Józefina HRYNKIEWICZ*

Zmiany demograficzne a zapotrzebowanie na usługi społeczne**

Charakterystyka sytuacji demograficznej w Polsce na przełomie wieków XX i XXI

Z danych demograficznych wynika, że do roku 2005 nastąpi przejściowe zmniejszenie ludności Polski. W latach 2006-2017 nastąpi niewielki wzrost, a następnie liczba ludności Polski będzie maleć. W 2030 roku liczba ludności Polski wyniesie – według prognozy GUS – 38 024,8 mln osób[1]*. Zmiany w sytuacji demograficznej w Polsce zarysowane w prognozie demograficznej GUS do 2030 roku wskazują na konieczną zmianę polityki społecznej w zakresie rozwoju usług społecznych, głównie usług edukacji, ochrony zdrowia i opieki.*

Urodzenia. Wskaźnik dzietności w Polsce należy do przeciętnych w Europie, ale jest znacznie niższy, niż w wielu krajach Europy Zachodniej. W 1998 r. wskaźnik dzietności w Polsce wynosił 1,43 natomiast w Szwecji 1,51, Wielkiej Brytanii 1,75, Francji 1,75, Irlandii 1,93. Liczba urodzeń w 1999 r. (382,0 tys.) w stosunku do najliczniejszego rocznika II powojennego wyżu demograficznego z 1983 r. (723,6 tys.) była niższa o 341,6 tys. (o 47,2%). Kolejne pokolenia dzieci będą mniej liczne od pokolenia ich rodziców (pokolenie dzieci będzie o około 30% mniej liczne, niż pokolenie obecnych rodziców).

Zmiany w strukturze ludności według wieku do roku 2030 wywołane są zmianami w poziomie urodzeń i utrwalaniem się niskiego poziomu dzietności. Struktura ludności według grup wieku w milionach osób (według prognozy GUS do 2030 r.);

Do 2030 roku zmieni się struktura ludności według wieku. Prognoza GUS pokazuje, że najważniejszą zmianą do 2030 r. jest znaczny wzrost udziału ludności w wieku: 60k/65m (z 14,69% w 2000 r. do ok. 24% w 2030 r.), tj. z 5,7 mln osób do 9,1 mln osób. Wzrośnie też liczba osób dożywających sędziwego wieku: w 2000 r. było 0,8 mln osób w wieku 80 i więcej lat, w 2030 r. w tym wieku będzie 1,8 mln osób. Nastąpi spadek ludności w wieku produkcyjnym, w tym

---

* Autorka jest pracownikiem naukowym Uniwersytetu Warszawskiego.

** Opracowanie przygotowane dla Rady Społeczno-Gospodarczej przy Rządowym Centrum Studiów Strategicznych.

[1] Wszystkie informacje statystyczne dotyczące sytuacji demograficznej oraz prognozowanych zmian pochodzą z danych demograficznych opublikowanych przez GUS, jeśli nie zaznaczono, że pochodzą one z innego źródła.

największy spadek nastąpi w młodszych grupach wieku produkcyjnego. Dla polityki społecznej oznacza to konieczność lepszego niż obecnie przygotowania kolejnych generacji młodzieży do podejmowania ról zawodowych, gdyż w miejsce obecnego *nadmiaru* pracowników na rynku pracy pojawić się może znaczący ich *niedobór*. Po 2010 r. na rynek pracy zaczną wchodzić mało liczne roczniki młodzieży urodzonej w latach dziewięćdziesiątych, a jednocześnie zaczną opuszczać rynek pracy osoby z pierwszego powojennego wyżu demograficznego urodzone w latach pięćdziesiątych. Złagodzenie tego niedoboru może być dokonane przez znacznie wyższe niż obecnie wykształcenie młodzieży urodzonej pod koniec XX wieku. Oznacza to konieczność znaczącego podniesienia nakładów publicznych na szkolnictwo wszystkich szczebli (od przedszkola do uniwersytetu), tak aby kształceniem na wyższych poziomach objąć młodzież także z tych środowisk, które głównie ze względu na brak możliwości ekonomicznych i aspiracji nie kształcą swoich dzieci. Udostępnienie obecnie młodzieży bezpłatnej nauki w szkołach wyższych może zmniejszyć znacząco nacisk na rynek pracy (ponieważ w wielu przypadkach niskie nakłady na kształcenie wymuszają na młodzieży podejmowanie nauki jednocześnie z pracą)[2].

Wiek w latach	2000 rok	2015 rok	2030 rok
3-6	1,7	1,8	1,4
7-12	3,2	2,7 (2010)	2,3
13-15	1,9	1,1	1,3
16-18	2,1	1,2	1,4
19-24	3,9	2,3 (2010)	2,6
20-29	6,1	6,2 (2010)	4,0
18-59/64	25,1	25,1 (2010)	22,0
60/65 i więcej	5,7	8,2 (2020)	9,1

Przeciętne trwanie życia ludności. Wzrośnie przeciętne trwanie życia ludzkiego z 68,8 lat dla chłopców urodzonych w 1999 r. do 74,7 lat, a dla dziewcząt z 77,5 lat do 81,4 lat w 2030 r. Przeciętne trwanie życia kobiety było w 1999 r. w Polsce niższe o około 3-4 lat, niż w zamożnych krajach UE, a mężczyzny o około 5-6 lat. W prognozach przyjmuje się wydłużenie przeciętnego trwania życia w Polsce, ale nie zakłada się, że zmniejszy się w tym zakresie dystans dzielący nas od zamożnych krajów Europy. Wydłużenie przeciętnego trwania życia oznacza także znaczący wzrost udziału ludności w starszych grupach wieku, w tym w wieku sędziwym (80 i więcej lat).

Zmniejsza się natężenie migracji ludności ze wsi do miast spowodowane trudną sytuacją na rynku pracy oraz trudną sytuacją mieszkaniową w miastach.

[2] Tymczasem zmniejsza się nakłady na kształcenie w szkołach wyższych, co prowadzi do rozbudowy studiów odpłatnych, a na młodzieży wymusza się łączenie nauki z pracą. W ograniczaniu nakładów na kształcenie dochodzi do wielu nieprawidłowości i braku koordynacji działań różnych resortów. Np. od kilku lat zaocznie kształci się nie tylko prawników, nauczycieli, ekonomistów, ale także lekarzy i stomatologów. W roku akademickim 1999/2000 na I roku w akademiach medycznych na studiach zaocznych studiowało 26% ogółu studentów. W budżecie państwa na 2001 r. założono, że akademie medyczne pozyskają ze źródeł pozabudżetowych (tj. z opłat studentów) ok. 4% swoich środków.

