

Przegląd Prawno-Ekonomiczny

REVIEW OF LAW, BUSINESS & ECONOMICS

styczeń-luty-marzec

Nr 42
(1/2018)



WYDZIAŁ ZAMIEJSKOWY
PRAWA I NAUK
O SPOŁECZEŃSTWIE | **KUL**

WYDAWCA

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II | Wydział Zamiejscowy Prawa i Nauk o Społeczeństwie
w Stalowej Woli

ADRES REDAKCJI

Redakcja „Przeglądu Prawno-Ekonomicznego” | 37-450 Stalowa Wola, ul. Ofiar Katynia 6a |
e-mail: ppe@kul.pl

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

dr Artur Lis – redaktor naczelny (editor-in-chief) | dr David W. Lutz (Holy Cross College w Notre Dame, USA) | dr Dariusz Żak – zastępcy redaktora naczelnego (associate editors) | dr hab. Grzegorz Wolak – sekretarz redakcji (administrative editor) | dr hab. Piotr T. Nowakowski – redaktor ds. międzynarodowych (international editor) | dr Filip Ciepły, dr Isaac Desta (Holy Cross College w Notre Dame, USA), dr Dorota Tokarska, dr Dominik Tyrawa, dr Timothy Wright (Holy Cross College w Notre Dame, USA) – redaktorzy tematyczni (subject editors) | dr Piotr Pomorski – redaktor statystyczny (statistical editor) | mgr Agnieszka Lis – redaktor językowy polskojęzyczny (Polish-language editor) | mgr Tomasz Deptuła (USA) – redaktor językowy anglojęzyczny (English-language editor) | prof. dr hab. Nikolaï Gołowaty (UKRAINA) – redaktor językowy rosyjskojęzyczny | dr Judyta Przyłuska-Schmitt – redaktor konsultant (consulting editor) | mgr Rafał Podlesny – redaktor techniczny (layout editor)

RADA NAUKOWA

ks. prof. dr hab. Antoni DĘBIŃSKI (Rektor KUL Lublin) | prof. dr hab. Thomas BURZYCKI (Holy Cross College w Notre Dame, USA) | prof. dr hab. Wiktor CZEPUKO (Ukraina) | dr hab. Leszek CWIKAŁA (KUL Stalowa Wola) | prof. dr hab. Czesław DEPTUŁA (KUL Lublin) | dr hab. Marzena DYJAKOWSKA (KUL Lublin) | abp. prof. dr hab. Andrzej DZIĘGA (Szczecin) | dr hab. Krzysztof GRZEGORCZYK (Wyższa Szkoła Humanistyczno-Przyrodnicza w Sandomierzu) | nadkom. dr Dominik HRYSZKIEWICZ (Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie) | prof. dr hab. Aleks JUDASZEW (Interregional Academy of Personnel Management, Ukraina) | prof. dr hab. Marian KOZACZKA (KUL Stalowa Wola) | prof. dr hab. Andrzej KUCZUMOW (KUL Stalowa Wola) | prof. dr hab. Pantelis KYRMIZOGLU (Alexander TEI of Thessaloniki, Greece) | dr hab. Antoni MAGDOŃ (KUL Stalowa Wola) | ks. prof. dr hab. Henryk MISZTAŁ (KUL Lublin) | prof. dr hab. Wojciech NASIEROWSKI (University of New Brunswick) | prof. dr hab. Jurij PACZKOWSKI (Ukraina) | prof. dr hab. Pylyp PYLYPENKO (Ukraina) | prof. dr hab. Anton STASCH (European Akademy of Technology & Management, Oedheim Niemcy) | prof. dr hab. Tomasz WIELICKI (California State University, Fresno) | ks. dr hab. Krzysztof WARCHAŁOWSKI (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego)

RECENZENCI ZEWNĘTRZNI

dr hab. Leszek BIELECKI (Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach) | dr Walenty GOŁOWCZENKO (Interregional Academy of Personnel Management, Ukraina) | dr hab. Mirosław KARPIUK (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie) | dr Barbara Lubas (Nadbużańska Szkoła Wyższa w Siemiatyczach) | prof. dr hab. Oleksander MEREŻKO (Ukraina) | dr Kiril MURAWIEW (Interregional Academy of Personnel Management, Ukraina) | dr Łukasz Jerzy PIKULA (Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach) | ks. dr hab. Tomasz RAKOCZY (Uniwersytet Zielonogórski) | dr hab. Krystyna ROSŁANOWSKA-PLICHCIŃSKA (Wyższa Szkoła Zarządzania i Ekologii w Warszawie) | dr hab. Piotr RYGUŁA (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego) | dr hab. Romuald SZEREMIETIEW (Akademia Obrony Narodowej) | prof. dr hab. Jerzy Tomasz SZKUTNIK (Politechnika Częstochowska) | prof. dr hab. Dariusz SZPOPER (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie) | dr hab. Andrzej SZYMAŃSKI (Uniwersytet Opolski) | dr Agnieszka OGRODNIK-KALITA (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie)

DRUK I OPRAWA

VOLUMINA.PL DANIEL KRZANOWSKI | ul. Ks. Witolda 7-9, 71-063 Szczecin | tel. 91 812 09 08 | e-mail: druk@volumina.pl

ISSN 1898-2166 | Nakład 300 egz.

Spis treści

Artykuły

ANDRZEJ MARIAN ŚWIĄTKOWSKI *Specyficzne pojmowanie badań i metod empirycznych w prawie pracy* | 9

ANDRZEJ SZYMAŃSKI *Gdy bezprawie było prawem. Kilka przykładów dyskryminacji ludzi wierzących w Polsce Ludowej* | 39

ZBIGNIEW KLIMIUK *Metody i formy popierania polskiego eksportu w okresie międzywojennym. Bezpośrednie formy popierania eksportu (część II)* | 61

EDYTA SOKALSKA *Policentryzm jako strukturalna podstawa amerykańskiego federalizmu w recepcji Vincenta Ostroma* | 85

TOMASZ RAKOCZY *Struktury prawne i organizacyjne Kościołów Ewangelickich w zakresie środków społecznego przekazu* | 100

GRZEGORZ WOLAK *O pojęciu uprawnionego w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów* | 116

ANNA WOLSKA-BAGIŃSKA *Ekonomiczno-prawne aspekty upadłości konsumenckiej* | 145

BARTOSZ BACIA, PATRYK TOPOROWSKI *Instrument wielostronny MLI – nowa era w międzynarodowym prawie podatkowym* | 159

