

*Prof. dr hab. Stanisław Maciej Szukalski*

Katedra Makroekonomii, Instytut Ekonomii  
Uniwersytet Łódzki

## **Perspektywy rozwoju usług w Polsce w świetle regresu demograficznego i starzenia się społeczeństwa**

### WPROWADZENIE

W artykule podjęto kwestię wpływu regresu demograficznego w Polsce na zmianę struktury sektora usług, konsekwencje ekonomiczne tego procesu, głównie dla struktury polskiej gospodarki, struktury finansów publicznych.

Artykuł składa się z trzech części. W pierwszej przedstawiono charakterystykę strukturalnych cech społeczeństwa polskiego. W drugiej rozważania koncentrują się na ekonomicznych skutkach tego procesu. Opracowanie kończą wnioski rekomendacyjne.

### STRUKTURA DEMOGRAFICZNA POLSKI – STAN I PROGNOZY

Prognozy demograficzne dla Polski w perspektywie 2050 roku są niekorzystne. Grozi nam regres demograficzny, będzie on podstawową determinantą rozwoju ekonomicznego i społecznego naszego kraju. Demografia jest jedną z najbardziej pewnych do zdefiniowania determinant, bowiem to co dzieje się dziś jest efektem decyzji prokreacyjnych obywateli i polityki demograficznej sprzed 15–20 lat, to co będzie się działo w omawianym obszarze za 15–20 lat kształtujemy dziś. Najważniejsze wyznaczniki tego zjawiska są następujące (tabela 1).

Po pierwsze, prognozowany jest spadek liczby ludności (w średnim wariancie prognozy [World Population Prospects, 2008]) z 38,2 mln osób obecnie do 37,8 mln w 2015 roku (-400 tys.), 36,2 mln osób w 2030 roku (-1,8 mln) i 32,0 mln osób w 2050 roku (-6,0 mln)<sup>1</sup>, jako wynik malejącego współczynnika przyrostu naturalnego, niskiej dzietności kobiet. Podtrzymanie liczebności populacji wymaga, by wskaźnik dzietności kobiet wynosił 2,1; obecnie wynosi 1,23.

---

<sup>1</sup> W omawianej prognozie spadek liczby ludności jest nieco łagodniejszy niż w poprzednich z połowy dekady, bowiem według World Population Prospects 2006 liczbę ludności Polski w 2050 roku szacowano na 30,6 mln osób, podobne różnice dotyczą innych cech badanego zjawiska.

Po drugie, nastąpi istotna zmiana struktury demograficznej wyrażająca się wzrostem liczby osób w wieku powyżej 65. roku życia o 4,4 mln osób, co oznacza zwiększenie udziału tej grupy osób w liczbie ludności Polski z 13,5% w 2010 roku do 29,9% w 2050 roku; zwiększeniem w populacji liczby osób powyżej 80 lat o 1,4 mln osób, co oznacza zmianę udziału z 3,4% do 8,5%. Nasila się zjawisko podwójnego starzenia się oznaczające szybki wzrost odsetka osób w wieku powyżej 75 lat [Szukalski, 2008, s. 43].

Po trzecie, warto także podkreślić, iż istotne przekształcenia w liczebności i strukturze ludności Polski nastąpią w trzeciej dekadzie tego stulecia, bowiem o ile do 2015 roku ubytek liczby ludności może wynieść ponad 400 tys. osób, to w latach 2020–2030 już niemal 1,8 mln osób, a w kolejnych dziesięcioleciach odpowiednio 2,0 i 2,1 mln osób. Towarzyszyć temu będzie przyrost liczby 65-latków, szczególnie duży w latach 2040–2050 o 1,2 mln osób.

Po czwarte, nastąpi istotna zmiana w relacjach pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi. Otóż, odsetek osób w wieku 15–64 lata zmniejszy się z 65,8% do 49,2%, co przy zwiększeniu liczby osób w wieku emerytalnym (przyjmujemy dzisiejsze rozwiązania prawne) spowoduje, że relacja grupy osób w wieku powyżej 65 lat do populacji osób 15–64 lata wzrośnie z 18,8% (2010) do 52,2% (2050). Ubywać będzie zasobów pracy. Otóż, zakładając obecny współczynnik aktywności zawodowej wynoszący zaledwie 54,9% za 2009 rok [GUS, 2010, s. 62] zasoby pracy w 2050 roku spadną o 4,9 mln osób. Skutek: mniejsze składki ubezpieczeniowe, niższe wpływy podatkowe. O tych problemach należy krzyczeć.

