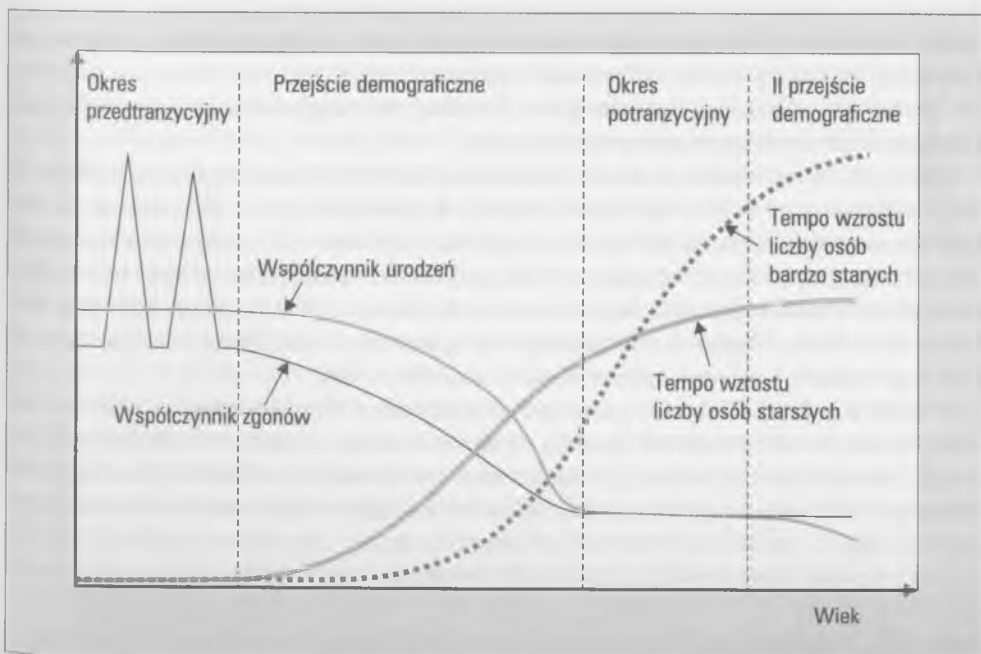


1.3. Proces starzenia się ludności — przyczyny, etapy, konsekwencje

Piotr Szukalski

Przyczyny. Proces postępującego starzenia się ludności, czyli wzrost odsetka osób powyżej 60 (europejska granica wiekowa) lub 65 roku życia (propozycje ONZ akceptowane w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii) jest nieuniknioną konsekwencją przemian dwóch składowych ruchu naturalnego — rozrodności i umieralności. W ciągu ostatnich 250 lat wszystkie społeczeństwa Europy (i prawie wszystkie społeczeństwa świata) przeżyły zmianę systemu reprodukcji (odtwarzania się) ludności: od reprodukcji rozrzutnej z wysokim natężeniem urodzeń i zgonów, do reprodukcji oszczędnej z niską rodnością i umieralnością. Powyższe przemiany w syntetyczny sposób ujęto w koncepcji przejścia demograficznego i towarzyszących temu przejściu dwóch innych, długookresowych zmianach: w przejściu epidemiologicznym i przejściu zdrowotnym.

Teoria **przejścia demograficznego** opisuje proces przemian reprodukcji ludności (ryc. 1.3.1). W okresie przedtranzycyjnym (niekiedy zamiast pojęcia „przejście” używa się ter-



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 1.3.1. Starzenie się ludności a przejście demograficzne

minu „tranzycja”) życie ludzkie było narażone na stałe, wysokie ryzyko zgonu, które w okresach klęsk żywiołowych (susze, powódzie, nieurodzaje), epidemii i wojen dodatkowo wzrastało. W rezultacie noworodek miał wtedy przed sobą około 25–30 lat życia, głównie w wyniku wysokiej umieralności w pierwszych latach życia (ok. 1/4 noworodków umierało w 1 roku, a ok. 1/2 nie dożywała wieku 20 lat). Aby w takich warunkach zapewniona była równowaga ekologiczna (tj. pełne wykorzystanie zasobów dostępnych danej populacji) i jednocześnie zastępowalność pokoleń, kobieta musiała wydać na świat średnio 6–8 dzieci. W efekcie udział w populacji osób w podeszłym wieku pozostawał na niskim poziomie (ok. 4–6% osób w wieku 60 lat i starszych).