MAŁGORZATA CHROSTOWSKA *Zagrożenie utraty stabilności systemu finansów publicznych - system ochrony zdrowia w zestawieniu ze starzejącym się społeczeństwem* | 182

MICHAŁ GRUDECKI *Kilka słów o racjonalnym przestępcy w świetle wybranych nowelizacji Kodeksu karnego z lat 2015 – 2017* | 198

AGATA BARAN *Rozwój regulacji dotyczących migracji zarobkowej w Polsce w okresie międzywojennym* | 213

TOMASZ GUZIK *Ocena instytucji ekstradycji z perspektywy ekonomicznej analizy prawa* | 240

KATARZYNA SICZEK *Strasburskie standardy rzetelnego przesłuchania małoletnich pokrzywdzonych na przykładzie skarg wniesionych przeciwko Polsce* | 256

ADRIAN ROMKOWSKI *Przepisy karne ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. w kontekście standardów ochrony danych osobowych w rozporządzeniu GDPR (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.* | 268

MARLENA STRADOMSKA, TOMASZ SŁAPCZYŃSKI *Przymusowe leczenie osób chorych psychicznie i uzależnionych - perspektywa prawno - psychologiczna* | 307

BARTŁOMIJ BIGA *Ekonomiczna analiza patentu w trzech wymiarach* | 323

Glosa

SŁAWOMIR ZWOLAK *Glosa do wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 lipca 2017 r., II OSK 2766/15* | 340

Contents

Articles

ANDRZEJ MARIAN ŚWIĄTKOWSKI *Distinctive concept of empirical research orientations and methods in labour law* | 9

ANDRZEJ SZYMAŃSKI *When lawlessness became law. A few examples of the discrimination of the people believing in the Polish People's Republic* | 39

ZBIGNIEW KLIMIUK *Methods and forms of promoting Polish exports in the interwar period. Direct actions aimed at expanding the country's exports (part II)* | 61

EDYTA SOKALSKA *Polycentrism as the structural basis for American federalism in the reception of Vincent Ostrom* | 85

TOMASZ RAKOCZY *Legal and organization structures of Evangelical Churches in the area of means of social communication* | 100

GRZEGORZ WOLAK *About the Notion of Entitled Party within Article 6 of the Act of 18 October 2006 on Liquidation of Unclaimed Deposits* | 116

ANNA WOLSKA-BAGIŃSKA *Economic and legal aspects of personal bankrupcty* | 145

BARTOSZ BACIA, PATRYK TOPOROWSKI *MLI: the new era in international tax law* | 159

MAŁGORZATA CHROSTOWSKA *The risk of the loss of the stability of the public finance system - health care system in correlation with the aging society* | 182

MICHAŁ GRUDECKI *A few words about the rational offender in the light of selected amendments of the Polish Penal Code from 2015-2017* | 198

AGATA BARAN *Development of the legislation on labour migration in Poland during the interwar period* | 213

TOMASZ GUZIK *The Evaluation of Extradiction from the perspective of Economic Analysis of Law* | 240

KATARZYNA SICZEK *Strasbourg's fair trial standards regarding proceedings with examination of aggrieved minor by the example of applications against Poland* | 256

ADRIAN ROMKOWSKI *Criminal infringements of the ustawa o ochronie danych osobowych 1997 in the perspective of personal data protection standards of the General Data Protection Regulation 2016* | 268

MARLENA STRADOMSKA, TOMASZ SŁAPCZYŃSKI *Forced treatment of people who suffer from mental disorders and addicted person in legal-psychological perspective* | 307

BARTŁOMIEJ BIGA *The Economic Analysis of Patent in Three Dimensions* | 323

Gloss

SŁAWOMIR ZWOLAK *Gloss to the judgment of the Supreme Administrative Court of 6 July 2017 file ref. II OSK 2766/15* | 340

Małgorzata Chrostowska

Zagrożenie utraty stabilności systemu finansów publicznych – system ochrony zdrowia w zestawieniu ze starzejącym się społeczeństwem

The risk of the loss of the stability of the public finance system - health care system in correlation with the aging society

Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa bywa postrzegane jako sukces ludzkości. Postęp cywilizacyjny, rozwój medycyny, czy też higieny i profilaktyki zdrowotnej warunkuje układ pokoleniowy społeczeństwa, w którym ubywa dzieci, rośnie natomiast grupa osób w wieku poprodukcyjnym¹. Proces ten jest jednak niewątpliwie „kosztowny”. Efektem postępującej transformacji demograficznej jest zmiana zasadniczo niekorzystna z perspektywy finansów publicznych.

Powszechnie przyjmuje się, że zjawisko starzenia się społeczeństwa stanowi wyzwanie ekonomiczne dla gospodarki państwa z uwagi na postępujący wraz z nim spadek wpływów do budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego², który jest powodowany coraz niższym wskaźnikiem osób aktywnych zawodowo, jak również wzrost wydatków publicznych w sferze m. in. systemu ochrony zdrowia, związanych z coraz wyższym wskaźnikiem emerytów (i występującymi przede wszystkim wśród tej grupy osób licznymi schorzeniami przewlekłymi oraz wielochorobowością). Zmniejsza się liczba osób młodych, „tańszych w utrzymaniu”, a zwiększa odsetek osób starszych, „droższych w utrzymaniu”. Seniorzy zasadniczo generują wyższe wydatki na zdrowie, będące następstwem

¹ R.J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2013, s. 6.

² Dalej: JST.

pogarszającego się stanu zdrowia. Ponadto dłuższa długość życia wpływa bezpośrednio na dłuższy okres pobierania emerytur (i co się z tym wiąże – większe wydatki na emerytury).

Widoczną konsekwencją takiej zmiany jest wzrost ogólnego poziomu wydatków publicznych – tzw. „siwienie budżetów publicznych”³, wśród których przeważający udział stanowią wydatki socjalne, tj. między innymi wydatki przeznaczane na emerytury, renty i opiekę zdrowotną. Z uwagi na powyższe konieczna jest reorganizacja opieki medycznej i systemów emerytalnych w celu dostosowania ich funkcjonowania do zmieniającej się rzeczywistości społecznej⁴.

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa w przyszłości będzie wymuszać przesunięcia w budżecie państwa – wyższe wydatki na emerytury, renty, czy też opiekę zdrowotną pociągną za sobą konieczność ograniczania innych wydatków. Może to mieć odzwierciedlenie w zmianie sposobu finansowania, tytułem przykładu, edukacji i służby zdrowia.

