

Janusz Balicki
Ewa Frątczak
Józefina Hrynkiewicz
Andrzej Jagielski
Jerzy T. Kowaleski
Krystyna Slany

**WYBRANE
PROBLEMY
WSPÓŁCZESNEJ
DEMOGRAFII**

Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego

Łódź 2003

JÓZEFINA HRYNKIEWICZ

Zakład Profilaktycznych Funkcji Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego

Polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności

Polska znajduje się w fazie zaawansowanego procesu starzenia się społeczeństwa. Proces starzenia się społeczeństw jest procesem nieuchronnym i obiektywnym wynikającym z procesów ruchu naturalnego (Kowaleski 2003).

Prognozy demograficzne wskazują, że do 2030 roku nastąpią korzystne zmiany w zakresie umieralności, wydłuży się przeciętne trwanie życia, co przy niskim i obniżającym się poziomie dzietności prowadzi do szybkiego wzrostu udziału ludzi starych w strukturze ludności Polski. Udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie (z 15% w 2000 r.) do ok. 24% w 2030 r., oznacza to przyrost o około 3,4 mln osób¹. Na 100 osób w wieku produkcyjnym w 2000 r. przypadały 63 osoby w wieku nieprodukcyjnym, w 2030 r. będą to 72 osoby. Najszybszy przyrost ludności w wieku poprodukcyjnym nastąpi w latach 2010 – 2018, gdy w wiek emerytalny zaczną wchodzić osoby urodzone w okresie pierwszego powojennego wyżu demograficznego. Według prognozy ONZ

¹ Dane o sytuacji demograficznej (jeśli nie zaznaczono inaczej) na podstawie danych GUS. Wszystkie informacje dotyczące ubezpieczeń społecznych (jeśli nie zaznaczono inaczej) na podstawie danych ZUS.

w strukturze ludności w Polsce udział ludności w wieku 60 lat i więcej w 2030 r. wyniesie 27,2% (w prognozie GUS 26,7%), natomiast w 2050 roku 35,6% (za: *World Population Prospects...* 2001). W strukturze ludności Polski według wieku w 2030 r. udział ludności w wieku 60 lat i więcej będzie mniejszy, niż w większości krajów europejskich (30,8%). Natomiast w roku 2050 struktura ludności Polski według wieku zbliży się do sytuacji występującej przeciętnie w Europie, gdzie udział ludności w wieku 60 lat i więcej wyniesie 36,6% (według prognozy ONZ). Wzrośnie też liczba osób dożywających sędziwego wieku: w 2000 r. było 0,8 mln osób wieku 80 i więcej lat, w 2030 r. w tym wieku będzie 1,8 mln osób.

Proces starzenia się ludności Polski jest mniej zaawansowany niż w 15 krajach UE. W Polsce w roku 2000 udział ludności w wieku poprodukcyjnym wynosił (według danych GUS) około 14,7% (5680 tys.). W kolejnych latach udział ludności w wieku poprodukcyjnym będzie wzrastał i wyniesie (według prognozy GUS) w 2010 r. 16,3% (6271 tys.), w 2020 r. – 21,4% (8215 tys.), w 2030 – 24,4% (9112 tys.). Prognoza pokazuje stały wzrost liczby i udziału ludności w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności Polski (*Prognoza...* 2000). Proces starzenia się ludności Polski postępuje, lecz jest on wciąż jeszcze wolniejszy, niż w większości krajów Unii Europejskiej.

Wzrośnie przeciętne trwanie życia ludzkiego (dla chłopców urodzonych w 2001 r. wynosi 70,21 lat – do 2030 wzrośnie do 74,7 lat, dla dziewcząt urodzonych w 2001 r. wynosi 78,38 lat, wzrośnie do 81,4 lat w 2030 r.). Przeciętne trwanie życia kobiety w Polsce było w 2001 r. 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 trwa-

nia życia oznacza także znaczący wzrost udziału ludności w starszych grupach wieku, w tym w wieku sędziwym (80 i więcej lat z 800 tys. do 1,8 mln osób). Mężczyzna w wieku 60 lat ma przed sobą 17,03 lat życia, a 60-letnia kobieta 21,80 lat życia (por. *Sytuacja demograficzna...* 2003, s. 79 i następne).

Wyniki NSP z 2002 r. wykazały, że wzrosła od 1988 r. liczba gospodarstw domowych (z 11970,4 tys. do 13337,0 tys.) oraz zmniejszyła się przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym (z 3,1 do 2,84). Wzrosła liczba gospodarstw domowych jednoosobowych z 18,3% do 24,8% oraz gospodarstw dwuosobowych z 22,3% do 23,2%. W ogólnej liczbie gospodarstw domowych, gospodarstwa z osobami powyżej 60 lat stanowiły 35,99 %. – 4800541. Liczba gospodarstw domowych jednoosobowych osób w wieku powyżej 60 lat wynosiła 1527369, tj. 46,2% ogółu gospodarstw jednoosobowych, z tego zamieszkujących samodzielnie osób w wieku 60 lat i więcej było – 1110657 (tj. 23,1%). Liczba gospodarstw dwuosobowych złożonych z osób w wieku 60 lat i więcej zamieszkujących samodzielnie wynosiła w maju 2002 r. – 1352157, tj. 62,98% ogółu gospodarstw dwuosobowych (*Gospodarstwa domowe i rodziny* 2003).

Prognoza gospodarstw domowych do 2030 roku pokazuje, że zmniejszy się liczba gospodarstw domowych z dziećmi do 4,6 mln i zmniejszy się w nich przeciętna liczba dzieci (z 1,835 w 1995 r. do 1,504 w 2030 r.). Jednocześnie wzrośnie liczba gospodarstw domowych bez dzieci do 11,9 mln. Wzrastać też będzie liczba gospodarstw domowych osób w wieku 60 lat i więcej.

Polska ma ciągle – w porównaniu z większością krajów Unii Europejskiej – stosunkowo korzystną strukturę demograficzną. W Polsce nie wystąpi w bliskim czasie, jak w wielu krajach UE, zagrożenie brakiem *rąk do pracy*. Procesowi wchodzenia w wiek emerytalny osób z pierwszego powojennego wyżu demograficznego towarzyszy wchodzenie w wiek

zdolności do pracy osób urodzonych w okresie drugiego powojennego wyżu demograficznego².

Problem starzenia się społeczeństwa stawia przed polską polityką społeczną szczególne i nowe zadania wynikające ze zmieniającej się struktury demograficznej społeczeństwa.

Kolejno zamierzam prześledzić zadania, jakie mają do wypełnienia poszczególne dziedziny polityki społecznej: zabezpieczenie społeczne, zatrudnienie, mieszkalnictwo, edukacja, kultura.

1. Zabezpieczenia społeczne

0 Dziedzina ta obejmuje podstawowe 4 działy: ubezpieczenia społeczne, ochronę zdrowia, pomoc społeczną oraz pomoc rodzinie. → *zatrudnienie* *odpisy* *pracy* *(s. 101+)*

Ubezpieczenia społeczne

Podstawowym celem ubezpieczeń społecznych jest gwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego osobom, które ze względu na wiek (oraz stan zdrowia lub sytuację rodzinną) nie są zdolne do samodzielnego uzyskiwania dochodu z pracy. Systemy ubezpieczeń społecznych stają współcześnie przed głównym problemem i zagrożeniem wynikającym z procesów starzenia się ludności. Wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym zagraża skuteczności systemu ubezpieczeń społecznych. Zasadnicze pytanie, na które trzeba odpowiedzieć, brzmi: czy istniejący obecnie (2003 r.) system ubezpie-

² Pierwszy powojenny wyż demograficzny w Polsce to roczniki urodzone w latach 1946–1959. W wiek emerytalny roczniki te zaczną wchodzić w 2006–2020. W tym czasie w wiek produkcyjny wchodzić będą osoby urodzone w okresie drugiego wyżu demograficznego tzn. w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. To co jest oceniane jako niekorzystne w sytuacji demograficznej Polski to niski i stale obniżający się poziom urodzeń w latach dziewięćdziesiątych i obecnie, spadająca skłonność do zawierania małżeństw i tworzenia nowych rodzin (por. kolejne Raporty RRL: Sytuacja demograficzna Polski).

