

Problem niepełnosprawności w krajach UE. Analiza porównawcza

WPROWADZENIE

Termin „inwalidztwo” sięga starożytności – z języka łacińskiego *invalidus* oznacza *bezsilny, chory, słaby*. Do XIX wieku o inwalidztwie decydowała niepełnosprawność powstała podczas służby w wojsku. Przedwojenna polska definicja inwalidztwa określa: „przez słowo inwalida, pochodzące od łacińskiego *invalidus*, czyli słaby, niedołączny, chory, rozumie się żołnierza niezdolnego do dalszej służby wskutek kalectwa lub utraty zdrowia w wojsku” [zob. *Słownik wyrazów...*, 1939]. Dopiero po drugiej wojnie światowej zaczęto wskazywać na zdolność do wykonywania pracy jako kryterium odróżniające człowieka zdrowego od inwalidy. Takiemu ujęciu wymykały się jednak dzieci i młodzież kaleka oraz ludzie starsi, dlatego ustawodawcy w poszczególnych krajach próbowali osobno określić definicje inwalidztwa dla tych grup społecznych.

Ogólnie w definiowaniu niepełnosprawności wyróżniono tzw. model medyczny (indywidualistyczny) oraz model społeczny. W pierwszym przypadku definicję niepełnosprawności skupiały się przede wszystkim lub wyłącznie na założeniu, że niepełnosprawność jest osobistą tragedią danej osoby. W modelu tym kładzie się nacisk na motywację osoby do podejmowania wysiłku prowadzącego do usprawnienia jej funkcjonowania w społeczeństwie. W drugim podejściu zwraca się uwagę na to, że niepełnosprawność powstaje na skutek ograniczeń doświadczanych przez osoby nią dotknięte, które to ograniczenia stwarza społeczeństwo. Inaczej mówiąc, przyczyny niepełnosprawności nie leżą po stronie osoby niepełnosprawnej, lecz po stronie otoczenia.

W ostatnich trzydziestu latach zaczął dominować społeczny model niepełnosprawności w jej rozumieniu i definiowaniu. Skutkiem tego powstały definicje tego pojęcia uwzględniające społeczny wymiar niepełnosprawności. Na arenie międzynarodowej należy wspomnieć o definicji WHO z 2001 r., którą znajdujemy w ramach klasyfikacji ICFIDH-2 znanej pod nazwą „Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia” (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*). Przez niepełno-

sprawność (*disability*) rozumie się tam „wielowymiarowe zjawisko wynikające z wzajemnych oddziaływań między ludźmi odczuwającymi ograniczenia sprawności a ich fizycznym i społecznym otoczeniem” [zob. *International Classification...*, 1999, s. 195]. Ponadto w nowej klasyfikacji ICF podano szczegółowe definicje niepełnosprawności oraz zdefiniowano pojęcia ograniczenia aktywności jako „trudności, których człowiek może doświadczać podczas podejmowania aktywności i ograniczenia uczestnictwa jako problemy, których dana osoba może doświadczać, angażując się w sytuacje życiowe”.

Unia Europejska nie wypracowała jednolitej, uniwersalnej definicji niepełnosprawności i każdy kraj członkowski używa własnej klasyfikacji. Bywa ona na tyle różna, że czasem ktoś uznany za niepełnosprawnego w jednym kraju w innym mógłby nie zostać za takiego uznany [Wapiennik, Piotrowicz, 2002, s. 19]. W wielu krajach UE używa się różnych definicji niepełnosprawności w zależności od celów, w jakich mają być zastosowane (rentowych, rehabilitacyjnych, edukacyjnych itp.). Taka sytuacja występuje także w prawie polskim.

Rozróżnia się ponadto niepełnosprawność biologiczną i prawną. Nie każda osoba, która ma ograniczenia spowodowane uszkodzeniem lub obniżeniem sprawności organizmu, jest za taką uznana przez prawo. Oznacza to tzw. niepełnosprawność jedynie biologiczną, a więc odczuwaną przez kogoś, choć nie została ona usankcjonowana prawnie. Z drugiej strony może też być tak, że nie każda osoba z orzeczeniem niepełnosprawności musi rzeczywiście czuć się osobą niepełnosprawną [Otrębski, 1999, s. 19]. Z tego rodzaju rozróżnienia korzystał Główny Urząd Statystyczny w spisie powszechnym z 2002 r. Osobę niepełnosprawną określano tam jako osobę, „która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która takiego orzeczenie nie posiada, lecz odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa)” [Golinowska, 2004, s. 21].