Wzrasta napływ ludności z miasta na wieś, co związane jest m.in. z powrotem byłych mieszkańców wsi, którzy utracili pracę w mieście. Przemieszczenia ludności na wieś związane są także z procesem rozwoju kilku aglomeracji i koncentracji osadnictwa wokół nich[3]. Procesy przemieszczeń ludności są terytorialnie silnie zróżnicowane. W związku z migracjami wewnętrznymi w województwach południowo-wschodniej, wschodniej i środkowej Polski (podlaskim, lubelskim i świętokrzyskim) proces starzenia się ludności wsi jest już bardzo zaawansowany i nadal będzie postępował. W województwach o najniższym poziomie zaludnienia: lubelskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie, lubuskie i zachodniopomorskie zmaleje liczba ludności i zmieni się jej struktura; znacząco wzrośnie udział ludności w starszych grupach wieku. W statystykach nie są dotychczas odnotowane migracje okresowe polegające na wyjazdach do pracy najczęściej na tydzień poza miejsce stałego zamieszkania.

Obniża się częstość zawierania małżeństw. Utrwala się obecna sytuacja, gdy około 34% kobiet i mężczyzn osiągających wiek matrymonialny nigdy nie zawarło małżeństwa. Jednocześnie utrwala się późne zawieranie małżeństw, co sprzyja niskiej dzietności. Według mikrospisu z 1995 r. w Polsce było 5,7 mln gospodarstw domowych z dziećmi do 18 roku życia oraz 6,7 mln gospodarstw domowych bez dzieci. Prognoza gospodarstw domowych do 2030 roku pokazuje, że zmniejszy się liczba gospodarstw domowych z dziećmi do 4,6 mln i zmniejszy się w nich liczba dzieci (z 1,835 w 1995 r. do 1,504 w 2030 r.), a jednocześnie wzrośnie liczba gospodarstw domowych bez dzieci do 11,9 mln.

Zdrowie ludności. Podstawowe przyczyny zgonów ludności pozostają od wielu lat niezmienione: w 1999 r. 47,5% zgonów nastąpiło z powodu chorób układu krążenia, 21,9 z powodu nowotworów, 7,2% z powodu urazów i zatruć, z powodu chorób układu oddechowego 4,7%, układu trawiennego 3,9%, przyczyny inne to 14,9 (z tego dokładnie określone – 5,9%, niedokładnie określone 6,7%, brak danych – 2,3%). W latach 1990-1999 zmniejszył się udział zgonów z powodu chorób układu krążenia (z 52,7% w 1992 r. do 47,5% w 1999 r.), zwiększył się udział zgonów z powodu nowotworów (z 18,8% w 1990 r. do 21,9% w 1999 r.). Na stałym niemal poziomie utrzymuje się liczba zgonów z powodu urazów i zatruć (7,6% w 1990 r. – 7,2% w 1999 r.)[4].

---

[3] Proces tzw. kontrurbanizacji – wyludnianie się miasta centralnego i rozwój osadnictwa na terenach bezpośrednio przyległych – w latach dziewięćdziesiątych dotyczy Warszawy, Gdańska, Poznania, Wrocławia Torunia i Bydgoszczy.

[4] W Polsce utrzymuje się wysoki poziom zachorowania na choroby zakaźne. Na gruźlicę w 1999 r. po raz pierwszy zachorowało 12 185 osób, najwięcej w woj. mazowieckim, łódzkim, świętokrzyskim i śląskim. Nadal utrzymuje się wysoki pozom zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B (3532 nowe zachorowania w 1999 r.). W Polsce od wielu lat utrzymuje się wysoka liczba wypadków drogowych z ofiarami śmiertelnymi (7311 osób w 1997 r. i 6730 w 1999 r.) oraz z rannymi (w 1997 – 83 162 osoby ranne, w 1999 r. 69 449 osób rannych w wypadkach). Problemy są skutkiem zaniechania koniecznych działań, ale z powodu ograniczonych rozmiarów opracowania nie będą analizowane. Wysoka stale liczba drogowych wypadków ciężkich i śmiertelnych jest skutkiem braku podmiotu, który byłby istotnie zainteresowany w ich zmniejszeniu (za skutki wypadków płaci całe społeczeństwo, więc nikt nie ma istotnego „interesu" w ich ograniczeniu).

Zagrożenia zdrowia młodzieży związane są z upowszechniającą się wczesną inicjacją alkoholową i narkotykową. Z badań przeprowadzonych w 1999 r. wynika, że najpoważniejszym zagrożeniem związanym z uzależnieniami młodzieży jest alkohol (w badaniach z 1999 r. ok. 26% 15-letnich dziewcząt i ok. 38% 15-letnich chłopców przyznało się do tego, że w miesiącu przed badaniami upiło się przynajmniej raz do stanu, gdy nie kontrolowali swojego postępowania, (młodzież najczęściej uzależnia się od alkoholu pijąc piwo). Liczba osób uzależnionych od narkotyków nie jest znana, gdyż nie ma dotychczas jednolitego systemu rejestracji. Z badań socjologicznych wynika, że wśród młodzieży 16-17-letniej kontakt z narkotykami miało około 60% młodzieży.

Zmiany demograficzne w Polsce do 2030 roku a potrzeby w zakresie usług społecznych

Zarysowane zmiany demograficzne wywołują zapotrzebowania na różne grupy usług społecznych. Z powodu ograniczonego zakresu opracowania uwaga zostanie skupiona na trzech podstawowych grupach usług społecznych: edukacja, zdrowie, usługi opiekuńcze.

W kształtowaniu programu rozwoju usług społecznych coraz większego znaczenia nabierają te rodzaje usług, których rodzina nie jest w stanie samodzielnie zapewnić, a są one konieczne dla sprawnej realizacji jej rodziny: usługi edukacji, ochrony zdrowia oraz opieki (szczególnie specjalistycznej).

Edukacja

Zapotrzebowanie na usługi edukacyjne wynika z liczebności roczników dzieci i młodzieży w wieku odpowiednim dla poszczególnych poziomów kształcenia. Ponadto z przyjętej polityki edukacyjnej państwa zakładającej określony kierunek rozwoju systemu edukacji. A także ze zmian na współczesnym rynku pracy, który wymaga od swoich uczestników permanentnego kształcenia się i stałego uzupełniania wiedzy i umiejętności. Proces zmian demograficznych wpływa na zapotrzebowanie na usługi edukacyjne w dwojaki sposób; 1) wchodzenie w wiek edukacyjny kolejnych roczników dzieci i młodzieży, 2) powrót do systemu szkolnego tej części młodzieży, która opuściła system szkolny bez jakiegokolwiek wykształcenia (z podstawowym lub bez podstawowego) oraz tych, którzy weszli na rynek pracy bez odpowiedniego wykształcenia (np. z zasadniczym zawodowym), 3) podniesienia poziomu skolaryzacji na każdym szczeblu systemu szkolnego (od przedszkola – upowszechnienie wychowania przedszkolnego, do nauki na studiach wyższych).