5200

czeń społecznych spełnia i spełniać będzie swoją podstawową funkcję w zmieniającej się do 2030 r. i 2050 r. sytuacji demograficznej i społecznej.

Finansowej stabilności systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce zagraża niski wzrost gospodarczy i utrzymujące się niemal w całym okresie transformacji wysokie bezrobocie, w tym bardzo wysokie bezrobocie młodych. Liczba pracujących w Polsce w końcu 2001 roku była o prawie 2,8 mln mniejsza niż w końcu 1989 r. W latach 1998–2001, gdy podejmowano decyzje o wprowadzaniu reformy ubezpieczeń społecznych, utrzymywały się niekorzystne tendencje na rynku pracy; ubywało miejsc pracy i rosła liczba bezrobotnych. W 2002 r. zahamowano wzrost liczby bezrobotnych (ale nadal w końcu 2003 jest ich ponad 3,1 mln według statystyki GUS). W najgorszej sytuacji na rynku pracy są osoby w wieku do 25. roku życia; stopa bezrobocia w tej grupie jest ponad dwukrotnie wyższa niż stopa bezrobocia ogółem i kształtuje się na poziomie około 43% (Witkowski 2002).

W 2003 r. liczba bezrobotnych i stopa bezrobocia wzrosła. Według różnych pomiarów stopy bezrobocia bez pracy pozostawało w kwietniu 2003– 18,8% (dane GUS), lub 20,2% ludności (dane OECD). Prawie połowa bezrobotnych (45,8%) poszukuje pracy dłużej niż rok. Inny wskaźnik sytuacji na rynku pracy, jakim jest stopa zatrudnienia (odsetek ludności pracującej wśród osób w wieku 15 lat i więcej), pokazuje, że w Polsce pracuje tylko 57% ludności w wieku produkcyjnym (dane za 2002 r.). W krajach o najwyższej stopie zatrudnienia wskaźnik ten waha się od ok. 89% (Szwajcaria), 88,9% (Norwegia) do 76,7% (Portugalia) (por. obliczenia: Kabaj 2003). Dane Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. wykazały jednak, że oszacowanie stopy zatrudnienia w Polsce było zbyt optymistyczne. Według danych NSP 2002 r. wskaźnik zatrudnienia wynosił w maju 2002 r. tylko 43,7%. Najwyższy wskaźnik zatrudnienia jest wśród osób z wyższym

wykształceniem (75,8%), najniższy wśród osób z wykształceniem podstawowym (18,1%) (Raport wyników NSP ludności i mieszkań 2002, s. 58).

Ekonomicznej kondycji ubezpieczeń społecznych w Polsce nie zagraża obecnie (i w przyszłości, do 2030 r.) wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym, lecz wysoki poziom bezrobocia i niska stopa zatrudnienia. W okresie do 2003 – 2015 roku w Polsce będziemy mieli do czynienia z przyrostem zasobów pracy w związku z wchodzeniem na rynek pracy osób urodzonych w latach 1983 – 1992/3. Dla utrzymania równowagi finansowej ubezpieczeń społecznych istotnym zagadnieniem jest (i będzie) legalne zatrudnienie kolejnych roczników młodzieży wstępującej na rynek pracy. Zatrudnienie młodych ma także znaczenie z punktu widzenia ich bezpieczeństwa socjalnego w okresie emerytalnym w przyszłości, ponieważ wymiar świadczenia emerytalnego, według przyjętej w latach 1997–1998 koncepcji ubezpieczeń, uzależniony jest od wysokości wynagrodzenia oraz liczby lat pracy (opłacania składki). Przyrost liczby i udziału ludności w wieku poprodukcyjnym może być istotnym zagrożeniem dla systemu ubezpieczeń w przyszłości, jeżeli w bieżącym i kolejnych dziesięcioleciach nie spadnie zasadniczo poziom bezrobocia i nie wzrośnie poziom urodzeń.

Podstawową zasadą rozwiązań stosowanych w polityce społecznej jest dostosowanie ich do bieżącej i przyszłej sytuacji demograficznej. Ubezpieczenia społeczne należą do tych dziedzin polityki społecznej, które są szczególnie *wrażliwe* na zmiany sytuacji demograficznej. Zmiany w ubezpieczeniach muszą być dostosowane do sytuacji na rynku pracy; gdy brakuje pracowników trzeba tworzyć starszym pracownikom zachęty do przedłużania aktywności zawodowej, gdy rośnie bezrobocie, trzeba stwarzać korzystne warunki wcześniejszego odejścia na emeryturę oraz wydłużać okres kształcenia w szkołach. Przyjęty w Polsce w latach 1997–1998 kierunek zmian w ubezpieczeniach społecznych jest odpo-

wiedni do sytuacji, gdy na rynku pracy występuje deficyt pracowników; starszych pracowników zachęca się do najdłuższej aktywności zawodowej, przedłuża się wiek uprawniający do uzyskania emerytury, wyrównuje się wiek emerytalny kobiet i mężczyzn, likwiduje się uprawnienia do wcześniejszej emerytury, aktywność zawodową w zaawansowanym wieku (po przekroczeniu granicy ustawowego wieku emerytalnego) premiuje się znacznym wzrostem wymiaru emerytury. Reforma stworzyła osobom w wieku emerytalnym korzystne warunki łączenia emerytury z zatrudnieniem. Wprowadzając reformę systemu ubezpieczeń społecznych w 1999 r. zignorowano nie tylko trudną sytuację młodzieży wstępującej na rynek pracy, ale i finansową stabilność systemu ubezpieczeń społecznych.

Zapowiadane w programach rządowych wydłużenie wieku emerytalnego kobiet (do 65 lat) ma na celu – według oficjalnych deklaracji – zrównanie praw kobiet i mężczyzn oraz podniesienie wymiaru emerytur kobiet. Projektowane zmiany zapewnią doraźnie wyższe dochody otwartym funduszom emerytalnym i zmniejszą w przyszłości ich wydatki na wypłatę emerytur (dłużej będą opłacane składki, później i krócej będą wypłacane świadczenia). Z punktu widzenia finansów publicznych, w tym finansów ubezpieczeń społecznych, zamierzenie to jest jednak niekorzystne, gdyż nie zmniejszą się obciążenia funduszu ubezpieczeń społecznych. Osoby, które nie będą mogły (ze względu na wiek) uzyskać emerytury, będą korzystać z renty z tytułu niezdolności do pracy. Przedłużenie ustawowego wieku emerytalnego zmniejszy możliwości zwolnienia miejsc pracy dla młodych i ograniczy ich szanse na zatrudnienie. W konsekwencji wzrastać będą wydatki na pomoc społeczną obecnie bezrobotnym, a w przyszłości pozbawionym uprawnień do emerytury i utrzymywanych przez pomoc społeczną.

Wyniki NSP z 2002 r. pokazały niekorzystne z punktu widzenia ubezpieczeń społecznych zmiany w strukturze źródeł utrzymania ludności; z pracy utrzymuje się 32,3% lud-

ności, 28,0% ze źródeł niezarobkowych, 38% nie ma własnych źródeł utrzymania. Jako główne źródło utrzymania wskazało emeryturę 5324,5 tys. osób (13,9%), rentę z tytułu niezdolności do pracy 2529,7 tys. osób (6,6%), rentę rodzinną 837,7 tys. (2,2%). Świadczenia z ubezpieczenia społecznego jako główne źródło utrzymania wskazało w sumie 8690,9 tys. osób³. Emerytury – według informacji instytucji ubezpieczeń społecznych – pobierało w maju 2002 ogółem 5441,5 tys. osób, renty z tytułu niezdolności do pracy 2673,5 tys. osób, renty rodzinne 998,5 tys. osób. Wśród świadczeniobiorców najczęściej pobieranym świadczeniem była emerytura; (47,0% w mieście, na wsi 47,2%) oraz renta z tytułu niezdolności do pracy (w mieście 21,6% świadczeniobiorców, na wsi 25,8%).