W drugiej połowie XVIII wieku miał miejsce postęp w zakresie „twardych” (obiektywnych) oraz „miękkich” (mentalnych) determinant stanu zdrowia i umieralności ludzi. Opanowanie nowych technik pozyskiwania żywności, rozwój technologiczny w sferze ochrony zdrowia, powolne rozprzestrzenianie się racjonalistycznego (szukającego logicznych, pozbawionych wpływu czynnika ponadnaturalnego determinant stanu zdrowia) i demokratycznego (uznającego, że zdrowie i długie życie jest dobrem niezbędnym dla każdego, nie tylko dla warstw wyższych) spojrzenia na świat doprowadziły do powolnego obniżania się wskaźników umieralności. Rodność pozostała bez zmian, lecz łącznym efektem był najpierw spadek (rezultat relatywnie szybkiego zmniejszenia się prawdopodobieństwa zgonu w pierwszych latach życia), a następnie wzrost odsetka osób w podeszłym wieku (efekt obniżania się wskaźników umieralności u osób w średnim i starszym wieku).

Kolejny etap przejścia demograficznego wiąże się z szybkim obniżaniem się rodności przy jednoczesnej powolnej redukcji współczynników zgonów, zwłaszcza wśród ludzi w wieku średnim i starszym. Działa tu mechanizm dążenia do równowagi ekologicznej (ludność — dostępne zasoby) ograniczający tempo wzrostu liczby ludności. Niezależnie od typu motywacji do limitowania liczby potomstwa, konsekwencją takiego zachowania było zwiększenie się liczby osób w starszym wieku (ryc. 1.3.1).

Równoległe z tranzycją demograficzną (i w ścisłym z nią powiązaniu) zachodzą dwa inne przejścia: **epidemiologiczne i zdrowotne**.

Pierwsze z nich można skrótowo przedstawić jako: 1) zmianę podstawowych przyczyn zgonów — od dominacji chorób zakaźnych i pasożytniczych do przewagi chorób degeneratywnych (związanych z procesem kumulacji losowych uszkodzeń występujących w organizmie) i cywilizacyjnych (związanych ze stylem życia, nadużywaniem „antystresorów”, zanieczyszczeniem środowiska); 2) zmianę rozkładu zgonów według wieku — od dominacji zgonów występujących w pierwszych miesiącach i latach życia do przewagi zgonów występujących w 7., 8., 9. dekadzie życia.

Z kolei przejście zdrowotne może być utożsamione z demokratyzacją i upublicznieniem medycyny (odejściem od uznania, że zdrowie zależy jedynie od osobistej woli jednostki i jej zasobności), zmianą jej celu (od ingerowania w przypadkach ciężkich chorób do przeciwdziałania ich występowaniu), skuteczności (np. dzięki rozwojowi technologii, farmakologii) i modelu (od modelu socjomedycznego — uznającego jedność umysłu i ciała — przez biomedyczny — skoncentrowany na terapii ciała, bez uwzględniania kontekstu choroby — z powrotem do socjomedycznego). Konsekwencją dwóch wspomnianych przejść jest wydłużanie się trwania ludzkiego życia, a jednocześnie poprawa stanu zdrowia ludności i odraczanie momentu pojawiania się chorób **chronicznych**.

Tabela 1.3.1. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej (%) w populacji ustabilizowanej o różnych kombinacjach płodności i umieralności

Współczynnik reprodukcji brutto	Trwanie życia noworodka (w latach)					
	30	40	50	60	70	80
2,0	5,8	5,9	5,9	5,9	6,1	7,5
1,0	14,5	14,9	15,5	15,7	16,5	20,2
0,8	17,8	18,9	19,7	20,1	21,2	25,9

Źródło: Uhlenberg 1992; 452.