Ostatnim – w sensie czasowym – dokumentem międzynarodowym, w którym możemy znaleźć definicję osoby niepełnosprawnej jest Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalona 13 grudnia 2006 r. przez ONZ, w której w art. 1 stwierdza się, że „do osób niepełnosprawnych zaliczają się osoby, z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami” [*Konwencja Praw...*, 2006].

W dalszej części opracowania zostaną przedstawione pokrótce problemy pomiaru niepełnosprawności w ujęciu międzynarodowym; wykorzystane źródła danych, a w części empirycznej pokarżemy poziom i dynamikę niepełnosprawności w krajach UE. Opracowanie zamknie podsumowanie.

POMIAR ZJAWISKA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I ŹRÓDŁA DANYCH

W kontekście powyższych rozważań na temat definicji niepełnosprawności jasno widać, że pomiar tego zjawiska z założeniem międzynarodowej porównywalności wyników jest trudny. Brak jednoznaczności w definiowaniu niepełnosprawności spowodowany jest różnicami w podejściu do tego problemu mającymi swe podłoże w różnicach kulturowych, społecznych i ekonomicznych między państwami. Mówienie więc o skali niepełnosprawności w ujęciu europejskim powinno zakładać pewną ostrożność w formułowaniu wniosków¹. Pomimo powyższych krytycznych uwag, co do porównywalności wyników pomiaru – ogólnie rzecz ujmując – problemu niepełnosprawności zaprezentujemy poniżej dane statystyczne, które pozwolą zorientować się w skali i strukturze niepełnej sprawności w Europie.

W większości badań statystycznych dotyczących problemu niepełnosprawności o zakresie międzynarodowym zadaje się pytania identyfikujące niepełnosprawność w stylu:

– czy masz ciągłe psychiczne lub fizyczne problemy ze zdrowiem, chorobę lub niepełnosprawność? Jeśli tak to:

– czy z powodu ciągłych psychicznych lub fizycznych problemów ze zdrowiem, choroby lub niepełnosprawności odczuwasz ograniczenia w codziennej aktywności? [zob. *Disability and Social...*, 2001, s. 5]. Na drugie z powyższych pytań daje się możliwość stopniowania poziomu ograniczenia codziennej aktywności. Zauważmy, że taki sposób identyfikacji niepełnosprawności nie odnosi się do żadnej definicji tego zjawiska i rodzi niebezpieczeństwo, że za niepełnosprawne uznane zostaną osoby², które niekoniecznie takimi osobami w rzeczywistości są.

Nieocenionym przewodnikiem po źródłach danych podejmujących problematykę niepełnosprawności jest raport przygotowany dla Academic Network of European Disability Experts (ANED)³ przez Wim van Oorschot'a [*European Comparative...*, 2009]. Raport ten zawiera spis oraz analizę wielu źródeł danych pod kontem ich wykorzystania dla analiz sytuacji osób niepełnosprawnych. Ponadto, w dodatkach dokładnie opisano poszczególne źródła w kontekście ich zawartości tematycznej, dostępności oraz zakresu czasowego i terytorialnego,

¹ Zauważmy, że zadanie nawet tak samo sformułowanego pytania identyfikującego osoby niepełnosprawne w różnokulturowych krajach może prowadzić do odmiennego jego zrozumienia, a więc do uzyskania wyników, które niekoniecznie muszą prowadzić do właściwych wniosków w analizie porównawczej tych państw.

² W tego typu badaniach statystycznych osoby same określają, czy mają problemy ze zdrowiem i w jakim stopniu.

³ ANED została powołana przez Komisję Europejską w 2008 r. w celach naukowego wspierania i doradztwa w zakresie polityki dotyczącej problemu niepełnosprawności.

którego dotyczą zebrane dane. Zbiorczo, badania statystyczne, w których zamieszczono pytania identyfikujące problem niepełnosprawności prezentuje tabela 1. Nie umieszczono tam wszystkich badań zawartych w oryginalnej tabeli. Pominięto przede wszystkim edycje Eurobarometru o numerach: 37.1, 44.3, 52.1, 57.0, 57.2, 58.2, 60.0, 64.3, 65.4, 66.2. Wykorzystanie zaprezentowanych źródeł danych może mieć jednak ograniczony charakter ze względu na różny sposób identyfikacji osób niepełnosprawnych w poszczególnych badaniach.

