

## **5. STAN ZDROWIA POLEK I POLAKÓW W STARSZYM WIEKU – ZRÓŻNICOWANIE PRZESTRZENNE**

### **5.1. Wprowadzenie**

Podstawowym zasobem determinującym aktywność i samodzielność osób starszych jest stan zdrowia. Zmienna ta z jednej strony wpływa bezpośrednio na zdolność do samowystarczalności, zadowolenie z życia poprzez fizyczną zdolność do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, samopoczucie, odczuwany ból, z drugiej zaś oddziałuje na szeroko pojętą jakość życia pośrednio – poprzez wpływ na dostępność zasobów materialnych, kontakty społeczne.

Celem niniejszego opracowania jest spojrzenie na stan zdrowia polskich seniorów w świetle syntetycznych mierników bezpośrednich i pośrednich. Do pierwszej grupy należą mierniki subiektywne i obiektywne, odnoszące się do samooceny stanu zdrowia lub też do częstości występowania określonych problemów zdrowotnych. W skład grupy drugiej wchodzi wskaźniki, które jedynie pośrednio dostarczają wiedzy o statusie zdrowotnym populacji. Najczęściej stosowanymi miernikami z tej grupy są miary opisujące umieralność. W takim przypadku wychodzi się od swobodnego, „cichego” założenia o następującej gradacji stanu zdrowia – zdrowy, chory, bardzo chory, denat.

Z uwagi na dostępność i uniwersalność danych pełne i porównywalne informacje o całej populacji pozyskujemy dzięki wspomnianym wcześniej miernikom pośrednim, opisującym poziom umieralności. Z definicji bowiem każdy zgon, zanim zmarły zostanie pochowany, musi zostać zarejestrowany w Urzędzie Stanu Cywilnego. A zatem,

pomijając przestępstwa, dysponujemy pełną wiedzą. W przypadku pozostałych mierników stanu zdrowia mamy do czynienia bądź z danymi niepełnymi, bądź z danymi bazującymi na subiektywnej ocenie badanych, dotyczącej własnego zdrowia, samodzielności i sprawności.

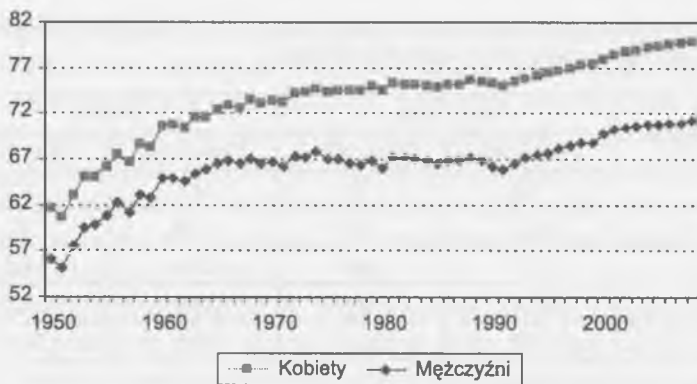
Dokonując prezentacji wybranych wskaźników stanu zdrowia, akcentować będą przestrzenne zróżnicowanie sytuacji zdrowotnej polskich seniorów. Różnice pomiędzy definiowanymi subiektywnie ocenami stanu zdrowia są tak duże, że można podejrzewać, iż różnice kulturowe pomiędzy poszczególnymi regionami w podejściu do samooceny zdrowia samoistnie rzutują zarówno na wiarygodność posiadanych danych, jak i ocenę stanu rzeczy.

## **5.2. Ewolucja stanu zdrowia osób starszych w Polsce w świetle badań nad umieralnością**

W powojennej Polsce zaobserwować można było generalnie proces szybkiego obniżania się umieralności. Jeśli za syntetyczny, negatywny miernik umieralności przyjąć informację o trwaniu życia noworodka<sup>1</sup>, to w trakcie ostatnich sześciu dekad w zależności od płci wielkość ta podniosła się o 15–18 lat (ryc. 5.1).

---

<sup>1</sup> Trwanie życia noworodka to informacja o przeciętnej liczbie lat, jaką nowo narodzone dziecko danej płci ma przed sobą, przy założeniu utrzymywania się natężenia zgonów na poszczególnych etapach życia w trakcie całej egzystencji tego dziecka. Co oczywiste, sytuacja taka w rzeczywistości nie występuje, jednakże z uwagi na dostępność jedynie danych pochodzących z analizy przekrojowej dla współczesnej Polski brak jest danych bardziej wiarygodnych, tj. pochodzących z analizy wzdłużnej, śledzącej w trakcie życia całą grupę urodzoną w danym roku kalendarzowym, a tym samym dostarczającej informacji odnoszącej się do rzeczywistych grup ludności. Badania z USA i Francji pokazują jednakże, iż pomiędzy trwaniem życia noworodków, wynikającym z przyjęcia wartości pochodzących z analizy przekrojowej z roku przyjścia na świat dziecka a rzeczywistym średnim trwaniem życia różnica wynosi z reguły ok. 4–6 lat.



Ryc. 5.1. Trwanie życia noworodka w Polsce w latach 1950–2008 według płci

Źródło: dane GUS dostępne na stronie [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).

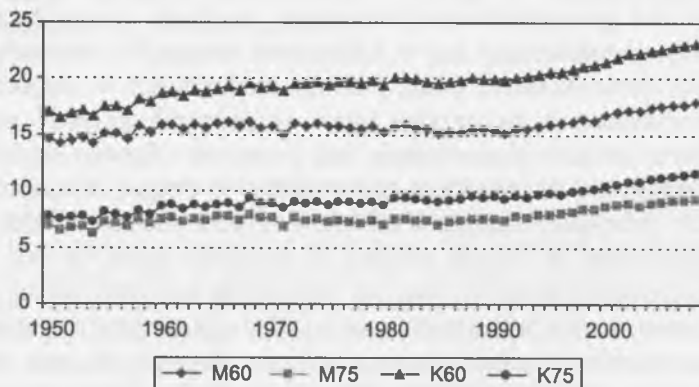
Wskazuje to na postępującą w powojennym okresie poprawę stanu zdrowia, aczkolwiek należy zdawać sobie sprawę, iż zmiany te nie miały w całym badanym okresie ani jednego kierunku, ani tempa. Spośród wszystkich tych lat wyłamuje się okres późnego PRL-u (tj. ćwierćwiecze 1965–1990), gdy wskutek wyczerpywania się rezerw przyrodniczych, materiałowych i ludzkich w warunkach niskiej efektywności gospodarowania dostępnymi zasobami wystąpił kryzys zdrowotny, przejawiający się w najlepszym przypadku stagnacją lub znacznym spowolnieniem tempa redukcji umieralności, w najgorszym zaś podwyższeniem się ryzyka zgonu w pewnych grupach wieku. Szczęśliwie ostatnie piętnastolecie jest ponownie okresem szybkiego podwyższania się trwania życia noworodków w Polsce. Jednakże, jak łatwo się domyślać, zmiany trwania życia osób nowo narodzonych mogą pozostawać w luźnym związku ze zmianami stanu zdrowia osób w wieku średnim i starszym, stąd też warto bliżej przyjrzeć się ewolucji umieralności w starszych grupach wieku. Badania empiryczne wskazują, iż w powojennym okresie następowało zwiększanie się wagi zmian umieralności osób starszych (60–79 lat), a przede wszystkim bardzo starych (80 lat i więcej) na kształtowanie się trwania życia noworodka, o czym świadczy tab. 5.1, mówiąca o składowych przyrostach trwania życia według grup wieku w latach 1950–1960 i 2000–2008.

