ludności. Współczynnik rodności opisuje aktualny poziom urodzeń, a jego wartość w istotny sposób zależy od struktury społeczeństwa według płci i wieku, zwłaszcza od udziału ludności w wieku zdolności rozrodczej i struktury populacji w wieku rozrodczym oraz od postaw i zachowań prokreacyjnych.

Współczynnik dzietności określa liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym (15–49 lat). Przyjmuje się, że współczynnik dzietności między 2,10 a 2,15 jest wartością zapewniającą prostą zastępowalność pokoleń.

Wobec niskiej liczby urodzeń oraz wydłużania się przeciętnego trwania życia ludzkiego zwiększa się zarówno liczba, jak i odsetek osób starszych oraz zmniejsza się zastępowalność pokoleń – co powoduje przesunięcie odpowiedzialności za opiekę nad osobami starszymi z rodziny na instytucje państwowe. Równocześnie decydenci stają wobec dylematu, w jaki sposób poprawić sytuację demograficzną kraju. Czy prowadzić politykę pronatalistyczną i prorodziną, czy też skierować działania na imigrację siły roboczej z krajów o większej

dietności? W obu przypadkach szybciej lub wolniej dochodziłoby do rozłożenia ciężaru utrzymania osób starszych na osoby młodszej generacji. Równocześnie, aby utrzymać wysokość świadczeń emerytalno-rentowych i odpowiedni poziom opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, można rozważać zwiększenie obciążeń fiskalnych, nakładanych na wynagrodzenia osób aktywnych zawodowo, zwiększenie atrakcyjności różnych programów emerytalnych lub wydłużenie okresu aktywności zawodowej. Subpopulacja osób starszych jest zbiorowością niejednorodną.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za początek starości uznaje 60 rok życia i wyróżnia trzy etapy starości w zależności od przedziałów wiekowych (http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf?ua=1; dostęp: 10.09.2017). Przedział wiekowy 60–74 lat jest uznawany za „młodą” starość (III wiek, *young old*), przedział wiekowy 75–89 lat jest „dojrzałą” starością (IV wiek, *oldest old*), a wiek 90 lat i więcej jest definiowany jako długowieczność (*oldest old, long life*). Każda z tych grup wiekowych ma inne potrzeby, zarówno wynikające z problemów medycznych, jak i w zakresie wsparcia społecznego czy psychologicznego.

Na zjawisko starzenia się ludności wpływa pośrednio szereg czynników, jak np.: poziom zamożności społeczeństwa, promowany model rodziny, aktywność zawodowa kobiet, poziom opieki społecznej i ochrony zdrowia, wykształcenie ludności oraz polityka społeczna państwa. Proces starzenia się ma więc nie tylko wymiar demograficzny, lecz także rodzi reperkusje ekonomiczne i społeczne. Proces ten generuje zmiany w strukturze konsumpcji, wywołuje wzrost zapotrzebowania na niektóre usługi, np. w dziedzinie ochrony zdrowia czy opieki społecznej, powoduje zmniejszenie aktywności zawodowej, zwiększenie wydatków na utrzymanie rosnącej grupy poprodukcyjnej, zmianę struktury siły roboczej, rodziny i gospodarstw domowych.

1. Demografia starzenia się populacji polskiej

Badania demograficzne wskazują, że największy wpływ na dynamikę procesu starzenia się społeczeństwa ma natężenie urodzeń. Duża liczba urodzeń przyczynia się do wzrostu udziału dzieci w strukturze populacji, a co za tym idzie – do „odmłodzenia” populacji.

Wydłużenie życia ludności najstarszej przyspiesza zjawisko starzenia się społeczeństwa, natomiast wzrost wskaźnika przeżywalności noworodków działa na nie hamująco (zob. *Starzenie się społeczeństwa polskiego...*, 2011, s. 3, 4).

W Polsce, po powojennym „boomie urodzeniowym”, od końca lat 50. XX wieku dietność zmniejszała się, a proces ten trwał do początku lat

70. XX wieku, kiedy to w wiek największej aktywności prokreacyjnej weszły roczniki kobiet z wyżu demograficznego lat 50. XX wieku, co spowodowało znaczący wzrost liczby urodzeń. Wzrost dzietności utrzymywał się do 1983 roku – współczynnik dzietności wyniósł w 1978 roku 2,205 i w 1983 roku – 2,416. W następnych latach obserwowano systematyczny spadek współczynnika dzietności. Rok 2003 był w Polsce rokiem o rekordowo niskiej liczbie urodzeń – tylko nieco ponad 351 tys. (współczynnik dzietności był rekordowo niski i wyniósł tylko 1,22). W kolejnych latach obserwowano niewielki wzrost liczby urodzeń – w 2009 roku współczynnik dzietności wyniósł około 1,4. Począwszy od 2011 roku obserwowano ponownie spadek liczby urodzeń (współczynnik dzietności w 2015 roku wyniósł 1,29). Dopiero wprowadzenie w życie programu „Rodzina 500+” przyniosło w 2016 roku wzrost współczynnika dzietności do 1,36 (zob. *Prognoza ludności na lata 2014–2050*).

Wykres 1. Współczynniki dzietności kobiet i udział kobiet w wieku 15–49 lat w ogólnej liczbie kobiet w Polsce w latach 1990–2013

Źródło: *Małżeństwa oraz dzietność w Polsce* (2016, wykres 5, s. 5).

Charakterystycznym zjawiskiem dla Polski po 1989 roku był także wzrost średniego wieku rodzenia dziecka (MAC – *mean age of childbearing*). O ile w 1990 roku wynosił on 26,2 lat, w 2000 roku – 27,4 lat, to w 2013 roku – już 29,0 lat. Opóźnienie macierzyństwa jest charakterystyczną cechą zachowań prokreacyjnych, obserwowanych w innych krajach europejskich już od lat 60. XX wieku. Pomimo znacznego wzrostu MAC, Polska i tak nadal należy do krajów o stosunkowo niskim wieku macierzyństwa (Ibidem, s. 37).