W stosunku do roku 1988 nastąpił znaczący wzrost odsetka i liczby osób utrzymywanych oraz utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych i znacząco spadł udział osób utrzymujących się z pracy. Dla kształtowania sytuacji finansowej ubezpieczeń społecznych istotne znaczenie ma stosunek pracujących do pobierających świadczenia. Według NSP 2002 następują niekorzystne zmiany w strukturze źródeł utrzymania ludności:

- udział osób utrzymujących się z pracy zmniejszył się od 1988 r. z 45,4% do 32,3% w 2002 r. (tj. z 17218,2 tys. osób do 12354,6 tys.),
- udział osób utrzymujących się ze świadczeń społecznych (główne źródło utrzymania), wzrósł z 18% w 1988 r. do 28,0% w 2002 r. (tj. wzrósł z 6 806,8 tys. osób do 10 691,7 tys.),
- udział osób pozostających na utrzymaniu i nieposiadających własnych źródeł utrzymania wzrósł z 36,6% w 1988 r. do 38,0% (tj. z 13 854,1 tys. do 14 547,2 tys. osób) (*Raport z wyników NSP... 2002*, s. 67 i następne).

³ W maju 2003 roku łączna liczba świadczeń wypłacanych przez ZUS i KRUS wynosiła 9249,1 tys., z tego ZUS 7445,1 tys. i świadczenia z KRUS – 1804,0 tys.

Wyniki NSP 2002 r. wykazały nową kategorię; utrzymujący się z nieustalonych źródeł (609,5 tys. osób, tj. 1,6%) oraz utrzymujący się z dochodów z własności (27,1 tys. osób, tj. 0,1%).

W trzech województwach (warmińsko-mazurskie, lubuskie, podkarpackie) z pracy utrzymuje się mniej niż 30% ludności. Najwyższy udział utrzymujących się z pracy był w województwie mazowieckim i wynosił tylko 36,0%. Najwyższy odsetek osób utrzymujących się z niezarobkowych źródeł utrzymania występuje w województwie łódzkim (31,3%) i świętokrzyskim (30,4%). We wszystkich województwach odsetek osób utrzymywanych był wysoki, natomiast w województwach: warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim i podkarpackim przekraczał 40%. Wśród osób utrzymywanych zwraca uwagę duży udział ludzi młodych; co czwarta osoba w wieku produkcyjnym jest na utrzymaniu, przy czym co trzecia osoba będąca w wieku mobilnym (tj. 18 – 44 lat). W zarejestrowanych przez NSP zmianach szczególne znaczenie dla ubezpieczeń społecznych ma spadek liczby osób utrzymujących się z pracy, gdyż to oznacza spadek liczby osób, które opłacają składkę. Według wyników NSP 2002 na 100 osób utrzymujących się z własnych dochodów z pracy przypada 87 osób, których głównym źródłem utrzymania jest niezarobkowe źródło (w 1988 r. wskaźnik ten wynosił 40 na 100) (por. *Raport z wyników NSP... 2002*, s. 68 i następne).

Trzeba podkreślić, że największym zagrożeniem dla ubezpieczeń społecznych jest wysokie bezrobocie i niski poziom wzrostu gospodarczego. Kierunku realizowanej od 1997 r. zmiany systemu ubezpieczeń społecznych nie uzasadnia ani obecna sytuacja demograficzna, ani zmiany w sytuacji demograficznej Polski w perspektywie najbliższych 30 lat. Sytuacja demograficzna Polski na początku XXI wieku charakteryzuje się wysokim przyrostem zasobów pracy (osoby urodzone w okresie drugiego powojennego wyżu demograficznego). Projektując zadania polityki społecznej wynikające

z obecnej sytuacji demograficznej Polski trzeba uwzględnić konieczne nakłady na inwestycje w nauce, edukacji, mieszkalnictwie, ochronie zdrowia, opiece i wychowaniu. Najważniejszym zadaniem polityki społecznej wynikającym z sytuacji demograficznej w okresie transformacji było i jest tworzenie miejsc pracy dla młodych. O sytuacji ubezpieczeń społecznych, w tym emerytalnych, przesądzi obecna sytuacja na rynku pracy (poziom zatrudnienia i stopa bezrobocia).

Zmiany w systemie ubezpieczeń społecznych muszą uwzględniać nie tylko proces starzenia się ludności, ale także przyrost zasobów pracy. W Polsce po 2006 r. w wiek emerytalny zaczną wchodzić osoby urodzone w okresie pierwszego powojennego wyżu demograficznego (roczniki 1946–1959). Jednocześnie na rynek pracy wchodzi osoby z II powojennego wyżu demograficznego. W latach 2001–2005 wiek 18 lat osiągnie prawie 3,5 mln osób, dla których wstępnym warunkiem stabilizacji zawodowej, rodzinnej i życiowej jest uzyskanie wysokiego wykształcenia, zatrudnienia i dochodu z pracy oraz mieszkania. Stabilność ekonomiczna ubezpieczeń społecznych oraz powodzenie reformy ubezpieczeń społecznych uwarunkowana jest sytuacją na rynku pracy. Liczba i wysokość płaconych składek na ubezpieczenie społeczne zależy od liczby zatrudnionych i poziomu wynagrodzeń za pracę. Wybór między (deklarowaną przez twórców reformy) „достатnią” emeryturą pokolenia drugiego wyżu demograficznego (za 30–50 lat), a stabilizacją życiową tego pokolenia na początku XXI wieku, jest wyborem w istocie pozornym; powodzenie reformy ubezpieczeń społecznych uwarunkowane jest obecną i przyszłą sytuacją na rynku pracy. Wysokie bezrobocie, brak stabilnych warunków zatrudnienia (oraz nacisk pracodawców na dalszą destabilizację zatrudnienia nazywaną uelastycznieniem rynku pracy), niski poziom wynagrodzeń za pracę, przesądzają o sytuacji ekonomicznej ludności, a więc także o powodzeniu reformy emerytalnej.

W realizowanej od 1997 r. (wdrażanej od 1 stycznia 1999 r.) reformie systemu ubezpieczeń społecznych zasady

solidarności i wzajemności zastąpiono zasadą ekwiwalentności (wartość świadczenia ma odpowiadać wartości opłacanej składki). Państwo nakładając przymus opłacania składki na ubezpieczenie społeczne zobowiązuje się do zwrotu jej wartości równoważnej (ekwiwalentnej). Gdyby nie występowało takie zobowiązanie, to oznaczałoby intencjonalne zawłaszczenie pewnej części wynagrodzenia za pracę osób podlegających obowiązkowi ubezpieczeniu. Wartość otrzymanego świadczenia, aby zachowała równowagę w stosunku do wpłacanej składki, musi odpowiadać jej sile nabywczej (czyli wartości realnej). Ekwiwalentność systemu oznacza także, że projektujący takie rozwiązanie ma możliwość oszacowania indywidualnego ryzyka każdego ubezpieczonego. Jest to założenie błędne, gdyż ze względów obiektywnych nie można oszacować indywidualnego ryzyka. Nie są i nie mogą być znane przyszłe zdarzenia losowe dotyczące poszczególnych ubezpieczonych; nie wiadomo, kiedy/kto umrze, zachoruje, utraci pracę lub zdolność do zarobkowania, jak ukształtuje się jego kariera zawodowa i sytuacja rodzinna. Zachowanie równowagi składki i świadczenia nie ma (i nie może mieć) zastosowania, gdy w systemie ubezpieczeń społecznych obowiązują zasady solidarności i wzajemności. Oparty na zasadach solidarności i wzajemności system ubezpieczeń społecznych zakłada, że wszyscy wchodzący do systemu mogą być narażeni w równym stopniu na ryzyka socjalne i solidarnie ponoszą koszty dostarczenia środków utrzymania dotkniętym skutkami wypadku, choroby, starości, inwalidztwa, śmierci żywiciela rodziny⁴. Przy zastosowaniu tych zasad wartość korzyści nie zależy od wartości wkładu, lecz od wielkości ryzyka, jakie dotknęło ubezpieczonego. Obciążając wszystkich ubezpieczonych proporcjonalną składką rozkłada się koszty ubezpieczenia ryzyka na wszystkich, chociaż nie wszyscy będą pobierali świadczenia.

