

Monika DOBSKA*

SPÓŁECZNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ PAŃSTWA W STOSUNKU DO OSÓB STARSZYCH – DOŚWIADCZENIA STANÓW ZJEDNOCZONYCH A TRENDY W POLSCE

DOI: 10.21008/j.0239-9415.2017.075.07

W artykule poruszono istotne zagadnienie starzejącego się społeczeństwa i jego wpływu na konieczność zmian w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej. Tłem do prowadzonych rozważań, stały się Stany Zjednoczone, które poprzez rządowy program *Medicare* znacząco wspierają finansowanie opieki osób po 65 roku życia. Niestety rząd polski ciągle jeszcze w małym stopniu, zwraca uwagę na konieczność systemowego podejścia do zjawiska starzejącego się społeczeństwa. Istotna staje się aktywizacja tych osób, zapewnienie specjalistów oraz uwzględnienie procesu w finansach publicznych.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się społeczeństwa, zabezpieczenie społeczne, polityka zdrowotna, *Medicare*

1. KIERUNKI ROZWOJU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1.1. Polityka społeczna a polityka zdrowotna

Mimo że starość nie jest chorobą, problematykę osób starszych omawia się w kontekście zabezpieczenia społecznego, a w szczególności polityki społecznej i na jej tle polityki zdrowotnej. Zainteresowanie polityki społecznej zdrowiem wynika z wielu przesłanek. Zgodnie z tradycyjną typologią subdyscyplin polityki społecznej, ochrona zdrowia jest jedną z dziedzin zabezpieczenia społecznego. Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest elementem kształtującym poczucie bezpieczeństwa socjalnego obywateli (Magnuszewska-Otulak 2013, s. 201). Zarówno w polskim, jak i w światowym piśmiennictwie pojęcie polityki społecznej w kon-

* Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Wydział Zarządzania, Katedra Badań Rynku i Usług.

tekście kreacji polityki zdrowotnej wiąże się z celową i zorganizowaną działalnością państwa, jego organów i współpracujących instytucji na rzecz poprawy warunków życia obywateli czy pełniejszego zaspokojenia ich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia¹. Mimo formalnego rozdzielenia części zadań polityka społeczna stanowi swoisty nadsystem nad realizacją polityki zdrowotnej w danych warunkach rynkowych.

Polityka zdrowotna zależy od trzech głównych czynników: zmian demograficznych, postępu cywilizacyjnego i technologicznego (jak nowoczesne techniki diagnostyczne i terapeutyczne, przyrost wiedzy medycznej, a jednocześnie pojawienie się nowych zagrożeń zdrowotnych) oraz realiów ekonomicznych (ograniczania w sektorze publicznym nakładów na zdrowie) (Leowski 1999, s. 42). Do uwarunkowań realizacji polityki zdrowotnej nawiązuje także Szumlicz, wskazując na czynniki: polityczne (ukazujące, jakie miejsce zajmują problemy zdrowotne w działalności władzy ustawodawczej i wykonawczej, w programach partii politycznych, jaki jest stan zorganizowania grup wpływowych w sferze zdrowia), ekonomiczne (związane z ogólną sytuacją gospodarczą, stanem zamożności społeczeństwa, aktywnością ekonomiczną społeczeństwa, a także z poziomem bezrobocia), oraz demograficzne i zdrowotne (związane z tendencjami w rozwoju ludności, wcześniej realizowaną polityką zdrowotną) (Szumlicz 2004, s. 59).

Częstym problemem, który jest poruszany przy omawianiu zagadnień związanych z ochroną zdrowia, jest swoista relacja pomiędzy polityką zdrowotną a systemem zdrowotnym. Sposób kształtowania się tych dwóch procesów, przenikanie, wzajemne zależności, są często poruszane nie tylko w polskiej, ale także światowej literaturze². Zdaniem Włodarczyka, zależności między tymi dwoma pojęciami można rozpatrywać w dwóch perspektywach. Po pierwsze można przyjąć, że kształt systemu zdrowotnego jest wytworem procesów polityki zdrowotnej. Kształtowanie systemu zdrowotnego odbywa się zwykle pod wpływem licznych czynników, istotny jest tu wpływ historii, tradycji, a także ogólny klimat polityczny, skłaniający do różnych rozwiązań. W tym ujęciu polityka zdrowotna wyprzedza system. W drugim ujęciu system opieki zdrowotnej jest postrzegany jako środowisko, w którym formułowane są idee i podejmowane są decyzje polityczne dotyczące zdrowia. System zdrowotny w takim ujęciu jest pierwotny wobec polityki zdrowotnej (Włodarczyk 2010, s. 44). Rozstrzygnięcie powyższego dylematu staje się tym bardziej trudne, że decyzje polityki zdrowotnej mogą kreować system lub mieścić się w ramach już wyodrębnionego i skonstruowanego systemu.