Wykres 2. Urodzenia żywe w Polsce według wieku matki w latach 1990–2013 (w %)

Źródło: *Małżeństwa oraz dzietność w Polsce* (2016, wykres 6, s. 6).

Szybki postęp w dziedzinie medycyny – wcześniejsze i dokładniejsze diagnozowanie chorób, skuteczniejsze ich leczenie, prowadzenie zdrowego stylu życia, zmiana diety, jak również działania rządu prowadzące do zapewnienia odpowiednich warunków życia, pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji wpływają na stałą poprawę kondycji zdrowotnej Polaków, a tym samym ich dłuższe życie.

W latach 1991–2013 przeciętny okres życia mężczyzn w Polsce zwiększył się o 7,2 lat, natomiast kobiet o 6 lat. W 2013 roku przeciętny okres przeżycia noworodka płci męskiej wynosił 73,1 lata, natomiast noworodka płci żeńskiej – 81,1 lat.

Według danych GUS przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce będzie systematycznie wzrastała do ponad 77,5 lat w 2030 roku i 81,8 lat w 2050 roku w porównaniu do 73,1 lat w 2013 roku (Ibidem). Nieco wolniejszy wzrost długości życia prognozowany jest dla polskich kobiet i wynosi odpowiednio: 84,4 lat w 2030 roku i 87,6 lat w 2050 roku. Przyjmując za miarę zaawansowania procesu starzenia się medianę wieku przewiduje się, że w 2050 roku mediana

wzrośnie do 48,8 lat dla mężczyzn i do 53,7 lat dla kobiet, co oznacza w skali kraju wzrost o odpowiednio 10,9 i 12,3 lat w porównaniu do 2014 roku.

Występujące w Polsce zjawisko nadumieralności mężczyzn utrzymuje się od lat na wysokim poziomie. Dysproporcja pomiędzy przeciętnym trwaniem życia mężczyzn i kobiet w 1991 roku wynosiła aż 9,2 lat i ulegała stopniowemu obniżaniu w kolejnych latach – do 8 lat w 2013 roku. Nadal jednak długość życia zarówno Polek, jak i Polaków jest mniejsza niż obywateli wielu krajów Europy Zachodniej. W kolejnych latach powinna być obserwowana tendencja zmniejszania się nadumieralności mężczyzn, a tym samym rozpiętość między przeciętnym trwaniem życia mężczyzn i kobiet powinna stopniowo maleć.

Analiza danych z opublikowanego przez GUS w 2014 roku opracowania *Prognoza ludności na lata 2014–2050* pozwala na stwierdzenie, że Polskę czeka dalszy, stopniowy ubytek liczby ludności oraz znaczące zmiany jej struktury według wieku (załącznik – tabela 1). Oba te fakty wynikają z mechanizmów powiązań między natężeniem urodzeń i zgonów a stanem ludności. Spodziewana poprawa płodności, jaka pojawiła się po 2004 roku, okazała się zbyt słaba, aby przynieść wymierne efekty dla wielkości i struktury populacji według wieku. Długotrwały spadek urodzeń zapoczątkowany po 1983 roku i utrzymujące się niskie natężenie urodzeń spowodowały, że w wiek prokreacji wchodzi coraz mniej liczne roczniki. Polska znalazła się w takim momencie rozwoju demograficznego, że nawet wzrost współczynnika dzietności do poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń w krótkim okresie nie spowoduje odwrócenia tych procesów i nie powstrzyma zmniejszania się liczby ludności kraju. Przy tak już znacznym zniekształceniu struktury populacji proces odbudowy demograficznej jest procesem powolnym i wymaga konsekwentnych, długofalowych działań.

Z prognozy demograficznej na lata 2014–2029 wynika, że liczba ludności Polski spadnie o 1,2 mln osób – z 38,5 mln do 37,3 mln (czyli o około 3%). Zgodnie z przewidywaniami prognozy nastąpi istotne zmniejszenie udziału ludności w wieku 20–44 lat oraz znaczny wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej. Osób w wieku co najmniej 65 lat będzie 8,5 mln w 2029 roku i będą one stanowiły 23% ogółu populacji (wobec 15,3% w 2014 roku).

W 2050 roku liczba ludności rezydującej w Polsce wyniesie 34 856 tys. Oznacza to dalsze zmniejszanie się liczby ludności o około 3,15 mln, tj. o 8,3% w porównaniu do 2014 roku. Po 2030 roku w każdym pięcioleciu prognozowanego okresu do 2050 roku, przewidywane jest zmniejszenie liczebności populacji o ponad 500 tys. Najwyższe ubytki wystąpią w latach 2035–2045. W okresie tych 10 lat populacja Polski skurczy się o 1,24 mln. Oprócz ujemnego przyrostu

naturalnego, będziemy obserwować dalsze niekorzystne zmiany w strukturze ludności według wieku oraz zmniejszanie się liczebności kobiet w wieku rozrodczym. Osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły 31,5% populacji, a ich liczba wzrośnie o 5,1 mln w porównaniu do 2014 roku. Z kolei kobiety w wieku rozrodczym w 2050 roku będą stanowiły tylko 67% stanu z początkowego roku analizy (Ibidem).

2. Konsekwencje społeczno-ekonomiczne starzenia się społeczeństwa

Od wielu lat jest odnotowywany narastający proces starzenia się społeczeństw w licznych krajach na świecie. W Europie odsetek osób w wieku 60 lat i więcej wzrasta w nieobserwowanym dotąd tempie, wynosząc obecnie około 15% populacji, a według danych szacunkowych odsetek ten ulegnie podwojeniu do 2050 roku i będzie wynosił około 30% ludności państw europejskich (Gryglewicz 2017, s. 22, 23).

W opublikowanym w 2017 roku raporcie OECD *Preventing Ageing Unequally* wskazano m.in., że o ile na każde 100 osób w wieku produkcyjnym w 2015 roku w krajach OECD było 28 osób w wieku emerytalnym, to w 2050 roku ich liczba wzrośnie do 53 osób (wykres 3).