Po zakończeniu przejścia demograficznego w ostatnich dekadach nastąpił niespodziewany etap rozwoju demograficznego, nazywany czasami „drugim przejściem”. Najważniejszym jego przejawem, z punktu widzenia naszych zainteresowań, jest utrzymywanie się w długim okresie natężenia urodzeń na poziomie niegwarantującym prostej zastępowalności pokoleń, czyli nadwyżka liczby zgonów nad liczbą urodzeń. W konsekwencji wzrasta znaczenie licznych pokoleń urodzonych kilka dekad temu.

Związek pomiędzy poziomem dzietności, natężeniem umieralności a stopniem zaawansowania procesu starzenia się ludności przedstawiono w tabeli 1.3.1. Dzietność jest opisana przez współczynnik reprodukcji brutto — liczbę dziewczynek, jaką przeciętnie kobieta wydaje w trakcie swojego całego życia rozrodczego (w warunkach dążenia do niezmięnionej liczby ludności przy niskim poziomie umieralności wystarcza, gdy matka wydaje jedną zastępującą ją córkę; im umieralność jest wyższa, tym potrzeba średnio większej liczby córek). Umieralność jest scharakteryzowana przez przeciętną długość życia noworodka, czyli syntetyczny miernik, określający średnią liczbę lat, jaką przy danej częstości występowania zgonów może przeżyć noworodek, niezależnie od swojej płci.

Powyższa tabela wskazuje na dwa podstawowe źródła starzenia się ludności: tak zwane starzenie się od dołu piramidy wieku ludności¹ i starzenie się od góry tejże piramidy. W pierwszym przypadku proces starzenia się ludności jest konsekwencją szybkiego spadku liczby urodzeń i tym samym relatywnego wzrostu znaczenia ludności w starszym wieku. W przypadku drugim źródłem starzenia się populacji są przemiany umieralności — wzrost liczby bezwzględnej osób w podeszłym i bardzo podeszłym wieku związany ze zwiększeniem prawdopodobieństwa przeżycia wcześniejszych etapów życia. Dotychczas ważniejszą przyczyną procesu starzenia się ludności było ograniczanie dzietności, choć wiele wskazuje na to, że w przyszłości wraz z dalszą, szybką redukcją umieralności (głównie wśród osób starszych) będzie wzrastać znaczenie starzenia się populacji „od góry piramidy wieku”. Potwierdzeniem tego jest porównanie wpływu wyodrębnionych zmian współczynnika reprodukcji brutto i dalszego trwania życia na liczbę seniorów w społeczeństwie na podstawie danych zawartych w powyższej tabeli. Przy porównywalnej relatywnej zmia-

¹ Piramida wieku ludności to graficzna prezentacja struktury wieku ludności. Na osi pionowej umieszczona jest informacja o wieku, natomiast na dwóch osiach poziomych — lewej dla mężczyzn i prawej dla kobiet — poziome „belki” wskazują na liczbę ludności danej płci w danym wieku. Informacja o liczbie może być podana w wielkościach bezwzględnych (liczba osób) bądź w wielkościach względnych (procent ludności).

nie poziomu dzietności (2,0 do 0,8) i umieralności (30 lat do 80 lat) znacznie większy jest wpływ zmiany płodności na poziom zaawansowania procesu starzenia się ludności.

Niższy poziom umieralności odnotowywany w populacji kobiet jest przyczyną tego, że zbiorowość kobiet we współczesnych społeczeństwach charakteryzuje się wyższym stopniem zaawansowania procesu starzenia się ludności niż populacja mężczyzn (np. w Polsce w 2003 roku udział osób w wieku 60 lat i więcej wynosił wśród kobiet 19,9%, natomiast wśród mężczyzn 13,9%).