¹ Do początku lat 90. ubiegłego wieku realizacja części zadań w zakresie zabezpieczenia pomocy społecznej i opieki zdrowotnej podlegała Ministrowi Zdrowia. Dopiero ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej zmieniła usytuowanie zadań, przenosząc odpowiedzialność za realizację i nadzór na Ministerstwo Pracy.

² Czołowymi przedstawicielami polskich naukowców zajmujących się systemami ochrony zdrowia oraz polityką zdrowotną są z całą pewnością: Włodarczyk, Tymowska, Golinowska, Frączkiewicz-Wronka, Leowska, a także Opolski i in.

System zdrowotny jest wyodrębnioną całością, złożoną z wielu różnorodnych elementów, powiązanych różnorodnymi więziami (między którymi zachodzą relacje), który realizuje cel związany ze zdrowiem (Włodarczyk, Poździoch 2001, s. 15). W zależności od stawianych celów konieczne jest zwrócenie uwagi na uwarunkowania kreujące system opieki zdrowotnej danego kraju. Są to: metody finansowania i organizacji systemu, makrouwarunkowania organizacji procesu świadczenia usługi czy też uwarunkowania prawne. Nie bez znaczenia są możliwości wypracowania zysku lub nadwyżki finansowej dla podmiotów działających w systemie. Elementami determinującymi cele będą elementy makrootoczenia, wpływające na zachowania podmiotów leczniczych. Można wśród nich wyróżnić:

- czynniki demograficzne – procesy demograficzne stanowią podstawę do określenia i wyboru głównych kierunków działania w zakresie zapewnienia odpowiedniej dynamiki rozwoju gospodarczego, społecznego, a także polityki zdrowotnej. Wiek mieszkańców, ich płeć, miejsce zamieszkania czy wykształcenie są w dużej mierze wyznacznikami ich kondycji zdrowotnej. Są to więc czynniki, które predestynują służbę zdrowia do określonych zachowań: profilaktycznych (szczepienia, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia) lub do bezpośredniej opieki zdrowotnej (potrzeba tworzenia zakładów paliatywnych, hospicyjnych, zakładów opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno–opiekuńczych).
- zmiany struktury społecznej – należy tu wspomnieć przede wszystkim o zmianach w systemie funkcjonowania społeczności lokalnych i w samym systemie opieki społecznej. Ponadto można zaobserwować zmieniającą się rolę i funkcję kobiet. Świadczy o tym np. wzrost aktywności zawodowej kobiet, rosnąca świadomość praw człowieka, w tym prawo do ochrony zdrowia. Na zmiany te wpływa również zakres odpłatności za opiekę zdrowotną, zasobność funduszy społecznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną, zamożność korzystających z opieki zdrowotnej, utrata lub zmniejszenie dochodów w czasie choroby, rosnąca sfera ubóstwa, pogłębiające się rozwarstwienie pomiędzy bogatymi a biednymi, co wiąże się z wyborem opieki zdrowotnej oraz świadomością potrzeby takiej opieki.
- czynniki polityczne – w Polsce zmiany, które zachodzą w opiece zdrowotnej, są ściśle związane z życiem politycznym, niekiedy nawet z kalendarium wyborczym. W toku prac reformatorskich można zaobserwować, że każda partia polityczna po części wpływała na ostateczny kształt reformy. Rynek i konkurencja wraz z wyborem płatnika były lansowane przez partie uchodzące za prawicowe, a regionalizacja i administracyjna kontrola wydatków były akceptowane przez ugrupowania lewicowe (Włodarczyk, 1999). Ponadto należy zaznaczyć, że celem reformy opieki zdrowotnej w Polsce było rozdzielenie sfery polityki od sfery finansowania działalności zakładów opieki zdrowotnej. W praktyce okazało się jednak, że dawne kasy chorych oraz organy założycielskie były silnie upolitycznione, co powodowało duże rozbieżności w realizacji polityki zdrowotnej na danym terenie. Nieco inaczej wyglądało przygotowanie i wdrożenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zasadnicza część reformy z uchwale-