Spadek liczby ludności i starzenie się populacji jest niewątpliwie istotnym zagrożeniem, a jednocześnie wyzwaniem dla polskiej gospodarki. Bez podjęcia odpowiednich inicjatyw przez państwo, jak też przez samych obywateli, proces ten może w efekcie doprowadzić do załamania się systemu emerytalnego, ochrony zdrowia, a nawet – przyjmując najbardziej pesymistyczną wersję – do powstania trwałej zapaści gospodarczej w kraju.

Rozważania przeprowadzone w artykule skoncentrowane zostały – w głównej mierze – na zagadnieniu zagrożenia utraty stabilności finansowania ochrony zdrowia środkami publicznymi wynikającym z przemian demograficznych oraz określeniu sposobów, które mogłyby zniwelować rozmiary tegoż niebezpieczeństwa. Ponadto dokonano w nim analizy wpływu zjawiska starzenia się społeczeństwa na inne obszary, niż ochrona zdrowia (m.in. system emerytalny, czy też rynek dóbr i usług – zagadnienie *silver economy*), określając jego konsekwencje dla gospodarki państwa. Wskazano również modelowe rozwiązania, które w dłuższej perspektywie czasu umożliwiłyby przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom starzenia się społeczeństwa na sytuację gospodarczą państwa, jak też na położenie jego obywateli m.in. w aspekcie zdrowotnym, czy też socjalnym.

³ Ł. Jurek, *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa 2012, s. 78-79.

⁴ A. Giza, M. Sikorska, *Współczesne społeczeństwo polskie*, Warszawa 2012, s. 32.

Finansowanie ochrony zdrowia - publiczne wydatki na zdrowie

Zauważalnie rosnące w skali globalnej oczekiwania populacji dotyczące utrzymania dobrego stanu zdrowia, jak również rozwój nowych technologii medycznych - wszystko to wymusza zwiększone nakłady finansowe i rzeczowe ponoszone tak przez państwa, jak i poszczególne jednostki. Zakres oraz sposób finansowania publicznego i prywatnego przyjęty w danym kraju zwykle łączy się bezpośrednio z obowiązującym w nim modelem systemu zdrowotnego.

Mnogość elementów składających się na system organizacji ochrony zdrowia umożliwia różne powiązania poszczególnych elementów, a tym samym daje możliwość powstawania odmiennych konstrukcji takich systemów. Jednak każda struktura musi być podporządkowana celowi pierwszorzędnemu, tj. zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności, jak również zagwarantowaniu społeczeństwu bezpieczeństwa zdrowotnego.

Podkreślenia wymaga, iż bezpieczeństwo zdrowotne, to nie tylko bezpieczne i efektywne technologie medyczne oraz zabezpieczenie przed ryzykiem chorobowym, ale także zapewnienie dostępu do świadczeń bez istotnych barier⁵. Funkcjonowanie systemu zdrowotnego zależy jest od skuteczności istniejącego systemu ekonomicznego państwa, a także urzeczywistnianiu długoterminowej polityki społecznej, w której znaczącą rolę odgrywa zasada równości i sprawiedliwości społecznej⁶.

Przyjmuje się występowanie zależności między zdrowiem a wzrostem gospodarczym - wyższy poziom rozwoju gospodarczego państwa ma zapewniać większą ilość środków trafiających do systemu ochrony zdrowia, umożliwiając wszechstronną i lepszą opiekę medyczną, gwarantować wyższą jakość żywienia, a nawet lepszy stan środowiska naturalnego. Wszystko to ma wpływać na stan zdrowia społeczeństwa⁷.

⁵ *Quel système de santé à l'horizon 2020?, Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La documentation française, Paris, 2000, s.31, cytuję za: J. Suchecka, I. Laskowska, *Finansowanie świadczeń medycznych ze środków prywatnych w okresie transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2008, z. 5, s. 39.

⁶ *Equity, efficiency and need*, (w:) S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *The Economics of Health and Health Care*, Pearson Prentice Hall, New Jersey 2005, s. 383-407; cytuję za: J. Suchecka, I. Laskowska, *Finansowanie świadczeń...*, s. 39.

⁷ K. Ryć, Z. Skrzypaczek, *Wskaźniki epidemiologiczne i ich ekonomiczne determinanty w krajach Unii Europejskiej*, (w:) *Ochrona zdrowia na świecie*, K. Ryć, Z. Skrzypaczek (red.), Warszawa 2011, s. 19 i n.

Ochrona zdrowia podlega oddziaływaniu określonych mechanizmów ekonomicznych, jednakże nie w pełnym zakresie i w specyficzny sposób. Jako że w ograniczonym zakresie działają w niej prawa rynkowe, zasadne jest poszukiwanie oraz nieprzerwane dostosowywanie prawideł ekonomiczno-zarządczych kształtujących wymianę między jakościową i ilościową stroną zapotrzebowania na usługi zdrowotne do istniejącego rzeczywistości stanu rzeczy. W każdym czasie istnieje obawa, że nazbyt silny mechanizm rynkowy może doprowadzić do zanadto zróżnicowanej dostępności świadczeń i przez to zmniejszyć poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, a nawet realnej ochrony zdrowia ludności. Wszystko to wpływa na szczególną rolę i znaczenie państwa, jako podmiotu stanowiącego reguły funkcjonowania organizacji działających w sektorze publicznym i kontrolującego ich realizację⁸.

Politykę skierowaną wobec procesu starzenia się można zdefiniować jako system działań, mających rozwiązać lub ograniczyć trudności związane ze zwiększeniem się w społeczeństwie odsetka ludzi starych. Do problemów tych zalicza się przede wszystkim kwestie związane z funkcjonowaniem rynku pracy, systemu zabezpieczenia społecznego, w tym zwłaszcza ochrony zdrowia i ubezpieczenia społecznego oraz pomocy społecznej⁹. Debata nad charakterem ochrony zdrowia ma zasadnicze konsekwencje polityczne, gdyż uznanie jej za dobro pierwszej potrzeby sprawia, że powinna być ona przedmiotem polityki publicznej, jak też podlegać publicznemu finansowaniu.

Wydatki na ochronę zdrowia stanowią grupę wydatków, która w większości rozwiniętych państw wyraźnie szybciej rośnie niż PKB ich gospodarek - za rekordzistę w tej dziedzinie uważa się Stany Zjednoczone. Jak wskazują badania Ch. Hagist i L.J. Kotlikoff¹⁰, 3/4 wzrostu tych wydatków miało przełożenie na wzrost jakości i dostępności świadczeń medycznych. Wskazania wymaga, iż tempo wzrostu wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia przekroczyło w końcu XX w. tempo wzrostu PKB, co jest postrzegane jako jedno z głównych zagrożeń stabilności systemu finansów publicznych w kolejnych dekadach¹¹.