⁴ Ryzyko socjalne to zdarzenie losowe, na wystąpienie którego ubezpieczony nie ma w zasadzie wpływu, a ponosi jego skutki, wyrażające się przede wszystkim utratą dochodu z pracy.

Podstawowe zagrożenia dla systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce w perspektywie najbliższych 30 lat, wynikające z zawansowanych procesów starzenia się ludności, to:

- niskie wskaźniki zatrudnienia, szczególnie wśród młodszych roczników ludności w wieku mobilnym,
- spadająca wartość świadczenia emerytalnego/rentowego, która nie zaspokoi elementarnych potrzeb osób starszych, co zmusi je do poszukiwania instytucjonalnych form opieki: 48% emerytur w 2002 r. nie osiągało poziomu minimum socjalnego samotnego emeryta, dotyczyło to również blisko 75% rent inwalidzkich z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,
- wysokie i trwałe bezrobocie prowadzi w konsekwencji do pozbawienia w przyszłości świadczeń emerytalnych (a także rentowych) znacznego odsetek osób w wieku emerytalnym, co będzie skutkowało wielokrotnym wzrostem wydatków publicznych na pomoc społeczną osobom starszym i niezdolnym do pracy, a pozbawionym uprawnień do świadczeń ubezpieczeniowych.

Ochrona zdrowia

Zmiany zapotrzebowania na usługi ochrony zdrowia wynikają m.in. z procesu starzenia się ludności. Najczęściej z porad lekarskich korzystają cztery grupy pacjentów: dzieci w wieku 0–1 roku (80%), osoby niepełnosprawne (ponad 84%), osoby w wieku 60–69 lat (71%), osoby powyżej 70 lat (blisko 78%). 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, w tym udziału osób niepełnosprawnych (Pędich 2003).

Z analizy wydatków Kas Chorych z lat 1999–2002 wynika, że ponad połowa wydatków Kas Chorych została przeznaczona na leczenie szpitalne, wzrasta też liczba osób hospitalizowanych. Z publicznych zakładów stacjonarnej opieki

medycznej korzysta około 98,% pacjentów, w prywatnym zakładzie, ale opłacanym przez Kasy Chorych, leczyło się 1,5%, w prywatnych zakładach opłacanych przez pacjenta – 0,5%.

Pomimo zaawansowanych procesów starzenia się ludności liczba lekarzy ze specjalizacją w zakresie geriatryi oraz oddziałów geriatrycznych w placówkach stacjonarnych i nie-stacjonarnych ochrony zdrowia jest znikoma.

Niski udział finansowania ze środków publicznych oznaczać musi wysoki udział finansowania ze środków pozostających w dyspozycji gospodarstw domowych lub 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. Ponad 60% gospodarstw domowych utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych miało trudności z opłaceniem kosztów leków⁵. Możliwości sfinansowania usług ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe są ograniczone do gospodarstw osiągających najwyższe dochody, w większości utrzymujące się z pracy na własny rachunek. Trudności mają emeryci i renciści, rodziny utrzymujące się ze źródeł niezarobkowych, rodziny wielodzietne, z osobami chorymi przewlekłe, niepełnosprawnymi⁶. 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.).

⁵ Zmniejsza się udział pomocy społecznej w wydatkach na leki. Jeśli jeszcze w 1997 r. zasiłki na leki wypłacane przez gminne ośrodki pomocy społecznej stanowiły 1% wydatków, to już w 2000 i 2001 roku 0% wydatków (por. Założenia do projektu ustawy o pomocy społecznej, MGPIPS, Warszawa 10 marca 2003 r.).

⁶ 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. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1999 r.* s. 35. oraz *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000 r.*).

W reformowaniu ochrony zdrowia powstała zasadnicza kolizja: zadania ochrony zdrowia przekazano samorządom powiatowym, natomiast środki na realizację zadań pozostały w dyspozycji Kas Chorych, a obecnie NFZ. Samorząd odpowiada za dostępność usług ochrony zdrowia mieszkańcom, ale nie dysponuje środkami na ten cel.

Od podjęcia procesu transformacji nasila się w Polsce żądanie środowisk medycznych, aby dokonać pogłębionej prywatyzacji i komercjalizacji usług ochrony zdrowia. Ze względu na poziom dochodów zdolne do opłacenia kosztów usług medycznych są tylko grupy o dochodach znacznie przekraczających dochody przeciętne. Wśród utrzymujących się ze świadczeń społecznych (emeryci, renciści, podopieczni pomocy społecznej, pobierający zasiłki dla bezrobotnych – w sumie 28% ludności w 2002 r.) nieliczna jest grupa osób posiadających środki na opłacenie usług ochrony zdrowia. Natomiast ta kategoria ludności stanowi najliczniejszą grupę korzystających z usług ochrony zdrowia. Dla gospodarstw domowych utrzymujących się ze świadczeń społecznych, w tym emerytów i rencistów, oznaczałoby to brak dostępu do usług ochrony zdrowia.

Pomoc społeczna

W wyniku reformy administracyjnej kraju zadania pomocy społecznej zostały skierowane do samorządu gminnego i powiatowego. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej gmina (w mniejszym zakresie powiat) została obarczona zadaniami pomocy społecznej, w tym pomocy społecznej w miejscu zamieszkania⁷. Wzrost udziału mieszkańców w wieku poprodukcyjnym stawia przed samorządami gminnymi i powiatowymi nowe zadania związane z pomocą społeczną.

Ustawa o pomocy społecznej skutecznie wyłączyła z kręgu podopiecznych pomocy społecznej uprawnionych do pomocy materialnej (finansowej) osoby posiadające uprawnienia do

⁷ Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 1998, nr 64, poz.414, z późn. zmian.

świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych (emerytów i rencistów). Jako generalna zasada jest to rozwiązanie uzasadnione, ponieważ osoby te posiadają stałe źródła dochodu. Problem polega jednak na tym, że wśród emerytów, a szczególnie wśród rencistów, wciąż wysoki jest udział osób posiadających niskie i bardzo niskie dochody, które nie są w stanie pokryć podstawowych wydatków związanych z utrzymaniem gospodarstwa domowego⁸. Brak możliwości utrzymania gospodarstwa domowego będzie zmuszał wiele osób do poszukiwania możliwości korzystania z instytucjonalnych form opieki (dienne domy opieki i stacjonarne domy opieki społecznej).

Podział zadań pomocy społecznej dokonany w 1998 r. (ustawa o samorządzie powiatowym i ustawa o samorządzie gminnym) spowodował, że zadania pomocy finansowej oraz pomocy w środowisku zamieszkania przypisano gminie, natomiast organizację domów pomocy społecznej oraz instytucji specjalistycznej opieki, w tym opieki na ludźmi niepełnosprawnymi i starymi, powierzono samorządom powiatowym. Może to powodować takie zachowania samorządów gmin,

⁸ W 2002 r. przeciętne świadczenie emerytalne z ZUS w relacji do przeciętnego wynagrodzenia wyniosło 63,7%, renta z tytułu niezdolności do pracy 46,8%, renta rodzinna 54,7%. W polskim systemie ubezpieczeń społecznych problemem nie jest relacja przeciętnych wartości świadczeń do wynagrodzeń za pracę, lecz niskie wynagrodzenia za pracę oraz znaczna kumulacja świadczeń niskiej wartości; około 25% emerytur wypłacanych jest w wysokości (netto tzn. po odliczeniu zaliczki na podatek dochodowy) w wysokości nieprzekraczającej 600 zł oraz blisko 60% rent z tytułu niezdolności do pracy oraz około 30% rent rodzinnych. Blisko 60% emerytur wypłacanych jest w wysokości mniejszej niż 900 zł (netto, tzn. dochód rozporządzalny). Porównując wartość emerytury netto w 2002 r. z wartością minimum socjalnego emeryta w tym samym roku należy stwierdzić, że blisko co druga emerytura netto (48%) nie przekracza wartości minimum socjalnego (722,9 zł przeciętnie w 2002 r. dla 1-osobowego gospodarstwa domowego emeryta). Wartości minimum socjalnego 1-osobowego gospodarstwa emeryckiego nie osiągają świadczenia blisko 68% rencistów pobierających renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji oraz 75% rencistów pobierających renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Dane o wysokości świadczeń na podstawie: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych (FUS) 2002 r. Warszawa, kwiecień 2003 r. ZUS, Warszawa. Dane o minimum socjalnym (por. Kurowski, Broda-Wysocki 2003).