Wykres 3. Liczba osób w wieku 65+ przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym (20–64) w krajach OECD

Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD (2017, tabela 1.1.).

W ostatnich 35 latach (1980–2015) wśród krajów OECD najbardziej zestarzało się społeczeństwo Japonii – liczba osób w wieku 65+, przypadająca na każde 100 osób w wieku zdolnym do pracy, wzrosła z 18 do prawie 50. Szybko starzały się także społeczeństwa europejskich krajów: Finlandii, Grecji, Włoch i Portugalii (OECD, 2017, s. 21).

Najwolniej starzeją się społeczeństwa Meksyku i Turcji – w tych krajach na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada zaledwie kilkanaście osób w wieku emerytalnym.

W Irlandii, Luksemburgu, Norwegii i Słowacji liczba emerytów, przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym przewyższa nieco 20. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w tych krajach proporcje emerytów do osób w wieku produkcyjnym nie uległy od 1980 roku większym zmianom.

Sytuacja Polski na tym tle nie wygląda korzystnie. O ile zarówno w 1980, jak i 2015 roku relacja liczby osób w wieku emerytalnym do liczby osób w wieku produkcyjnym była niższa niż średnia dla krajów OECD, to – zgodnie z prognozą – w 2050 roku na 100 osób w wieku zdolnym do pracy będzie przypadać ponad 60 osób w wieku emerytalnym (przy średniej dla krajów OECD – około 50). Społeczeństwo polskie – obok mieszkańców Korei Południowej, Portugalii, Hiszpanii, Grecji i Włoch – będzie w najbliższych 35 latach starzało się w najszybszym tempie. Wynika to zarówno z wchodzenia w wiek emerytalny pokolenia wyżu demograficznego z lat 50. XX wieku, jak i z wydłużającego się czasu życia, a tym samym – czasu spędzanego na emeryturze (Ibidem, s. 21, 22).

Należy mieć świadomość faktu, że chociaż wzrasta długość życia – to nie wiąże się ten fakt z wydłużaniem się czasu pracy. Nie chodzi tylko o wyznaczanie oficjalnej granicy wieku emerytalnego, lecz także o czas efektywnie przepracowany – doświadczenia ostatniego kryzysu finansowego wskazują, że pogarszają się perspektywy utrzymania stabilnej pracy i płacy. Ma to bezpośredni wpływ na wysokość kumulowanych w gospodarkach środków, które są podstawą przyszłych emerytur (<https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/.../najlepiej-byc-zdrowym-i-pracowity>; dostęp: 04.12.2017).

Przygotowany w 2015 roku przez Komisję Europejską *The 2015 Ageing Report* (European Economy, 2015/3) również wskazuje Polskę jako jeden z krajów, który w największym stopniu zostanie dotknięty zjawiskiem starzenia się społeczeństwa (prognozy zawarte w tym raporcie sięgają aż do 2060 roku). Zgodnie z prognozami Komisji Europejskiej do 2060 roku populacja Polski zmniejszy się o około 5 mln osób, a liczba osób w wieku produkcyjnym – spadnie o 9 mln (z około 27 mln do 18 mln). Szczególnie silny spadek będzie dotyczyć grupy w wieku 25–54 lata, która w 2013 roku stanowiła 43,6% społeczeństwa, a w 2060 roku – zmniejszy się do 33%. Stosunek osób niepracujących

w wieku 65+ do liczby pracujących zmniejszy się z 33% w 2013 roku do ponad 80% w 2060 roku – będzie to najwyższy wzrost wśród krajów Unii Europejskiej.

Tabela 1. Liczba i struktura według wieku mieszkańców Polski w 2013 roku oraz prognoza na lata 2020–2060

	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Ogółem (mln)	38,5	38,4	38,0	37,5	36,8	36,2	35,5	34,8	34,0	33,2
W tym: (%)										
Dzieci (0–14)	15,0	15,3	14,5	13,6	12,8	12,6	12,9	13,2	13,2	13,0
Populacja w wieku 25–54 lata	43,6	43,0	42,4	40,7	38,8	36,3	34,8	33,8	33,5	33,6
Pracujący w wieku 15–64 lat	70,5	66,3	64,3	63,7	63,5	62,2	59,8	56,9	55,0	54,1
Populacja osób powyżej 65 roku życia	14,5	18,4	21,2	22,7	23,7	25,1	27,3	29,9	31,8	33,0
Populacja osób w wieku 80 lat i więcej	3,8	4,4	4,4	5,8	7,7	9,2	9,5	9,5	10,4	12,3

Źródło: zestawienie własne na podstawie: The 2015 Ageing Report, European Economy 2015/3. Economic and Financial Affairs, Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060). European Union 2016, s. 379.

Z zestawienia zaprezentowanego w tabeli 1 wynika, że udział populacji „65+” w polskim społeczeństwie będzie systematycznie rósł: z rzeczywistego poziomu 14,5% w 2013 roku do prognozowanych: 25% w 2040 roku i 33% w 2060 roku. Udział populacji osób w wieku „80 lat i więcej”, który w 2013 roku wynosił tylko 3,8% jest prognozowany jako 9,2% w 2040 roku i 12,3% w 2060 roku.

Poza kwestiami związanymi z obciążeniami finansowymi państwa, w związku z koniecznością długotrwałego wypłacania rent i emerytur, należy zwrócić uwagę na narastające problemy zdrowotne osób w sędziwym wieku.

W pierwszej połowie 2015 roku Główny Urząd Statystyczny przeprowadził badanie ankietowe polskich gospodarstw domowych nt. „Badanie spójności społecznej” na reprezentatywnej próbie prawie 14 tys. mieszkańców w wieku co najmniej 16 lat.

Prezentowane poniżej dane dotyczą osób w wieku „65 lat i więcej”, pochodzą z wyżej wspomnianego badania, a prezentują sytuację materialną tej grupy

osób, ujętą w aspekcie skrajnych pojęć: „ubóstwa” i „dobrej sytuacji” gospodarstwa domowego osób starszych.