⁸ A. Frąckiewicz-Wronka, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Warszawa 2009, s. 9.

⁹ P. Błędowski i in., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, s. 177.

¹⁰ Ch. Hagist, L.J. Kotlikoff, *Who's Going Broke? Comparing Healthcare Costs in ten OECD Countries*. Working Paper no 11833, National Bureau of Economic Research, s. 16, cytuję za: E. Kosycarz, *Determinanty stabilności systemu finansów ochrony zdrowia w kontekście zmian demograficznych*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2016, nr 6, s. 129.

¹¹ B. Łyszczarz, E. Nojszewska, *Determinanty wydatków na ochronę zdrowia w Europie*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych / Szkoła Główna Handlowa” 2015, nr 39, s. 185.

Dodatkowo przewiduje się, że wielkość środków finansowych „rezerwowanych” na ochronę zdrowia będzie w dalszym ciągu powiększać się. Wiąże się to m. in. z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa¹².

Jako że w Polsce zdecydowana większość wydatków na zdrowie ponoszona jest ze środków publicznych to sposób gospodarowania nimi ma bezpośrednie przełożenie na stan finansów publicznych państwa. W Polsce wyróżnia się trzy główne źródła finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych: z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego i z Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ), przy czym na NFZ spoczywa około 85% wszystkich kosztów polskiego systemu ochrony zdrowia (w tym 50% z nich stanowią wydatki na lecznictwo szpitalne)¹³. Nie można jednak w pełni pominąć w rozważaniach wysokości wydatków prywatnych, które wyrównują braki środków pochodzących z sektora państwowego lub z założenia (np. w Stanach Zjednoczonych) stanowią kluczowy element systemu ochrony zdrowia¹⁴.

Dłuższy czas życia a większe koszty dla systemu ochrony zdrowia

Pod koniec czerwca 2017 r. ludność Polski liczyła 38.422 tys. osób, a zatem liczba ludności Polski zmniejszyła się o prawie 11 tys. osób w stosunku do roku ubiegłego – oznacza to ubytek rzeczywisty, którego stopa wyniosła -0,03%. Rok 2017 jest szóstym z kolei, w którym zaobserwowano spadek liczby ludności po odnotowanym wcześniej (w latach 2008-2011) wzroście. Spadek ów jest wynikiem niekorzystnych tendencji, przede wszystkim w zakresie przyrostu naturalnego¹⁵.

Projekcje demograficzne na najbliższe 30 lat ukazują istotne zwiększenie się liczby ludności po 70. roku życia¹⁶. Jednocześnie obniżona zostaje populacja osób w wieku produkcyjnym, a także uszczuplona populacja dzieci. Trzeba pozytywnie ocenić wydłużanie się okresu życia. Niepokój może wzbudzać jednak zjawisko

¹² E. Kosycarz, *Determinanty...*, s. 129.

¹³ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 roku*, GUS, Warszawa 2014, s. 146, cytuję za: E. Kosycarz, *Determinanty...*, s. 130.

¹⁴ E. Kosycarz, *Determinanty...*, s. 130.

¹⁵ *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 30.06.2017 r.*, GUS, Warszawa 2017, s. 11.

¹⁶ Zob. *Prognoza ludności na lata 2008–2035* GUS wskazuje, że najbliższe lata będą cechowały się przyrostem ludności w najstarszych grupach wieku.

niezastępowalności pokoleń¹⁷. W roku 2060 jedną czwartą społeczeństwa Polski będą stanowić osoby w wieku powyżej 67. roku życia. Z drugiej strony malała będzie liczba osób młodych, co spowoduje zmianę poziomu wydatków państwa na ochronę zdrowia. Oczywiście jest, że w systemie finansów publicznych nie będzie odpowiedniej ilości środków, aby zagwarantować właściwy poziom opieki w dotychczasowym kształcie systemu¹⁸.

Wskazuje się, że za 12 lat liczba osób powyżej 65. roku życia wzrośnie o prawie dwa miliony. Stosownie do informacji przekazanych przez NFZ leczenie osób starszych jest najdroższe dla systemu ochrony zdrowia. Szacuje się, że aktualnie na ten cel przeznaczają się 29 procent środków NFZ-etu. Projekcje wydatków NFZ przedstawiają dane, zgodnie z którymi w 2025 r. wskaźnik ma szansę osiągnąć wysokość 41 procent.

Zaakcentować należy, że w Polsce wydatki na ochronę zdrowia pochodzące z NFZ w przypadku osób starszych są zdecydowanie wyższe niż w przypadku osób młodszych. Szacunkowo w latach 2010–2014 wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne przypadające na jedną osobę w wieku powyżej 75 lat były pięciokrotnie wyższe w zestawieniu z tymi przeznaczonymi na osobę w przedziale wieku 2–40 lat¹⁹. Różnica w całkowitych wydatkach osób młodszych i starszych na świadczenia medyczne może być nieco niższa, gdyż obecnie znacząca część społeczeństwa w wieku produkcyjnym korzysta z prywatnych abonamentów w centrach medycznych lub płaci za prywatne wizyty lekarskie u specjalistów, aby uniknąć oczekiwania w kolejkach do świadczeń medycznych. W związku z tym istnieje przesłanka, że w przypadku osób młodszych większa część wydatków pokrywana jest ze źródeł prywatnych w porównaniu z osobami w podeszłym wieku. Nie zmienia to jednak faktu, że wydatki na świadczenia medyczne zdecydowanie rosną po osiągnięciu pięćdziesiątego roku życia. Związane jest to głównie z częstym pojawianiem się w grupie osób starszych wspomnianych wcześniej chorób przewlekłych i wielochorobowości²⁰.

Jak pokazują wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) przeprowadzonego w 2014 r., występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych zdiagnozowano u większości starszych osób - jedynie co 9 osoba

¹⁷ E. Kosycarz, *Determinanty...*, s. 131 i n.

¹⁸ P. Arak, P. Żakowiecki, *Polsce potrzebny jest zdrowotny think tank*, (w:) „*Liberté! Głos wolny, wolność ubezpieczający*” 2015, nr XX, s. 96.

¹⁹ *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*, NFZ, Warszawa 2015, s. 4.