Tab. 5.1. Przyrost trwania życia noworodków w latach 1950–1960 i 2000–2008 według płci i grup wieku (jako % całego przyrostu)

Grupa wieku	Mężczyźni		Kobiety	
	1950–1960	2000–2008	1950–1960	2000–2008
0–19	17,3	3,9	15,1	2,2
20–39	22,1	6,3	20,3	3,3
40–59	27,7	13,6	25,6	8,5
60–79	27,4	45,4	29,8	31,8
80+	5,5	30,1	9,3	54,1

Źródło: [Szukalski, 2010].

Przechodząc do dalszego trwania życia osób starszych, zauważyć można zbliżoną do tej ogólnej periodyzację – wzrost średniej liczby lat, jaką ma przed sobą osoba przekraczająca próg starości (60 lat) lub też wchodząca w wiek zaawansowanej starości (75 lat) w pierwszych kilkunastu analizowanych latach, a następnie stagnację trwającą do roku 1990 oraz szybki przyrost długości oczekiwanego dalszego życia w trakcie ostatnich kilkunastu lat (ryc. 5.2).



Ryc. 5.2. Dalsze trwanie życia kobiet (K) i mężczyzn (M) w wieku 60 i 75 lat w Polsce w latach 1950–2008

Źródło: dane GUS dostępne na stronie [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).

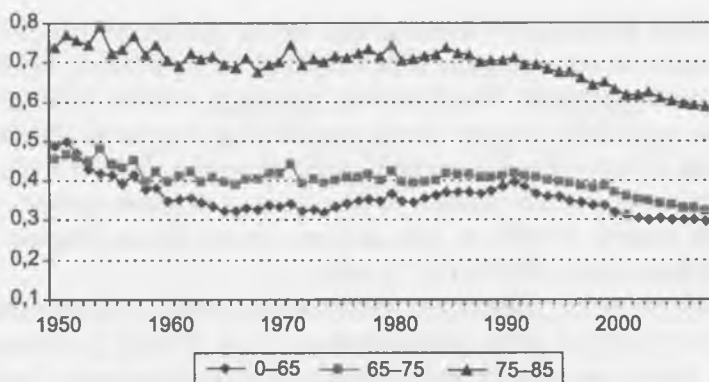
Warto zaznaczyć – koncentrując się na przełomie wieków – iż w ostatnich latach występuje silna tendencja do wydłużania się trwania życia osób starszych. Przykładowo, pomiędzy rokiem 1990 a 2008 średnio corocznie trwanie życia sześćdziesięcioletniego mężczyzny wydłuża się o 0,158 roku, zaś siedemdziesięciopięciolatka o 0,105 roku. Zmiany te są jeszcze bardziej wyraziste w przypadku kobiet, wśród których średnio rocznie w tym samym okresie dalsza długość życia rosła odpowiednio o 0,198 i 0,132 roku.

Kolejną grupą mierników, wartą osobnej analizy, są prawdopodobieństwa przeżycia przez określone etapy życia. Poniżej przedstawiono zatem zmiany prawdopodobieństw przeżycia przez dzieciństwo i wczesną dorosłość (tj. do wieku 65 lat) oraz przeżycia przez fazy określane jako bycie „młodym starym” i „starym starym”<sup>2</sup> – ryc. 5.3. i 5.4. Wielkości te informują pośrednio o zmianach typowego stanu zdrowia jednostek znajdujących się na poszczególnych etapach życia.

Jak łatwo zauważyć, zmiany prawdopodobieństwa zgonów – choć generalnie jednokierunkowe, ku coraz niższym wartościom – różniły się w trzech wyodrębnionych podgrupach skalą i kalendarzem. Co do skali to ogółem największy zakres zmian wystąpił w przypadku osób będących w „przedsionku starości”, jednakże rzut oka na powyższe dwie ryciny jednoznacznie mówi, iż jest to zasługa przede wszystkim szybkiej redukcji umieralności w latach 50., a zatem przede wszystkim redukcji natężenia zgonów wśród dzieci, zwłaszcza w pierwszym roku życia. W ostatnich kilkunastu latach bardziej wyraziste ograniczenie umieralności występuje w pozostałych dwóch podzbiorowościach – przede wszystkim wśród „starych starych”.

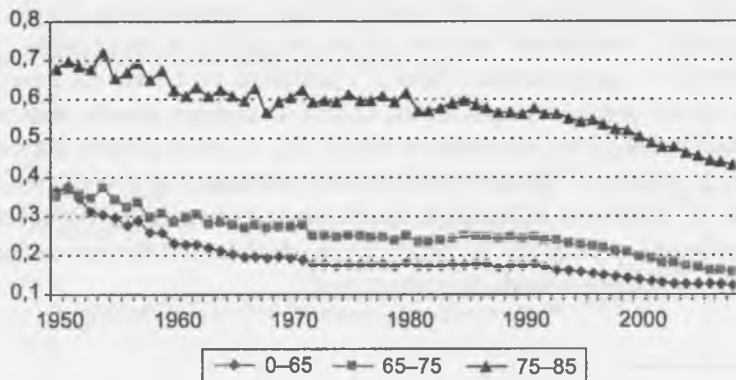
---

<sup>2</sup> W gerontologii powszechnie stosuje się od początku lat 90. podział starości na trzy fazy: wczesną (tj. taką, w której znajdują się tzw. *young old* – 65–74 lata), średnią (*old old* – 75–84) i późną (*the oldest old* – 85+ lat), doszukując się uzasadnienia dla takiego podziału w odmiennym poziomie typowej sprawności – w przypadku „młodych starych” większość osób jest w stanie wykonywać wszystkie czynności codziennego życia samodzielnie, wśród „starych starych” pojawiają się kłopoty z wykonywaniem prac wymagających większego wysiłku fizycznego lub koncentracji, w przypadku „najstarszych starych” wymagane jest okazywanie im codziennego wsparcia.