Analiza wyników badań prowadzi do następujących wniosków:

- 12% gospodarstw domowych osób starszych cechowało tzw. ubóstwo dochodowe, tzn. miesięczny dochód ekwiwalentny, jakim dysponowało gospodarstwo (w 12 miesiącach poprzedzających badanie) był niższy od wartości uznanej za próg ubóstwa. Proóg ubóstwa przyjęto na poziomie 60% mediany dochodu ekwiwalentnego, czyli porównywalnego między gospodarstwami o różnym składzie demograficznym;
- 8% gospodarstw domowych osób starszych cechowało tzw. ubóstwo warunków życia, tzn. zaobserwowano w nich co najmniej 10 przejawów złych warunków życia z listy 30 symptomów dotyczących: jakości mieszkania, poziomu wyposażenia w dobra trwałego użytku, deprywacji różnego typu potrzeb konsumpcyjnych (materialnych i niematerialnych);
- 9% gospodarstw domowych osób starszych doświadczyło tzw. ubóstwa braku równowagi budżetowej, tzn. uznano je za ubogie z punktu widzenia „nieradzenia sobie z budżetem” (wystąpiły w nich przynajmniej 4 z 7 uwzględnionych symptomów, obejmujących zarówno opinie gospodarstw domowych dotyczące ich statusu materialnego, jak i fakty mówiące o trudnościach budżetowych gospodarstwa, w tym o zaległościach w opłatach).

Równocześnie stwierdzono, że:

- 11% gospodarstw domowych ludzi starszych osiągnęło tzw. najwyższe dochody, tzn. należało do grupy, w której miesięczny dochód ekwiwalentny był wyższy niż 5/3 (około 167%) mediany dochodu ekwiwalentnego, tj. około 2,8 razy wyższy od przyjętej relatywnej granicy ubóstwa;
- 22% gospodarstw ludzi starszych osiągnęło tzw. wskaźnik dobrych warunków życia, tzn. że w tych gospodarstwach nie stwierdzono występowania żadnego przejawu złych warunków życia z listy 30 symptomów;
- 21% gospodarstw domowych ludzi starszych osiągnęło tzw. wskaźnik dobrej sytuacji budżetowej, tzn. należało do grupy gospodarstw o największej swobodzie budżetowej – takich, które pozytywnie oceniały możliwości gospodarowania swoimi dochodami i w których nie wystąpił żaden z 7 symptomów „nieradzenia sobie z budżetem”².

² Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników Badania Spójności Społecznej 2015. GUS. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Urząd Statystyczny w Łodzi, www.stat.gov.pl

A zatem nie należy jednoznacznie twierdzić, iż gospodarstwa domowe osób starszych są gospodarstwami będącymi w złej sytuacji materialnej.

Osoby w wieku 65 lat i więcej niewątpliwie częściej chorują, w tym: na choroby przewlekłe, wymagające ciągłego brania leków i systematycznej opieki medycznej; wśród osób starszych jest wyższy odsetek osób niepełnosprawnych niż w populacji młodych.

Częstość występowania tych schorzeń wzrasta wraz z wiekiem, szczególnie nasilony wzrost schorzeń jest obserwowany po ukończeniu 50. roku życia. Prawie 83% osób będących w wieku 50 lat i więcej stwierdziło występowanie u siebie obecnie przynajmniej jednej choroby lub dolegliwości przewlekłej, podczas gdy w młodszej grupie (40–49 lat) – trochę częściej niż co druga osoba (*Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, 2016, s. 65).

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2014 roku żyło blisko 7,7 mln osób niepełnosprawnych, czyli osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (uwzględniono poważne i mniej poważne ograniczenia). Nie był natomiast brany pod uwagę aspekt posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności.

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. Według kryteriów unijnych wśród pięćdziesięciolatków co czwarta osoba została zaliczona do grupy osób niepełnosprawnych, a wśród siedemdziesięciolatków – blisko 3/5 tej zbiorowości (Ibidem, s. 106, 107).

Często trudna sytuacja życiowa seniorów może wynikać nie tylko ze stanu zdrowia i stopnia sprawności, ale również z braku wsparcia ze strony osób najbliższych. Taka sytuacja jest przyczyną osamotnienia, stanów depresyjnych i lękowych, pogorszenia jakości życia i zaburzeń emocjonalnych. Ważnym aspektem jest budowanie świadomości wśród osób bezdzietnych lub żyjących samotnie o konieczności posiadania dodatkowego ubezpieczenia lub zwiększonych oszczędności indywidualnych, które można będzie w przyszłości przeznaczyć na opiekę.

Kolejnym istotnym problemem seniorów może być nadmiar wolnego czasu i brak możliwości jego wykorzystania w sposób wartościowy z punktu widzenia

indywidualnego, rodzinnego i społecznego, jak i tendencja do wycofywania się i rezygnacji z wielu aspektów życia.

Wydłużenie życia osób najstarszych jest odpowiedzialne za zjawisko starzenia się społeczeństwa, natomiast wzrost wskaźnika przeżywalności noworodków działa na nie hamująco. Od co najmniej 25 lat zmniejsza się w Polsce i w Europie liczba urodzeń, prowadząc do podwyższenia średniego wieku populacji oraz zwiększenia odsetka populacji starszej. Działania państwa w tym zakresie polegały w Polsce na wprowadzeniu w 2007 roku ulg podatkowych zależnych od liczby posiadanych dzieci oraz na wprowadzeniu od 1 kwietnia 2016 roku rządowego programu „Rodzina 500+”, mającego pomóc rodzinom w wychowaniu dzieci poprzez comiesięczne świadczenia wychowawcze na drugie i każde kolejne dziecko w rodzinie w wysokości 500 złotych. Warunkiem otrzymania świadczenia na pierwsze dziecko jest spełnienie kryterium dochodowego. Program „Rodzina 500+” został wprowadzony w życie na podstawie Ustawy z dnia 11 lutego 2016 roku o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (DzU z 2017 r. poz. 1851). Dane, które były upowszechniane publicznie mówiły, że w pierwszych 10 miesiącach 2017 roku zarejestrowano o ponad 14 tys. więcej ciąż w porównaniu do odpowiedniego okresu rok wcześniej. To daje wzrost na poziomie mniej więcej 4–5% w skali rocznej (<http://www.gazeta-prawna.pl/artykuly/1016288,nie-tylko-500-plus-wplywa-na-zwiekszenie-liczby-uroden.html>). Jednak na wymierne wyniki programu trzeba jeszcze poczekać.