W okresie do 2030 roku liczebność roczników młodzieży w wieku odpowiadającym określonym poziomom kształcenia szkolnego będzie zmienna, co wynika ze zmiennych wielkości urodzeń dzieci w poszczególnych rocznikach. Tworzy to wyjątkowo korzystne warunki do podniesienia poziomu kształcenia oraz obejmowania kształceniem coraz wyższych odsetków młodzieży, ale pod

warunkiem zaangażowania środków publicznych oraz zastosowania określonej polityki podatkowej wobec rodziców, pracowników i pracodawców, która zachęcałaby do podejmowania nauki, kształcenia i inwestowania w wykształcenie. W Polsce żaden z instrumentów finansowych wspierających kształcenie nie działa skutecznie. Przyjęte zasady finansowanie systemu szkolnego prowadzą do pogłębienia i utrwalenia zróżnicowania warunków i poziomu kształcenia młodzieży w zależności od jej cech przypisanych; poziomu zamożności rodziców, ich wykształcenia i miejsca zamieszkania. Z wielu badań wynika, że czynniki decydujące o nierównościach w wykształceniu zostały znacznie wzmocnione realizowaną polityką edukacyjną i podatkową[5]. Dodatkowym czynnikiem wspierającym zróżnicowanie szans edukacyjnych młodzieży jest poziom zamożności środowiska lokalnego (dochody własne gmin i powiatów). Samorządy lokalne mogą lub nie (chcą lub nie chcą) dofinansować system edukacji ponad poziom obligatoryjnej subwencji szkolnej.

Poza zadaniami edukacyjnymi wynikającymi z dorastania kolejnych roczników dzieci i młodzieży do kolejnych poziomów nauki szkolnej, w Polsce istnieje potencjalnie duży popyt na usługi edukacyjne wynikający z niskiego poziomu skolaryzacji młodzieży. Zapotrzebowanie to jest silnie zróżnicowane i dotyczy różnych grup dzieci i młodzieży oraz pracowników;

- młodzieży, która opuściła system szkolny z podstawowym wykształceniem i nie podjęła dalszej nauki bądź podjęła naukę i opuściła szkołę bez zakończenia nauki[6],
- absolwenci zasadniczych szkół zawodowych, którzy opuścili szkołę bez wykształcenia ogólnego dającego szansę na uzupełnienie wykształcenia lub na zmianę zawodu,
- osoby, które opuściły szkoły średnie bez zawodu lub z zawodem zbędnym na rynku pracy,
- osoby z ukończoną szkołą średnią zdolne do podejmowania studiów wyższych,
- absolwenci szkół wyższych z wykształceniem wyższym zawodowym, które chcą uzupełnić wykształcenie,
- absolwenci wyższych studiów akademickich zamierzający podjąć studia na innym kierunku lub uzupełnić wykształcenie na studiach podyplomowych,
- absolwenci studiów akademickich zamierzający uzyskać podstawowe wykształcenie przygotowujące do pracy naukowej (uzyskanie stopnia doktora

---

[5] Por. H. Domański, Nierówności społeczne, ISP, Warszawa 2000 r.

[6] Z analizy przepływu młodzieży przez kolejne szczeble kształcenia szkolnego wynika, że od 10%-15% każdego rocznika demograficznego opuszcza system szkolny bez podstawowego lub tylko z podstawowym poziomem wykształcenia. W latach dziewięćdziesiątych od ok. 16% – ok. 18% młodzieży w wieku 15-18 lat nie uczyło się i nie pracowało. Powrót tej grupy do systemu szkolnego wymaga nowego rodzaju podejścia do dokształcenia tej młodzieży. Nie mogą to być formy szkolenia stosowane przez urzędy pracy ze względu na bardzo niski poziom wykształcenia tej grupy młodzieży. Potrzeby w zakresie dokształcenia tej grupy (dotyczy tylko osób w wieku 20-29 lat) można szacować na około 0,5 mln osób.

nauk) lub do pracy poza nauką, ale wymagającej umiejętności stosowania metod pracy naukowej,
- osoby pragnące kształcić się dla celów rozwoju osobistego, nie związanego z pracą zawodową.

Każda z wyodrębnionych grup wymaga odmiennego podejścia i innych form kształcenia szkolnego i pozaszkolnego. Większość z tych form nie ma obecnie odpowiednich regulacji prawnych, organizacyjnych, programowych, kadrowych. Wielość i wielkość zapotrzebowania szacowana jest najczęściej jako potrzeba osiągnięcia określonego poziomu skolaryzacji, obejmuje ograniczony zakres potencjalnych potrzeb edukacyjnych[7]. Określenie zapotrzebowania na usługi edukacyjne wymaga znajomości podstawowych realizowanych (a nie tylko deklarowanych) założeń polityki edukacyjnej państwa. Celem realizowanej polityki edukacyjnej państwa nie może być ograniczanie nakładów publicznych na edukację i obciążanie kosztami kształcenia gospodarstw domowych. Poza ograniczaniem dostępu do kształcenia dzieciom z rodzin ubogich, taki system regulacji stosowany w polityce edukacyjnej, prowadzi do deformacji funkcji systemu edukacyjnego (głównie do ograniczenia jego pozazawodowych, obywatelskich i kulturotwórczych funkcji)[8].

Ochrona zdrowia

Zmiany zapotrzebowania na usługi ochrony zdrowia wynikają z procesów: urodzeń, powstawania niepełnosprawności, rozwoju chorób cywilizacyjnych, starzenia się ludności. Z celów polityki społecznej państwa nastawionej lub nie, na zmniejszenie zagrożeń zdrowotnych, a więc na zmniejszenie zapotrzebowania na leczenie i zwiększenia roli promocji i profilaktyki.

Stan usług zdrowotnych w Polsce kształtuje się w wyniku zmian w finansowaniu i organizacji ochrony zdrowia. Od 1999 r. w związku z reformą organizacji i finansowania ochrony zdrowia **w budżecie państwa znajduje się tylko około 20% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia**[9]. Pozostałe środki znajdują się w dyspozycji Kas Chorych, a ich dochodów i wydatków nie obejmuje budżet państwa, który nie ma wpływu na ich dochody i wydatki. Powstała znaczna niespójność między zobowiązaniami konstytucyjnymi państwa,

---

[7] Szacowane na – około 25% – poziomy skolaryzacji młodzieży na poziomie wyższym w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych są obciążone poważnym błędem, gdyż wśród studiujących jednocześnie są osoby z wielu roczników demograficznych, które realizują kształcenie na poziomie wyższym jako w pewnym sensie odłożony *popyt* na kształcenie. Przyjmowanie w prognozach założenie, że skolaryzacja na poziomie wyższym ma wynosić ok. 40%, co uzasadnia się poziomem osiąganym w krajach UE w latach dziewięćdziesiątych, nie jest uzasadnione, bo skazuje Polskę na znacząco niższy przeciętny poziom wykształcenia.

[8] Poza wymienionymi możliwymi do oszacowania liczbowego potrzebami edukacyjnymi, są jeszcze znaczne potrzeby związane z podniesieniem poziomu kształcenia. Wyniki badań zrealizowanych dla UNESCO w 1998 r. w Uniwersytecie Warszawskim wykazały, że blisko 42% dorosłych Polaków kwalifikowanych jest do kategorii wtórnych analfabetów.

[9] Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 7 lutego 1997 r., znowelizowana w 18 lipca 1998 r.

a możliwością ich realizacji[10]. Państwo zobowiązało się do dostarczenia wszystkim obywatelom bezpłatnych usług ochrony zdrowia, lecz ponad 80% środków na ochronę zdrowia przekazało do dyspozycji samodzielnym Kasom Chorych. Zobowiązania konstytucyjne państwa realizowane są wobec pracujących przez obowiązkową składkę (od 2001 r. – 7,75% z podatku dochodowego od osób fizycznych). Za osoby nie pracujące składkę opłaca budżet państwa[11].