Po piąte, biorąc pod uwagę zasoby pracy osób w tzw. wieku mobilnym (18–44 lata) oraz osoby w wieku niemobilnym (45–59/64), to z prognoz wynika, że tylko do 2035 roku populacja pierwszej grupy osób spadnie o 4,4, mln osób, zaś drugiej wzrośnie o 627 tys. osób [GUS, 2009].

Po szóste, obecnie w Polsce przy 5,1 mln osób w wieku emerytalnym, emerytury i renty z ZUS (7,5 mln) i KRUS (1,7 mln) pobiera aż 9,4 mln osób. Według stanu na grudzień 2009 roku 41% świadczeniobiorców emerytur to osoby w wieku poniżej 65. roku życia (z tego osoby w wieku poniżej 54 lat – 2,5%, 55–59 lata – 13,3%, 60–64 lata – 25,2%); w 2009 roku przyznano 243 tys. emerytur, z czego 81% przypadało na osoby w wieku 55–64 lata [ZUS, 2010]<sup>2</sup>. Można oczekiwać kumulacji problemów związanych z wydolnością systemu emerytalnego.

---

<sup>2</sup> Tylko 30% Polaków przechodzi na emeryturę osiągając ustawowy wiek emerytalny, pozostałe 70% to wcześniejsi emeryci. Według ZUS około 1,1 mln osób (400 tys. mężczyzn i 700 tys. kobiet) pobiera emeryturę, mimo że nie osiągnęło ustawowego wieku. Wcześniejsze świadczenia to obciążenie budżetu państwa o około 15 mld zł rocznie, co oznacza, że każdy ubezpieczony Polak oddaje 100 zł miesięcznie na wcześniejsze emerytury.

Po siódme, w Polsce mamy niski wskaźnik zatrudnienia osób w wieku od 55 do 64 lat, który wynosi zaledwie 38,4%, przy średniej europejskiej 46%, zaś osób 65+ wynosi tylko 5,9%, podczas gdy w 2003 roku kształtował się na poziomie 7,2% [GUS, 2010, s. 65]. Dla porównania w Islandii jest to 80%, a w Szwecji 70%. Jest to po części skutek tego, że przechodzenie na wcześniejszą emeryturę stało się w Polsce instrumentem redukcji bezrobocia i skutków strukturalnych przekształceń gospodarki polskiej, szybkiej jej deindustrializacji. Emerytura staje się nie uwieńczeniem kariery zawodowej, ale substytutem pracy w wieku powyżej 55. roku życia.

Po ósme, warto zwrócić uwagę jeszcze na kilka cech, które godne są odnotowania:

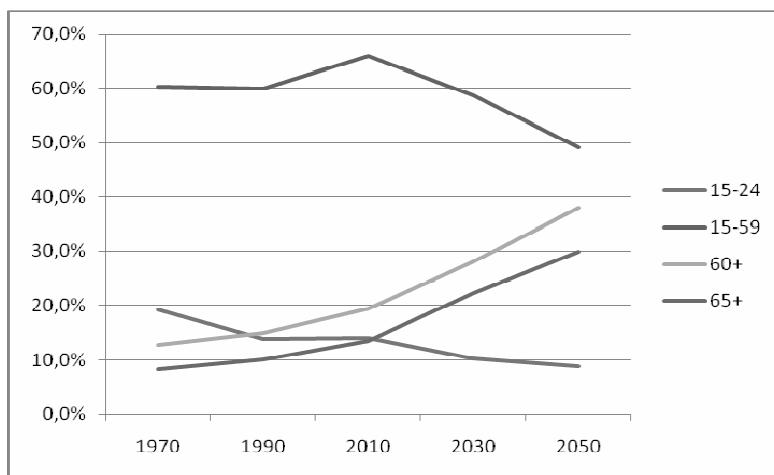
- mamy do czynienia z istotnym zróżnicowaniem starzenia się społeczeństwa na poziomie regionalnym,
- następuje silna feminizacja ludności w podeszłym wieku (liczba kobiet w przeliczeniu na 100 mężczyzn w wieku powyżej 85. roku życia) wynosiła w 2002 roku 282 osoby, w 2020 roku 289 osób, przy średnim dla Polski wskaźniku 105 osób,
- można oczekiwać wzrostu liczby osób 65+ będących w stanie niepełnosprawności [zob. Szukalski, 2008, s. 50].