Kolejnymi przyczynami zmniejszonej liczby urodzeń jest też: podjęcie decyzji o pierwszej ciąży w późniejszym wieku po zakończeniu coraz dłuższego okresu nauki i osiągnięciu stabilizacji zawodowej, zwiększająca się liczba jednoosobowych gospodarstw domowych i osób samotnych oraz spadek liczby zawieranych małżeństw. Osoby samotne lub osoby żyjące w związkach nieformalnych rzadziej decydują się na posiadanie dzieci niż osoby będące w związkach. W wyniku opisywanego kryzysu demograficznego jest obserwowany postępujący proces wyludniania się małych miejscowości w wyniku migracji do miast i emigracji młodych osób w wieku przedprodukcyjnym (w poszukiwaniu lepszego wykształcenia) lub w wieku produkcyjnym w celu poszukiwania lepszej pracy. Brak dzieci w wieku szkolnym skutkuje zamykaniem wiejskich szkół, który to proces pogłębia degradację społeczną i kulturalną polskiej prowincji.

3. Zdrowie seniorów

Obserwowane globalne starzenie się społeczeństwa niewątpliwie jest wyznacznikiem postępu medycyny, postępu społecznego i gospodarczego. Jed-

nak stanowi ono bardzo duże wyzwania, które mają wpływ na wzrost gospodarczy, formalne i nieformalne systemy wsparcia starzejącej się społeczności oraz wydolność państw i społeczeństwa w celu zapewnienia zasobów dla starszych obywateli. Niewątpliwie dla służby zdrowia, opieki społecznej i polityki społecznej państwa jest to jedno z największych wyzwań, wymagające szybkiego działania, mającego na celu dostosowanie zasobów do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Rozpatrywanie tego zjawiska w kontekście ekonomicznym pokazuje zmiany struktury konsumpcji, zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre usługi związane z niepełnosprawnością, chorobami przewlekłymi, potrzebą zapewnienia opieki. Należy rozpatrywać również zmniejszenie aktywności zawodowej tej grupy społecznej oraz zwiększenie wydatków na utrzymanie rosnącej grupy poprodukcyjnej czy zmiany w zakresie struktury i wydatków gospodarstw domowych. Osoby powyżej 65 roku życia zwykle cierpią na różne choroby, zarówno przewlekłe schorzenia, jak i degeneracyjne.

Najczęstszymi dolegliwościami są choroby z grupy sercowo-naczyniowej, takie jak: miażdżycy, nadciśnienie, udar mózgowy, choroba niedokrwienna serca i jej następstwo, czyli zawał mięśnia serca. Wraz z wiekiem następuje pogorszenie sprawności kognitywnych, różnorakie uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego aż do demencji czy otępienia starczego, czy choroba Alzheimera, prowadzące do znacznych trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego. Również u osób starszych powszechne są zaburzenia metaboliczne, takie jak: cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej oraz upośledzenie sprawności ruchowej, wynikające ze zmian zwyrodnieniowych stawów. Zatem osoby dożywające późnej starości będą generowały rosnące wydatki na zdrowie i opiekę, a w szczególności opiekę długoterminową i opiekę terminalną, przy często niewielkich własnych możliwościach finansowania tej opieki. Spowodowane to jest zarówno stanem zdrowia, jak i wynikającą z tego koniecznością częstszego odwiedzania lekarzy zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i częstszego korzystania z porad specjalistycznych (zob. załącznik – tabele 2 i 3). Liczba wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wzrasta z wiekiem i w przypadku osób w wieku 70+ jest nieomal dwukrotnie wyższa niż liczba wizyt osób młodych w 2–3 dekadzie życia. Podobna tendencja wzrostowa jest obserwowana również w przypadku wizyt u lekarzy specjalistów. Jest to niewątpliwie bardzo duże wyzwanie dla polityki socjalnej państwa, wymagające dużych zmian i nakładów finansowych, związanych z tworzeniem programów gwarantujących dostęp do specjalistycznych usług socjalnych i zdrowotnych, aktywizujących osoby starsze i propagujących zdrowe i aktywne starzenie się. Programy te powinny mieć na celu wykorzystanie potencjału, doświadczenia życiowego i zawodowego osób w wieku podeszłym i sprawienie, że życie tych

osób stanie się społecznie i ekonomicznie użyteczne, a jednocześnie dojdzie do efektywnego zagospodarowania czasu seniorów. Konieczne są również działania wymuszające zmiany kulturowe oraz zmianę percepcji osób starszych przez społeczeństwo i potencjalnych pracodawców. Również promowane od wielu lat działania dotyczące zdrowego i aktywnego starzenia się społeczeństwa osiągają coraz bardziej wymierne efekty pod postacią dostosowanej do stanu zdrowia i utrzymującej się aktywności zawodowej i społecznej. Seniorzy w sposób coraz bardziej proaktywny dbają o swoje zdrowie, samodzielność i utrzymanie aktywności zawodowej, aby jak najdłużej cieszyć się dobrą jakością życia.

System opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce nie jest dostosowany do potrzeb tej populacji, ponieważ oferuje świadczenia zdeintegrowane, rozproszone i niespójne. Ponadto, system nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego, do których należą powszechność, jakość, dostępność i kompleksowość zaspokajania wielorakich potrzeb populacji osób starych. Obecnie mamy do czynienia z taką sytuacją, że długotrwała opieka nad niedołącznymi i poważnie chorymi, często na choroby przewlekłe, osobami starszymi w Polsce spoczywa głównie na rodzinie, która w niedostatecznym stopniu jest wspomagana usługami medycznymi i pozamedycznymi systemu opiekuńczego państwa. Należy podkreślić również fakt braku przygotowania lekarzy POZ do opieki geriatrycznej oraz brak zharmonizowania opieki wyspospecjalistycznej, co jest przyczyną nieskuteczności leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia u dużej części osób chorych w starszym wieku. Oprócz tego dyskryminacja w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych ze względu na wiek, ale także sposób kwalifikowania chorych do wyspospecjalistycznych procedur bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku. Zdiagnozowano, że w Polsce występuje niedostateczna liczba kadry opieki geriatrycznej. Istnieje zatem nagła potrzeba stworzenia kompleksowego systemu opieki geriatrycznej. Tymczasem specjalistyczna opieka zdrowotna uwzględniająca potrzeby ludzi starszych jest w Polsce na niezadowalającym poziomie. Świadczy o tym znikoma liczba lekarzy geriatrów i pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego oraz brak placówek geriatrycznych czy szpitalnych oddziałów geriatrycznych, za co ponosi odpowiedzialność Narodowy Fundusz Zdrowia, który nisko wycenia opiekę geriatryczną. Opieka nad osobą w wieku starszym powinna być sprawowana przez wielodyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Tak rozumiana i realizowana opieka zapewnia holistyczne spojrzenie na potrzeby osoby starszej, a tym samym umożliwia indywidualizację w zakresie świadczonych usług zdrowotnych (Karkowski, 2015, s. 82–94).

Przeprowadzona w 2015 roku kontrola NIK wykazała niewystarczające przygotowanie polskiego systemu ochrony zdrowia do opieki nad osobami starszymi (zob. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf>). Brakuje standardowych i powszechnie akceptowanych kompleksowych procedur postępowania z osobami w wieku starszym. W naszym systemie opieki zdrowotnej osoba starsza w pierwszej kolejności odwiedza lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który nie ma wystarczającego przygotowania w zakresie geriatry i albo próbuje ją leczyć sam, albo wysyła pacjenta w starszym wieku do lekarza specjalisty. Traktuje zatem starszego pacjenta, jak pacjenta w średnim wieku, czyli wysyła go do specjalisty. Ze względu na to, że osoba w wieku podeszłym cierpi najczęściej na szereg różnych przewlekłych schorzeń, dlatego jest wysyłana do różnych specjalistów. Każdy ze specjalistów leczy pacjenta w swoim zakresie, bez uwzględnienia postawionych rozpoznań medycznych i zaordynowanych leków stosowanych w innych schorzeniach. Brak skoordynowanej opieki medycznej i farmaceutycznej dla osób w wieku podeszłym jest jedną z głównych bolączek obecnego systemu ochrony zdrowia.

Następnym problemem jest zbyt krótki i standardowy czas wizyty u lekarza specjalisty. Osoby w wieku podeszłym często mają równy stopień niepełnosprawności ruchowej, ubytki słuchu, niedowidzenie, kłopoty ze zrozumieniem czy z precyzyjnymi odpowiedziami na rutynowe pytania lekarza. Bardzo ważnym aspektem opieki nad pacjentem geriatrycznym jest nie tylko udzielenie porady medycznej czy innych świadczeń zdrowotnych, ale przede wszystkim zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki medycznej, społecznej, pielęgnacyjnej, rehabilitacyjnej i socjalnej. W wyniku tego jakość świadczonych usług może być niewystarczająca. Wdrażana obecnie ustawa o sieci szpitali spowodowała włączenie niewielu istniejących samodzielnie oddziałów geriatrycznych do oddziału chorób wewnętrznych. Zmniejszenie bazy szpitalnych łóżek geriatrycznych ogranicza nie tylko możliwości leczenia, lecz także możliwości kształcenia wykwalifikowanej kadry medycznej, a brak stosownej wyceny procedur geriatrycznych skutecznie uniemożliwia powiększanie bazy łóżek geriatrycznych. Nadal nierozwiązanym problemem związanym z systemem ochrony zdrowia jest niewystarczające kształcenie w dziedzinie geriatry na studiach medycznych. W większości polskich uczelni nie ma oddzielnych programów kształcenia poświęconych geriatryi.

Według najbardziej aktualnych danych z rejestru Naczelnej Izby Lekarskiej z 30 września 2017 roku dotyczących zestawienia liczbowego lekarzy i lekarzy dentystów według dziedziny i stopnia specjalizacji, obecnie w Polsce jest 423 lekarzy geriatrów, z czego 413 jest aktywnych zawodowo. Geriatria jest trudną specjalizacją wymagającą holistycznego spojrzenia na pacjenta oraz

posiadania przez lekarza wiedzy z wielu innych specjalistycznych dziedzin medycyny. Równocześnie praca z trudnymi, często bardzo schorowanymi osobami o różnym stopniu sprawności, wynikającym z chorób przewlekłych, które trudno wyleczyć, a jedynie można zahamować ich postęp lub poprawić jakość życia, np. przez zmniejszenie bólu, jest bardzo frustrująca. Dlatego też ta specjalizacja jest bardzo niechętnie wybierana przez młodych lekarzy.

Koszty opieki medycznej zwiększają się wraz z wiekiem. Przeprowadzone w 2002 roku badania kanadyjskie wykazały, że w 2002 roku wydatki na opiekę zdrowotną seniora wynosiły 8208 dolarów kanadyjskich (CAD) rocznie, a wydatki na osoby poniżej 65 roku życia wynosiły 1428 CAD, natomiast w 2008 roku wzrosły one odpowiednio do: 10 742 CAD i 2097 CAD. Osoby powyżej 80 roku życia kosztują system 18 160 CAD *per capita*, co stanowi ponad trzy razy większą kwotę wydatków niż w przypadku osób w wieku 65–69 lat (zob. Myth, 2011, s. 253, 253, p. 2).

W Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia również szacuje poziom wydatków na świadczenia zdrowotne udzielane osobom w różnym wieku. W 2014 roku przeciętne wydatki poniesione na jedną osobę wyniosły 1378 zł. Ale o ile wydatki na jedną osobę znajdującą się w przedziale wiekowym 2–40 lat przekraczały nieco 500 zł, to wraz z wiekiem rosły w coraz szybszym tempie. Nakłady ponoszone przez NFZ na opiekę zdrowotną: dla 47-letniej osoby przekroczyły w 2014 roku 1000 zł, dla 55-letniej – przekroczyły 1500 zł, dla 60-letniej – 2000 zł, dla 65-letniej – 2500 zł, dla 68-letniej – przekroczyły 3000 zł, a dla 75-letniej – 3500 zł (zob. *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*, 2015).

Podsumowanie

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa jest dużym wyzwaniem, wymagającym szeroko zakrojonych i centralnie koordynowanych działań w wielu dziedzinach. Efekty tych działań będą długoterminowe i odczuwane dopiero za kilka lat. W niniejszym artykule problematyka starzenia się społeczeństwa polskiego została przedstawiona w trzech odrębnych aspektach: demograficznym, konsekwencji społeczno-ekonomicznych i zdrowia seniorów.

Analizując aspekt demograficzny należy stwierdzić, iż w kolejnych latach będzie następować ubytek liczby ludności Polski oraz zmiana struktury demograficznej. Efekty podjętych przez rząd działań typu program „Rodzina 500+”, mających na celu zachęcenie do posiadania większej liczby dzieci oraz liczne kampanie społeczne, mające na celu obniżenie średniego wieku urodze-

nia pierwszego dziecka, zaczynają przynosić pierwsze efekty, polegające na zwiększeniu liczby dzieci i powolnym odmładzaniu populacji polskiej. Jednakże postępujące wydłużanie życia oraz zmniejszenie nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet długo jeszcze nie pozwoli na widoczne efekty. Kolejne działania polegające na zachętach do powrotu z emigracji oraz otwarcie granic dla imigrantów głównie za wschodniej granicy może być szansą na szybką poprawę sytuacji.

Analizując aspekt społeczno-ekonomiczny starzenia się społeczeństwa polskiego należy mieć na uwadze często trudną sytuację materialną i konieczność zapewnienia opieki doraźnej lub opieki stałej, poczucie osamotnienia, pogarszanie się jakości życia, postępujący lęk przed śmiercią oraz związane z tym zaburzenia emocjonalne. Ważnym zadaniem jest budowanie świadomości – wśród osób bezdzietnych lub żyjących samotnie – konieczności posiadania dodatkowego ubezpieczenia lub zwiększonych oszczędności indywidualnych, które można będzie w przyszłości przeznaczyć na opiekę. Jednocześnie uruchomienie różnych programów aktywizujących seniorów mogłoby pozwolić na pełniejsze wykorzystanie potencjału osób z tej grupy wiekowej, poprawę ich sytuacji materialnej czy też zapobieganie izolacji społecznej i pogłębianiu się problemów emocjonalnych. Zapewnienie dogodnych, elastycznych i dostosowanych do możliwości seniorów warunków zatrudnienia może pozwolić również na wypełnienie luk, związanych z ubytkiem wykwalifikowanej kadry, np. w ochronie zdrowia. Interesującym rozwiązaniem mogą być oferty zniechęcające do odchodzenia na przedwczesne emerytury.

Analizując aspekt zdrowia seniorów należy zwrócić uwagę na konieczność podjęcia natychmiastowych i długoterminowych działań ukierunkowanych na profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób, dbałość o własne zdrowie i aktywizację osób starszych. Bardzo istotny jest problem deficytu wykwalifikowanej kadry lekarzy i personelu medycznego oraz wystarczającej liczby opiekunów medycznych. Na efekty działań w tym zakresie trzeba będzie poczekać kilka lub kilkanaście lat, ze względu na długi proces kształcenia kadry medycznej. Zapewnienie większej liczby wykwalifikowanego personelu medycznego w dziedzinie geriatrii wymaga podjęcia działań długoterminowych dotyczących systemu kształcenia pracowników służby zdrowia, podniesienia prestiżu i rangi zawodu medycznego oraz większego otwarcia na imigrację wykwalifikowanych pracowników z innych krajów. Następujące w kolejnych latach wzrosty kosztów opieki zdrowotnej będą związane nie tylko ze zwiększającymi się potrzebami zdrowotnymi i hospitalizacjami osób starszych, lecz także z postępującym wzrostem wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia. Bez natychmiastowego i znaczącego zaangażowania państwa w realizację i osiągnięcie celów, uwzględ-

niających potrzeby starzejącego się społeczeństwa, opieka nad osobami starszymi będzie niewystarczająca, a tym samym dojdzie do nadmiernego obarczenia dodatkowymi obowiązkami oraz kosztami rodzin osób starszych.

Bibliografia

- Gryglewicz, J. (2017). Epidemia starości. *Manager Zdrowia*, 8.
http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf?ua=1 (dostęp: 10.09.2017).
<http://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1016288,nie-tylko-500-plus-wplywa-na-zwiekszenie-liczby-urodzen.html> (dostęp: 10.09.2017).
<https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf>
<https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/.../najlepiej-byc-zdrowym-i-pracowity> (dostęp: 10.09.2017).
- Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników Badania Spójności Społecznej 2015*. GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Urząd Statystyczny w Łodzi, www.stat.gov.pl
- Karkowski, T. (2015). Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 13(1).
- Ludność w wieku 60 lat i więcej (struktura według płci i wieku, trwanie życia, umieralność, prognoza)* (2016). Warszawa: GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
- Małżeństwa oraz dzietność w Polsce* (2016, styczeń). Warszawa: GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
- Myth: The Aging Population is to Blame for Uncontrollable Health Care Costs (2011). *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(4).
- OECD (2017). *Preventing Ageing Unequally*. Paris: OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en> (dostęp: 10.09.2017).
- Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce* (2015, listopad). Warszawa: NFZ. Departament Analiz i Strategii, http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_kosztow_swiadczen_opieki_zdrowotnej_finansowanych_przez_nfz.pdf (dostęp: 7.12.2017).
- Prognoza ludności na lata 2014–2050*. (2014). Warszawa: GUS, http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014-2050.pdf (dostęp: 10.09.2017).
- Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* (2016). Warszawa: GUS.
- Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki* (2011, kwiecień). Warszawa: Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji.
- Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*. (2014, listopad). Warszawa: GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
- The 2015 Ageing Report (2015). Economic and Financial Affairs Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060). *European Economy*, 3.