Analiza budżetu państwa z 1999 r. i 2000 r. oraz projektu budżetu na 2001 r. w części dotyczącej ochrony zdrowia pokazuje, że **państwo utraciło instrumenty finansowe realizacji zadań w dziedzinie ochrony zdrowia** przez przekazanie ich Kasom Chorych. Jednocześnie organy państwa dysponują bardzo słabymi instrumentami oddziaływania na Kasy Chorych tak, aby realizowały one określony kierunek polityki zdrowotnej państwa. O słabości oddziaływania państwa na określone kierunki działalności Kas Chorych zaświadczają opublikowane dane GUS za 1999 r.[12].

Wydatki Kas Chorych w 1999 r. przeznaczone były na:
1. 50,43% stacjonarną opiekę zdrowotną (szpitale)
2. 16,38% leki dla uprawnionych
3. 15,59% na podstawową opiekę zdrowotną
4. 8,15% poradnictwo specjalistyczne
5. 3,46% pomoc doraźną
6. 1,45% lecznictwo sanatoryjne
7. 0,82% zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze
8. 0,47% transport sanitarny
9. 0,44% usługi opiekuńczo-lecznicze
10. 0,44% rehabilitacja

Z analizy wydatków Kas Chorych w 1999 roku wynika, że ponad połowa została przeznaczona na leczenie szpitalne. Jednocześnie zwiększyła się liczba osób hospitalizowanych (o 346,2 tys. osób, hospitalizowano średnio licząc 14,7% ogółu ludności Polski), skrócił się czas hospitalizacji (z 10,1 do 9,3 dnia). W szpitalach psychiatrycznych leczono 206 tys. pacjentów (o 15,9 tys. więcej niż przed rokiem). Zmniejszyła się liczba łóżek w szpitalach o 6,6 tys. (wskaźnik na 10 tys. obniżył się z 53,1, do 51,4). Spadła też liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych (o 1661, w końcu 1999 r. było 26,5 tys. łóżek

[10] Wyrażonymi w art. 68 Konstytucji, który zobowiązuje władze publiczne do zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń ochrony zdrowia finansowanych ze środków publicznych.

[11] Całkowita kwota zaplanowana na opłacenie składek za osoby nie posiadające prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu wynosi w projekcie budżetu na 2001 r.: 972 583 tys. zł, co stanowi 29,8% wydatków budżetowych na ochronę zdrowia. Środki na ochronę zdrowia znajdują się także w budżetach samorządów: gmin (66 tys. zł), powiatów (897 423 tys. zł) województw (50 tys., zł). W rezerwach celowych znajduje się ok. 26% budżetu ochrony zdrowia.

[12] Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1999 r., GUS, Warszawa 2000 r.

w szpitalach psychiatrycznych). Z publicznych zakładów stacjonarnej opieki medycznej korzystało 98,3% pacjentów, w prywatnym zakładzie, ale opłacanym przez Kasy Chorych leczyło się 1,4%, w prywatnych zakładach opłacanych przez pacjenta – 0,3%.

Z danych tych wynika, że organizacja i zasady finansowania powodują, że dostarczającym usług ochrony zdrowia *opłaca się* lokowanie pacjentów w szpitalach (wzrostu potrzeby hospitalizacji nie potwierdzają bowiem inne wskaźniki dotyczące stanu zdrowia ludności). Około 25% hospitalizowanych mężczyzn i około 20% kobiet przebywało w szpitalu z powodu przeprowadzania obserwacji i badań diagnostycznych, a około 70% mężczyzn i 54% kobiet przebywało w szpitalu z powodu choroby[13].

Wydatki na leki dla uprawnionych przekroczyły koszty podstawowej opieki zdrowotnej. Koszty poradnictwa specjalistycznego stanowiły ponad połowę wydatków na podstawową opiekę zdrowotną. Wysoki udział wydatków na leki wskazuje na brak instrumentów kontroli ordynacji i dystrybucji leków w Polsce. Jednocześnie gospodarstwa domowe w 1999 r. najsilniej były obciążone wydatkami na leki – około 65% osób utrzymujących się z niezarobkowych źródeł utrzymania miało trudności z realizacją przypisanych im recept. Tylko pacjenci zaliczeni do osiągających najwyższe dochody nie mieli trudności z zakupieniem przypisanych leków.

Z analizy struktury wydatków Kas Chorych nie wynika, aby realizowały one określony kierunek polityki zdrowotnej państwa. Ze struktury budżetu wynika, że Kasy Chorych realizują doraźne zadania wynikające z sytuacji bieżącej oraz z nacisków różnych grup lobbystycznych (m.in. szpitali, firm farmaceutycznych). W działalności Kas Chorych nie występują w odpowiedniej skali takie wydatki, które ograniczałyby w przyszłości koszty opieki zdrowotnej i prowadziły do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa (promocja, profilaktyka, rehabilitacja, medycyna szkolna).

Dane GUS dostarczają informacji dotyczących **stanu zatrudnienia** i placówek ochrony zdrowia. W 1999 r. nastąpił spadek liczby zatrudnionych lekarzy, dla których głównym miejscem pracy nie jest gabinet prywatny (o 2562 osoby, w stosunku do 1998 r.). W 1999 r. zatrudnionych było 87,5 tys. lekarzy. Zmniejszyło się zatrudnienie stomatologów, dla których głównym miejscem pracy nie jest gabinet prywatny; w 1999 r. pracowało 13,3 tys. lekarzy stomatologów, tj. o 4063 osoby (30,55%) mniej, niż w 1998 r. Zmniejszyła się też liczba zatrudnionych pielęgniarek – w 1999 r. zatrudnionych było o 15 974 pielęgniarki mniej, niż w 1998 r. Liczba położnych zmalała o 1751osób. Trudno więc ocenić, czy tendencja spadku zatrudnienia personelu medycznego w instytucjach publicznych będzie postępowała nadal. Trudno też ocenić, czy znaczący ubytek zatrudnionego personelu medycznego (poza zatrudnionymi w gabinetach prywatnych) jest wyrazem określonej w resorcie zdrowia polityki kształcenia i zatrudnienia kwalifikowanych kadr medycznych oraz prywatyzacji tego sektora usług społecznych, czy też jest wynik żywiołowo kształtu-

[13] Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1999 r., GUS, Warszawa 2000.

jących się procesów zmian. W tym żywiołowo kształtujących się procesów prywatyzacyjnych w ochronie zdrowia[14].