Ryc. 5.3. Prawdopodobieństwa zgonu mężczyzn na różnych etapach życia w Polsce w latach 1950–2008

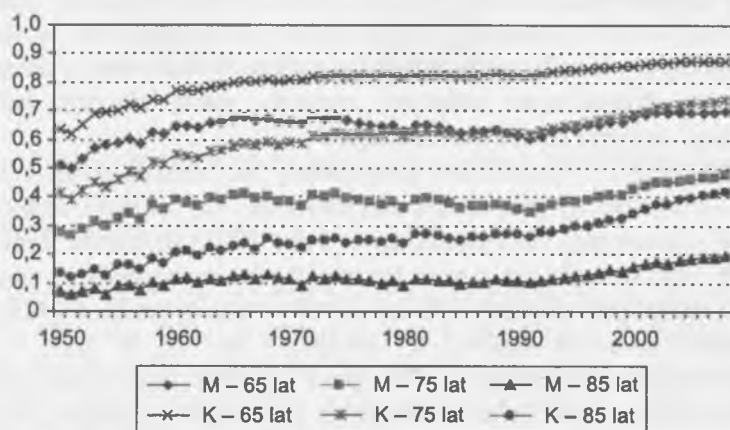
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS dostępnych na stronie [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).



Ryc. 5.4. Prawdopodobieństwa zgonu kobiet na różnych etapach życia w Polsce w latach 1950–2008

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS dostępnych na stronie [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).

W rezultacie w powojennej Polsce szybko rośnie prawdopodobieństwo osiągnięcia przez noworodka cezury wieku oznaczającej rozpoczęcie mniej lub bardziej zaawansowanej starości (ryc. 5.5). Miernik ten potraktowany być może jako pośredni, pozytywny wskaźnik stanu zdrowia.



Ryc. 5.5. Zmiany prawdopodobieństwa dożycia do wieku 65, 75 i 85 lat w zbiorowości mężczyzn (M) i kobiet (K) w Polsce w latach 1950–2008

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS dostępnych na stronie [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).

W tym przypadku widoczny jest ogromny postęp, jaki dokonał się w okresie powojennym, jeśli idzie o dożycie do momentu stawania się „młodym starym”, „starym starym” i „najstarszym starym”. Szczególnie uwidocznione są dwie kwestie – ponownie wspomniana już periodyzacja okresu przemian umieralności oraz różnice w szansie osiągnięcia zaawansowanego wieku pomiędzy kobietami i mężczyznami. W tym drugim przypadku wskaźnikiem przewagi kobiet jest fakt, iż obecnie istnieje większa szansa, że kobieta osiągnie wiek 75 lat, niż prawdopodobieństwo określające dożycie przez mężczyznę wieku 65 lat, zaś szansa osiągnięcia przez Polkę wieku 85 lat powoli zrównuje się z szansą, iż Polak dożyje wieku 75 lat. Dzieje się tak głównie

wskutek dochodzenia przez zbiorowość kobiet do takiego poziomu umieralności, w którym dalsze przyrosty trwania życia skoncentrowane są przede wszystkim w najstarszych grupach wieku, a tym samym obniżka umieralności przekłada się na coraz większe przyrosty prawdopodobieństwa dożycia do wieku 75 czy 85 lat.

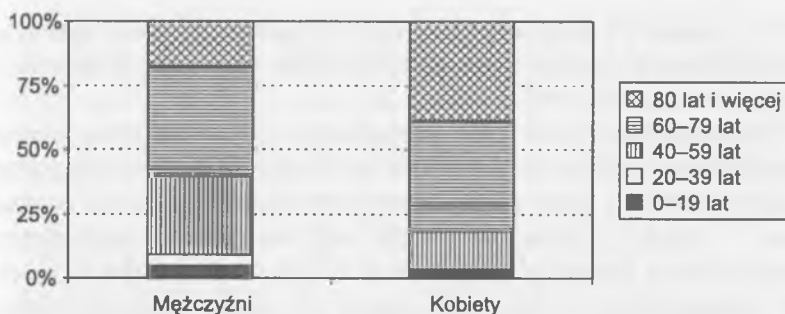
Podsumowując dotychczasową część przeprowadzonej analizy, w świetle danych odnoszących się do przemian umieralności w okresie powojennym mówić można o istnieniu silnych przesłanek pozwalających na stwierdzenie znaczącej poprawy stanu zdrowia polskiej populacji, w tym i zbiorowości seniorów.

Również i w przyszłości prognostycy zatrudnieni przez Główny Urząd Statystyczny przewidują utrzymywanie się redukcji umieralności. W najnowszej, upublicznionej w roku 2008, prognozie demograficznej założono dalszy wzrost trwania życia noworodków – w przypadku dzieci płci męskiej z 71 lat w 2007 roku (tj. roku wyjściowym z punktu widzenia budowy tej projekcji) na 77,1 w 2035 r., zaś w zbiorowości dziewcząt z 79,7 na 82,9. Pomijając wiarygodność powyższych założeń<sup>3</sup>, warto zaznaczyć, iż w takim przypadku przyrost trwania życia będzie zdecydowanie skoncentrowany w zbiorowości osób starszych. Chcąc dokładnie określić, jak ten proces będzie rzeczywiście przebiegać, skorzystam z ostatnich polskich tablic trwania życia z roku 2007 oraz z perspektywicznych tablic trwania życia dla Francji, z których wykorzystamy tablice najbliższe wielkościom założonym dla Polski w roku 2035 [Vallin, Meslé, 2001].

---

<sup>3</sup> O ile w przypadku mężczyzn można mieć zastrzeżenia co do nieco nadmiernie optymistycznego oglądu przyszłości, o tyle w przypadku kobiet poziom umieralności jest na nadmiernie pesymistycznym poziomie. Generalnie, w krajach rozwiniętych trwanie życia noworodków obojga płci rośnie mniej więcej o 2 lata w trakcie dekady [White, 2000]. Przyjmując takie samo tempo zmian w Polsce, trwanie życia mężczyzn winno wzrosnąć o ok. 5,5 roku (wielkość zbliżona do założeń GUS, aczkolwiek o 0,6 roku niższa), podobnie w przypadku kobiet (założony wzrost trwania życia wynosi jedynie 3,2 roku). W latach 1992–2007 średni przyrost życia był znacznie szybszy niż 2 lata na dekadę i wynosił 4,3 w przypadku mężczyzn (co związane było przede wszystkim z przewyciężaniem tragicznej spuścizny po PRL) i 2,8 w zbiorowości kobiet.





Ryc. 5.6. Struktura przyrostu trwania życia w Polsce w latach 2007–2035 według wieku i płci (w %)

Źródło: jak pod ryc. 5.5.

Okazuje się, iż ów przyrost będzie skoncentrowany przede wszystkim po 60. roku życia. 60,5% przyrostu trwania życia mężczyzn i aż 81,8% w przypadku kobiet wystąpi po 60. roku życia, przy czym – zgodnie z logiką podwójnego starzenia się ludności<sup>4</sup> – odpowiednio 17,8% i 38,9% wystąpi po 80. roku życia.

