

PROJEKCJA LICZBY NIEPEŁNOSPRAWNYCH SENIORÓW DO ROKU 2030

1. Wprowadzenie

W perspektywie najbliższych trzech dekad spodziewany jest szybki wzrost liczby i odsetka osób starych w Polsce. W znacznej mierze za taki stan rzeczy odpowiedzialny jest czynnik kohortowy – dochodzenie do wieku 60, czy 65 lat, zależnie od przyjętej granicy starości, generacji powojennego wyżu demograficznego (tj. urodzonych w latach 1947–1960). Proces starzenia pociąga za sobą wiele konsekwencji ekonomicznych i społecznych. Choć z punktu widzenia długookresowego te drugie mają zapewne większe znaczenie, uwaga osób analizujących skutki wspomnianego procesu z różnych względów skupia się głównie na konsekwencjach gospodarczych. Związane są one z zabezpieczeniem społecznym, a zatem zapewnieniem nieaktywnym już zawodowo seniorom odpowiednich środków do życia i sfinansowaniem niezbędnych dla nich usług społecznych. Wśród tych ostatnich szczególnie znaczenie przypisywane jest usługom medycznym i opiekuńczym, zapotrzebowanie na które silnie skorelowane jest z liczbą osób starych, a zwłaszcza bardzo starych. Czynnikiem, który obok liczby i struktury ludności według wieku wpływa na potrzeby medyczne i opiekuńcze jest stan zdrowia ludności w poszczególnych grupach wieku. Jednym ze wskaźników odzwierciedlających pośrednio stan zdrowia ludności jest rozpowszechnienie niepełnosprawności¹.

Celem niniejszego opracowania jest oszacowanie liczby niepełnosprawnych seniorów na bazie opracowanej w roku 2003 przez Główny Urząd Statystyczny prognozy demograficznej na lata 2003–2030 [GUS, 2003] oraz sprawdzenie, jaka ewolucja stanu zdrowia ludności naszego kraju niezbędna byłaby w przyszłości, aby zrównoważyć wpływ procesu starzenia się ludności na rozrost populacji osób niepełnosprawnych.

¹ Uznaję ów miernik za opisujący stan zdrowia pośrednio, gdyż w latach dziewięćdziesiątych sytuacja na rynku pracy zachęciła wiele osób do poszukiwania stabilnego i bezpiecznego źródła dochodów z systemu rentowego. W rezultacie część osób uznanych za niepełnosprawne – a które z różnych względów na każdym kroku (w tym i w trakcie NSP'2002) podkreślają swą niepełnosprawność, chcąc dokonać legitymizacji uzyskiwanego świadczenia – to jednostki, których problemy zdrowotne są wyolbrzymione, o ile nie stworzone na potrzeby komisji orzekających. Zapewne o liczbie takich osób w pewien sposób świadczy fakt, iż 1,625 mln badanych określiło się jako niepełnosprawni jedynie prawnie (tj. jako osoby nie odczuwające poważnych ograniczeń w samodzielnym funkcjonowaniu).

2. Niepełnosprawność seniorów w Polsce

NSP 2002 wykazał, że w Polsce mamy obecnie 5,457 mln osób niepełnosprawnych, co oznacza przyrost od poprzedniego spisu z roku 1988 o 1,722 mln, tj. o 46,1%. Częściowo tak dynamiczny wzrost wyjaśnić można zmianą struktury ludności według wieku, tym niemniej w większości uzasadnienia takiej zmiany doszukiwać należy się we wzroście częstości występowania niepełnosprawności odnotowanych we wszystkich grupach wieku [GUS, 2003a].

Znaczną część wszystkich niepełnosprawnych stanowią seniorzy. Według NSP 2002 osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej było 2,615 mln, w wieku 65 lat i więcej 2,05 mln, zaś w wieku 80 lat i więcej 419 tys. Oznacza to, iż jednostki wchodzące w skład powyższych trzech populacji skupiały odpowiednio 47,9%, 37,5% i 7,6% wszystkich osób deklarujących niepełnosprawność, choć jednocześnie osoby w wyszczególnionych grupach wieku stanowiły jedynie odpowiednio 16,9%, 12,7% i 2,2% ludności ogółem. Tak silna nadreprezentacja seniorów wśród osób niepełnosprawnych związana jest z silną korelacją pomiędzy wiekiem a odsetkiem osób deklarujących poważne i stałe problemy funkcjonowania (tab. 1), wskazując na racjonalne przesłanki leżące u podstaw upatrywania w ostatnich fazach życia okresu wzrastającej niepełnosprawności i niesamodzielności [Szukalski, 2004].