²⁰ E. Kosycarz, *Determinanty...*, s. 133.

deklarowała brak takich problemów²¹. Poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności (mająca miejsce od co najmniej 6 miesięcy) dotyczyła w 2015 roku blisko połowy osób starszych (bez względu na miejsca zamieszkania)²². Tylko co 10 osoba starsza w ciągu ostatnich 12 miesięcy (od przeprowadzonego badania ankietowego) nie była ani razu u lekarza pierwszego kontaktu czy rodzinnego, co oznacza, że 90% spośród tej grupy osób na takiej wizycie było chociaż jeden raz. Ponad 70% populacji osób starszych w ciągu ostatnich 12 miesięcy leczyło się u lekarzy specjalistów. W okresie ostatnich 2 tygodni przed datą wywiadu 92% ogółu osób w wieku 60 lat i więcej zażywało leki, zarówno przepisane przez lekarza, jak i bez recepty. Wśród najmłodszych seniorów leki zażywało 88% tej zbiorowości, a wśród najstarszych ponad 95%²³. Przeciętna liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2015 r. wyniosła 8,2 porady, podczas gdy w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej wskaźnik ten stanowił 14,3 porady na 1 mieszkańca w tym wieku²⁴. Wszystko to generuje wysokie wydatki ponoszone na ochronę zdrowia w tym kręgu osób, tj. seniorów. Jak już zaznaczano wcześniej – liczebność tej grupy osób stale wzrasta (postępujący proces starzenia się społeczeństwa).

Szczególnym problemem jest deficyt specjalistów z dziedziny geriatry oraz innych profesjonalistów sprawujących opiekę nad osobami w wieku starszym, co jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia u dużej części chorych w starszym wieku. Konieczne jest zwiększenie kompetencji lekarzy innych specjalności, a przede wszystkim specjalistów chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej. Zaplanowana w ten sposób przebudowa nadzoru specjalistycznego będzie sprzyjać obniżeniu kosztów opieki nad seniorami, przy jednoczesnej poprawie ich stanu zdrowia i jakości życia²⁵.

System opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce nie przystaje do potrzeb tej populacji – zapewnia zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. Obecny stan rzeczy w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych sprzyja polipragmazji, która w dwójnasób generuje olbrzymie

²¹ *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015* sporządzona w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016, s. 61.

²² Tamże, s. 59.

²³ Tamże, s. 70-71.

²⁴ Tamże, s. 75.

²⁵ Tak: *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. - dokument sporządzony w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, s. 12.

koszty: poprzez finansowanie zbędnych leków przez konieczność leczenia działań niepożądanych tych leków²⁶.

Dane zawarte w publikacji NFZ „Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce” akcentują dwa problemy finansowe polskiego systemu ochrony zdrowia:

- a) zagrożenie stabilności finansowej systemu wynikające ze zwiększonych potrzeb świadczeń medycznych dla rozrastającej się grupy osób starszych przy potencjalnie malejących dochodach systemu ochrony zdrowia;
- b) problem chorób przewlekłych, zwanych cywilizacyjnymi – dotyczy on już osób w wieku produkcyjnym (stąd zauważalny jest wzrost wydatków na jedną osobę już w grupie 40-65 lat).

Przy analizie wydatków w podziale na rodzaje świadczeń największy wzrost wydatków obserwuje się w kategorii świadczeń szpitalnych. Obecnie jest to też najobszerniejsza grupa wydatkowa, a dodatkowo grupa podmiotów, które mają trudności z płynnością i olbrzymimi długami. Według prognoz opracowanych przez NFZ ażeby utrzymać obecny poziom dostępności do świadczeń niezbędne jest coroczne zwiększanie nakładów pieniężnych o około 500 mln zł wyłącznie w celu pokrycia potrzeb zwiększonych zmianami demograficznymi²⁷.

Determinanty mogące ograniczyć zagrożenie utraty stabilności finansowania ochrony zdrowia środkami publicznymi, będące rezultatem przemian demograficznych

Za zagrożenie stabilności systemu finansów ochrony zdrowia nie tylko odpowiadają zwiększające się wydatki (wzrost liczby osób starszych), ale także przewidywane mniejsze dochody do budżetu państwa, JST i NFZ, z uwagi na okoliczność, iż ich wysokość jest uzależniona w dużej części od osób w wieku produkcyjnym. To z podatków oraz składek obciążających pracę generowane są dochody NFZ – i w części budżetu państwa, i samorządów. Prognozy GUS na lata 2020, 2030 wskazują, że grupa osób w wieku produkcyjnym będzie spadać. Sytuacja w późniejszych latach, tj. 2040–2050 zapowiada się jeszcze bardziej pesymistycznie.

²⁶ Tamże, s. 13.

²⁷ *Prognoza kosztów świadczeń...*, s. 13.

Istnieją jednak przesłanki, których spełnienie przyczyni się do tego, że dochody systemu ochrony zdrowia nie będą w Polsce malały proporcjonalnie do zmian populacji. Można wyróżnić co najmniej dwa determinanty takiej sytuacji: zwiększenie się produktywności, a także wzrost wskaźnika zatrudnienia. Zwiększająca się produktywność kapitału i zasobów ludzkich przełoży się na wyższe wynagrodzenie, a to zaś na większe dochody wpływające do sektora publicznego (przy niezmiennych obciążeniach fiskalnych pracy)²⁸.

Szczególnie istotnym elementem działań podejmowanych przez jednostki wykonawcze usytuowane na szczeblu centralnym jest ustalanie zasad finansowania polityki społecznej i zdrowotnej wobec ludzi starszych. Decyzja ta wymaga wzięcia pod uwagę kilku ważnych elementów²⁹.

Po pierwsze, niezbędne jest określenie relacji między wydatkami na finansowanie świadczeń z budżetów gospodarstw domowych i ze środków publicznych. Finansowanie świadczeń społecznych i zdrowotnych w większości państw w coraz większym stopniu spoczywa na obywatelach. Wiąże się to z ich większą przezornością i nierzadko podejmowaną decyzją o odłożeniu części konsumpcji na okres późniejszy. Zwielokrotnienie udziału gospodarstw domowych w finansowaniu świadczeń społecznych i zdrowotnych następuje albo poprzez zwiększenie obciążenia ludności podatkami, albo drogą wprowadzania przynajmniej częściowej odpłatności za świadczenia, rewizji obowiązującego systemu ulg i dopłat czy też rezygnacji z niego, albo przez zawężenie kręgu podmiotowego osób mających prawo do korzystania z bezpłatnych świadczeń³⁰.