### 5.3. Przestrzenne zróżnicowanie umieralności osób starszych w Polsce

We współczesnej Polsce występuje bardzo duże regionalne zróżnicowanie poziomu umieralności. Przyjmując jako syntetyczny miernik umieralności – a pośrednio stanu zdrowia – używane wcześniej trwanie życia osoby starszej (w naszym przypadku z uwagi na skąpość publikowanych danych mamy możliwość odwołania się jedynie do wieku

<sup>4</sup> Podwójne starzenie się ludności to pojęcie odnoszące się do występującego w najwyżej rozwiniętych krajach tendencji do szybszego wzrostu liczby i odsetka osób bardzo starych w porównaniu z ogółem seniorów. Jak łatwo domyślić się, podwójne starzenie się ludności jest rezultatem koncentracji redukcji zgonów wśród jednostek po 60., 70. czy 80. roku życia.

60 lat), zauważyć można istotne różnice pomiędzy poszczególnymi województwami<sup>5</sup>, utrzymujące się odkad tylko tego typu obliczenia są wykonywane, tj. od 1990<sup>6</sup> r. – tab. 5.2.

Województwa południowo-wschodnie w całym badanym okresie odznaczały się najwyższymi wartościami trwania życia osób rozpoczynających starość, z kolei województwa południowo-zachodnie, uzupełnione o łódzkie, charakteryzowały się wartościami najniższymi. Jednakże warto zauważyć, iż w trakcie badanych dwóch dekad można było zaobserwować proces zmniejszania się różnic pomiędzy ekstremalnymi wartościami dalszego trwania sześćdziesięcioletnich kobiet i mężczyzn. Różnice pomiędzy najdłuższą a najkrótszą długością życia wynosiły bowiem w przypadku mężczyzn w 1990 roku – 2,18, w 1995 roku – 1,79, w 2000 roku – 1,58, w 2005 roku – 1,44, zaś w 2008 roku – 1,49 roku, zaś w przypadku kobiet odpowiednio – 1,62, 1,84, 1,57, 1,33, 1,72 roku. Generalnie, zgodnie z hipotezą homeorezy<sup>7</sup>, różnice wśród kobiet były mniejsze niż w zbiorowości mężczyzn, aczkolwiek tempo zmniejszania się owych różnic było wśród mężczyzn wyższe.

---

<sup>5</sup> Z uwagi na konieczność posiadania wystarczająco dużej populacji do szacowania parametrów tablic trwania życia, w praktyce najmniejszą jednostką administracyjną, dla jakiej uzyskać można wiarygodne wyniki, są województwa. GUS oblicza dodatkowo wartości tablic trwania życia dla podregionów oraz 5 największych polskich miast (Warszawa, Kraków, Łódź, Wrocław, Poznań), jednakże w takim przypadku z uwagi na fakt, iż niska umieralność w okresie dzieciństwa przekłada się niekiedy na brak zgonów w jednorocznych grupach wieku, mamy do czynienia z wielkościami przybliżonymi, bazującymi na wyrównanych szeregach zgonów.

<sup>6</sup> Chociaż aktualny podział administracyjny Polski obowiązuje od 1 stycznia 1999, GUS dokonał swego czasu obliczeń dla wcześniejszych lat z uwzględnieniem obecnej mapy administracyjnej – zob. dla lat 1990 i 1995 [GUS, 1999], zaś dla pozostałych [GUS, 2001].

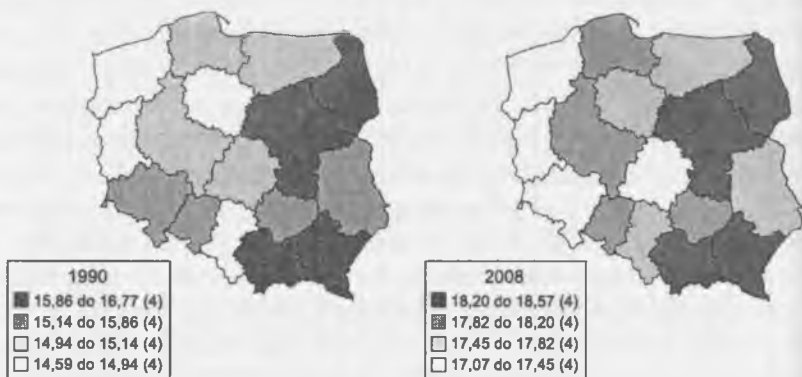
<sup>7</sup> Koncepcja homeorezy mówi o większym zrównoważeniu wszelkich procesów biologicznych i fizjologicznych w organizmie kobiet w porównaniu z organizmem mężczyzn. Na jej prawdziwość wskazuje zarówno bardziej zauważalna zrównoważona produkcja hormonów (za wyjątkiem dwóch specyficznych, krótkich okresów życia – adolescencji i przekwitania), niższy poziom wahań nastroju – a zwłaszcza stresu, jak i np. bardziej równomierny rozkład tkanki tłuszczowej u kobiet.

Tab. 5.2. Dalsze trwanie życia w wieku 60 lat według płci w podziale wojewódzkim w latach 1990–2008

Obszar	Mężczyźni						Kobiety					
	1990	1995	2000	2005	2008	1990	1995	2000	2005	2008		
	<b>Polska</b>	<b>15,33</b>	<b>15,84</b>	<b>16,72</b>	<b>17,51</b>	<b>17,89</b>	<b>19,96</b>	<b>20,52</b>	<b>21,51</b>	<b>22,65</b>	<b>23,09</b>	
Dolnośląskie	15,14	15,39	16,27	17,09	17,42	19,58	20,15	21,24	22,38	22,64		
Kujawsko-pomorskie	14,82	15,60	16,39	17,32	17,59	19,75	20,16	21,17	22,53	22,76		
Lubelskie	15,74	16,01	16,76	17,23	17,59	20,62	21,08	21,82	22,89	23,33		
Lubuskie	14,59	15,48	16,04	16,85	17,24	20,00	20,13	21,23	22,16	22,80		
Łódzkie	15,04	15,33	16,00	16,71	17,08	19,63	20,01	20,96	22,07	22,52		
Małopolskie	15,88	16,31	17,44	18,15	18,51	20,40	20,79	21,90	22,95	23,52		
Mazowieckie	15,86	16,35	17,30	18,11	18,49	20,40	20,92	22,02	23,22	23,49		
Opolskie	15,24	15,75	16,72	17,56	17,90	19,58	20,06	21,22	22,49	22,93		
Podkarpackie	16,05	16,31	17,26	17,89	18,57	20,56	20,96	21,97	22,98	23,82		
Podlaskie	16,77	16,88	17,58	18,01	18,44	21,20	21,79	22,53	23,40	24,13		
Pomorskie	15,13	16,00	16,84	17,86	18,18	19,67	20,60	21,65	23,07	22,99		
Śląskie	14,70	15,47	16,44	17,16	17,65	19,14	19,95	20,97	22,03	22,41		
Świętokrzyskie	15,69	16,11	16,97	17,63	18,00	20,55	20,82	21,95	23,06	23,59		
Warmińsko-mazurskie	15,12	15,58	16,39	17,21	17,52	20,02	20,93	21,92	22,73	22,99		
Wielkopolskie	14,94	15,65	16,49	17,56	17,89	19,65	20,30	21,11	22,50	22,91		
Zachodniopomorskie	14,65	15,09	16,11	17,29	17,37	19,64	20,41	21,14	22,29	22,81		