Etapy. W ramach długookresowego procesu zmiany struktury wieku ludności jako rezultatu przejścia demograficznego można wyodrębnić kilka logicznych etapów. Pierwszy z nich charakteryzuje się odmłodzeniem struktury wieku ludności. Dopiero kolejne sekwencje tego procesu związane są ze starzeniem się ludności — początkowo powolny, później szybki wzrost odsetka seniorów jako konsekwencja starzenia się „od dołu piramidy wieku”, natomiast na późniejszym etapie, pod koniec przejścia demograficznego szybki wzrost odsetka wynikający ze starzenia się „od góry”. Wraz z pojawieniem się redukcji umieralności wśród starszych grup wiekowych rozpoczyna się niezwykle ważny etap — tak zwane podwójne starzenie się ludności — wzrost w ramach populacji seniorów udziału „starych starych”, a następnie „najstarszych starych”² (ryc. 1.3.1). W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób najstarszych, z najbardziej dynamiczną zmianą liczby stulatków³ (niektórzy mówią o „eksplozji stulatków”).

Na przebieg procesu starzenia się ludności czasami wpływają zdarzenia nadzwyczajne. W polskich warunkach takim zdarzeniem była II wojna światowa — przyspieszony wzrost odsetka osób w podeszłym wieku w najbliższych dekadach będzie uwarunkowany osiągnięciem wieku 60 lat przez duże liczebnie generacje urodzone w okresie powojennej kompensacji urodzeń (tj. w latach 1946–1960).

Konsekwencje. Przedstawiając konsekwencje procesu starzenia się ludności, warto podkreślić ich wieloaspektowy charakter: w sferze ekonomii, opieki zdrowotnej, relacji międzypokoleniowych w społeczeństwie i w rodzinie. Według najnowszej prognozy demograficznej Głównego Urzędu Statystycznego (2003 r.) opracowanej na lata 2003–2030 liczba ludności Polski ma się zmniejszyć z 38,3 mln w 2000 roku do 35,7 mln w 2030 roku (tj. o 6,7% stanu początkowego). Jednocześnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym (zob. niżej) wzrośnie o 3,9 mln, czyli o 69,6%.

1. Z punktu widzenia **ekonomii** podstawowe znaczenie ma zwiększające się obciążenie ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku poprodukcyjnym. W tym wypadku bardziej właściwe byłoby zapewne posługiwanie się miarą określającą stosunek pracujących do pobierających świadczenia emerytalne i rentowe, niemniej jednak tradycyjnie używany jest współczynnik obciążenia ekonomicznego określający stosunek ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety \geq 60 lat, mężczyźni \geq 65 lat) do ludności w wieku produkcyjnym (kobiety 18–59 lat, mężczyźni — 18–64 lat). Stosunek ten ma się zwiększyć w Polsce pomiędzy 2002 a 2030 rokiem z 24 osób

² W amerykańskiej literaturze gerontologicznej popularny jest podział zbiorowości seniorów na trzy grupy: „młodych starych” (osoby w wieku 65–74 lat), „starych starych” (75–84 lata) i „najstarszych starych” (85 lat i więcej).

³ Przykładowo według najnowszej prognozy GUS dla Polski liczba osób w wieku 65–74 lat ma wzrosnąć w latach 2002–2030 o 36%, 75–84 lat o 90%, natomiast 85 lat i więcej o 136%. Jednocześnie liczba stulatków będzie wyższa o 538%.

w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym na 43. Oznacza to, iż chcąc utrzymać wysokość świadczeń emerytalno-rentowych i poziom opieki zdrowotnej seniorów, należy oczekiwać zwiększonych obciążeń fiskalnych nakładanych na wynagrodzenia i na wydatki ponoszone głównie przez osoby aktywne zawodowo.