Po wtóre, dostrzegalna jest potrzeba ustalenia relacji między rozmiarami wydatków pochodzących z budżetu centralnego i z budżetów samorządowych. Przesunięcie części kompetencji w obszarze polityki społecznej i zdrowotnej z centrum na ograny samorządowe obliguje do zapewnienia im stabilnych reguł finansowania. Konieczne jest precyzyjne wskazanie obowiązków państwa w odniesieniu do budżetu centralnego w zakresie skali subwencji dla JST oraz terminów jej przekazywania. Przyjęcie zasady, iż poza zadaniami mającymi charakter obowiązkowy samorząd może podejmować zadania własne o charakterze fakultatywnym wywołuje z kolei potrzebę umożliwienia gminom i powiatom zwiększania własnych dochodów, m. in. poprzez zwiększenie udziału samorządów w dochodach z podatków odprowadzanych do budżetu centralnego i zwiększenie dochodów z podatków lokalnych³¹.

²⁸ E. Kosycarz, *Determinanty...*, s. 134.

²⁹ P. Błędowski i in., *Raport...*, s. 183.

³⁰ Tamże, s. 183.

³¹ Tamże, s. 183.

W dalszej kolejności należy rozpatrzyć możliwości ewentualnej partycypacji funduszy administrowanych przez podmioty ubezpieczenia społecznego w finansowaniu polityki społecznej i zdrowotnej wobec ludzi starszych. Szczególnie dotyczyłoby to ubezpieczenia zdrowotnego, jako że wraz z postępującym procesem demograficznego starzenia się społeczeństwa zwiększa się zapotrzebowanie na świadczenia lecznicze oraz pielęgnacyjne, opiekę długookresową i terminalną³².

Istotną rolę w redukcji wydatków zdrowotnych zauważa się w wykreowaniu sprawnego oraz skutecznego systemu profilaktyki i edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Profilaktyka zapewniłaby dłuższe życie w zdrowiu, co oznacza dla systemu ochrony zdrowia mniejsze wydatki, a w rezultacie mniejsze koszty społeczne. Szereg badań dokumentuje, że wielu chorób przewlekłych (które są niezwykle kosztowne dla systemu) można byłoby uniknąć, prowadząc zdrowy tryb życia i szybko diagnozując początki rozwijających się chorób³³. W tym celu konieczne jest zwiększenie odpowiedzialności jednostki za swoje zdrowie, m. in. poprzez edukację, czy też profilaktykę pierwotną, kooperację dostawców świadczeń zdrowotnych ze sferą pomocy społecznej, lokalnej społeczności, wolontariatu oraz systemu oświaty³⁴.

Obszarem do zmniejszenia zagrożeń wynikających ze zmian demograficznych jest poprawa efektywności zarządzania służbą zdrowia w Polsce³⁵. Obecnie dostrzegalna jest dokonująca się zmiana priorytetu wydatków publicznych, przede wszystkim w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Jednakże istnieje problem w sferze analizy danych z rekordów NFZ, ministra zdrowia i innych. Jak wskazują niektórzy, w Polsce występuje rozległa luka, jeżeli chodzi o przygotowanie badań z obszaru ochrony zdrowia, które byłyby ukierunkowane praktycznie i umożliwiały wprowadzenie reformy systemowej w obszarze ochrony zdrowia³⁶. W przypadku polityki wobec starzenia się społeczeństwa należy zwrócić uwagę na potrzebę systematycznego monitorowania prognoz demograficznych i sytuacji społeczno-ekonomicznej kraju. Jest to niezbędnym warunkiem do trafnego rozpoznawania potrzeb tak osób starszych, jak i tej grupy ludności, która dopiero zbliża się do przedpola starości. Przez monitorowanie należy rozumieć analizę postępujących zmian, ich następstw dla środowiska lokalnego i regionalnego

³² Tamże, s. 184.

³³ J. Szyborski, *Zdrowie publiczne i polityka senioralna*, (w:) *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, B. Kłos, P. Russel (red.), Warszawa 2016, s. 173 i n.; cytując za: E. Kosycarz, *Determinanty...*, s. 135.

³⁴ P. Arak, P. Żakowiecki, *Polsce...*, s. 96.

³⁵ E. Kosycarz, *Determinanty...*, s. 134.

³⁶ Tak: P. Arak, P. Żakowiecki, *Polsce...*, s. 97.

oraz ocenę długookresowego rozwoju monitorowanych procesów. Wdrożenie przytoczonych rozwiązań będzie miało istotny wpływ na racjonalne gospodarowanie publicznymi środkami, przeznaczanymi na realizację zadań polityki wobec starzenia się i ludzi starych. Jako że efektywna polityka wobec osób starszych wymaga licznych inwestycji, kwestia racjonalności gospodarowania urasta do podstawowej i powinna spotkać się ze szczególnym zainteresowaniem ze strony administracji publicznej³⁷.

Ważkim problemem polityki zdrowotnej – jak zresztą każdej dziedziny polityki publicznej – jest brak stałości reform. Tytułem przykładu można wskazać zastąpienie Kas Chorych przez NFZ po upływie około czterech lat od ich wprowadzenia. Planowanie długookresowe, rozważanie ewentualnych trudności w osiągnięciu zamierzonego celu i problemów związanych z wdrażaniem zmian – wszystko to ułatwiłoby dojście do optymalnego funkcjonowania systemu, a jednocześnie wpłynęło na zaoszczędzenie środków publicznych³⁸.

Uwagi końcowe

Postępujący proces starzenia się populacji państw rozwiniętych stanowi nieodwracalny rezultat wielkich osiągnięć i postępów cywilizacyjnych. To w ich wyniku doszło do znaczącego wzrostu średniej długości życia oraz zmniejszenia śmiertelności. Jednocześnie mamy do czynienia z niskim wskaźnikiem dzietności. Zagwarantowanie przez państwo godziwej ochrony zdrowia obywateli jest niewątpliwie ważną kwestią, zwłaszcza w aspekcie istotnie wzrastających kosztów wydatkowanych na ochronę zdrowia. Lokowanie środków w ochronę zdrowia postrzegane jest jako inwestowanie w rozwój cywilizacyjny i kapitał ludzki – jeden z najistotniejszych czynników wzrostu gospodarczego, a także rozwoju społecznego regionów oraz państw³⁹.

Wydatki na ochronę zdrowia składają się na kategorię wydatków, która w przeważającej części rozwiniętych państw wzrasta zdecydowanie szybciej niż PKB ich gospodarek. Prognozuje się, że wielkość środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia będzie nadal rosła z uwagi na postępujący proces starzenia się społeczeństwa i w związku z tym konieczna będzie zasadnicza reforma sposobu wydatkowania środków publicznych na ochronę zdrowia.