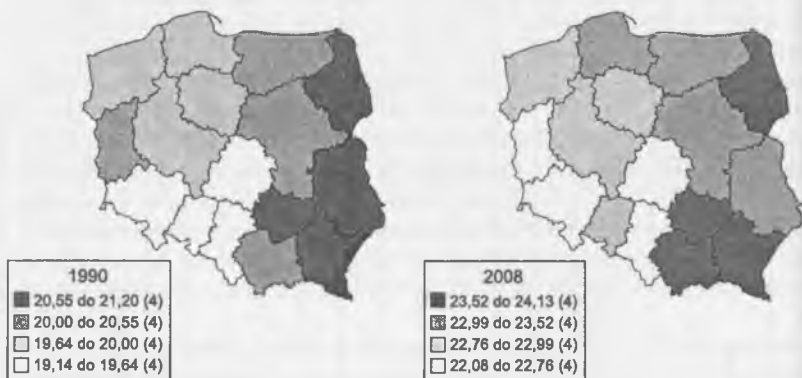
Źródło: [GUS, 1999, 2001, 2006, 2009].

Podkreślić przy tym należy utrzymywanie się różnic regionalnych – w trakcie badanego, blisko dwudziestoletniego okresu – te same jednostki administracyjne odznaczają się w przybliżeniu tą samą pozycją w uporządkowanym szeregu przestrzennym. Obrazują to ryc. 5.1. i 5.2., na których oddzielnie dla mężczyzn i kobiet dokonano



Ryc. 5.1a., 5.1b. Dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 60 lat w 1990 i w 2008 roku według województw

Źródło: jak w tab. 5.2.



Ryc. 5.2a., 5.2b. Dalsze trwanie życia kobiet w wieku 60 lat w 1990 i w 2008 roku według województw

Źródło: jak w tab. 5.2.

graficznej prezentacji pozycji województw w podziale na 4 czteroelementowe podgrupy, charakteryzujące się różnym poziomem umieralności ludności w starszym wieku w pierwszym i ostatnim roku badanego okresu. Kierunek od najjaśniejszego do najciemniejszego odcienia wskazuje na przejście od jednostek zajmujących najgorsze pozycje do tych przodujących, jeśli idzie o dalsze trwanie życia.

#### 5.4. Ewolucja niepełnosprawności w Polsce w ostatnich dekadach

Drugim zagadnieniem cząstkowym, które wpływa na stan zdrowia osób starszych w Polsce, jest niepełnosprawność. Niestety, w tym przypadku ograniczeni jesteśmy dostępnością materiału statystycznego. Jeśli idzie o badanie niepełnosprawności w Polsce, odpowiednie dane gromadzone były przy okazji 4 spisów powszechnych (1921, 1978, 1988 i 2002), przy czym dla okresu międzywojennego mowa była o kalectwie, tj. poważnym fizycznym upośledzeniu, uniemożliwiającym samodzielność (miara obiektywna – brak zdolności słyszenia, widzenia lub brak kończyn), podczas gdy w trakcie ostatnich spisów pytanie dotyczyło samooceny, łącząc informacje o niepełnosprawności prawnej (obiektywnej) i biologicznej (miara subiektywna). Do powyższych badań dodać należy dwa ogólnopolskie badania stanu zdrowia ludności (1996 i 2004), które – choć przeprowadzone według metodologii w pełni zgodnej z tą stosowaną w trakcie spisów – nie są w całości przydatne do niniejszej analizy wskutek odmiennego grupowania badanych jednostek w grupach wieku.

Z uwagi na powyższe ograniczenia zdecydowałem się jedynie na odwołanie do graficznej ilustracji ewolucji stanu zdrowia dla dwóch lat – 1978 i 2002, przy czym dla pierwszego okresu dane odnoszące się do samooceny stanu zdrowia z roku spisowego połączone zostaną z informacjami z tablicy trwania życia dla lat 1980–1981, jako pierwszymi pełnymi tablicami obliczonymi po NSP'1978.

Zanim jednak przejdziemy do prezentacji graficznej ilustracji występujących zmian, zatrzymajmy się chwilę przy wskaźnikach dostarczających informacji o poziomie niepełnosprawności w jednorodnych

z punktu płci i wieku subpopulacjach (tab. 5.3 i 5.4). W ostatnich kilku dekadach wyraźnie wzrastało natężenie niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku.

Tab. 5.3. Niepełnosprawność mężczyzn w Polsce w latach 1978–2002  
(liczba osób deklarujących niepełnosprawność prawną i/lub biologiczną w przeliczeniu na 1000 mężczyzn w danym wieku)

Wiek	Narodowy Spis Powszechny z roku		
	1978	1988	2002
0–14	6	6	30
15–19	13	12	35
20–29	18	20	38
30–39	34	41	57
40–44	64	76	107
45–49	100	131	166
50–54	161	215	258
55–59	219	318	363
60–64	261	356	408
65–69	254	335	368
70–74	267	355	414
75–79	310	376	458
80+	360	409	472

Źródło: [GUS, 1991, s. 37; GUS, 2003, s. 146–147].

Tab. 5.4. Niepełnosprawność kobiet w Polsce w latach 1978–2002  
(liczba osób deklarujących niepełnosprawność prawną i/lub biologiczną w przeliczeniu na 1000 kobiet w danym wieku)

Wiek	Narodowy Spis Powszechny z roku		
	1978	1988	2002
0–14	5	4	23
15–19	10	10	27
20–29	13	14	27
30–39	28	32	43
40–44	57	67	89
45–49	95	127	151

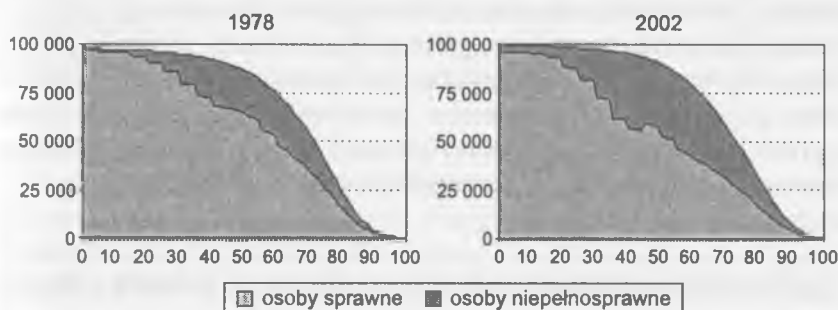
Tabela 5.4 (cd.)