Tab. 1 Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku (w przeliczeniu na tysiąc osób w danym wieku)

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
0–14	27	30	23
15–19	31	35	27
20–29	33	38	27
30–39	50	57	43
40–44	98	107	89
45–49	158	166	151
50–54	254	258	250
55–59	326	363	292
60–64	353	408	308
65–69	358	368	351
70–74	414	414	415
75–79	461	458	463
80+	488	472	495

Źródło: [GUS, 2003a]

Choć tempo wzrostu udziału osób niepełnosprawnych największe jest w piątej dekadzie życia, począwszy od 50. roku życia przynajmniej co czwarta osoba deklaruje, iż jest niepełnosprawna. Pamiętać jednakże należy, iż właśnie w wieku 50–59 lat najwyższy jest odsetek osób niepełnosprawnych tylko prawnie (a zatem

w jakimś stopniu bądź nie odczuwających ograniczeń zdrowotnych, bądź takich, które „załatwiły” sobie świadczenie). Po wyłączeniu z populacji niepełnosprawnych osób tylko prawnie, okazuje się, iż dwudziestopięcioprocentowy próg przekroczony jest dopiero po 65. roku życia.

Ponieważ zamieszczone w niniejszym tomie opracowania B. Skrętowicz, R. Gorczyca i M. Zralek zawierają bardziej szczegółowy opis zbiorowości niepełnosprawnych seniorów w Polsce, przejdźmy do *meritum* opracowania.

3. Niepełnosprawni seniorzy w przyszłości

Chcąc dokonać projekcji liczby osób niepełnosprawnych zastosować można różne metody. Wszystkie bazować będą na określeniu z jednej strony liczby osób według płci i wieku w przyszłości, z drugiej zaś na oszacowaniu stopnia rozpowszechnienia niepełnosprawności w wyodrębnionych ze względu na wiek, płeć i inne ważne charakterystyki podzbiorowościach. Owo oszacowanie polegać może na: 1) przyjęciu dla określonych momentów pewnych wzorcowych wskaźników natężenia, 2) założeniu występowania w przyszłości stałego trendu, jeśli idzie o zmianę obecnych wskaźników występowania niepełnosprawności. W tym drugim przypadku poczynić można założenie bądź o stałym dla pewnych okresów tempie zmian w ujęciu bezwzględnym, względnym, bądź o stałej zmianie tzw. profilu demograficznego niepełnosprawności (tj. założenie mówiące, iż stan zdrowia osoby x -letniej poprawia się w taki sposób, iż po roku odpowiada stanowi zdrowia nie osoby w wieku $x + 1$, lecz $x + k$, gdzie $0 < k < 1$)². W niniejszym opracowaniu przyjąłem założenie o stałym tempie zmian. Wychodząc zatem od poziomu niepełnosprawności odnotowanego w roku 2002 wśród Polaków według wieku i płci, zakładałem, że w okresie pomiędzy rokiem 2002 a interesującym mnie rokiem mieć będę do czynienia corocznie ze stałym w ujęciu względnym ograniczaniem częstości występowania niepełnosprawności w poszczególnych subpopulacjach wyodrębnionych ze względu na płeć i wiek. Przyjąłem przy tym kilka wariantów. Pierwszy z nich bazuje na założeniu o braku zmian, trzy kolejne zakładają obniżanie się odsetka osób niepełnosprawnych w poszczególnych subpopulacjach odpowiednio o 0,5%, 1% i 2% w skali rocznej. Różnice pomiędzy wariantem „zerowym” (tj. bez zmian) a pozostałymi narastają wraz z czasem (tab. 2).