**Tabela 1. Prognoza ludności Polski do 2050 roku i strukturalne cechy**

Lata	Liczba ludności (w tys. osób) LL	Liczebność populacji w wieku 15–64 (w tys. osób)	Liczebność populacji w wieku 65+ (w tys. osób)	Relacja osób 15–64/LL	Relacja osób 65+/LL	Relacja osób 65+do 15–64	Liczba ludności*	15–64*	65+*
2010	38038	27286	5138	71,7%	13,5%	18,8%	1	1	1
2015	37788	26494	5831	70,1%	15,4%	22,0%	-0,7%	-2,9%	13,5%
2020	37497	25187	6860	67,2%	18,3%	27,2%	-0,8%	-4,9%	17,6%
2025	36964	23991	7780	64,9%	21,0%	32,4%	-1,4%	-4,7%	13,4%
2030	36187	23319	8089	64,4%	22,4%	34,7%	-2,1%	-2,8%	4,0%
2035	35241	22738	8117	64,5%	23,0%	35,7%	-2,6%	-2,5%	0,3%
2040	34204	21673	8372	63,4%	24,5%	38,6%	-2,9%	-4,7%	3,1%
2045	33125	20125	8904	60,8%	26,9%	44,2%	-3,2%	-7,1%	6,4%
2050	32013	18354	9581	57,3%	29,9%	52,2%	-3,4%	-8,8%	7,6%

\* stopa zmian

Źródło: opracowanie własne na podstawie [World Population Prospects: *The 2008 Revision...*].



**Rysunek 1. Udział wybranych grup wiekowych ludności Polski w latach 1970–2050**

Źródło: jak w tabeli 1.

#### SKUTKI REGRESU DEMOGRAFICZNEGO I STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Skutki przedstawionych procesów demograficznych są wielorakie, można je rozpatrywać w perspektywie problemów społeczno-humanistycznych, w świetle nauk o zdrowiu, nauk o pracy, polityki społecznej. W polskim piśmiennictwie problemowi poświęcono wiele uwagi [Kowalewski, Szukalski, 2008; Kleer, 2008]. W opracowaniu koncentrujemy naszą uwagę na trzech płaszczyznach: a/ rynku produktów i usług; b/ finansów publicznych i systemu emerytalnego; c/ zmian na rynku pracy.

Mówiąc o **rynku produktów i usług** należy zwrócić uwagę na następujące kwestie.

Po pierwsze, starzenie się społeczeństwa oznacza generalną zmianę struktury popytu rynkowego, który dotychczas determinowany był przez młode pokolenia wchodzące w wiek aktywności zawodowej, a w przyszłości określane będą przez pokolenie starsze (65+). Determinanty popytu to z jednej strony dochody przyszłych emerytów, z drugiej zaś preferencje konsumpcyjne. Co do pierwszego czynnika, to pamiętać należy, że inne są możliwości ekonomiczne emerytów w bogatych społeczeństwach, w których finansują oni swoje potrzeby zarówno z emerytur, jak i nagromadzonych oszczędności, inne zaś w społeczeństwach biedniejszych, gdzie dezaktywizacja zawodowa i przejście na emeryturę oznacza spadek dochodów i brak oszczędności. Dziś polscy emeryci zaliczają się do grupy drugiej; pytanie, czy sytuacja w perspektywie 20–30 lat ulegnie radykalnej poprawie zbliżając ich do społeczeństw bogatych. Zmiana pre-