Wiek	Narodowy Spis Powszechny z roku		
	1978	1988	2002
50–54	148	214	250
55–59	185	284	292
60–64	202	286	308
65–69	207	302	351
70–74	234	340	415
75–79	274	362	463
80+	327	416	495

Źródło: [GUS, 1991, s. 37; GUS, 2003, s. 146–147].

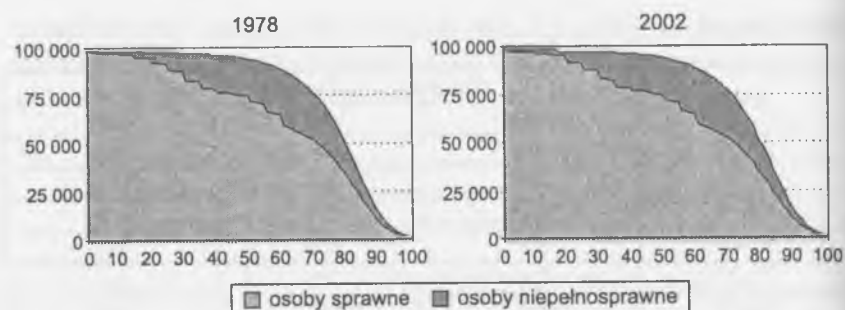
W ujęciu względnym największym przyrostem niepełnosprawności odznaczają się najmłodsze grupy wieku, z kolei w przypadku różnic bezwzględnych maksymalne różnice występują wśród jednostek najstarszych, takich które ukończyły 65 lat. Otwarte pytanie o przyczyny takiego wzrostu – czy jest to wynik zaniku selekcji naturalnej, efektu generacji, czy może zmiany o charakterze mentalnym. Kwestię tę szerzej rozpatrzyłem w pracy opublikowanej wcześniej (Szukalski, 2008, s. 116–118).

Przyjrzyjmy się teraz graficznej ilustracji zmian częstości występowania niepełnosprawności sprzężonych z przemianami poziomu umieralności (ryc. 5.7 i 5.8).



Ryc. 5.7. Częstość niepełnosprawności wśród polskich mężczyzn w latach 1978, 2002

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 5.3.



Ryc. 5.8. Częstość niepełnosprawności wśród polskich kobiet w latach 1978, 2002

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 5.4., oznaczenia jak na ryc. 5.7.

Powyższe wykresy wskazują jednoznacznie na – łatwy do przewidzenia z uwagi na znajomość tendencji w zakresie zmian częstości niepełnosprawności – wzrost liczebności osób niepełnosprawnych, wynikający z jednoczesnego częstszego deklarowania niepełnosprawności w każdym wieku oraz wyższego prawdopodobieństwa dożycia do zaawansowanego wieku, charakteryzującego się wyższym natężeniem niepełnosprawności.

Analiza niepełnosprawności prowadzi do uzyskania rezultatów przeciwnych w stosunku do wniosków płynących z badania umieralności. W długim okresie mamy do czynienia z coraz częstszą deklaracją – coraz częściej potwierdzoną odpowiednim orzeczeniem uprawnionego organu – o niepełnosprawności, a zatem o gorszym stanie zdrowia. Jednakże, jak już o tym wspomniano, taka ewolucja nie musi samoistnie oznaczać rzeczywistego pogorszenia się parametrów zdrowotnych, lecz wynikać może z przemian mentalnych, ze zmiany percepcji rzeczywistości, a zwłaszcza zmiany ideałów, z którymi rzeczywistość jest porównywana.

### 5.5. Przestrzenne zróżnicowanie niepełnosprawności polskich seniorów

Jak już o tym była mowa, istnieje bardzo duże zróżnicowanie deklaracji o niepełnosprawności pomiędzy poszczególnymi wojewódz-

twami. Chcąc je przedstawić z uwzględnieniem wieku, odwoływać się można jedynie do danych NSP'2002 (tab. 5.5).

Tab. 5.5. Liczba osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na 1000 osób w danym wieku według województw według danych NSP'2002

Obszar	55–64 lat	65–74 lat	75 lat i więcej
<b>Polska</b>	<b>345</b>	<b>385</b>	<b>484</b>
Dolnośląskie	335	410	533
Kujawsko-pomorskie	367	388	482
Lubelskie	470	503	587
Lubuskie	467	513	587
Łódzkie	299	331	419
Małopolskie	495	557	685
Mazowieckie	249	294	394
Opolskie	221	294	406
Podkarpackie	389	391	486
Podlaskie	304	365	477
Pomorskie	337	394	505
Śląskie	270	296	395
Świętokrzyskie	337	374	462
Warmińsko-mazurskie	388	440	547
Wielkopolskie	426	412	460
Zachodniopomorskie	326	396	516

Źródło: [GUS, 2003, s. 61].

Generalnie skala zróżnicowania wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku zmniejsza się w ujęciu względnym, choć z punktu widzenia różnic bezwzględnych – narasta. Nieodmiennie, województwa opolskie, śląskie i mazowieckie odznaczają się najniższym poziomem niepełnosprawności, zaś małopolskie, lubelskie i lubuskie wartościami najwyższymi. Różnice są przy tym zaskakująco duże i co więcej, brak jest jakiegokolwiek logicznego powiązania z takimi zmiennymi, jak



trwanie życia czy zmienne opisujące obiektywnie i subiektywnie opisywaną jakość życia. Jak się wydaje, zrozumienie występującego zróżnicowania przestrzennego stanowić będzie zapewne klucz do zrozumienia sposobu oddziaływania na skalę i subiektywnie ocenianą dotkliwość niepełnosprawności. Jeśli bowiem – jak mierniam – występujące różnice są przede wszystkim odzwierciedleniem różnicy pomiędzy kulturowo ukształtowanym ideałem starości a jej rzeczywistym przebiegiem, zbierane, a bazujące na samoocenie, dane o stanie zdrowia mogą różnić się z realną sytuacją badanych, definiowaną w obiektywnych, wynikających z medycznych standardów, kategoriach.