W przypadku wariantu mówiącego o dwuprocentowym spadku pod koniec rozpatrywanego okresu częstość występowania niepełnosprawności jest o 43% niższa w każdej grupie wieku niż w wariantcie „zerowym”. Przy wariantcie jednoprocenowego spadku blisko powyższa różnica wynosi prawie 25%, zaś w ostatnim przypadku (spadek corocznie o 0,5%) już jedynie 13%. Tak duże różnice w założeniach prowadzą co oczywista do dużych różnic, jeśli idzie o liczbę osób niepełnosprawnych. Do owej liczby dochodzi się wymnażając oszacowane dla każdej subpopulacji wskaźniki mówiące o częstości występowania niepełnosprawności przez liczbę osób w danym wieku danej płci. Te ostatnie wielkości pochodzą z opracowanej

² Taką metodę zastosowano np. w opracowaniu [Lutz, Scherbov, 2003].

w 2003 r. prognozy ludności Polski [GUS, 2003]. Sumując następnie liczby osób niepełnosprawnych wchodzących w skład każdej z podzbiorowości uzyskujemy liczbę niepełnosprawnych ogółem.

Tab. 2 Indeksy spadku częstości występowania niepełnosprawności (rok 2002 = 1,00) dla poszczególnych wariantów projekcji

Wariant	2005	2010	2015	2020	2025	2030
-2%	0,941192	0,850763	0,769022	0,695135	0,628347	0,567976
-1%	0,970299	0,922745	0,877521	0,834514	0,793614	0,754719
-0,5%	0,985075	0,960693	0,936915	0,913725	0,891109	0,869053

Źródło: obliczenia własne

Wyniki odpowiednich obliczeń dla powyżej omówionych wariantów projekcji liczby osób niepełnosprawnych przedstawione są w tab. 3. Zawiera ona informację o spodziewanej liczbie osób niepełnosprawnych ogółem oraz o liczbie niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej, 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej.

Jak pamiętamy, punktem wyjścia naszych szacunków był rok 2002, kiedy odnotowano 5,457 mln niepełnosprawnych, z czego 2,615 było w wieku 60 lat i więcej, 2,05 mln w wieku 65 lat i więcej, zaś 419 tys. w wieku 80 lat i więcej. Zgodnie z wariantem podstawowym, zakładającym utrzymywanie się poziomu niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku liczba niepełnosprawnych w roku 2030 osiągnęłaby 7,243 mln, a zatem odnotowano by wzrost o 32,7%. Cały odnotowany wzrost spowodowany byłby czynnikiem demograficznym – napędzany procesem starzenia się ludności i osłabiany zmniejszaniem się liczby ludności, zarówno ogółem, jak i w młodszych grupach wieku. Wzrost ów zresztą – przybierający na sile po roku 2010 – odzwierciedla doskonale tempo zwiększania się populacji ludzi starszych w przyszłości w naszym kraju. W warunkach zmniejszania się liczby ludności naszego kraju oraz gwałtownego zmniejszania liczby dzieci, młodzieży i osób w mobilnym wieku produkcyjnym wzrost ów wynikałby tylko z szybkiego zwiększania się liczby niepełnosprawnych seniorów, która wzrastałaby w trzech wymienionych subpopulacjach odpowiednio o 68,3%, 78% i 138,9%. Zatem im starsza grupa wieku, tym szybszy rozrost populacji niepełnosprawnych, odzwierciedlający szybszy wzrost danej grupy wieku ogółem.

W przypadku każdego z pozostałych wariantów – zgodnie z założeniem o spadku występowania niepełnosprawności – liczba interesujących nas osób jest mniejsza niż w wariancie „zerowym”. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż już założenie o stałym jednoprocentowym spadku częstości występowania niepełnosprawności, prowadzące do zmniejszenia się tej częstości w roku 2030 o 24,6% w porównaniu do roku 2002, prowadzi do zrekomensowania czynnika demograficznego. Tym niemniej nawet w tym wariancie wystąpi znaczące „przetarasowanie” – a mianowicie wzrost odsetka niepełnosprawnych seniorów wśród wszystkich osób niepełnosprawnych. W przypadku spadku dwuprocentowego ogólna liczba niepełnosprawnych w roku 2030 jest znacząco mniejsza niż w roku 2002 (o 24,7%, przy założeniu, iż częstość występowania niepełnosprawności w poszczególnych subpopulacjach będzie na

koniec niższa aż o 43,3%). Ale nawet w tym przypadku liczba niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej oraz 65 lat i więcej w zasadzie nie zmienia się, zaś osób mających przynajmniej lat 80 wzrasta o prawie 20%. Ostatni z wariantów prowadzi do wielkości pośrednich pomiędzy wariantem „zerowym” a tym rekompensującym wpływ czynnika demograficznego.

Tab. 3 Liczba niepełnosprawnych według poszczególnych wariantów (w tys.)