Proces starzenia się ludności stawia nowe zadania przed systemem **opieki zdrowotnej**. Osoby starsze częściej są pacjentami otwartych i zamkniętych placówek ochrony zdrowia (np. częstość hospitalizacji w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego była w 1999 roku blisko 12-krotnie wyższa wśród osób w wieku 65 lat i starszych niż wśród osób w wieku 35–44 lat). W wypadku realizacji wspomnianej prognozy demograficznej mimo spadku liczby mieszkańców Polski liczba niepełnosprawnych (przy założeniu braku zmian częstości niepełnosprawności w poszczególnych grupach wiekowych) wzrośnie aż o 32,7%. Z kolei szacunki dotyczące finansowych potrzeb systemu opieki zdrowotnej mówią o konieczności realnego wzrostu wydatków w najbliższym dwudziestoleciu o 13% tylko w celu utrzymania świadczeń medycznych na stałym, obecnym poziomie. Z uwagi na starzenie się ludności wzrośnie przede wszystkim zapotrzebowanie na procedury geriatryczne, związane ze specyficznymi potrzebami najstarszych pacjentów. Poza czynnikiem demograficznym zapotrzebowanie na opiekę medyczną nad seniorami będzie wynikiem przemian mentalnych — coraz częstszego odchodzenia od postrzegania starości jako okresu nieuniknionej niepełnosprawności i chorób przewlekłych na rzecz percepcji tego okresu życia jako wolnego od obu rodzajów przypadłości.

Konsekwencją starzenia się ludności jest również **zmiana relacji międzypokoleniowych**, zarówno w społeczeństwie, jak i w rodzinie. W ramach społeczeństwa pojawia się z jednej strony „nowa waloryzacja” seniorów (dowartościowywanie tej grupy ludności jako wyborców czy zasobnych konsumentów) oraz zachęcanie do wzrostu „społecznej produktywności” tej grupy wiekowej (udział w życiu politycznym, kulturalnym, wolontariacie, przedłużanie okresu aktywności zawodowej). Z drugiej strony mamy do czynienia z rozprzestrzenianiem się ideologii ageizmu (dyskryminacji ze względu na wiek) opierającej się na wspomnianym wzroście obciążeń podatkowych jako konsekwencji zwiększenia się liczby osób starszych, na kulcie młodości i niedostosowaniu wielu seniorów do szybkiego tempa zmian technologicznych, jakim podlega współczesne społeczeństwo, oraz postrzeganiu pracujących ludzi starych jako „zabierających” stanowiska pracy bezrobotnej młodzieży.

Pozycja seniorów zmienia się również **w rodzinie** — z jednej strony wzrasta znaczenie międzypokoleniowej więzi emocjonalnej i prywatnych transferów intergeneracyjnych (dary rzeczowe i finansowe, użyczenie mieszkania, wzajemna opieka, świadczenie różnorodnych usług). Z drugiej strony zasada „intymności na dystans” (tj. oddzielnego zamieszkiwania dorosłych przedstawicieli różnych pokoleń) zmniejsza współzależność.

W przyszłości coraz większe znaczenie dla relacji w rodzinie i poza nią będą mieć obserwowane obecnie tendencje w zakresie formowania związków (upowszechnianie się życia w samotności), bezdzietności i małdzietności, rozwodów. W ich konsekwencji zmienia się demograficzny wymiar rodziny, a w rezultacie zmniejsza się prawdopodobieństwo posiadania opiekuna rodzinnego i zwiększa obciążenie takich opiekunów. Zmiany takie spowodują konieczność dalszego przeformułowania polityki gospodarczej i społecznej (w tym również systemu ochrony zdrowia i usług opiekuńczych).

● **Piśmiennictwo uzupełniające**

1. Okólski M. (red.). Teoria przejścia demograficznego. PWE, Warszawa 1990.
2. Rosset E. Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne. PTG, Warszawa 1959.
3. Seniorzy w polskim społeczeństwie. GUS, Warszawa 1999.
4. Uhlenberg P. Population aging and social policy. *Ann. Rev. Soc.* 1992; 18: 449–476.
5. Wierchośławski S. Demograficzne aspekty procesu starzenia się ludności Polski. *Ruch Ekonomiczny, Prawniczy i Socjologiczny* 1999; 1: 19–56.
6. Wojtyniak B., Goryński P. (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. PZH, Warszawa 2003.