### **5.5. Stan zdrowia polskich seniorów według *Badania stanu zdrowia ludności Polski z 2004 roku***

Kolejnym zbiorem wskaźników, które mogą przybliżyć nam ocenę stanu zdrowia polskich seniorów, są wyniki przeprowadzonego w roku 2004 *Badania stanu zdrowia ludności Polski*. Podstawowe informacje pochodzące z tego badania przedstawione zostały kilka lat temu w zbiorczej publikacji [GUS, 2006]. Mankamentem tego publikowanego badania były z punktu widzenia tematyki niniejszego opracowania przede wszystkim poziom agregacji informacji w przekroju wieku i przekroju terytorialnym oraz fakt, iż dane pochodzą z jednego punktu czasowego. Dodatkowo z uwagi na inny sposób agregowania wieku, niż miało to miejsce w przeprowadzonym według praktycznie takiego samego kwestionariusza badaniu z 1996 roku, nie ma możliwości sprawdzenia, czy w tym ośmioletnim okresie nastąpiły jakieś zmiany deklaracji odnoszących się do oceny zdrowia. Chcąc choć częściowo wyeliminować te mankamenty, w niniejszym punkcie przedstawię własne obliczenia, dokonane na pozyskanej z GUS bazie danych, zawierających jednostkowe rekordy odpowiedzi udzielonych przez starszych respondentów w trakcie badania z 2004 roku.

Niestety, w tym przypadku – choć można uzyskać przynajmniej teoretycznie wszelkie pożądane dane – ograniczeniem jest wielkość

badanej próby. Owo ograniczenie jest bardzo widoczne w przypadku chęci odwołania się do analizy bardziej szczegółowych charakterystyk osób starszych w jednorodnych grupach wieku w podziale wojewódzkim. Ponieważ w takim przypadku brak jest reprezentatywności próby dla województw, jak i w niektórych przypadkach (najmniejsze pod względem ludnościowym województwa) dla osób najstarszych badanych zostało po kilkanaście jednostek, ograniczę się do prezentacji wybranych danych w przekroju ogólnopolskim.

Pierwszą zmienną wartą bliższego zapoznania się jest samoocena zdrowia (tab. 5.6). Pamiętać należy o tym, iż jest to kategoria czysto subiektywna, która – choć jest dość silnie skorelowana ze stanem faktycznym – pozostaje pod wpływem wszelkich czynników oddziałujących na percepcję.

Tab. 5.6. Stan zdrowia badanych seniorów w roku 2004 według płci i wieku (w %)

Stan zdrowia	Mężczyźni			Kobiety		
	60–64	65–69	70+	60–64	65–69	70+
b. dobre i dobre	27,9	19,6	16,6	19,7	16,5	10,5
takie sobie	47,2	51,1	45,5	53,1	47,7	42,8
b. złe i złe	24,2	28,7	37,4	27,0	35,1	46,4
Brak danych	0,7	0,7	0,6	0,3	0,7	0,2

Źródło: [GUS, 2006a].

Patrząc na powyższe wielkości, jednoznacznie zauważyć można pogarszanie się samooceny zdrowia wraz z przechodzeniem do coraz bardziej zaawansowanego wieku, przy czym niższa samoocena i szybsze tempo jej obniżania występuje u kobiet. W przypadku osób po 70. roku życia ponad ¼ mężczyzn i blisko połowa kobiet deklaruje zły lub bardzo zły stan zdrowia.

Podobny związek pomiędzy częstością deklarowania gorszej sytuacji zdrowotnej a wiekiem znajdziemy, gdy przejdziemy do analizy niepełnosprawności (tab. 5.7).

Tab. 5.7. Częstość deklarowania niepełnosprawności w 2004 r. według płci i wieku

Sprawność	Mężczyźni			Kobiety		
	60–64	65–69	70+	60–64	65–69	70+
niepełnosprawni	42,6	39,8	49,1	35,3	40,9	53,9
sprawni	57,4	60,2	50,9	64,7	59,1	46,1

Źródło: [GUS, 2006a].

W tym przypadku elementem wartym podkreślenia jest fakt, iż odsetek deklarujących niepełnosprawność jest zdecydowanie wyższy niż odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły. Ponownie podkreślić należy wpływ czynnika kulturowego na percepcję ograniczeń samodzielnego funkcjonowania (niepełnosprawności) i na percepcję własnego zdrowia. Niemożność uwzględnienia zróżnicowania przestrzennego z uwagi na niewielką grupę osób najstarszych w zdecydowanej większości województw nie pozwala na sprawdzenie, gdzie wspomniane różnice są największe, i czy również i w tym wymiarze deklaracji o kondycji fizycznej występuje tak wyraźna różnica pomiędzy województwami zajmującymi ekstremalne pozycje.

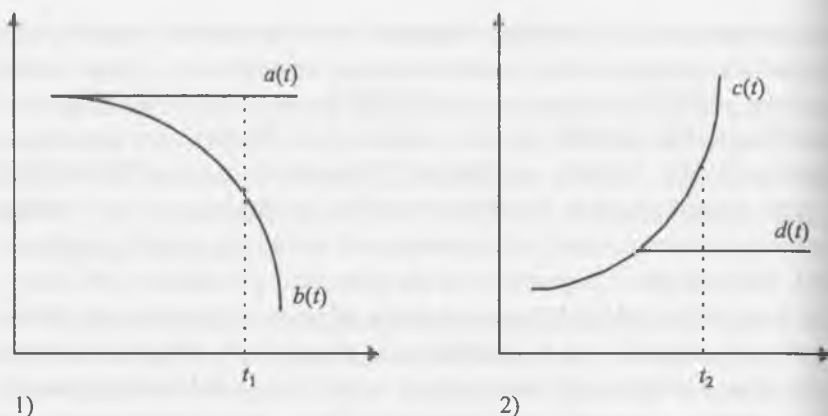
## 5.6. Zamiast podsumowania:

### o konieczności uelastycznienia systemu opieki zdrowotnej ze względu na zachodzące przemiany demograficzne

Trudno jednoznacznie podsumować stan zdrowia Polek i Polaków w starszym wieku, bo i obraz rysujący się z wcześniejszych podrozdziałów niniejszego opracowania nie jest jednoznaczny. Bez wątpliwa zachodzące w długim okresie przemiany w sferze umieralności wskazują na poprawę stanu zdrowia. Jednakże odwołanie się do mierników opisujących występowanie niepełnosprawności daje inne rezultaty, na pierwszy rzut oka mówiące o realizacji scenariusza długookresowych zmian statusu zdrowotnego – bazujących na zamianie czasu, o jaki wydłuża się życie – w czas spędzany z ograniczeniami samodzielności.