ferencji oznaczać będzie zmianę popytu rynkowego w jego wszystkich segmentach: od żywności poprzez wyposażenie i utrzymanie mieszkania, zagospodarowanie czasu wolnego, po usługi zdrowotne. W tym ostatnim przypadku musi wzrastać popyt na produkty i usługi związane z funkcjonowaniem człowieka w okresie „jesieni życia” związane z opieką zdrowotną nad osobami w podeszłym wieku (usługi pielęgnacyjne, opiekuńcze, paliatywne, usługi terapii zajęciowej, rehabilitacyjne), usługi bytowe (dokonywanie zakupów, porządkowanie mieszkania, załatwianie spraw w instytucjach w imieniu klienta), socjalne, bez względu na to, czy będą one świadczone przez instytucje publiczne, czy w systemie usług rynkowych. Chodzi tutaj głównie o znane w świecie, a niewystarczająco stosowane w Polsce formy prawno-organizacyjne tych usług, takie jak: dzienny szpital geriatryczny, hospitalizacja domowa, ośrodki opieki przejściowej, domy opieki, ale także o efektywność zarządzania organizacjami opieki medycznej, procedury realokacji zasobów związanych z omawianą sferą, zmiana kalkulacji procedur medycznych i zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Wydaje się, że jest tutaj miejsce na rozwój różnych form aktywności społecznej mieszczącej się w szeroko rozumianej ekonomii społecznej i innych form wspieranych przez unijne fundusze strukturalne.

Na przyszłe wydatki gospodarstw emerytów rzutować będzie także struktura ludności w wieku emerytalnym. Otóż należy zauważyć, że dziś 75% emerytów to osoby w wieku poniżej 80. roku życia, choć w badanej perspektywie udział ten zmniejszy się do 70%. Można oczekiwać, że emeryci tej grupy, w związku z wydłużaniem się życia, lepszymi warunkami życia, wyższą sprawnością fizyczną, zgłaszać będą popyt na usługi zagospodarowania czasu wolnego (rekreacja, turystyka). To muszą dostrzec specjaliści od strategii marketingowych, projektanci wzorów przemysłowych.

Dziś widać wyraźne zróżnicowanie pomiędzy gospodarstwami pracowniczymi a gospodarstwami emerytów. Najistotniejsze różnice dotyczą wydatków na zdrowie – odpowiednio 3,8% i 8,5% globalnych miesięcznych wydatków, transport – odpowiednio 10,5% i 5,5%, rekreacja i kultura 8,2% i 6%, odzież 6,4% i 3,6%, mieszkanie 17,3% i 21,7% [GUS, 2008, s. 192–193]. Odrębny problem to kwestia dostępności do usług dla osób starszych, szczególnie na wsiach i w małych miejscowościach.

Po drugie, oczekiwać należy wzrostu popytu na usługi edukacyjne, bowiem wydłużający się okres życia przyniesie także wydłużenie się aktywnego życia zawodowego (problemowi aktywności zawodowej osób starszych i wyzwaniom w tym zakresie poświęcamy kolejny fragment artykułu) oraz warunków w jakich jest on realizowany (postęp techniczny), co zmuszać będzie pracowników nawet do kilkakrotnej zmiany zawodu, podnoszenia kwalifikacji. A zatem zmiana struktury wiekowej wraz z dynamicznymi zmianami środowiska, w którym przychodzi żyć starzejącym się osobom (wszechogarniająca informatyzacja,

powstanie sieciowego społeczeństwa) wzmocni popyt na usługi edukacyjne, praktycznie we wszystkich formach organizacyjnych (uniwersytety trzeciego wieku, kursy, *e-learning*). Bardziej wykształceni emeryci pewnie chętniej wykorzystywać będą technologie ICT do realizacji zakupów przez Internet, edukację, diagnostykę medyczną.