które będą prowadzić do zwiększonego zapotrzebowania na instytucje opieki stacjonarnej (im gorzej gmina wywiązuje się ze swoich zadań pomocy i opieki w miejscu zamieszkania, tym większe zadania ma do realizacji powiat w zakresie organizacji instytucji pomocy i opieki). Projektowane jest wprowadzenie (od 2004 r.) nowych zasad finansowania świadczeń pomocy społecznej. Wprowadzona ma być odpłatność za wiele usług pomocy społecznej, m.in. nastąpi zmiana zasad odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej; całkowite koszty opieki ma pokryć podopieczny, jego rodzina oraz gmina. W konsekwencji ma to ograniczyć zapotrzebowanie na instytucjonalne formy opieki i motywować rodziny do wykonywania zadań opieki wobec swoich starych i niepełnosprawnych członków we własnym zakresie. Systemem nadzoru publicznego objęte zostaną prywatne domy opieki (por. *Założenia do projektu ustawy o pomocy społecznej* 2003).

Pomoc rodzinie

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 funkcji rodziny: usługi edukacji, ochrony zdrowia oraz usługi opieki także nad osobami starszymi (szczególnie opieki specjalistycznej). Jeśli rodziny mają podjąć zadania opieki na swoimi starymi i niepełnosprawnymi członkami i wypełniać je skutecznie, to musi być rozwinięta sieć usług społecznych wspomagających rodzinę w wypełnianiu tych funkcji. Przed (głównie lokalną) polityką społeczną stoi następujący dylemat: albo pomoc rodzinie przez rozwój różnych usług w środowisku zamieszkania, albo organizacja kosztownych i nieefektywnych instytucjonalnych domów opieki społecznej.

Najważniejszą rolę w opiece nad osobami starymi pełni nadal rodzina. Z domów pomocy społecznej korzystało w 2001 r. 14450 osób starych. Mimo że dynamika wzrostu liczby

miejsc w domach pomocy społecznej dla ludzi starych jest wysoka (wzrost o blisko 60% od 1990 r.), to nadal udział osób, które z powodu zaawansowanego wieku korzystają z domów pomocy społecznej, jest niewielki⁹. Na umieszczenie w domach pomocy w 2001 r. oczekiwało 13,7 tys. osób.

2. Edukacja

Zwykle zadania systemu edukacji formułowane są w stosunku do dzieci i młodzieży. Tymczasem osoba przechodząca na emeryturę ma przed sobą przeciętnie około 18,2 lat w przypadku kobiet i około 15,2 lat wśród mężczyzn¹⁰. Zatem pozostaje długi czas, dla większości bezczynności zawodowej, do której osoby kończące aktywność zawodową nie są przygotowane. Wydłużające się trwanie życia w wieku poprodukcyjnym wymaga przygotowania osób w wieku poprodukcyjnym do starości. W systemie edukacji od dawna znane są formy edukacji osób w starszych grupach wieku; przede wszystkim uniwersytety III. wieku, wykłady otwarte. Forma ta obejmuje jednak tylko nieliczne grupy osób, głównie z wyższym i średnim wykształceniem. Współczesna sytuacja osób starszych wynikająca między innymi z wydłużającego się życia ludzkiego, wzrastającego (choć wolno) poziomu wykształcenia ludności w starszych grupach wieku stawia przed systemem edukacji zadania przygotowania do wydłużającego się życia i podjęcia kształcenia

⁹ W 2001 r. z domów pomocy korzystało ogółem 85240 osób, ale tylko niepełna 17% stanowiły osoby, które korzystały z dps z powodu podeszłego wieku. Rocznik Statystyczny 202, GUS, Warszawa 2003, s. 282. Poza domami pomocy społecznej organizowane są też domy opieki dla osób starych przez zgromadzenia, zakonne, oraz inne podmioty. W 2000 r. liczba miejsc w takich domach wynosiła 9099 (por. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000 r.*, s. 56). Z danych tych wynika, że udział podmiotów niepublicznych w organizacji domów pomocy społecznej jest znaczący i wynosił w 2000 r. około 12% ogólnej liczby miejsc we wszystkich typach domów pomocy społecznej. Nie można wskazać ile z tych miejsc przeznaczonych było wyłącznie dla osób starych.

¹⁰ Według liczby lat pobierania emerytury obliczone przez ZUS w 2002 r., por. Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych (FUS) 2002 r.

w różnych zakresach i formach z wykorzystaniem wszystkich dostępnych współcześnie technik i środków przekazywania wiedzy, kształcenia oraz rozwijania zainteresowań ludzi starych. Te formy kształcenia nie muszą i nie powinny w całości obciążać funduszków publicznych. Część osób utrzymujących się ze świadczeń jest w stanie częściowo lub całkowicie sfinansować niektóre usługi edukacyjne. Potrzebne kierunki kształcenia wiążą się z upowszechnieniem używania środków komunikacji elektronicznej (internet, poczta elektroniczna), przygotowania do zachowań prozdrowotnych, które mogą skutecznie przyczynić się do wydłużenia życia i zachowania zdrowia, rozwijania zainteresowań i przygotowania do uczestnictwa w życiu społeczności lokalnych.

Zadania w zakresie organizowania edukacji dla osób w wieku poprodukcyjnym z powodzeniem mogą wykonywać organizacje społeczne przy wsparciu samorządów lokalnych. Podstawowym zagadnieniem jest obecnie uświadomienie samorządom lokalnym problemu edukacji tej grupy osób.

3. Mieszkania

Koszty utrzymania mieszkania, szczególnie mieszkania o większej powierzchni, stają się dla osób w wieku emerytalnym zbyt wysokie w stosunku do osiąganych dochodów. Także samodzielne utrzymanie i konserwacja mieszkania (remonty, naprawy, sprzątanie itp.) staje się, szczególnie dla osób samotnych, w zaawansowanym wieku zbyt trudnym do rozwiązania problemem. Dlatego konieczne jest przygotowanie dla tych osób, które nie radzą sobie z utrzymaniem dotychczas zajmowanego (posiadanego) mieszkania, mieszkań specjalnie przystosowanych do ich potrzeb i wyposażenia ich w odpowiednie urządzenia (m.in. tzw. mieszkań chronionych) posiadających dostateczną powierzchnię i łatwo dostępne usługi w pobliżu miejsca zamieszkania. Jednocześnie osoby te powinny mieć zapewnioną pomoc ze strony samorządowych instytucji pomocy społecznej (jeśli takiej pomocy

potrzebują). Koszty utrzymania takich mieszkań nie będą obciążały funduszy publicznych, a także nie będą zmuszały wielu osób do zamieszkania w domach pomocy społecznej lub w prywatnych domach opieki.

4. Kultura

Współczesne media lansują ideał człowieka, który jest młody, sprawny, zdrowy, zaradny, przedsiębiorczy i stale z siebie zadowolony. Natomiast upowszechniany w mediach wizerunek człowieka starego to obraz ponury. W społecznej świadomości człowiek stary to przede wszystkim kłopoty i wielkie koszty. Zmiana tego stanu wymaga zmiany świadomości społecznej. Osoby w wieku poprodukcyjnym w bliskiej perspektywie (w 2030 r.) będą stanowiły $\frac{1}{4}$ społeczeństwa. Będą oni także stanowić znaczny odsetek konsumentów wielu dóbr i usług, będą dysponowali znaczną częścią środków przeznaczonych na konsumpcję. Dlatego tak ważną sprawą jest kształtowanie stylu życia ludzi starych tak, aby byli oni nastawieni nie na bierne oczekiwanie końca życia, a na aktywne uczestnictwo w życiu kulturalnym i społecznym (Synak 2000).