Rok	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Wariant „zerowy”						
ogółem	5680	6055	6344	6607	6919	7243
60+	2666	3041	3495	3923	4193	4403
65+	2141	2210	2525	2963	3401	3649
80+	502	634	717	755	749	1001
Wariant –2%						
ogółem	5346	5151	4878	4593	4348	4114
60+	2509	2587	2687	2727	2634	2501
65+	2015	1880	1942	2060	2137	2073
80+	473	539	552	525	470	569
Wariant –1%						
ogółem	5512	5587	5567	5514	5491	5466
60+	2587	2806	3067	3274	3327	3323
65+	2078	2040	2216	2473	2699	2754
80+	487	585	630	630	594	756
Wariant –0,5%						
ogółem	5596	5817	5944	6037	6166	6295
60+	2626	2921	3274	3585	3736	3827
65+	2109	2123	2366	2708	3031	3171
80+	495	609	672	690	667	870

Źródło: obliczenia własne

Ponieważ w każdym wariantcie mamy do czynienia z założeniem o stałym tempie zmian we wszystkich grupach wieku, w związku z tym pomiędzy poszczególnymi wersjami projekcji brak jest różnic odnośnie do rozkładu populacji osób niepełnosprawnych ze względu na wiek. Odpowiednie wielkości odnoszące się do wszystkich wariantów przedstawione są w tab. 4.

W perspektywie najbliższych dwudziestu sześciu lat należy zatem oczekiwać stałego wzrostu odsetka seniorów w populacji niepełnosprawnych. Wzrost ów uzasadniony jest przemianami demograficznymi, tj. procesem starzenia się ludności Polski. Wzrost udziału ludzi starszych przekłada się samoczynnie na wzrost ich odsetka w populacji osób odczuwających różnorodne, poważne ograniczenia zdrowotne. Zwróćmy uwagę na fakt, iż wzrost ten najdynamiczniej dokona się pomiędzy rokiem 2010 a 2020 i pomimo generalnie bardziej korzystnej dla mężczyzn

ewolucji umieralności w większym stopniu zauważalny będzie w zbiorowości kobiet. Ostatecznie seniorzy w wieku 60 lat i więcej stanowić mają aż 3/5 całej zbiorowości niepełnosprawnych, osoby w wieku 65 lat i więcej połowę tej populacji, zaś najstarsi (80 lat i więcej) 1/7 grupy osób z poważnymi, permanentnymi kłopotami zdrowotnymi.

Tab. 4 Udział niepełnosprawnych seniorów wśród wszystkich niepełnosprawnych do roku 2030 (w %)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Ogółem						
60+	46,9	50,2	55,0	59,3	60,5	60,7
65+	37,6	36,5	39,8	44,8	49,1	50,3
80+	8,8	10,4	11,3	11,4	10,8	13,8
Mężczyźni						
60+	40,1	44,0	49,3	54,0	55,3	55,6
65+	29,8	28,6	32,0	37,3	42,0	43,3
80+	5,2	6,3	6,8	6,9	6,6	9,1
Kobiety						
60+	53,0	55,9	60,4	64,4	65,4	65,5
65+	44,7	43,6	46,8	51,6	55,6	56,7
80+	12,0	14,2	15,3	15,5	14,6	18,0

4. Podsumowanie

Przedstawiona w niniejszym opracowaniu projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów wskazuje jednoznacznie na bardzo duży wzrost liczby osób niepełnosprawnych wywołany wpływem czynnika demograficznego – procesu starzenia się ludności. Nie na darmo zdaniem wielu badaczy życia społecznego proces ten będzie zapewne najważniejszym faktorem determinującym sferę polityki, gospodarki oraz relacji społecznych i międzyludzkich w XXI wieku.