Z analizy rozmieszczenia kadr medycznych i utrzymujących się znacznych dysproporcji można wnioskować, że przebiegające procesy w zatrudnieniu kadr medycznych są wynikiem przypadkowych działań oszczędnościowych, a nie rezultatem świadomej polityki w zakresie kształtowania kadr medycznych. **Rozmieszczenie kadr medycznych** pozostaje nadal w wysokim stopniu zróżnicowane: najwyższy wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 10 tys. mieszkańców mają województwa; mazowieckie (27,6), podlaskie (27,4), śląskie (25,3), dolnośląskie i łódzkie (25,0). Najniższe wskaźniki – blisko dwukrotnie mają województwa: warmińsko-mazurskie (14,7), opolskie (16,7), kujawsko-pomorskie i podkarpackie (17,7), lubuskie (17,8), a także wielkopolskie (18,1). Średnia dla Polski wynosiła na koniec grudnia 1999 r. – 22,6 lekarzy na 10 tys. mieszkańców (o ok. 1/3 niższa, niż w 1996 r. w Niemczech). W przypadku lekarzy stomatologów zróżnicowanie jest jeszcze większe; przy średniej dla kraju 3,4 na 10 tys. ludności najwyższe wskaźniki notowano w województwach dolnośląskim (4,5), łódzkim i pomorskim (4,4), podlaskim (4,1), najniższe natomiast w województwach: warmińsko-mazurskim i wielkopolskim (1,9), lubuskim (2,0), opolskim (2,4). Podobnie zróżnicowane było zatrudnienie pielęgniarek – przeciętny wskaźnik dla Polski wynosił – 51,0 na 10 tys. mieszkańców, najwięcej było w woj. dolnośląskim (62,1), lubelskim (59,7), najmniej w wielkopolskim (40,6), warmińsko-mazurskim (42,9).

Wśród zatrudnionych lekarzy specjalistów z II stopniem specjalizacji ogółem 42 980 (49,1% ogółu zatrudnionych lekarzy) udział poszczególnych specjalizacji jest następujący: chirurgia 14,2%, choroby wewnętrzne 14,2%, położnictwo i ginekologia 9,12%, pediatria 8,49%, medycyna rodzinna 5,8%, anestezjologia i intensywna terapia 5,1%, neurologia 3,8%, radiodiagnostyka 3,35%, okulistyka 3,3%, psychiatria 3,29%, choroby płuc 3,2%, otolaryngologia 2,98%, dermatologia 1,98%, kardiologia 1,8%, onkologia 0,2%. Warto podkreślić, że wśród lekarzy specjalistów II stopnia najmniej jest lekarzy kardiologów i onkologów, chociaż zgony z powodu chorób układu krążenia i nowotworów to razem około 70% przyczyn zgonów. Trzeba też podkreślić, że pomimo zaawansowanych procesów starzenia się ludności statystyki nie wykazują istnienia lekarzy ze specjalizacją w zakresie geriatrii, ani oddziałów geriatrycznych w placówkach stacjonarnych i niestacjonarnych ochrony zdrowia. Mimo niskiego poziomu urodzeń i wysokiego udziału pediatrów wśród lekarzy ze specjalizacją II stopnia niemalże nie funkcjonuje medycyna szkolna. Dane doty-

[14] Badania realizowane w 2000 r. nad procesem decentralizacji funkcji społecznych państwa pokazały, że w niektórych powiatach (m.in. Skierniewice, Grodzisk Maz.) procesy prywatyzacji ochrony zdrowia zostały w poważnym stopniu zaawansowane (ponad 90% podmiotów sprywatyzowano). O skutkach dla dostępności usług trudno wnioskować z powodu krótkiego czasu, jaki upłynął od prywatyzacji. Natomiast rozluźniło to odpowiedzialność władz samorządowych w organizację i dostępność usług ochrony zdrowia dla mieszkańców, ponieważ placówki ochrony zdrowia stały się prywatne, więc samorząd powiatu nie może brać za nie odpowiedzialności. Badania w Instytucie Spraw Publicznych. Maszynopis. Warszawa 2001.

czące kształcenia i zatrudnienia kadry nie pozwalają na sformułowanie jakichkolwiek prawidłowości w tym zakresie.

W 1999 r. funkcjonowało 5425 przychodni, o 400 mniej niż w 1998 r. Przychodni publicznych było 3378 (mniej o 784), 2047 niepublicznych (o 384 więcej niż przed rokiem). Funkcjonowało 2802 ośrodków zdrowia tj. o 403 mniej niż przed rokiem. Wśród ośrodków zdrowia było 201 ośrodków niepublicznych. W 1999 r. odnotowano powstawanie na wsi przychodni niepublicznych tworzonych przez spółki lub osoby fizyczne.

Sukcesywny wzrost sektora niepublicznego w ochronie zdrowia nie zrekompensował spadku działalności realizowanej przez zakłady publiczne. W 1999 r. nastąpił dalszy **spadek udzielonych porad lekarskich o 4,5% w stosunku do 1998 r. Liczba porad stomatologicznych spadła o 24,8%**. Pomimo wysokiego poziomu prywatyzacji usług stomatologicznych ciągle więcej pacjentów korzysta z usług opłacanych przez Kasy (z usług stomatologicznych korzysta 19,5%, pacjentów; 10,4% z usług opłaconych przez Kasy, 9,1% z usług sektora prywatnego opłacanych ze środków własnych)[15]. W konsekwencji zmian, jakie miały miejsce w 1999 r., liczba porad lekarzy i lekarzy stomatologów na jednego mieszkańca spadła 6,3 w 1998 do 6,0 w 1999 r. Funkcjonujące w ramach działalności prywatnej gabinety lekarskie i stomatologiczne, w których porady udzielane są wyłącznie przez pacjenta, nie rekompensują ubytku dostępności porad opłacanych ze środków publicznych.

Dane zebrane przez GUS w 2000 r. dotyczące kierunków działań ochrony zdrowia w Polsce pokazują, że istnieje pilna potrzeba **wdrożenia badań monitorujących skutki reformowanej ochrony zdrowia w Polsce dla stanu zdrowia ludności**, dostępności usług ochrony zdrowia, zmian w zatrudnieniu oraz zmian w stanie infrastruktury w ochrony zdrowia w Polsce. Dane GUS za 1999 r. wykazują, że mamy do czynienia z procesami wymuszanymi niskim poziomem nakładów ze środków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce oraz działaniem różnych grup interesu. Niektóre skutki tych działań nie są trudne do przewidzenia; wzrost wydatków gospodarstw domowych, wzrost nierówności w dostępie do usług, wzrost kosztów działania instytucji ochrony zdrowia, spadek jakości usług.

Środki uzyskiwane przez Kasy Chorych ze składki oraz z dotacji i subwencji budżetowej muszą pozostawać, tak jak wszystkie środki publiczne, pod kontrolą Sejmu i Senatu. Państwo zobowiązało się w Konstytucji do zapewnienia wszystkim obywatelom na równych prawach dostępu do usług ochrony zdrowia, a jednocześnie pozbyło się najważniejszych, finansowych instrumentów gwarantujących zrealizowanie zobowiązania.

---

[15] Nie wyczerpuje to zapotrzebowania na usługi stomatologiczne, lecz pokazuje ich dostępność dla pacjentów. Prywatne usługi dostępne są niespełna 10% potencjalnych pacjentów. Taki sam odsetek może korzystać z usług opłacanych z własnych dochodów. O skali potrzeb świadczą badania zrealizowane wśród uczniów szkół podstawowych w 1994 r. – u 90% dzieci stwierdzono próchnicę zębów.