Niejednoznaczność przeprowadzonych w niniejszym opracowaniu zestawień sprawia, iż w podsumowaniu chciałbym – jako rodzaj swoistej ucieczki od oceny zachodzących zmian – skupić się na kwestii uelastyczniania systemu opieki zdrowotnej na zachodzące przemiany demograficzne, które w większości przypadków można przewidzieć z dużą dokładnością na wiele lat przed ich wystąpieniem (zob. obecne problemy systemu opieki z zapewnieniem właściwej opieki geriatrycznej). Bezpośrednio z powyższym dezyderatem powiązany jest inny – aby przy próbie oddziaływania na status zdrowotny (zarówno w postaci prewencji, terapii, jak i kompensacji zaistniałych długookresowych deficytów zdrowotnych) uwzględniać cykl życia, a dokładniej mówiąc, aby – myśląc o przemianach demograficznych – mniej je utożsamiać ze zmianami czysto strukturalnymi, więcej zaś ze zmianami liczbowych relacji tzw. kohort mentalnych. Owe kohorty mentalne to grupy wyodrębnione na podstawie jednoczesnego uwzględnienia fazy cyklu życia (a zatem wieku), jak i generacji (tj. momentu przyjścia na świat). Dopiero uwzględnienie obu tych czynników pozwala na określenie potrzeb wyodrębnionych ze względu na tradycyjnie używaną zmienną – wiek, albowiem oczekiwania wobec opieki medycznej (potrzeby), formy z niej korzystania, jak i sposoby docierania do jednostek zależą nie tylko od chronologicznie pojmowanego wieku, ale również od społecznych, intelektualnych, kulturowych i technologicznych kompetencji wynikających z fazy życia i przebiegu całego wcześniejszego życia.

Współczesna Polska podlega znaczącym przemianom demograficznym, odnoszącym się przede wszystkim do zmiany struktury wieku ludności. Rodzące się w ostatnich kilku dekadach zgodnie z zasadą echa demograficznego pokolenia wyżowe i niżowe, dochodząc do wieku charakteryzującego się szczególnymi potrzebami medycznymi, gwałtownie zmieniają zapotrzebowanie na usługi oferowane przez niektóre działy medycyny. Niestety, w przypadku publicznego systemu opieki zdrowotnej dostosowywanie się podaży do potrzeb wynikających z warunków demograficznych nie zawsze następuje, a jeśli już, to ze znaczącym opóźnieniem.



Ryc. 5.8. Przemiany demograficzne a alokacja zasobów

Zamieszczone powyżej rysunki przedstawiają typowe stany nierównowagi pomiędzy popytem a podażą na rynku usług okołopediatrycznych (ryc. 5.8.1) i geriatrycznych (ryc. 5.8.2), związane z jednoczesną ewolucją liczby osób w pewnym wieku a zasobami poświęcanymi na zaspokajanie potrzeb medycznych typowych dla danego wieku. Ryc. 5.8.1. przedstawia sytuację, w której zmniejszaniu się liczebności dzieci  $\{b(t)\}$  towarzyszy utrzymywanie się stałego poziomu zasobów ludzkich i rzeczowych przeznaczonych na realizację potrzeb tej grupy – w tym przypadku ginekologów i pediatrów, zorientowanych na dzieci aktualne i *in spe*  $\{a(t)\}$ . W efekcie pojawia się rozbieżność pomiędzy potrzebami a możliwościami ich zaspokojenia (w chwili  $t_1$  jest ona równa  $a(t_1) - b(t_1)$ ), rozbieżność wynikająca z nadmiernego w stosunku do zapotrzebowania skoncentrowania kapitału fizycznego i ludzkiego w omawianym obszarze systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie na ryc. 5.8.2 przedstawiony jest drugi możliwy stan nierównowagi, a mianowicie sytuacja, gdy potencjalny popyt utożsamiany z liczebnością interesującej nas zbiorowości rośnie, natomiast podaż zasobów jest stała. W sytuacji tej, która w dziedzinie ochrony zdrowia ma miejsce w przypadku opieki nad osobami starszymi, również pojawia się nierównowaga: w tym przypadku jest to nierównowaga pomiędzy niedostatecznymi zasobami przeznaczanymi na ochronę zdrowia tej

grupy wieku – geriatrzy, gerontolodzy, oddziały opieki dziennej, itp. – {d(t)} a wzrastającą liczebnością omawianej grupy wieku. Wytlumaczeniem rozbieżności pomiędzy teorią a rzeczywistością jest fakt, iż podane przykłady dotyczą usług dostarczanych przez sektor publiczny, który kieruje się nie tyle zasadami rynku, ile zasadami opisywanymi w teorii wyboru publicznego, zaś usługi lecznicze są dobrym przykładem dóbr politycznych, których skala dostarczania zależna jest od siły wpływu grupy bezpośrednio zainteresowanej uzyskaniem dostępu do tychże dóbr i inercją rządzącą systemem publicznym, gdzie jakże trudno zwalniać ludzi w sytuacji, gdy ich praca jest zbędna.

Powyższa sytuacja wynika po części z niewiedzy osób zarządzających służbą zdrowia o demograficznych determinantach popytu na usługi medyczne. Zachodzący proces starzenia się ludności – dobrze zdiagnozowany co do skali i tempa w nadchodzących latach i dekadach – powinien być punktem wyjścia do budowania projekcji popytu na usługi medyczne odznaczające się największym zainteresowaniem ze strony seniorów. Zdawać sobie jednakże należy sprawę, iż – będąca głównym rezultatem wcześniejszych partii niniejszego opracowania – niejednoznaczność ocen ewolucji statusu zdrowotnego polskich seniorów uniemożliwia w rzeczywistości uwzględnienie w owych projekcjach jeszcze jednego ważnego czynnika obok tego czysto ilościowego – rozkładu indywidualnych zasobów zdrowotnych jako czynnika, który w powiązaniu ze znajomością liczby i struktury starszego odłamu ludności Polski pozwala na budowanie zagrożonych relatywnie małym błędem przewidywań zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekuńcze.

## Literatura

- GUS, 1999, *Trwanie życia w 1998 r.*, ZWS GUS, Warszawa  
GUS, 2001, *Trwanie życia w 2000 r.*, ZWS GUS, Warszawa  
GUS, 2003, *NSP'2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Cz. I. Osoby niepełnosprawne*, ZWS GUS, Warszawa  
GUS, 2006, *Trwanie życia w 2005 r.*, ZWS GUS, Warszawa

- GUS, 2006a, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, ZWS GUS, Warszawa
- GUS, 2009, *Trwanie życia w 2008 r.*, ZWS GUS, Warszawa
- Szukalski P., 2007, *Umieralność osób bardzo starych w Polsce w latach 1931/32–2005*, „Gerontologia Polska”, t. 15, nr 1–2, 31–39
- Szukalski P., 2007a, *Nadumieralność sędziwych kobiet – fakt czy fikcja?*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 4, 21–30
- Szukalski P., 2008, *Ewolucja umieralności i niepełnosprawności w Polsce w świetle koncepcji rektangularyzacji krzywej przeżycia*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*, Wyd. UŁ, Łódź
- Szukalski P., 2010, *Składowe zmiany trwania życia w powojennej Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny”, t. 64, nr 3, 425–430
- Vallin J., Meslé F., 2001, *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXIe siècle*, INED, Paris
- White K. M., 2000, *Longevity advances in high-income countries, 1955–1996*, „Population and Development Review”, vol. 28, nr 1, 59–76
- [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)