Po trzecie, skutkiem procesów starzenia się społeczeństwa jest wymóg nowego podejścia do opieki nad osobami starszymi. Dłuższy okres życia musi być skorelowany z wyższym wskaźnikiem życia w dobrym stanie zdrowia. Do tego trzeba rozwoju usług medycznych. Dziś w Polsce wydłuża się wprowadzie wskaźnik oczekiwanej długości życia (LE – *life expectancy*), ale pogarsza się wskaźnik, który określa liczbę lat przeżytych w dobrym stanie zdrowia (HALE-*Health adjustment life expectancy*). Obecnie jest on w naszym kraju o ponad 8 lat krótszy niż wskaźnik LE. Polska z aktualną wartością HALE jest w ogonie krajów UE, czyli tu także tkwi wyzwanie dla systemu opieki medycznej. Zmiana struktury populacji, wydłużenie się okresu życia oznacza zmiany w jakości życia osób w wieku podeszłym. Tutaj powstaje pytanie, jakie obszary usług medycznych należy rozwijać, jakie formy organizacyjne zastosować, by nie tylko przedłużać życie, ale czynić je znośnym. Pilną koniecznością jest wypracowanie modelu opieki geriatrycznej, która dzięki wczesnemu wykrywaniu schorzeń, pozwoliłaby na zapobieganie hospitalizacji (obniżenie kosztów) oraz stwarzałaby instytucjonalne formy opieki nad ludźmi starymi. Znane są w świecie rozwiązania takie jak: program kompleksowej opieki dla ludzi w wieku podeszłym (PACE – *Program All-inclusive Care for Elderly*) oraz ośrodki opieki przejściowej (TCC – *Transitional Care Centres*). Szpitalnych oddziałów geriatrycznych (18 oddziałów) jest zbyt mało, co więcej niektóre przekwalifikowano na internistyczne, są rozłożone nierównomiernie, bowiem w niektórych województwa nie ma ich w ogóle. Ponadto, w Polsce funkcjonuje tylko 68 poradni geriatrycznych. Odrębną kwestią jest finansowanie procedur medycznych przez NFZ, który nie uwzględnia specyfiki prowadzenia oddziału geriatrycznego, leczenie ze względu na wielochorobowość pacjentów jest bardziej kosztowne, a finansowane jest na zasadach ogólnych. Środowisko medyczne wskazuje na liczne problemy dotyczące warunków pracy w domach pomocy społecznej i ich finansowania, takie jak problemy tzw. pielęgniarstwa zadaniowego (NFZ zrezygnowało z jego finansowania).

Co do szkolnictwa, to stoją przed nim wyzwania w zakresie dostarczenia specjalistów dla omawianych usług. W zakresie usług ściśle medycznych niezbędny jest rozwój kształcenia geriatrów (obecna niewielka liczba specjalistów, to stanowczo za mało przy czekających nas wyzwaniach – 3 geriatrów na 100 tys. ludności, w Belgii dla przykładu 30), ale także specjalistów z zakresu usług rehabilitacyjnych, opieki medycznej osób w podeszłym wieku, usług bytowych, bez względu czy będą one świadczone w systemie usług rynkowych, czy przez instytucje publicznej ochrony zdrowia. Pojawiają się nowe wyzwania edukacyj-

ne na szczeblu szkolnictwa średniego. Musimy zapomnieć o dewastacji systemu kształcenia pielęgniarek, jaki miał miejsce w Polsce w okresie 1994–2000, kiedy to nastąpił siedmiokrotny spadek absolwentów szkół pielęgniarskich i budować na nowo system kształcenia służb medycznych dla opieki nad osobami starszymi (także rehabilitantów). W Polsce wyspecjalizowanych było (stan na lipiec 2007 r.) 174 lekarzy, z czego czynnych zawodowo było 120, a tylko 70 pracowało zgodnie ze specjalizacją [Derejczyk, 2008].

Problemy związane z **finansami publicznymi** zasygnalizowane zostały wcześniej. Obawa o wydolność systemu budżetowego jest uzasadniona nie tylko wzrostem liczby osób starszych pobierających emerytury i renty, ale także rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej. Pamiętać należy także, że koszt tej opieki osób po 65. roku życia jest czterokrotnie wyższy niż osób w wieku 15–54. Gdy mowa o wydatkach związanych z opieką zdrowotną, to mamy tutaj nie tylko zmianę ilościową (wzrost liczby osób w podeszłym wieku), ale także jakościową. Chodzi tutaj o to, że dostępna wiedza pozwoli podnosić poziom opieki medycznej, ale związane jest to z koniecznością finansowania nowych, drogich metod diagnostycznych opartych o wynalazki takie jak np.: neuroimplanty (połączenie ludzkiego układu nerwowego z komputerem – dzięki temu osoby sparaliżowane mogą odzyskać częściowo sprawność), inżynieria biomedyczna stosowana w diagnostyce oraz leczeniu [zob. Binkowski, 2009; Pałko, 2009]. Czy to oznacza, iż niedoinwestowany system zdrowia ma pozbawiać chorych tej diagnostyki?