³⁷ P. Błądowski i in., *Raport...*, s. 180.

³⁸ P. Arak, P. Żakowiecki, *Polsce...*, s. 93.

³⁹ A. Frączkiewicz-Wronka, *Zarządzanie...*, s. 7-8.

Rozważania nad determinantami stabilności finansowania systemu ochrony zdrowia w kontekście starzenia się społeczeństwa wiążą się z koniecznością wzięcia pod uwagę dwóch elementów: wydatkowej i dochodowej strony systemu finansowego. Po stronie wydatkowej niewątpliwie wzrastają koszty łączące się z rosnącą liczbą osób starszych i wyższymi kosztami jednostkowymi świadczeń dla osób w podeszłym wieku. Wyższe wydatki są pochodną wysokich kosztów leczenia pod koniec życia oraz długofalowych wydatków jakie wiążą się nierozdzielnie z chorobami przewlekłymi. Zaakcentowania wymaga, że wydatki związane z chorobami przewlekłymi determinuje pośrednio proces „wydłużania się życia”. Natomiast ich bezpośrednich źródeł w dużym stopniu trzeba doszukiwać się w niezdrowym trybie życia osób bez względu na wiek. Po stronie dochodowej niebezpieczeństwo dla systemu finansów ochrony zdrowia stanowi spadek grupy osób czynnych zawodowo (starzenie się społeczeństwa). Jednakże pogłębiona analiza polskiego rynku pracy uwidacznia, iż istnieją niewykorzystane czynniki, które mogą umożliwić zmniejszenie zagrożenia.

Przebiegający szybko proces demograficznego starzenia się społeczeństwa powoduje wiele wyzwań, którym sprostać musi państwo i administracja samorządowa. Jako przykładowe działania państwa, a w części także JST, niwelujące (w długim okresie) problemy finansowania ochrony zdrowia uwarunkowane starzejącym się społeczeństwem należy wskazać: zwiększenie produktywności kapitału i zasobów ludzkich, racjonalizację gospodarki publicznymi środkami na ochronę zdrowia, odpowiednie oddziaływanie na rynek pracy, m. in. poprzez aktywizację osób nieaktywnych zawodowo oraz wydłużanie okresu aktywności zawodowej, prowadzenie właściwej polityki imigracyjnej i emigracyjnej. Istotna jest także właściwa i na bieżąco aktualizowana diagnoza sytuacji oraz potrzeb starszego pokolenia, jak również monitorowanie podejmowanych przez rozmaite podmioty na szczeblu krajowym oraz lokalnym aktywności.

Pomimo zawężenia tematu niniejszego artykułu do zagadnienia zagrożenia utraty stabilności systemu finansów publicznych w zakresie ochrony zdrowia w kontekście starzenia się społeczeństwa, niezbędne wydaje się zasygnalizowanie konsekwencji gospodarczych, jakie niesie za sobą wyżej wymienione zjawisko demograficzne także dla innych sfer działalności państwa. Proces starzenia się społeczeństwa ma wpływ bowiem na stabilność finansów publicznych ze względu na konieczność zwiększenia wydatków publicznych również na zabezpieczenia społeczne. Osoby starsze, przechodząc na emeryturę, kończą swój okres aktywności zawodowej. Kiedy pracowali, otrzymywali wynagrodzenie oraz płacili podatki. Pozostając na emeryturze będą się utrzymywać ze świadczeń społecznych. Wobec demograficznego starzenia społeczeństwa sytuacja ta w dłuższym

czasie będzie powodowała postępujący wyraźnie spadek wpływów do budżetu z podatków, a jednocześnie wzrost wydatków publicznych.

Wskazania wymaga, iż starzenie się społeczeństwa sprawia, że repartycyjny system emerytalny, zbudowany na zasadzie solidaryzmu międzypokoleniowego (wpływy ze składek mają finansować obecnie wypłacane emerytury) staje się niewydolny. Aby zapobiegać temu zjawisku wprowadza się system kapitałowy (gwarantowane przez państwo indywidualne konta emerytalne, na które pracownik wpłaca co miesiąc określoną składkę emerytalną) lub tworzy rezerwowe fundusze emerytalne. Funkcją tych ostatnich jest ochrona finansowej wydolności systemu emerytalnego, jak też zabezpieczenie długoterminowej stabilności finansowej państwa. Lokowane na tych funduszach stosunkowo niewielkie składki spowodują, że w przyszłości wypłaty emerytur staną się w mniejszym stopniu odczuwalne dla budżetu państwa.

Do ograniczenia negatywnych ekonomicznych skutków starzenia się społeczeństwa w sferze systemu ubezpieczeń społecznych może przyczynić się podniesienie wieku emerytalnego, albowiem jeżeli nie wydłuży się okresu aktywności zawodowej Polaków, to utrzymanie na płaszczyźnie funkcjonującego obecnie systemu emerytalnego relacji średniej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia na aktualnym poziomie, będzie wymagało zwiększenia wysokości składki emerytalnej. W Polsce ustawy wiek odchodzenia na emeryturę wynosi w tym momencie 60 lat dla kobiet oraz 65 lat dla mężczyzn. Mimo tego wiele osób wycofuje się z rynku pracy przed osiągnięciem tego wieku⁴⁰. Aby spowodować zwiększenie zatrudnienia osób starszych, a tym samym zwiększyć do budżetu państwa wpływy m.in. z obciążeń podatkowych, należy ograniczyć dostępność świadczeń umożliwiających wcześniejsze przechodzenie na emeryturę. Jako korzystne oddziaływanie wskazuje się na rekompensowanie ilościowego ubytku zasobów pracy przez rozwój jakościowy pracowników. Podniesienie wykształcenia seniorów powinno skutkować szeregiem pozytywnych zmian: wydłużoną w czasie aktywnością zawodową, większą dbałością o stan własnego zdrowia i samopoczucie, szybszym reagowaniem na zaburzenia zdrowia. Takie zachowania na poziomie jednostkowym złagodzą następstwa starzenia się społeczeństwa w skali makro. Należy też zwiększyć skuteczność i efektywność działań promujących zatrudnienie i aktywność zawodową osób starszych.

⁴⁰ W Polsce notowany jest jeden z najniższych wskaźników zatrudnienia osób w wieku 55–64 (38,7% w 2012 r. wg danych Eurostat) i jedna z najniższych średnia wieku przechodzenia na emeryturę wśród państw europejskich – tak: *Założenia Długofalowej...*, s. 25.