W liberalnej ekonomii upowszechniany jest pogląd, że „obciążenie” kosztami utrzymania ludzi starych zmniejsza możliwości rozwoju i wzrostu gospodarczego. Jest to pogląd nieuprawniony, gdyż ludzie starzy przekazują młodemu pokoleniu cały dorobek materialny i duchowy. Uproszczone pojmowanie wzajemnych, międzypokoleniowych relacji w konsekwencji prowadzi do wielu istotnych nieporozumień i powstawania społecznie szkodliwych stereotypów.

5. Zatrudnienie i ochrona pracy

Po roku 2015 na rynek pracy zaczną wchodzić roczniki młodej urodzonej w latach dziewięćdziesiątych, latach, które charakteryzują się stale spadającym poziomem urodzeń. Jednocześnie rynek pracy będą opuszczać bardzo liczne grupy pracowników urodzonych w latach pięćdziesiątych. Polska

z kraju o znacznych i nadmiernych zasobach pracy zmieni się w kraj, w którym zacznie brakować pracowników. Stworzy to także nową sytuację dla osób w wieku poprodukcyjnym, które będą zachęcane do przedłużania czasu aktywności zawodowej. Powstanie rynek pracy dla osób w wieku emerytalnym, co wymagać będzie specjalnych regulacji w zakresie czasu i warunków pracy oraz uprawnień do łączenia zatrudnienia z pobieraniem świadczeń emerytalnych.

6. Uczestnictwo w życiu społecznym

Wiek poprodukcyjny to wiek bardzo zróżnicowany w zakresie możliwości aktywnego i sprawnego działania. Wzrastająca liczba osób w wieku poprodukcyjnym z wykształceniem wyższym i średnim może istotnie wpłynąć na zwiększenie ich aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym i politycznym. Wymaga to stworzenia możliwości uczestnictwa ludzi starszych do podejmowania zadań w życiu społecznym, a także w życiu politycznym. Tym bardziej, że za około 20 lat stanowić oni będą ponad 1/3 elektoratu.

7. Usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne

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 ekonomicznie uzasadnionym) rozwiązaniem jest realizacja usług opieki przez rodzinę (jeśli tylko takie możliwości istnieją). Wypełnienie przez rodzinę funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych wymaga jednak stworzenia odpowiednich warunków, które umożliwią rodzinie realizację tych funkcji.

Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze potrzebne są tym, którzy z powodu wieku i stanu zdrowia nie są zdolni do samoobsługi (m.in. osoby chore, niepełnosprawne oraz w wieku po-

deszłym). W 2002 r. udział niepełnosprawnych kobiet w wieku powyżej 60 lat wynosił 52,3% w miastach i 56,3% na wsi (wobec 19,2% oraz 20,7% odpowiednio wśród kobiet ogółem). Analogicznie udział niepełnosprawnych mężczyzn w wieku powyżej 65 lat wynosił 28,8% w miastach i 31,2% na wsi (wobec 9,7% i 19,6% odpowiednio wśród mężczyzn ogółem).

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 będzie szybko wzrastać; wydłuża się przeciętne życie, utrzymuje się wysoki poziom niepełnosprawności (m.in. około 34% – 36% ubezpieczonych traci zdolność do pracy z powodu złego stanu zdrowia przed uzyskaniem wieku emerytalnego). Po 2006 roku potrzeby w zakresie zapewnienia opieki osobom starszym będą szybko wzrastać. Konieczne staje się poszukiwanie form opieki ekonomicznie i społecznie efektywnych. W Polsce istnieją jeszcze szanse na utrwalenie opiekuńczej funkcji rodziny ze względu na wysoką, stałą wartość rodziny w deklarowanym przez Polaków systemie wartości. Wielokierunkowe działania wspierające wszystkie funkcje rodzi-

rozwój
UK

ale to
złoty
niepełnosprawni
problemy!

99 4
ny – 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.

Polityka rodzinna w Polsce musi skupić się na realnym wspieraniu funkcji opiekuńczej rodziny wobec starszych i niepełnosprawnych członków rodziny. Pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji 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 członkom¹¹.

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

¹¹ 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.

rodziny w wypełnianiu jej wszystkich funkcji jest w Polsce ciągle 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.

Polityka rodzinna to tworzenie warunków prawnych, ekonomicznych, instytucjonalnych i organizacyjnych zapewniających rodzinie wypełnienie w odpowiednim dla cyklu rozwoju rodziny funkcji. Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze wynika z procesów starzenia się ludności. Dostarczenie usług opiekuńczych osobom niesamodzielnym obciąża samorządy lokalne. Organizacja usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania jest zadaniem własnym gminy. Dostarczenie usług opiekuńczych w instytucjach (w tym specjalistycznych) to zadanie powiatu. Taki podział kompetencji może prowadzić 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.

O rozmiarach potrzebnej pomocy decyduje stan zdrowia społeczeństwa. Z badań GUS wynika, że w IV kwartale 1999 r. 13,3% badanych posiadało ograniczenia zdolności wykonywania czynności podstawowych, a 0,7% posiadało całkowicie ograniczoną zdolność do samoobsługi. Całkowite ograniczenie zdolności do samoobsługi deklaruje 4,3% osób w wieku 70 i więcej lat, a częściowe 37,6%¹². Dane NSP'2002

¹² Wszystkie dane z badań przeprowadzonych w IV kwartale 1999 r. przez GUS.

wykazały stale pogarszający się stan zdrowia i sprawności społeczeństwa.

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 postępujących procesów marginalizacji i izolacji społecznej.

Usługi opiekuńcze organizowane są głównie dla osób, które ze względu na wiek i stan zdrowia i stan rodzinny 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. Samorządy nie są zainteresowane pogłębioną diagnozą potrzeb, gdyż nie mają środków na organizowanie pomocy.

Publiczne instytucje opieki

Z publicznych instytucji opiekuńczych korzystało w Polsce w 2001 r. 85,240 osób. Większość z nich korzystała z domów pomocy społecznej (ok. 87%), z domów opiekuńczo-leczniczych korzystało ok. 12% pensjonariuszy¹³. Zdecydowana

¹³ Domy pomocy społecznej przeznaczone są głównie dla osób: umyślowo upośledzonych (ok. 30% pensjonariuszy w domach pomocy społecznej), przewlekłe chorych somatycznie (ok. 30%), przewlekłe psychicznie chorych (ok. 17%), starych (16,35). Pozostali pensjonariusze domów to bezdomni (ponad 2%), niepełnosprawni fizycznie (ponad 1%), samotne matki i kobiety w ciąży (ponad 1%). W wieku 19 – 40 jest ok. 20% pensjonariuszy, a ok. 25% w wieku 41 – 60 lat.

większość pensjonariuszy to osoby w wieku 75 lat i więcej (blisko 30%), oraz w wieku 60 – 74 lat (ponad 22%). Ponad 65% opłaca koszty pobytu z renty lub emerytury, z zasiłku stałego z pomocy społecznej – ok. 27%. Tylko nieco powyżej 4% opłaca pełny koszt pobytu, a za niespełna 2% pensjonariuszy płaci rodzina. Na miejsce w domu pomocy społecznej dla ponad 13 tys. osób czas oczekiwania wynosi około 3 lat.

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Organizowane są dla osób starszych, chorych i niesamodzielnych w samoobsłudze 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 ze starzeniem się społeczeństwa. 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 młodych wiele starszych osób pozostaje bez opieki. Naturalne procesy starzenia się powodują rozluźnienie kontaktów z ludźmi, utratę wielu dotychczas pełnionych ról społecznych. Niesamodzielnosc 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.