Dzisiaj globalne wydatki na służbę zdrowia stanowią 7% PKB, w USA wynoszą 16%, w krajach OECD 9%. Prawie 71% (70,8%) wydatków pochodzi ze środków publicznych. W Polsce w latach 2000–2010 realny wzrost wydatków na ochronę zdrowia *per capita* wyniósł 7%, w OECD 3,4%. Nakłady *per capita* w Polsce są 6 razy mniejsze niż w USA [OECD, 2010]. Wydaje się, że nieuniknione staje się wprowadzenie ubezpieczeniowej składki pielęgnacyjnej, o której głośno było trzy lata temu. Argumentem za jej wprowadzeniem jest finansowanie kosztów opieki, ale konieczność ta wynika także ze zmiany struktury i funkcji rodziny, wydłużenia okresu korzystania ze świadczeń [Błędowski, 2008, s. 93 i nast.]. Wprowadzono je w Niemczech, Holandii, Japonii. Tak czy owak rośnie niebezpieczeństwo większego fiskalizmu.

**Zmiany na rynku pracy.** Spadek zasobów pracy wynikający ze starzenia się społeczeństwa, a także przechodzenia na wcześniejsze emerytury oznacza konieczność redukcji jego skutków poprzez: wzrost wydajności pracy (wymaga nakładów kapitału, zmiany struktury produkcji w kierunku wyrobów i usług nasyconych technologiami), imigrację, wzrost aktywności zawodowej osób starszych.

Tutaj mamy dwa problemy. Pierwszy dotyczy zmian, które wzmacniają konieczność większej mobilności zawodowej, bowiem homogeniczny rynek masowy, który powstał po II wojnie światowej i był zdominowany przez ludzi młodych, obecnie jest determinowany przez ludzi w średnim wieku, a w przyszłości będzie określony przez rosnącą liczbę osób starszych. Zmieni to warunki

ki, środowisko pracy. Powstanie konieczność doksztalcenia, przekwalifikowania pracujących, jako następstwo labilnego środowiska pracy i zmian technologicznych. Wymusi to rozwój usług, które pozwoliłyby na zwiększenie aktywności osób w wieku emerytalnym, lecz mogących jeszcze aktywizować się zawodowo, chodzi tutaj o usługi związane z edukacją ustawiczną (szkolenia, przekwalifikowanie). Stąd najszybszy wzrost może osiągnąć segment usług edukacyjnych związanych z kształceniem dorosłych, już mających dobre wykształcenie.

Problem drugi dotyczy zwiększenia aktywności zawodowej osób starszych. Obecna sytuacja w zakresie aktywności osób powyżej 55.–64. roku życia stawia nas w ogonie krajów UE i OECD: tylko 34,5% osób jest aktywnych zawodowo, podczas gdy w krajach OECD 57,5%, w Szwajcarii 70,3%, Szwecji 74,%, Norwegii 69,5% [OECD, 2010a, s. 275–276]. Słaba aktywność osób starszych jest skutkiem niskiego wieku emerytalnego i dezaktywizacji osób starszych jako instrumentu redukcji bezrobocia. Polityka taka oznacza tworzenie warunków zmniejszania bezrobocia, przyspieszenia restrukturyzacji firm na koszt społeczeństwa. Bez polityki wcześniejszych emerytur bezrobocie byłoby 1,5 raza większe. Z drugiej strony osoby na wcześniejszych emeryturach pracują w szarej strefie. Ostatnie wykonane przez GUS szacunki dotyczą 2004 roku i wynika z nich, że 33% spośród 1,3 mln osób to osoby powyżej 45. roku życia, z czego około 330 tys. to emeryci i renciści [Kabaj, 2008, s. 122].

W tej sytuacji bezwzględną koniecznością staje się działanie w kierunku m.in.:

- rozwijania realnego i skutecznego programu zachęt dla zatrudniania osób starszych 55+,
- rozwijania elastycznych form zatrudnienia osób starszych przez umożliwienie pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy, pracy na czas określony,
- wzrostu mobilności zawodowej osób tej grupy wiekowej, tak by zmniejszać liczbę osób, które mogą być uznane za wykluczone „cyfrowo”.
- uelastycznienie przepisów dotyczących zatrudnienia osób starszych,

Barierami wzrostu aktywności zawodowej osób w starszych grupach wieku produkcyjnego oraz emerytów jest według I. Kotowskiej [2008, s. 23] poziom kapitału ludzkiego, stan zdrowia, zobowiązania opiekuńcze (wnuki, a także osoby jeszcze starsze (rodzice)).