niem ustawy przypadła w udziale koalicji SLD-PSL, a nowelizacja ustawy w 1998 roku była dziełem koalicji AWS-UW i oznaczała w istocie potwierdzenie głównych założeń zmiany systemu opieki. Można więc powiedzieć, że ustawa ta była rezultatem ponadpartyjnej zgody. Jednak działania SLD-owskiego ministra zdrowia w latach 2001-2002 spowodowały odwrót od reformy.

- czynniki prawne – ustawami, które wpływają na działalność zakładów opieki zdrowotnej, są między innymi: ustawa o działalności leczniczej (wcześniej ustawa o zakładach opieki zdrowotnej), ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o zawodzie lekarza, o izbach lekarskich, o zawodach pielęgniarstwa i położnej.
- czynniki ekonomiczne – analizując wpływ czynników ekonomicznych, należy zwrócić uwagę na takie wskaźniki, jak: poziom inflacji, poziom stóp redyskontowych czy też wielkość PKB;
- czynniki technologiczne – szybki rozwój technologiczny wszystkich dziedzin życia, w szczególności w informatyce, elektronice, telekomunikacji itd., wpływa na postęp w medycynie, a więc także wskazuje na nowe ścieżki leczenia. Przykładem wpływu czynników technologicznych na rozwój medycyny jest telemedycyna. Obszar zastosowań obejmuje: telekonferencje medyczne, telekonsultacje specjalistyczne, zdalne sterowanie zabiegami operacyjnymi, monitorowanie krzywych życiowych (np. EKG) pacjenta oraz systemy baz danych
- czynniki ekologiczno-geograficzne – w tej grupie istotna jest sytuacja ekologiczna, a więc zanieczyszczenie powietrza, wody, żywności, stan równowagi ekologicznej. Istotna jest także lokalizacja zakładów, która niejednokrotnie przesądza o zakresie świadczonych usług (np. otwieranie oddziałów ratunkowych).

Współczesne systemy zdrowotne odpowiadają za sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej: wszyscy obywatele powinni mieć dostęp do co najmniej podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych oraz powinny istnieć gwarancje, że w zakresie usług finansowanych publicznie osoby o tych samych potrzebach powinny być traktowane w ten sam sposób. Na tym tle zostanie omówione zjawisko starzenia się społeczeństwa i jego wpływu na procesy gospodarczo-społeczne.

1.2. Starość a psychologia osób starszych

Kierunki polityki zdrowotnej powinny w szczególności brać pod uwagę trendy demograficzne i zjawisko starzenia się społeczeństwa. Światowa Organizacja Geriatrii przyjmuje za początek starości wiek 65 lat. Jak pisze francuski antropolog Minois, człowiek stary jest z jednej strony podmiotem pochwał za swoje doświadczenia, a z drugiej unika się go ze względu na jego słabości (Minois 1995). „Trzeci wiek”, to okres po 65 roku życia, kiedy nie zmieniają się zdolności kształcenia ani

relacje, a przejście na emeryturę stanowi główny aspekt. Natomiast „czwarty wiek” rozpoczyna się dekadę później w wieku 75 lat, wraz z pojawiającymi się problemami psychicznymi i funkcyjnymi organizmu, kiedy człowiek traci swoją samodzielność.