Załączniki

Tabela 1. Zmiany stanów ludności w Polsce w latach 2013–2050

	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ogółem	–33 907	–42 746	–281 202	–396 342	–556 389	–708 302	–808 539	–850 847	–866 816
0–2	–35 155	–34 155	–45 996	–73 355	–82 032	–39 931	–4 996	–8 150	–37 646
3–6	–6 811	–41 839	–217 393	–58 535	–110 273	–93 139	–35 149	–1 825	–22 219
7–12	35 596	75 987	130 566	–299 529	–92 698	–158 325	–136 679	–53 309	–5 416
13–15	–24 930	–26 268	54 316	44 601	–144 733	–41 353	–84 881	–65 045	–21 743
16–18	–45 626	–44 762	–118 991	202 363	–153 106	–71 493	–59 205	–83 964	–47 165
18	–12 148	–16 768	–54 069	47 967	–13 790	–40 778	–15 115	–28 955	–18 739
19–24	–115 144	–121 930	–498 482	–169 344	275 288	–241 481	–141 445	–126 381	–157 634
Przedprodukcyjny*	–64 778	–54 269	–143 429	–232 422	–569 052	–363 463	–305 795	–183 338	–115 450
Produkcyjny	–59 354	–79 010	–589 656	–727 396	–197 910	–325 511	–563 981	–1 336 264	–1 621 236
Mobilny	–69 956	–103 084	–945 607	–1 277 499	–1 180 141	–1 036 093	–684 367	–384 350	–325 703
Niemobilny	10 602	24 074	355 951	550 103	982 231	710 582	120 386	–951 914	–1 295 533
Poprodukcyjny	90 225	90 533	451 883	563 476	210 573	–19 328	61 237	668 755	869 870

cd. tabeli 1

	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0–14	–19 973	–22 954	–69 484	–431 739	–371 614	–319 408	–234 667	–103 889	–77 219
15–59	–259 644	–279 656	–1 300 278	–491 954	–554 309	–1 015 916	–1 423 442	–1 653 201	–1 322 771
60+	245 710	259 864	1 088 560	527 351	369 534	627 022	849 570	906 243	533 174
15–64	–206 460	–225 313	–1 334 698	–959 942	–642 278	–659 320	–1 086 454	–1 518 934	–1 685 624
65+	192 526	205 521	1 122 980	995 339	457 503	270 426	512 582	771 976	896 027
75+	36 621	30 105	14 369	645 265	856 772	702 306	205 328	84 163	411 357
80+	38 612	38 327	124 339	–4 612	526 058	663 443	503 278	100 265	64 646
85+	36 916	40 513	119 165	67 072	3 331	378 685	444 076	312 967	45 325
Kobiety 15–49	–64 885	–60 287	–335 996	–378 517	–638 576	–752 466	–585 213	–441 569	–266 814

* Wiek przedprodukcyjny: 0 do 17 lat.

Wiek produkcyjny: od 18 lat do wieku emerytalnego.

Wiek mobilny: od 18 do 44 lat.

Wiek niemobilny: od 45 lat do wieku emerytalnego.

Wiek poprodukcyjny: powyżej wieku emerytalnego.

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014–2050- Polska (Excel); zmiany stanów ludności, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html> (dostęp: 06.12.2017).

Tabela 2. Osoby chodzące do lekarza ogólnego (lekarza POZ), rodzinnego lub pediatry oraz lekarza specjalisty w ostatnich 12 miesiącach według grup wieku (w odsetkach)

Wiek	Ostatnia wizyta u lekarza ogólnego (lekarza POZ), rodzinnego lub pediatry		Ostatnia wizyta u lekarza specjalisty	
	mniej niż 6 miesięcy temu	od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu	mniej niż 6 miesięcy temu	od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
0–4 lata	88,5	8,7	32,7	16,8
5–9	73,7	19,7	30,5	17,3
10–14	60,5	27,6	29,9	17,4
15–19	46,6	26,6	27,6	12,4
20–29	40,4	26,1	28,9	15,1
30–39	44,6	24,5	34,2	16,3
40–49	50,5	21,7	35,1	16,4
50–59	63,3	16,5	42,5	16,7
60–69	77,2	10,7	54,6	14,5
70–79	84,8	7,8	61,8	14,9
80 lat i więcej	85,6	9,1	55,3	17,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku – tablice* (2016). Warszawa: GUS, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-6,6.html> (dostęp: 06.12.2017).

Tabela 3. Średnia liczba wizyt u lekarza POZ i specjalisty w ostatnich 4 tygodniach

Wiek	Średnia liczba wizyt u lekarza			
	ogólnego (lekarza POZ), rodzinnego lub pediatry		specjalisty	
	na 100 osób korzystających	na 100 osób	na 100 osób korzystających	na 100 osób
0–4 lata	84	74	65	21
5–9	67	49	56	17
10–14	52	32	65	19
15–19	59	27	68	19
20–29	65	26	82	23
30–39	68	30	81	27
40–49	78	39	84	29
50–59	86	54	90	38
60–69	98	75	91	49
70–79	113	95	103	63
80 lat i więcej	112	96	90	49

Źródło: zestawienie własne na podstawie: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku* (2016). Warszawa: GUS, s. 130, tabela 20, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-6,6.html> (dostęp: 06.12.2017).