„Konsumenci" usług ochrony zdrowia

Badania i statystyki GUS pokazują, że głównymi konsumentami usług ochrony zdrowia są:

1.	dzieci w wieku do 0-1 roku życia (80% korzysta z porad lekarskich co najmniej 1 raz na kwartał) oraz 1-2 (75% korzystało z porad)
2.	osoby w wieku 60-69 lat (71% korzysta z porad)
3.	kobiety (korzysta z porad 54% kobiet i 41,8% mężczyzn)
4.	osoby, które ukończyły 70 lat, (77,9% deklaruje korzystanie z porad)
5.	osoby niepełnosprawne z orzeczoną grupą inwalidzką (z porad korzysta 84,3%)
6.	osoby mieszkające w mieszkające w mieście (korzystało 49,6% mieszkańców, na wsi 45,7%)
7.	osoby z niższym poziomem wykształcenia (z porad korzysta 69,7% pacjentów z wykształceniem nie ukończonym podstawowym, 50,9% z wykształceniem wyższym)

Z porad lekarskich najrzadziej korzystają osoby w wieku 7-16 lat (28,4%) oraz 17-24 lat (25,6%)[16].

Na potrzeby w zakresie usług ochrony zdrowia wpływać będą następujące procesy: wzrost liczby urodzeń, wzrost poziomu wykształcenia społeczeństwa, wzrost liczby osób niepełnosprawnych, wzrost przeciętnego trwania życia ludzkiego, spadek dynamiki procesów urbanizacji, wzrost udziału osób w starszych grupach wieku oraz wzrost udziału kobiet. Poza wzrostem urodzeń oraz wzrostem udziału osób z najniższym poziomem wykształcenia – wszystkie pozostałe czynniki społeczno-demograficzne wpływające na wzrost zapotrzebowania na usługi ochrony zdrowia wystąpią w okresie objętym prognozą. Na wzrost potrzeb w zakresie ochrony zdrowia wpływać będzie także wzrost przeciętnej długości życia ludzkiego i wzrost udziału ludności w wieku 60 i więcej lat.

Finansowanie usług ochrony zdrowia. Przyjęte zasady i organizacja finansowania usług ochrony zdrowia zakładają dostęp wszystkich obywateli na równych prawach do wszystkich usług ochrony zdrowia. Realizacja tego uprawnienia wymaga wysokiego poziomu finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych. W reformowaniu systemu finansowania ochrony zdrowia przyjęto niski poziom finansowania ze środków publicznych mierzony udziałem wydatków w PKB. W 1998 r. nakłady mierzone udziałem w PKB wynosiły: 4,19%, w 1999 r. – 4,63%, w kolejnych latach poziom finansowania był zbliżony, przy czym z każdym rokiem zwiększa się udział środków przekazywanych Kasom Chorych.

Niski udział finansowania ze środków publicznych oznaczać musi wysoki udział finansowania ze środków pozostających w dyspozycji gospodarstw domowych lub – w rezygnowanie z usług ochrony zdrowia. Z badań GUS wynika, że w 1999 roku tylko 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach nie miało problemów z finansowaniem kosztów leków i innych usług ochrony zdrowia. Zatem więc możliwości sfinansowania usług ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe są ograniczone do gospodarstw osiągających

[16] Dane na podstawie badań GUS: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1999 r.*, Warszawa 2000.

najwyższe dochody, w większości utrzymujących się z pracy na własny rachunek. Trudności mają emeryci i renciści, rodziny utrzymujące się ze źródeł niezarobkowych, rodziny z trojgiem i większą liczbą dzieci, z osobami chorymi przewlekle, niepełnosprawnymi[17]. O zwrot kosztów leków do pomocy społecznej zwracało się 2,7% gospodarstw domowych (częściowy zwrot otrzymało 1%). Z badań budżetów gospodarstw domowych wynika, że najwyższy udział wydatków na „zdrowie" występuje w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów (6,9% wydatków w 1998 r.).

Usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne

Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze potrzebne są tym, którzy z powodu wieku i stanu zdrowia nie są zdolni do samoobsługi (dzieci, osoby chore, niepełnosprawne oraz w wieku podeszłym). Usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych tradycyjnie dostarczała rodzina, ale wraz z rozpadem tradycyjnej, wielopokoleniowej rodziny funkcje opiekuńcze i pielęgnacyjne przejmowały instytucje. Ze względu na szczególne funkcje i charakter tych usług najkorzystniejszym (i najbardziej ekonomicznym) rozwiązaniem jest realizacja usług opieki przez rodzinę. Wypełnienie przez rodzinę funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych wymaga stworzenia odpowiednich warunków, które umożliwią rodzinie realizację tych funkcji.

Rozwiązanie zastosowane w większości krajów zamożnej Europy, gdzie funkcje opieki, szczególnie nad ludźmi starymi i niepełnosprawnymi, powierzono instytucjom, okazało się ekonomicznie kosztowne i społecznie nieefektywne. Dlatego od wielu lat w zamożnych krajach Zachodu poszukuje się takich rozwiązań, które ograniczyłyby rolę instytucji w organizowaniu usług dla osób starych i niepełnosprawnych, przywróciłyby pierwotną rolę rodziny oraz obniżyły koszty i zwiększyły efektywność opieki. Podejmowane próby to: adopcja ludzi starych przez rodziny niespokrewnione (Francja), wynagrodzenia wypłacane krewnym i powinowatym za opiekę na osobami starymi (Szwecja), rozwój usług w środowisku zamieszkania (Wielka Brytania), rozwój różnych form wolontariatu na rzecz opieki i pomocy osobom starym i niepełnosprawnym (USA, Kanada), ubezpieczenia pielęgnacyjne, które dostarczają środków na usługi zapewniające osobom starym pozostawanie we własnym środowisku (Niemcy).

W Polsce zapotrzebowanie na różne formy opieki będą szybko wzrastać; wydłuża się przeciętne życie, utrzymuje się wysoki poziom niepełnosprawności (38% ubezpieczonych traci zdolność do pracy z powodu złego stanu zdrowia przed uzyskaniem wieku emerytalnego), w 2006 roku w wiek poprodukcyjny zaczną sukcesywnie wchodzić kolejne roczniki pierwszego powojennego

[17] Udział wydatków na koszty tylko ambulatoryjnej opieki medycznej w wydatkach gospodarstw domowych emerytów stanowiły w IV kwartale 7,3% ogółu wydatków, tj. 52,66 zł na 1 osobę miesięcznie, w rodzinach rencistów 36,97, tj. 6,8% wydatków, por. *Ochrona zdrowia...*, op. cit., s. 35.

wyżu demograficznego. Wymienione czynniki spowodują, że w najbliższych 10 latach pojawią się w znacznie większej niż obecnie skali, potrzeby zapewnienia opieki osobom starszym. Konieczne staje się poszukiwanie form opieki ekonomicznie i społecznie efektywnych. W Polsce istnieją jeszcze szanse na utrwalenie i opiekuńczej funkcji rodziny ze względu na wysoką, stałą wartość rodziny w deklarowanym przez Polaków systemie wartości. Można oczekiwać także i wzrostu urodzeń, jednak pod warunkiem podjęcia przez państwo aktywnej polityki sprzyjającej zakładaniu rodzin i wzrostowi urodzeń. Wielokierunkowe działania wspierające wszystkie funkcje rodziny – ekonomiczną, prokreacyjną, wychowawczą, opiekuńczą i pielęgnacyjną – może w Polsce rozwiązać problem opieki nad ludźmi starymi i niepełnosprawnymi. Polityka społeczna wspomagająca rodziny w realizacji ich funkcji, w konsekwencji prowadzić będzie do ograniczenia wzrostu wydatków publicznych na opiekę nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi. Brak polityki społecznej skutecznie wzmacniającej wszystkie funkcje rodziny oznaczać będzie wysoki poziom wydatków publicznych na organizację usług opiekuńczych dla ludzi starych i niepełnosprawnych.