Emerytura dla osób starszych jest zmianą. I jest to zmiana znacząca, ponieważ nie zawsze przebiega tak jak wyglądało jej wcześniejsze wyobrażenie. Zamiast realizacji pasji, podróży i poświęcenia się starym i nowym pasjom, następuje przygnębienie i depresja. Poczucie odsunięcia dotyczy nie tylko życia zawodowego, ale także sfery osobistej. Oczekiwanie i ciągła obserwacja pogłębiających się słabości fizycznych powodują zniechęcenie i odcięcie się od otaczającego środowiska. Zmiany fizyczne z całą mocą zaczynają pojawiać się w „wieku czwartym”. Pogorszenie wzroku, słuchu, zmiany neurologiczne czy słabnące zdolności poznawcze, powodują, że wzmacnia się odczucie bezradności, nieużyteczności i uzależnienia od pomocy innych. Lęk przed stanami otępiennymi (Alzheimer) czy innymi chorobami, np. Parkinsona, powoduje coraz trudniejszą formę opieki nad tymi grupami osób. Omawiając problemy osób starszych, należy pamiętać, że prawdopodobieństwo zachorowania rośnie wraz z wiekiem. Najdroższe dla systemu opieki zdrowotnej jest udzielanie świadczeń w trakcie hospitalizacji. Rosnące koszty związane są z użyciem drogiego sprzętu diagnostycznego, utrzymywaniem infrastruktury szpitalnej, opłaceniem wysoko wykwalifikowanych pracowników, nie wspominając o środkach farmaceutycznych.

1.3. Opieka zdrowotna w Stanach Zjednoczonych

Powyższe uwarunkowania procesu starzenia się pozwalają jedynie nakreślić, z jaką grupą populacji mamy doczynienia i z jakimi problemami będzie borykało się państwo, chcąc w jak najlepszym stopniu zaspokoić potrzeby tej grupy. Obowiązek w postaci świadczeń emerytalnych jest jednym z aspektów tego zagadnienia. Jego ekonomiczny wymiar powoduje, że państwa gospodarczo rozwinięte przedłużają stopniowo wiek emerytalny do poziomu 67 lat. Kolejnym istotnym aspektem jest wymiar organizacyjny: zabezpieczający opiekę nad osobami starszymi, przy ciągle rosnących kosztach zabezpieczenia socjalnego i zdrowotnego.

Krajem, który wprowadził już w latach 60. ubezpieczenie *Medicare*, przeznaczone dla osób starszych, są Stany Zjednoczone. Zdaniem Chua z jednej strony można spotkać opinie, że Stany Zjednoczone mają najlepszy system opieki zdrowotnej na świecie, wskazujące nie tylko na dostępność do najlepszych technologii medycznych, ale także odsetek PKB przeznaczony na służbę zdrowia, z drugiej strony system jest krytykowany za zbyt duże rozdrobnienie, nieefektywność. Wskazuje się też, że przy najwyższych nakładach na świecie zbyt duża jest nierówność w dostępie, a koszty obsługi administracyjnej systemu stale rosną (Chua 2006).

W Stanach Zjednoczonych ok. 84% obywateli ma ubezpieczenie zdrowotne, przy czym 60% z nich jest ubezpieczonych przez pracodawcę, 9% ubezpiecza się samodzielnie, a 27% przez różnego rodzaju programy rządowe. Programy rządowe stanowią 44% wszystkich wydatków na zdrowie, a 16% społeczeństwa musi płacić za usługi medyczne samodzielnie. W badaniach magazynu „Health Affairs” oszacowano, że w 2001 roku osoby nieubezpieczone otrzymały dostęp do świadczeń zdrowotnych o wartości 35 milionów dolarów. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Stanach Zjednoczonych podlegają silnemu zjawisku selekcji negatywnej. Nieprzerwany wzrost kosztów procedur medycznych wpływa na stawki ubezpieczeniowe. W konsekwencji coraz więcej osób młodych i zdrowych, którym ryzyko poważnej choroby wydaje się mało prawdopodobne, rezygnuje z ubezpieczenia. W systemie zostają osoby starsze i bardziej schorowane, co dalej podnosi koszty (Owoc et al. 2009). W 1993 r. Clinton próbował wraz ze swoim zespołem wprowadzić zakrojoną na szeroką skalę reformę, ale – jak wspomina Starr – był to rok „od pełnej euforii po porażkę”³. W swoim programie Clinton zakładał zorganizowanie sieci publicznych regionalnych ubezpieczalni zdrowotnych oraz przewidywał ograniczoną konkurencję między ubezpieczalniami, co godziło w poczucie wolnej przedsiębiorczości. Niestety, zarówno projekt, jak i skonstruowane propozycje programowe odrzucono – „Republikanie cieszyli się podwójnym triumfem, nie tylko zabili reformę, ale wskazali winnego – prezydenta. To był polityczny odpowiednik zbrodni doskonałej” (Starr 1995).