8. Przykłady rozwiązania problemu dostarczenia usług opiekuńczych

W badaniach zrealizowanych w latach 1997–1999, uwzględnione zostały dwa rodzaje usług: usługi organizowane w miejscu zamieszkania (usługi w środowisku zamieszkania, tzw. usługi domowe) oraz usługi opieki stacjonarnej (domy pomocy i opieki). Badania realizowano w Warszawie i woj. stołecznym ze względu na znacznie wyższe tam potrzeby wynikające ze struktury demograficznej¹⁴.

Usługi w miejscu zamieszkania

Badania zrealizowane w Warszawie w latach 1997–1999 pokazują próbę poszukiwania nowych rozwiązań prawnych, ekonomicznych i organizacyjnych w rozwiązywaniu problemu usług o charakterze opiekuńczym w środowisku zamieszkania. Z badań przeprowadzonych w Warszawie wynika, że obok dotychczas działających podmiotów publicznych non profit (PCK, PKPS) pojawiły się nowe podmioty o charakterze rynkowym, działające dla zysku. Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze znalazło swój wyraz w reakcji rynku usług; oferta usług została poszerzona o usługi opiekuńcze kilku instytucji prywatnych (głównie spółek). Skromna oferta usług (gospodarcze usługi domowe i usługi pielęgnacyjne) została w ofercie instytucji prywatnych poszerzona o usługi opiekuńcze specjalistyczne, dostosowane do potrzeb zgłoszonych lub stwierdzonych u podopiecznych. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (znowelizowanej w 2000 r.), ośrodki pomocy społecznej musiały uzupełnić zakres deklarowanych świadczeń o usługi opiekuńcze i specjalistyczne.

Podmiotem zobowiązanym do zorganizowania i odpowiedzialnym na dostarczenie usług opiekuńczych jest gmina,

¹⁴ Badania nt. *Proces prywatyzacji i komercjalizacji usług społecznych w Polsce*, realizowane w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych UW, w latach 1996 – 1999. Niepublikowany raport.

która może zlecić wykonanie usług dowolnie wybranemu przez siebie wykonawcy. W praktyce gminy zlecają wykonanie usług w drodze przetargu tym podmiotom, które według oceny gminy są zdolne dostarczyć usług na poziomie i warunkach (cenowych) zaakceptowanych przez gminę (usługi zamawia się na zasadach kontraktu). Instytucje dostarczające usług i uczestniczące w przetargu w większości działają na zasadach przewidzianych dla podmiotów gospodarczych, zatrudniają pracowników etatowych i nieetatowych, o kwalifikacjach dostosowanych do charakteru świadczonych usług. Podstawą świadczenia usług jest umowa z ośrodkiem pomocy społecznej, który zleca usługi, kontroluje ich wykonanie i płaci za wykonane usługi (usługi częściowo opłacane są przez podopiecznych). Jakość świadczonych usług sprawdzana jest przez zlecający usługę ośrodek pomocy społecznej. Ma to zapobiegać występowaniu niekorzystnych zjawisk, przeciwdziałać obniżaniu się jakości usług i pełniej poznać potrzeby osób, którym usługi są świadczone.

Wprowadzenie wielu podmiotów na „rynek” usług opiekuńczych miało podnieść ich jakość, zwiększyć różnorodność oferty, wytworzyć warunki konkurencji między podmiotami. Z badań wynika jednoznacznie, że potrzeby podopiecznych (oraz ich możliwości finansowe) są nader skromne (w większości potrzebne są im gospodarcze usługi w domu, pomoc w załatwianiu spraw w urzędach). Niewielkie jest wciąż zapotrzebowanie na usługi inne, niż podstawowe. Na rozszerzoną ofertę usług mogą odpowiedzieć pozytywnie tylko zamożniejsi podopieczni (a ci wśród korzystających z usług są nieliczni). System kontraktowania usług przez ośrodki pomocy społecznej prowadzi więc do ograniczania i ubożenia oferty – ośrodek interesuje się głównie tymi osobami, które są w kręgu jego pomocy i opieki (przede wszystkim niezamożnymi) i usługami zaspokajającymi najbardziej elementarne potrzeby. Poza zainteresowaniem pomocy społecznej pozostaje grupa osób o wyższym nieco statusie material-

nym, zamożniejszych, którym nie oferuje się usług. Badania wykazały, że ten segment rynku usług dla średnio zamożnych potencjalnych klientów jest *niezagospodarowany*. Najzamożniejsi korzystają ze stałej pomocy domowej. Natomiast średnio zamożni, którzy mogliby częściowo opłacać usługi z własnych dochodów, nie mogą znaleźć dla siebie odpowiedniej oferty (nie są oni w kręgu zainteresowania ani ośrodków pomocy społecznej, ani instytucji świadczących usługi).

Wielkość oferty usług dostosowana jest do potrzeb zgłaszanych przez ośrodki pomocy społecznej. Ośrodki pomocy społecznej dostosowują zapotrzebowanie na usługi do wielkości posiadanych na ten cel środków budżetowych. Nie jest to zatem *wolny rynek usług opiekuńczych*, lecz rynek usług *sterowany* przez ośrodki pomocy społecznej, które wielkością posiadanych środków, a nie wielkością zgłoszonych potrzeb na usługi, określają ich ofertę. Oferta usług nie jest kształtowana przez rynek. Cena i jakość tych usług dostosowana jest do możliwości określonych przez ośrodki pomocy społecznej (są to więc usługi bardzo skromne).

Rozwój usług opiekuńczych na rynku prywatnym zależy zasadniczo od wzrostu nakładów z budżetów gmin (im więcej środków na ten cel będą łożyły gminy, tym więcej będzie usług). Zwiększenie oferty usług częściowo opłacanych przez gminy dla osób o średnich (lub względnie wysokich dochodach) może zwiększyć ich różnorodność i podnieść poziom. Nie można oczekiwać, że nastąpi wzrost nakładów gmin na usługi pomocy społecznej. Zastosowane w ustawie o samorządzie powiatowym (z 5 czerwca 1998 r.) rozwiązanie, kosztami funkcjonowania domów pomocy społecznej obciążyło powiat. Gmina zatem nie będzie zainteresowana takim organizowaniem usług opiekuńczych, aby przedłużać pobyt osoby niesamodzielnej w jej miejscu zamieszkania (to będzie bowiem wywoływało wysokie koszty opieki, która musi ponieść gmina). Gmina więc ze względów finansowych może być zainteresowana nie w polepszaniu jakości i zwiększaniu róż-

norodności usług, lecz w jak najszybszym umieszczaniu podopiecznych w domach pomocy społecznej, gdyż koszty takiego pobytu będą obciążały finanse powiatu (a nie gminy).

Pozostawianie człowieka niesamodzielnego w wypełnianiu czynności domowych i organizowaniu własnego życia jak najdłużej w miejscu jego zamieszkania jest rozwiązaniem najtańszym i najbardziej humanitarnym. Jednakże w obecnej sytuacji prawno-organizacyjnej, gdy koszty opieki w miejscu zamieszkania ponosi gmina, a koszty pobytu w domu pomocy społecznej powiat – może się okazać, że gminom będzie *opłacało się* umieszczać podopiecznych w domach pomocy społecznej, a nie podnosić standardy usług opiekuńczych, dbać o ich poziom i różnorodność po to, aby przedłużyć pobyt osób niesamodzielných w miejscu zamieszkania.

Prywatne domy opieki¹⁵

Do usług społecznych o charakterze opiekuńczym zalicza się usługi świadczone w domach opieki. Prywatne domy opieki są tym rodzajem usług społecznych, które pojawiają się przede wszystkim tam, gdzie znajdują się ich potencjalni klienci – w dużych miastach i ich pobliżu. Prywatne domy opieki są zakładane i prowadzone przez osoby prywatne jako rodzaj działalności gospodarczej. Prywatne domy opieki działają dla zysku organizując i oferując usługi, które są dostępne wyłącznie dla osób lub rodzin o wysokich dochodach. Proces powstawania tych domów jako instytucji usługowych w aglomeracji stołecznej charakteryzuje się dużą dynamiką, co wskazuje na istnienie dużych i niezaspokojonych potrzeb w tym zakresie. Podstawy prawne działania prywatnych domów opieki nad osobami starszymi są nieskomplikowane. Można je zarejestrować jak każdą działalność gospodarczą.