Poza oficjalnymi deklaracjami, polityka prorodzinna w Polsce musi skupić się na realnym wspieraniu wszystkich jej podstawowych funkcji: prokreacyjnej, wychowawczej, ekonomicznej, opiekuńczej i socjalizacyjnej. Polityka prorodzinna to tworzenie warunków prawnych, ekonomicznych, instytucjonalnych i organizacyjnych zapewniających rodzinie wypełnienie w odpowiednim dla cyklu rozwoju rodziny funkcji; urodzenie i wychowanie dzieci, zapewnienie im odpowiednich warunków rozwoju, wykształcenia, przygotowania do podejmowania ról społecznych oraz usamodzielnienie, a także zapewnienie dzieciom, starszym i niepełnosprawnym członkom rodziny potrzebnej opieki. Pomoc rodzinie wiąże się z koniecznością rozwoju w środowisku zamieszkania wielu usług społecznych opieki i wychowania, edukacji, kultury, rekreacji i sportu, ochrony zdrowia, rehabilitacji oraz usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych wspomagających rodzinę w wypełnianiu jej funkcji, szczególnie wobec dzieci, osób chorych, niepełnosprawnych i starych. Wszystkie funkcje rodziny (a nie tylko ograniczone do np. osób starych lub dzieci) muszą być w polityce społecznej potraktowane integralnie, ponieważ rodzina stanowi wyodrębniony podmiot, który może wypełniać wszystkie przypisane mu funkcje, jeśli zostaną stworzone do tego odpowiednie warunki. Rodziny bez koniecznej obecnie pomocy ze strony licznych, działających na zasadach non profit instytucji usług społecznych, zmuszone będą pozbywać się obowiązku opieki i pomocy swoim niesamodzielnym członkom[18]. Alternatywą dla polityki społecznej wspierającej wszystkie funkcje rodziny jest szeroki rozwój wielu instytucji, które z konieczności będą przejmować niektóre funkcje rodziny. Kierunek rozwoju polityki społecznej polegającej na wspieraniu rodziny w wypełnianiu jej

[18] Symptomami takich zjawisk (poza oczywistymi przypadkami społecznej patologii) są przypadki odmowy pomocy niepełnosprawnym członkom rodziny, pozbywanie się przez rodziny obowiązków opieki nad osobami chorymi, starymi, dziećmi, osobami z zaburzeniami, itp.

wszystkich funkcji jest w Polsce nieobecny, nie tylko w realizacji, także w pracach teoretycznych i programach politycznych polityki społecznej. Tak, jak nieobecny jest czynnik demograficzny w projektowaniu kierunków rozwoju społecznego i gospodarczego kraju.

Istotne znaczenie dla zapotrzebowania społecznego na usługi opiekuńcze wynika z procesów starzenia się ludności oraz z realizowanej polityki społecznej państwa. Z podziału kompetencji wynika, że dostarczenie usług opiekuńczych osobom niesamodzielnym obciąża samorządy lokalne. W miejscu zamieszkania organizacja usług opiekuńczych jest zadaniem własnym gminy, natomiast dostarczenie usług opiekuńczych w instytucjach (zwykłych i specjalistycznych) jest zadaniem powiatu. Taki podział kompetencji prowadzi do kolizji między samorządami gminy i powiatu. Organizacja usług przez gminę ma zapewnić możliwie najdłuższe przebywanie osoby starszej lub niepełnosprawnej w miejscu zamieszkania. Przemawiają za tym względy ekonomiczne (jest to tańsze) i społeczne (chroni przed izolacją społeczną). Rozwiązanie to obciąża jednak gminy kosztami organizacji opieki. Im lepiej gmina organizuje pomoc, tym większe ponosi koszty. Im gorzej gmina wykonuje swoje zadania w stosunku do osób potrzebujących pomocy w miejscu zamieszkania, tym większe obowiązki związane z zapewnieniem miejsca w domu opieki lub domu pomocy społecznej *spadają* na powiat.

Rozmiary potrzebnej pomocy. Z badań dotyczących stanu zdrowia społeczeństwa w IV kwartale 1999 r. wynika, że 13,3% posiadało ograniczenia zdolności wykonywania czynności podstawowych, a 0,7% posiadało całkowicie ograniczoną zdolność do samoobsługi. Częściowo ograniczoną zdolność do samoobsługi deklarowało 4,5%, a do pracy lub nauki 7,2%. Całkowite ograniczenie zdolności do samoobsługi deklaruje 4,3% osób w wieku 70 i więcej lat, a częściowe 37,6%. W wieku 16 i więcej lat 15,4% posiada orzeczenie o niezdolności do pracy (z nich 18,8% ma orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji)[19].

Usługi opiekuńcze. Wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze wynika ze wzrostu liczby gospodarstw jednoosobowych osób starszych, osłabienia skłonności do zawierania małżeństwa i posiadania dzieci, procesów starzenia się społeczeństwa, wzrostu udziału osób w wieku 75 i więcej lat, wzrostu udziału osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, z migracji, rozpadu więzi rodzinnych, rozpadu więzi lokalnych, wzrostu poziomu ubóstwa, a także procesów marginalizacji i izolacji społecznej.

Usługi opiekuńcze organizowane są głównie dla osób, które ze względu na wiek i stan zdrowia i stan rodziny nie są w stanie samodzielnie prowadzić własnego gospodarstwa domowego (mają ograniczoną zdolność do samoobsługi). Nie ma pełnej informacji o wielkości potrzeb w tym zakresie, ponieważ jest to kompetencja samorządów gminnych, które same oceniają potrzeby oraz zakres i formy dostarczanej pomocy.

---

[19] Wszystkie dane z badań przeprowadzonych w IV kwartale 1999 r. przez GUS, *Ochrona zdrowia...*, op. cit.. s. 21 i na nast.