1.5. Medicare – ubezpieczenie osób starszych

Od czasów prezydenta Kennedy’ego, a potem jego następcy Johnsona, istnieją publiczne federalne ubezpieczenia zdrowotne dla emerytów (*Medicare*) i stanowe publiczne ubezpieczenia zdrowotne dla osób ubogich (*Medicaid*), a także stanowy system ubezpieczeń zdrowotnych dla dzieci ubogich (SCHIP) (Sanecki 2011, s. 39). Program *Medicare* został utworzony nowelizacją ustawy o zabezpieczeniu społecznym z 1965 r. (*Social Security Act*) jako ubezpieczenie zdrowotne dla osób starszych i niepełnosprawnych. Wszedł w życie 1 lipca 1966 r. i od początku dawał uprawnienia osobom powyżej 65 roku życia, a także osobom mającym rentę inwalidzką i niezdolnym do pracy przez okres dwóch lat.

³ „Początkowo wydawało się, że po przemówieniu w Izbie Reprezentantów 23 września 1993, założenia reformy zostaną przyjęte. Badania pokazały ogromne poparcie dla projektu: ubezpieczenie zdrowotne dla wszystkich. A.M. Rosenthal z New York Timesa pisał, że można spierać się o szczegóły, ale cel misji jest bardzo istotny. Niestety, był to „gwóźdź do trumny” Clintona. Upadek reformy systemu opieki zdrowotnej przejdzie do historii jako wielka utracona możliwość polityczna. To historia kompromisów, których nigdy nie było”. (Starr 1995).

Medicare podzielono na dwie części – part A i part B. *Part A* to *hospital insurance* – pokrywa głównie wydatki leczenia szpitalnego. Część ta finansowana jest przez kontrybucję pobieraną od pracowników i pracodawców. Pracodawca odciąga pracownikowi 1,45 % pensji i sam dołącza taką samą kwotę. *Part B* natomiast to *medical insurance* i dotyczy pokrycia usług lekarskich.

Od lat 60. *Medicare* znacząco rozszerzono. W 1972 r. swoim zasięgiem objął osoby niepełnosprawne i niezdolne do pracy oraz rozszerzył pokrycie kosztów na osoby z chroniczną niewydolnością nerek, wymagających dializy. W 1985 r. w ramach programu zobowiązano się pokryć dodatkowe ubezpieczenie pracowników kwalifikujących się do Medicare, którzy zdecydowali się korzystać z ubezpieczenia oferowanego przez pracodawcę zatrudniającego 20 i więcej pracowników. W 1987 roku wprowadzono płatność szeregu ambulatoryjnych usług psychiatrycznych oraz usługi wielu kwalifikowanych profesjonalistów paramedycznych. W kolejnych dwóch latach pojawiła się możliwość opłacania usług lekarskich, oparty na tzw. *fee schedule*. W 1990 r. natomiast został ustalony standard dla ubezpieczeń dodatkowych, tzw. *Medigap*.

Medicare nie jest programem całkowicie ubezpieczającym od wydatków na opiekę medyczną. Opłaca się z niego jedynie połowę z nich, w programie uwzględniono bowiem *deductible* (sumę, której nie pokrywa, a którą pacjent musi sam płacić) na usługi lekarskie i szpitalne, *co-insurance* na wszystkie usługi lekarskie oraz inne opłaty. W ramach programu nie mogą być uiszczone wydatki na leki, za usługi dentystyczne, aparaty słuchowe i okulary.