Choć prognozy mogą napawać pesymizmem (przewiduje się ewentualną niewydolność finansów publicznych będącą implikacją postępującego procesu starzenia się społeczeństwa), to zaistniała sytuacja ekonomiczna może przyczynić się do zagospodarowania niszy rynkowej łączącej się z przyszłą, zwiększoną konsumpcją pokolenia osób starszych. Można zatem wskazać także na swego rodzaju pozytywne akcenty łączące się ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa dla polskiej gospodarki. Zdaniem Guillaume'a Wunscha starzenie się może wywrzeć pozytywny wpływ na gospodarkę, intensyfikując rozwój nowych produktów i usług lepiej dostosowanych do potrzeb i oczekiwań seniorów.

Nowe wyzwania i możliwości tworzy tzw. srebrna gospodarka (*silver economy*)⁴¹. W srebrnej gospodarce ludzie starsi postrzegani są jako aktywna, produktywna i użyteczna społecznie zbiorowość. Trzeba czerpać z zasobu doświadczenia starszych wiekiem pracowników. Należy wspierać rodzinne przedsiębiorstwa, w których często zauważa się aktywną działalność seniorów. *Silver economy* wiąże interesy producentów i biznesu z sektorem opieki nad seniorami. Tytułem przykładu można wskazać na teleopiekę, telemedycynę, jak też firmy świadczące usługi o charakterze opiekuńczym i pielęgnacyjnym oraz domy opieki. Uwypuklenia wymaga, że proces starzenia się oddziałuje na rozwój segmentów rynku usług, takich jak rynek produktów i usług kosmetycznych, medycyny estetycznej, turystyki o charakterze pielgrzymkowym, itd.⁴²

Demograficzne starzenie się społeczeństwa to zjawisko, które w następnych dziesięcioleciach będzie postępowało coraz szybciej. Takie wysokie tempo procesu starzenia się ludności musi skutkować poważnymi zmianami w szczególności w strukturze zapotrzebowania na świadczenia w zakresie ochrony zdrowia (dostęp do usług zdrowotnych), polityki socjalnej (przede wszystkim świadczenia emerytalne), jak też pomocy społecznej (ciągły wzrost popytu na usługi opiekuńcze). Przewidywane przeobrażenia w strukturze zapotrzebowania na świadczenia domagają się reakcji ze strony podmiotów administracji publicznej. Na ową reakcję powinny składać się zaplanowane w przedziale czasowym działania, opierające się na zagwarantowaniu właściwego podłoża materialnego, wykwalifikowanych zależnie od potrzeb zasobów ludzkich oraz zapewnieniu adekwatnych do potrzeb możliwości finansowania prowadzonych inwestycji.

Państwo musi być przygotowane na wszelkie konsekwencje, pozytywnych, jak też negatywnych zmian wynikających z niepokojących prognoz demograficznych. Należy przyjąć obecny i przyszły stan demograficzny kraju jako

⁴¹ R.J. Kijak, Z. Szarota, *Starość...*, s. 30.

⁴² Tamże, s. 30-32.

nieuchronny oraz potraktować go w kategorii wyzwania, będącego jednocześnie szansą do wykorzystania w rozwoju polityki gospodarczej, jak też społecznej (w tym polityki senioralnej) państwa.

Bibliografia

- Arak P., Żakowiecki P., *Polsce potrzebny jest zdrowotny think tank*, (w:) „Liberté! Głos wolny, wolność ubezpieczający” 2015, nr XX
- Frąckiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Warszawa 2009
- Giza A., Sikorska M., *Współczesne społeczeństwo polskie*, Warszawa 2012
- Jurek Ł., *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa 2012
- Kijak R.J., Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2013
- Kosycarz E., *Determinanty stabilności systemu finansów ochrony zdrowia w kontekście zmian demograficznych*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2016, nr 6
- Łyszczarz B., Nojszewska E., *Determinanty wydatków na ochronę zdrowia w Europie*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych / Szkoła Główna Handlowa” 2015, nr 39
- Ryć K., Skrzypczak Z., *Wskaźniki epidemiologiczne i ich ekonomiczne determinanty w krajach Unii Europejskiej*, (w:) *Ochrona zdrowia na świecie*, Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), Warszawa 2011
- Suchecka J., Laskowska I., *Finansowanie świadczeń medycznych ze środków prywatnych w okresie transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2008, z. 5

Raporty i inne dane zbiorcze

- Błądowski P. i in., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.
- Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 30.06.2017 r.*, GUS, Warszawa 2017.
- Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*, NFZ, Warszawa 2015.
- Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2014.
- Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016.
- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r.

Streszczenie

Artykuł prezentuje problematykę zagrożenia utraty stabilności systemu finansów publicznych w sferze ochrony zdrowia wobec postępującego zjawiska starzenia się społeczeństwa. W podsumowaniu autorka wskazuje na oddziaływanie zjawiska starzenia się społeczeństwa także na system emerytalny oraz rynek dóbr i usług (zagadnienie *silver economy*). Postępujący proces starzenia się społeczeństwa w przyszłości niewątpliwie będzie wymuszać przesunięcia w budżecie państwa - wyższe wydatki na emerytury, renty, czy też opiekę zdrowotną pociągną za sobą konieczność ograniczania innych wydatków. W artykule wskazano przykładowe rozwiązania, które w dłuższej perspektywie czasu umożliwiłyby przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom starzenia się społeczeństwa na sytuację gospodarczą państwa. Reorganizacja systemu ochrony zdrowia oraz systemu emerytalnego wydaje się być nieunikniona.

SŁOWA KLUCZOWE: finanse publiczne, starzenie się społeczeństwa, ochrona zdrowia, system emerytalny, srebrna gospodarka

Summary

The article presents the issues of risking the loss of the stability of the public finance system in the area of health protection against the progressive aging of society. However, in summary, the author points to the impact of the aging phenomenon on the pension system as well as the market of goods and services (issue *silver economy*). The progressive aging of the population will inevitably force state transfers - higher spending on pensions as well as health care will lead to the need to reduce other expenditures. The aim of the author was to point out examples of solutions which, in the long run, would counteract the adverse effects of aging on the economic situation of the state. The reorganization of the health care system and pension system seems inevitable.

KEY WORDS: public finance, aging society, health care, pension system, silver economy

Nota o autorze

Małgorzata Chrostowska – magister prawa, doktorantka w Katedrze Prawa Karnego i Kryminologii Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.