Publiczne instytucje opieki. Z publicznych instytucji opiekuńczych korzystało w Polsce w grudniu 1999 r. 89 468 osób. Większość z nich korzystała z domów pomocy społecznej (87,45% tj. 77 656 osób), z domów opiekuńczo-leczniczych korzystało 9812 (12,6% pensjonariuszy). Domy pomocy społecznej przeznaczone są głównie dla osób: umysłowo upośledzonych (30,8% pensjonariuszy w domach pomocy społecznej), przewlekle chorych somatycznie (30%), przewlekle psychicznie chorych (16,8%), starych (16,35). Pozostali pensjonariusze domów to bezdomni (2,7%), niepełnosprawni fizycznie (1,4%), samotne matki i kobiety w ciąży (1,2%). Zdecydowana większość pensjonariuszy to osoby w wieku 75 i więcej lat (28,6%), oraz w wieku 60-74 lat (22,9%). W wieku 19-40 jest 19,9% pensjonariuszy, a 26% w wieku 41-60 lat. Ponad 65% opłaca koszty pobytu z renty lub emerytury, z zasiłku stałego z pomocy społecznej – 27,1%. Tylko 4,3% opłaca pełny koszt pobytu, a za 1,9% pensjonariuszy płaci rodzina. Na miejsce w domu pomocy społecznej oczekuje ponad 10 tys. osób, a czas oczekiwania wynosi około 3-4 lat. **Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania.** Organizowane są dla osób starszych, chorych i niesamodzielnych w samobsłudze oraz niepełnosprawnych, których codzienne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania uzależnione jest od pomocy innych osób (a nie mogą one liczyć na stałą pomoc innych osób bliskich). Problem ten w coraz większym stopniu dotyczy obecnie nie tylko starych dzielnic w dużych miastach, (gdzie odsetek ludzi starych wśród mieszkańców przekroczył nierzadko 20% – Warszawy, Krakowa, Łodzi, Wrocławia, Poznania, Katowic). Występuje on, obecnie w innej skali, w małych miastach, a także i na wsi szczególnie województw wschodnich i północnych. Problem będzie systematycznie narastał w związku z wchodzeniem w wiek emerytalny roczników pierwszego powojennego wyżu demograficznego. Problemy zapewnienia opieki osobom niesamodzielnym (chorym, starszym, niepełnosprawnym) są skutkiem zmian w polskich rodzinach: rozpadła się struktura rodziny wielopokoleniowej, która gwarantowała swoim członkom pomoc i opiekę, w wyniku migracji wiele starszych osób pozostaje bez opieki. Naturalne procesy starzenia się powodują rozluźnienie kontaktów z ludźmi, utratę wielu dotychczas pełnionych ról społecznych. Niesamodzielność życiowa prowadzi do dalszego ograniczenia kontaktów i osamotnienia oraz izolacji człowieka starego. Wzrastające liczby podopiecznych pomocy społecznej i stale ograniczone (i ograniczane środki) zmuszają do poszukiwania innych, niż dotychczas stosowane form opieki.

Finansowanie usług opiekuńczych. Większość pensjonariuszy państwowych domów opieki społecznej opłaca koszty pobytu z renty i emerytury (płaci się nie więcej niż 3/4 pobieranej emerytury bez względu na koszty pobytu) lub z zasiłku stałego z pomocy społecznej. Pełny koszt pobytu opłaca tylko 4,3% pensjonariuszy. Opłaty od pensjonariuszy stanowią niewielki odsetek kosztów utrzymania domu pomocy społecznej. Koszty utrzymania domów pomocy w znacznej części ponosi budżet państwa (koszty są zróżnicowane ze względu na specyfikę domów pomocy). Koszty pomocy świadczonej w środowisku ponoszone są niemal w całości ze środków samorządu gminy. Ani pensjona-

riusze domów pomocy społecznej, ani podopieczni ośrodków pomocy społecznej nie są w stanie samodzielnie opłacić potrzebnych im usług.

Nie można także oczekiwać, że znaczny odsetek osób starych i niepełnosprawnych opłaci usługi z własnych dochodów. Przyjęte zasady reformy emerytalnej oraz kształtowania dochodów emerytów i rencistów w coraz wyższym stopniu obciążać będą fundusze publiczne kosztami opieki i pomocy ludziom starym i niepełnosprawnym, ponieważ realna wartość świadczeń z ubezpieczenia społecznego będzie systematycznie spadać (według założeń do wysokości ok. 28% przeciętnego wynagrodzenia).

Podsumowanie

Ocena koniecznych potrzeb w zakresie usług społecznych wymaga znajomości koncepcji polityki społecznej, a takiej uzgodnionej koncepcji w Polsce jeszcze nie wypracowano. Z punktu widzenia zmian w sytuacji demograficznej (i zmian społecznych) najważniejszymi procesami wpływającymi na kształtowanie się potrzeb w zakresie usług społecznych są **procesy starzenia się ludności**. Najważniejszymi niezaspokojonymi potrzebami ludzi starych będą potrzeby w zakresie szeroko rozumianej ochrony zdrowia oraz opieki. Zastosowane dotychczas rozwiązanie prawne, organizacyjne, instytucjonalne i finansowe nie dają nadziei na to, że usługi społeczne dla ludzi starych staną się przedmiotem szerszego zainteresowania wolnego rynku. Ludzie starzy ze względu na ich dochody (niskie) będą konsumentami głównie usług opłacanych ze środków publicznych. W zakresie usług ochrony zdrowia konieczne jest podjęcie takich działań, które pozwoliłyby ludziom starszym najdłużej zachować sprawność do samoobsługi (szeroko rozumiana profilaktyka, reaktywowanie geriatrii oraz rehabilitacja). Z analizy dostępnych danych wynika, że dla tego rodzaju działalności nie ma zorganizowanego lobby w systemie ochrony zdrowia. Działania na rzecz ludzi starych w systemie ochrony zdrowia mają charakter *marginalny*, pomimo wielkich, niezaspokojonych potrzeb.

W systemie zabezpieczenia społecznego konieczne jest wprowadzenie *ubezpieczenia pielęgnacyjnego*, z którego opłacane byłyby koszty usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla ludzi starych i niepełnosprawnych (na wzór rozwiązania wprowadzonego w Niemczech w 1996 r.) oraz zostałaby powołana instytucja do organizacji tych usług. Zastosowane w Polsce rozwiązanie, które kosztami opieki obarcza samorząd gminy prowadzi do różnicowania poziomu zaspokojenia potrzeb w poszczególnych gminach. Ponadto do *spychania* potrzeb ludzi starych na dalszy plan, obniżania jakości usług i w konsekwencji do przenoszenia ludzi starych do domów pomocy społecznej kosztownych (utrzymywanych z dotacji celowych budżetu) i nieefektywnych społecznie.

Nadzieja, jaką wielu polityków widzi w wolnym rynku usług ochrony zdrowia, opiekuńczych i pielęgnacyjnych jest, jak wykazały badania, wątpliwa z wielu przedstawionych względów. Najważniejszym jest ten, że ludzie niesamo-

dzielni życiowo i niesprawni nie mogą uczestniczyć na równych prawach na wolnym rynku usług. Podobnie, jak ludzie chorzy nie są zdolni do oceny jakości świadczonych usług. Odpowiedzialność za zaspokojenie potrzeb ludzi starych, chorych i niepełnosprawnych spadać będzie zawsze na władze publiczne, bez względu na zastosowane formy opieki.