Znaczenie tego programu ciągle wzrasta ze względu na wydłużanie się średniej długości życia. Najszybciej wydłuża się długość życia osób mających ponad 85 lat. Jak podaje Kubik, podczas gdy w 1900 r. jedynie 4% z 90 milionów ówczesnych Amerykanów miało więcej niż 65 lat życia, to w latach 90. XX w. odsetek ten sięgał 13% w 274 milionowym społeczeństwie. W 1965 r., gdy utworzono program *Medicare*, do którego kwalifikowali się wszyscy po 65. roku przyjmowano, że przeciętnie osoby te będą żyły jeszcze 13 lat. Na początku XXI w. sześćdziesięcioletek żyje jeszcze 19 lat.

Istotnym jest, że *Medicare* to największy płatnik usług zdrowotnych. Oznacza to, że dysponując miliardowymi funduszami skutecznie wpływa na sposób prowadzenia usługi, ich jakość oraz wymaga przestrzegania ustalonych praw i zasad.

1.6. Oczekiwania społeczeństwa polskiego

Przykład Stanów Zjednoczonych i troska o osoby starsze, powinna być inspiracją rządu polskiego. W 2016 roku, procesy reformatorskie zaczęły zmierzać w kierunku utworzenia nowych rozwiązań systemowych. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekty: ustawy o nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra

Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów.

Wydawało się, że troska o opiekę geriatryczną stanie się priorytetowa. Należy podkreślić, że w ostatnich latach programy szkoleniowe, współfinansowane ze środków publicznych koncentrowały się na rozwoju umiejętności personelu w zakresie „kompleksowej opieki nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”. Kształcenie dotyczyło zarówno szkoleń specjalizacyjnych, jak i kursów specjalistycznych. Programy były kierowane do lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz terapeutów środowiskowych i opiekunów medycznych. Podkreślano przy tym niewystarczające zabezpieczenie bazy geriatrycznej w Polsce w zakresie infrastruktury i kompetencji personelu.

W obecnym stanie prawnym geriatrię włączono do świadczeń realizowanych w ramach oddziału internistycznego, co nasuwa pytanie, czy będzie tam zatrudniony personel z przeszkoleniem kierunkowym oraz czy brak widocznych działań w celu zabezpieczenia tej grupy osób nie spowoduje w kolejnych latach większych kosztów leczenia.

1.7. Aktywizacja osób w podeszłym wieku

Widocznym elementem, który mógłby wesprzeć osoby starsze byłaby szeroko zakrojona profilaktyka na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Koniecznym stają się także działania, mające na celu utrzymanie osób starszych w aktywności fizycznej. Im dłużej osoba pozostanie w środowisku, im bardziej będzie funkcjonowała samodzielnie, tym mniejsze koszty poniesienie system w zakresie leczenia zamkniętego.

Społeczne teorie starzenia się odnoszą się zarówno do związku pomiędzy starszym człowiekiem i społeczeństwem, jak i roli i statusu człowieka w starszym wieku. Teoria niezaangażowania zwraca uwagę na wycofanie się osoby starszej do własnego „wewnętrznego” świata. Jest to spowodowane osłabieniem związków społecznych i ról, jakie dotychczas odgrywała starsza osoba. W podeszłym wieku kontakty społeczne stają się mniej satysfakcjonujące i coraz bardziej obciążające (Bilikiewicz, Parnowski 2002).

Teoria aktywności promuje stałą aktywność, przyczyniającą się do zdrowia i satysfakcji z życia. Podstawowym aspektem mającym znaczenie dla jakości funkcjonowania osób starszych jest zaspokojenie ich potrzeb. Najważniejsze wśród nich, to (Bilikiewicz, Parnowski 2002):

1. Potrzeba integracji – świadczy o niej intensywność kontaktów z ludźmi, osamotnienie i samotność, więc rodzaj relacji z najbliższą rodziną i przynależność do grupy społecznej,
2. Potrzeba użyteczności i uznania, dotycząca subiektywnej oceny własnej sytuacji, związana z dodatkowym zatrudnieniem, udziałem w instytucjonalnych