¹⁵ Por. Ulanowska L. 1997. Badania zrealizowane w 2003 r. pokazały znaczny rozwój ilościowy domów prywatnych opieki. Sytuacja organizacyjno-prawna tych domów nie zmieniła się (por. Brenda. 2003)

Prywatne domy opieki poszerzają i znacznie wzbogacają ofertę usług opiekuńczych. Nie rozwiązują jednak problemu braku miejsc w tych domach, ponieważ w niewielkim tylko stopniu przyczyniają się do rozwiązywania problemu opieki nad ludźmi starszymi i niesamodzielnymi. Domy te są dla większości osób starych niedostępne z powodu wysokich opłat, które są tam wymagane. Najniższe opłaty za miesiąc pobytu w domu kształtowały się od 2-krotności przeciętnej emerytury pracowniczey do 3,5-krotności takiej emerytury. Prywatne domy opieki spełniają jednak swoje funkcje dla tych rodzin i tych seniorów, którzy mogą finansowo podolać opłaceniu kosztów pobytu w domu opieki. Prywatne domy opieki nie stanowią konkurencji dla domów prowadzonych przez podmioty publiczne lub dla domów opieki zorganizowanych przez stowarzyszenia lub organizacje wyznaniowe, które nie działają dla zysku.

Prywatne domy opieki rzadko podejmują się opieki specjalistycznej dla osób starszych i niesamodzielnych. Opieka specjalistyczna (np. dla osób o dysfunkcjach psychicznych, neurologicznych itp.) jest usługą bardzo kosztowną, dlatego prywatne domy opieki wybierają organizowanie usług prostszych, łatwiejszych, a także tańszych, gdyż potrzeby na nie są jeszcze w znacznym stopniu niezaspokojone.

Wysoki koszt pobytu w tych domach nie może stanowić zarzutu pod adresem tego rodzaju usług. Podstawowy zarzut dotyczący działania tych domów to brak oceny wartości tych usług. Sam rynek nie może stanowić jedyne go kryterium oceny, gdyż usług tych jest ciągle zbyt mało (a dla wielu rodzin każda taka usługa w niektórych sytuacjach rodzinnych musi być zaakceptowana). Właściciele domów opieki nie ukrywają, że prowadzenie takiego domu dostarcza dochodu na utrzymanie własne i rodziny, że przynosi im zysk. W niewielkim stopniu zdają sobie sprawę z tego, że podejmują się niezwykle trudnego zadania wchodząc w rolę opiekuna, w rolę osoby jedynej odpowiedzialnej za stan zdrowia i życie dużej grupy osób niesamodzielnych.

W organizacji prywatnych domów opieki nie zostało rozwiązanych kilka istotnych, z punktu widzenia jakości tych usług, problemów. Każdy, kto ma zdolność do czynności prawnych, bez względu na motyw, cechy osobiste, wykształcenie, zawód, poziom fachowości może zorganizować taki dom i podjąć się sprawowania opieki nad osobami jej wymagającej, gdy usługa taka zostanie opłacona. Podstawowym zagrożeniem w funkcjonowaniu tych domów jest jakość świadczonych usług. W przypadku prywatnych domów opieki kontrolę jakości świadczonych usług – zgodnie z zasadami gospodarki rynkowej – ma sprawować wolny rynek usług, czyli użytkownicy takich usług. Jest to zadanie dla podopiecznych niewykonalne, ponieważ są oni dlatego podopiecznymi, gdyż nie są w stanie zaspokajać swoich potrzeb samodzielnie (są niesamodzielnymi w samoobsłudze). W przypadku prywatnych domów opieki (oraz innych placówek o charakterze opiekuńczym, przeznaczonych dla osób niesamodzielnych) potrzebny jest publiczny nadzór i publiczna kontrola jakości ich usług.

Postanowienia o nadzorze nad tego typu placówkami znajdują się w ustawie o pomocy społecznej. W trakcie realizowanych badań nie stwierdzono, aby zasady określone w ustawie były przestrzegane w pracy placówek. Wprowadzenie nadzoru i kontroli jest konieczne ze względu na uświadomienie i egzekwowanie odpowiedzialności za poziom usług u ich organizatorów (właścicieli domów opieki).

Prywatne domy opieki mogą w przyszłości stać się istotnymi instytucjami opieki o charakterze lokalnym, wykorzystywanymi do realizacji funkcji opiekuńczych zleczanych przez samorząd. Wykorzystanie ich przez samorząd może stać się sposobem na tańsze (niż w państwowych domach opieki) rozwiązanie problemu opieki nad ludźmi starszymi i niesamodzielnymi. Z punktu widzenia właścicieli domów nie ma znaczenia, kto płaci za usługi. Ważne jest, aby ich usługa była zakupiona na rynku i przynosiła im odpowiedni zysk. Wnoszenie opłat przez organy samorządu powiatowe-

go może istotnie wpłynąć także na kontrolę jakości świadczonych usług (choćby niekoniecznie na jej podniesienie). Powiaty mogą poszukiwać usług najtańszej (co może oznaczać, że będą to usługi niskiej jakości).

9. Finansowanie usług opiekuńczych

Większość pensjonariuszy państwowych domów opieki społecznej opłaca koszty pobytu z renty i emerytury (płaci się nie więcej niż ¼ 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 pensjonariusze 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 reformy emerytalnej do wysokości ok. 28% przeciętnego wynagrodzenia).

10. Ocena zapotrzebowania na usługi w związku z procesem starzenia się społeczeństwa

Ocena koniecznych potrzeb w zakresie usług społecznych wymaga znajomości koncepcji polityki społecznej. Takiej kon-

cepcji polityki społecznej w Polsce dotychczas nie wypracowano. Polska polityka społeczna w okresie transformacji przybrała model marginalny, który w konsekwencji jest modelem bardzo kosztownym. 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 rozwiązania 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 geriatry 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 niesamodzielni 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 środki i formy rozwiązywania problemów społecznych.

Literatura

1. Brenda B., 2003, *Prywatne domy opieki*, ISNS UW, Warszawa, maszynopis.
2. *Gospodarstwa domowe i rodziny*, NSP 2002, GUS, Warszawa 2003.
3. Kabaj M., 2003, *Mechanizmy tworzenia i likwidacji miejsc pracy w polskiej gospodarce*, Ekspertyza dla RCSS, Warszawa marzec 2003.
4. Kowaleski J.T., *Kwestie metodologiczne w badaniu procesu starzenia się ludności*, w: Strzelecki Z. (red.), *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Sesja końcowa, Tom XVII, Warszawa 2003.
5. Kurowski P., Broda-Wysocki P., *Minimum socjalne*, „Polityka Społeczna” 2003, nr 2.
6. Pędich W., 2003, *Zdrowie ludzi starych*, w: Strzelecki Z. (red.), *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Sesja końcowa, Tom XVII, Warszawa.
7. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1999 r.* GUS, Warszawa 2000 r.
8. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000 r.*, GUS, Warszawa 2000.

9. *Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999 – 2030*, GUS, Warszawa 2000.
10. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego ludności i mieszkań 2002, 2003*, GUS, Warszawa.
11. Synak B. (red), 2000, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
12. *Sytuacja demograficzna Polski 2001*, GUS, Warszawa 2003.
13. Ułanowska L., 1997, *Prywatne domy opieki oraz ich miejsce w polityce społecznej wobec osób starszych*, maszynopis, Warszawa, ISNS UW.
14. Witkowski J., 2002, *Demograficzne i przestrzenne uwarunkowania bezrobocia*, w: Hrynkiewicz J. (red.), *Przeciw ubóstwu i bezrobociu. Lokalne inicjatywy obywatelskie*, ISP, Warszawa.
15. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, Volume I: Comprehensive Tables, UNDP, New York 2001.
16. *Założenia do projektu ustawy o pomocy społecznej*, MGPIPS, Warszawa 10 marca 2003.