## PODSUMOWANIE

Podsumowując, redukcja zagrożeń wynikających z czynników demograficznych wymaga takich działań, jak:

- zahamowanie spadku wskaźnika przyrostu naturalnego i zwiększenie obecnego (1,23) współczynnika dzietności, to niestety polityka, która może przynieść pozytywne skutki w dłuższej perspektywie, choć można mieć wątpliwości, czy ra-



- dykalnie zwiększy się ten współczynnik, tak by zahamować spadek populacji, także w związku ze zmianą modelu rodziny, wzrostem liczby „singli”,
- porzucenie polityki wcześniejszych emerytur jako instrumentu walki z bezrobociem,
  - wydłużenie w rozsądnej perspektywie wieku emerytalnego, prawne wydłużenie życia zawodowego, bowiem wraz z reformą systemu emerytalnego pozwoliłoby to na akumulację większej liczby uprawnień emerytalnych i poprawiłoby relację poziomu emerytur w stosunku do płac w przyszłości,
  - reforma finansów publicznych, szczególnie systemu ubezpieczeń społecznych (problem KRUS), ten postulat powtarzany jest jak mantra od wielu lat, ale ciągle brak determinacji rządzących, by to zrobić, dominacja bieżących korzyści politycznych nie pozwala na odważne decyzje w tej sprawie,
  - rozwój różnych form „oszczędzania na starość”, także pobudzenie świadomości zatrudnionych o konieczności indywidualnego zabezpieczenia wieku emerytalnego,
  - podwyższenie stopy zatrudnienia pracowników w starszym wieku, czego skutkiem powinna być większa stopa wzrostu gospodarczego i poprawa poziomu życia w przyszłości, także poprzez stwarzanie warunków dla upowszechnienia atypowych form zatrudnienia, w tym wspieranie i rozwój przedsiębiorczości.

Należy pamiętać także o szeregu problemów nieporuszanych w tym artykule, a związanych z omawianym zagadnieniem, jak choćby: przygotowanie środowiska mieszkaniowego do potrzeb osób starszych, problemy architektoniczne stąd wynikające, rozwój edukacji w formie uniwersytetów trzeciego wieku, problem robotyzacji w służbie osób starszych itp.

## LITERATURA

- Binkowski, M., 2009, *Rola techniki w medycynie czyli rozwój inżynierii biomedycznej*, „Przyszłość, Świat – Europa – Polska” nr 2 (20) 2009.
- Błędowski P., 2008, *Ubezpieczenie społeczne i pielęgnacyjne wobec procesu starzenia się społeczeństwa* [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, PAN, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008, t. 16, nr 3 [dostęp 5 października 2009].
- GUS, 2008, *Mały rocznik statystyczny Polski*.
- GUS, 2009, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, <http://www.stat.gov.pl>
- GUS, 2010, *Aktywność ekonomiczna ludności Polski I kwartał 2010*, Warszawa.
- Kabaj M., 2008, *Aktywność zawodowa i zatrudnienie ludzi starszych* [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, PAN, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa.

- Kleer J. (red), 2008, *Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa PAN*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa.
- Kotowska I.E. 2008, *Zmiany aktywności zawodowej a proces starzenia się ludności* [w:] J.T. Kowalewski, P. Szukalski, 2008, *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź.
- Kowalewski J.T., Szukalski P., 2008, *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź.
- OECD, 2010, Health Data 2010 – June.
- OECD, 2010a, *OECD, Employment Outlook 2010, Moving Beyond the Jobs Crisis*, <http://www.oecd.org>.
- Pałko T., 2009, *Technika a postęp w medycynie*, „Przyszłość, Świat – Europa – Polska” nr 2 (20) 2009.
- Szukalski P., 2008, *Polscy seniorzy w przyszłości* [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, PAN, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa.
- World Population Prospects: *The 2008 Revision and World Urbanization Prospects* <http://esa.un.org/unpp> Friday, August 24.
- ZUS, 2010, *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2009 r.* Warszawa [www.zus.pl/default.asp?p=5&id=5](http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=5) (7.08.2010).

### *Streszczenie*

W artykule podjęto kwestię wpływu regresu demograficznego w Polsce na zmianę struktury sektora usług. Zasygnalizowano konsekwencje ekonomiczne tego procesu, głównie skutki dla struktury polskiej gospodarki, finansów publicznych.

## **The Perspectives of Services Development in Poland in the Presence of Demographic Regress and Ageing Society**

### *Summary*

The article describes the influence of demographic regress in Poland on aspects such as: economic consequences of this process, changes in structure of services sector, main results for the structure of Polish economy, public finance.