formach aktywności społecznej lub wykonywaniem zajęć na rzecz własnej rodziny,

3. Potrzeba autonomii, wyrażająca pragnienie, niezależność i samodzielność w każdej sferze – somatycznej, psychologicznej i społecznej, niezależność bytowania i ekonomiczna zwiększa u ludzi w podeszłym wieku poczucie bezpieczeństwa, umożliwia planowanie nowych strategii przetrwania w nowym środowisku i w nowych warunkach,
4. Potrzeba bezpieczeństwa – w warunkach fizyczno-przestrzennych i społeczno-kulturowych o jej zaspokojeniu świadczy stopień korzystania z urządzeń miejskich, instytucji, znajomość miasta i umiejętność funkcjonowania w nim, oparcie w rodzinie,
5. Potrzeba satysfakcji życiowej, będąca najbardziej syntetycznym wskaźnikiem subiektywnego zadowolenia człowieka z miejsca jego usytuowania w środowisku.

Oczywiście wsparcie osób starszych powinno następować nie tylko ze strony rodziny, ale także strony medycznej (lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, dietetycy). Znajomość zmian, jakie zachodzą w psychice osób starszych, jak również zmian ich potrzeb, daje możliwość współpracy.

2. PODSUMOWANIE

Oddziaływanie procesu starzenia się na aspekty gospodarczo-społeczne będzie coraz bardziej widoczne. Istotnym zagadnieniem stanie się nie tylko objęcie tej części populacji właściwą opieką społeczną i medyczną, ale także uwzględnienie wydatków w finansach publicznych. Ekonomista i demograf francuski Sauvy wskazuje, że nie było do tej pory w dziejach świata kraju, który osiągnąłby trwały rozwój gospodarczy podczas stagnacji demograficznej.

Trendów demograficznych nie da się odwrócić, ale można je złagodzić. Jak pisze Kubiak w Posłce zasadniczym problemem w tym aspekcie są nie tylko zmiany w strukturze ludności pod względem wieku, lecz także niższy od ustawowego wiek, w którym ludzie rzeczywiście odchodzą na emeryturę. Przekłada się to, na wczesną dezaktywizację i korzystanie z różnego rodzaju niezarobkowych źródeł utrzymania osób będących formalnie jeszcze w wieku zdolności do pracy. Udział osób w wieku poprodukcyjnym w populacji w najbliższych latach będzie rósł, a jeśli wiek emerytalny pozostanie na obecnym poziomie i nie uda się aktywizować znacznej części osób starszych, to finanse publiczne nie udźwigną takich wydatków (Kubiak 2011).

LITERATURA

- Bilikiewicz, A., Parnowski, T. (2002). Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane ze starzeniem się. In: *Psychiatria*, A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.). Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Dobska, M. (2013). *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Kubiak, M. (2011). Perspektywy europejskiej polityki społecznej. In: *Europejska polityka społeczna*, R. Gabryszak, D. Magierka (red.). Wydawnictwo Difin.
- Kubik, Ch.K. (1999). *Amerykański system opieki zdrowotnej. Podręcznik dla wszystkich*. Chicago: Wydawnictwo AMSYZDRO, t. 1.
- Leowski, J. (1999). Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe. In: J.B. Kar-ski (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: Ignis, wydanie 3.
- Magnuszewska-Otulak, G. (2013). Ochrona zdrowia w polityce społecznej. In: G. Firlit-Fesnak, M. Szylko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Minois, G. (1995). *Historia starości. Od Antyku do Renesansu*, Warszawa: Volumen.
- Szumlicz, T. (2004). *System zabezpieczenia społecznego w zarządzaniu zdrowiem* In: V. Korpowicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.
- Włodarczyk, W.C. (1996). *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS.
- Włodarczyk, W.C. (2010). *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Włodarczyk, W.C., Poździuch, S. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

SOCIAL RESPONSIBILITY OF THE STATE TOWARDS ELDERLY PERSONS – EXPERIENCE OF THE UNITED STATES AND TRENDS IN POLAND**Summary**

The article addresses the important issue of an aging society and its impact on the need for changes in social and health policy. The United States has become the backdrop to on-going care, which through the Medicare government program strongly supports the financing of the care of people over 65 years of age. Unfortunately, the Polish government is still a little behind, pointing out the need for a systematic approach to the phenomenon of an aging society. It is important to integrate these people, to provide specialists and to take account of the process in public finances.

Keywords: old age, aging society, social security, health policy, Medicare