Zaprezentowane w niniejszym opracowaniu warianty projekcji świadczą, iż „demografia nie jest przeznaczeniem”, przyszłość – choć kształtowana przez czynnik ludnościowy – nie jest przez niego całkowicie zdeterminowana. Choć w przypadku braku zmian współczynników niepełnosprawności należałoby – w przypadku realizacji najnowszej prognozy ludności GUS – oczekiwać wzrostu liczby osób niepełnosprawnych o 33%, już przyjęcie założenia o stałym, corocznym spadku współczynników niepełnosprawności o 1% prowadzi do kompensacji wpływu czynnika demograficznego³. Pozostaje oczywiście kwestia wiarygodności założenia

³ W przypadku opracowania W. Lutza i S. Scherbova [2003] dotyczącego UE w starym składzie otrzymano podobne wnioski. Inna metoda zastosowana w tamtym elaboracie doprowadziła do

o trwałym ograniczaniu zasięgu niepełnosprawności⁴. Doświadczenia krajów wysoko rozwiniętych z ostatnich dekad wskazują, że takie założenia są w pełni wiarygodne [Crimmins i wsp., 1997; Lutz, Scherbov, 2003]. W przypadku Polski dodatkowym argumentem przemawiającym za ogólną poprawą tego miernika stanu zdrowia jest fakt, iż znaczny odsetek niepełnosprawnych stanowią niepełnosprawni tylko prawnie. Poprawa sytuacji na rynku pracy za kilka lat, wynikająca z czynnika kohortowego (wychodzenie z rynku pracy powojennego wyżu i wchodzenie „chudych” roczników urodzonych w latach 1990.) może w takim przypadku przełożyć się po jakimś czasie na mniejszą skłonność do podejmowania starań o orzeczenie o niepełnosprawności przez osoby zagrożone długotrwałym bezrobociem⁵. Inną przesłanką przemawiającą za poprawą stanu zdrowia będzie poprawa stanu wykształcenia ludności Polski, co – jak wynika choćby z umieszczonego w niniejszym tomie opracowania B. Skrętowicz i R. Gorczyca – pozostaje w ścisłym związku z natężeniem niepełnosprawności.

W każdym wariantcie projekcji odsetek seniorów w populacji osób niepełnosprawnych wzrastał. Wskazuje to na konieczność w przyszłości większego uwzględniania w programach ukierunkowanych na pomoc niepełnosprawnym specyficznych potrzeb osób starszych, a zwłaszcza najstarszych, jak i większej uwagi na propagowanie przygotowania do starości. Przygotowanie do starości, różnorodność form którego w niniejszym tomie możemy znaleźć liczne przykłady, nie powinno jednakże ograniczać się – tak jak ma to najczęściej miejsce – tylko do sfery ekonomicznej. Owo przygotowanie powinno mieć na względzie również i sferę zdrowotną, w tym i potencjalną niepełnosprawność. Przygotowania w tym przypadku powinny iść dwutorowo. Po pierwsze, poprzez profilaktykę i wczesne przeciwdziałanie stanom chorobowym, które prowadzić mogą w przyszłości do występowania niepełnosprawności. Po drugie, poprzez takie dostosowywanie warunków przede wszystkim mieszkaniowych i środowiska lokalnego, aby jak najdłużej również i w przypadku pojawienia się ograniczenia samodzielności móc w miarę autonomicznie funkcjonować w dotychczasowym środowisku.

Literatura:

1. Crimmins E., Saito Y., Ingegneri D., 1997, *Trends in disability-free life expectancy in the United States, 1970–1990*, „Population and Development Review”, vol. 23, nr 3, 555–572
2. GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2003, *Prognoza ludności Polski na lata 2003–2030*, wersja dostępna na stronie internetowej www.stat.gov.pl

stwierdzenia, iż poprawa tzw. profilu demograficznego osób niepełnosprawnych o 2 lata w ciągu dekady kompensuje wpływ procesu starzenia się ludności.

⁴ Drugą kwestią jest dopuszczalność założenia o jednakowych i stałych co do wartości i kierunku zmianach współczynnika niepełnosprawności w różnych grupach wieku.

⁵ Z drugiej strony, kontrargumentem może być fakt, iż w przypadku tych osób, które po przepracowaniu 10, 15 lat, nie odnalazły się w nowej rzeczywistości ekonomicznej i są dziś klientami pomocy społecznej, jedynym być może źródłem dochodów na starość może być świadczenie otrzymane w wyniku orzeczenia o niepełnosprawności. Liczbę takich osób w samej Łodzi szacuje się na 25–30 tys.

3. GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2003a, *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Część I. Osoby niepełnosprawne*, Warszawa, 227 s.
4. Lutz W., Scherbov S., 2003, *Will population ageing necessarily lead to an increase in the number of persons with disabilities? Alternative scenarios for the European Union*, "European Demographic Research Papers", nr 3, 25 s.
5. Szukalski P., 2004, *Dyskryminacja ze względu na wiek (ageism) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna”, nr 2, 11–15