Tabela 1. Wybrane badania statystyczne w UE z pytaniami identyfikującymi problem niepełnosprawności, ze względu na obszar badania

Badanie	Obszar badania							
	Edukacja	Praca i zatrudnienie	Dochody i ochrona społeczna	Mobilność	Informacja i komunikacja	Udział w życiu politycznym	Udział w życiu kulturalnym	Dyskryminacja
CSES (<i>Comparative Study of Electoral System</i>) moduł 1 lata 1996–2001 oraz moduł 2 lata 2001–2006	▲	▲	▲			▲		
EQLS (<i>European Quality of Life Survey</i>) rok 2003	▲	▲	▲	▲		▲	▲	
EES (<i>European Social Survey</i>) runda 1–3 lata 2002/3, 2004/5, 2006/7	▲	▲	▲		▲	▲	▲	▲
Eurobarometr rok 1962	▲	▲	▲			▲		
Eurobarometr 54.2 rok 2001	▲	▲	▲					▲
Flash Eurobarometr oraz Flash Eurobarometr 69.1 rok 2008	▲	▲	▲					▲
EWCS (<i>European Working Conditions Survey</i>) rok 2005	▲	▲	▲			▲		▲
ISSP (<i>International Social Survey Program</i>) lata 1988–1991, 1993–1997, 1999, 2000, 2002, 2003, 2005, 2008	▲	▲	▲			▲		
ISSP rok 1998	▲	▲	▲			▲	▲	
SHARE (<i>Survey of Health, Ageing and Retirement</i>) lata 2004, 2006/7	▲	▲	▲			▲	▲	
ECHP (<i>European Community Household Panel</i>) lata 1994–2001	▲	▲	▲					
EU LFS (<i>European Union Labour Force Survey</i>) lata 1999–2008	▲	▲	▲					
EU SILC (<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions</i>) lata 2004–2008	▲	▲	▲					
LIS (<i>Luxembourg Income Study</i>) lata 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2004	▲	▲	▲	▲	▲		▲	
LWS (<i>Luxembourg Wealth Study</i>) różne lata	▲	▲	▲	▲	▲		▲	

Źródło: [European Comparative..., 2009, s. 10–12].

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W UE

Najnowsze dane w skali europejskiej dotyczące osób przewlekle chorych lub z długotrwałymi problemami zdrowotnymi można uzyskać z badania EU-SILC⁴. Według tego badania procent takich osób w UE w latach 2005–2007 był na mniej więcej stałym poziomie i wynosił ok. 32%. Należy podkreślić, że w badaniu EU-SILC rozpatruje się osoby w wieku 15 lat i więcej. Poziom niepełności według EU-SILC w poszczególnych państwach prezentuje tabela 2.

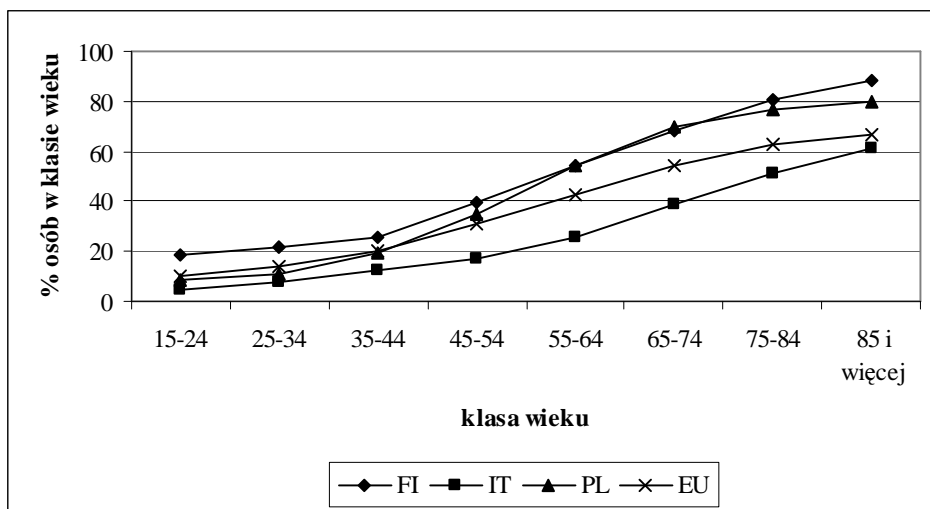
Tabela 2. Udział osób przewlekle chorych lub z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w państwach europejskich w latach 2005–2007

Państwo	Procent osób przewlekle chorych lub z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w roku:		
	2005	2006	2007
Austria (AT)	21,9	21,9	23,8
Belgia (BE)	24,9	24,7	24,8
Cypr (CY)	26,1	29,0	28,6
Czechy (CZ)	30,3	29,8	27,7
Niemcy (DE)	36,1	38,2	37,8
Dania (DK)	25,7	29,6	27,8
Estonia (EE)	38,4	38,5	40,2
Hiszpania (ES)	24,1	23,8	25,3
Finlandia (FI)	43,0	43,1	41,7
Francja (FR)	34,5	34,3	34,6
Grecja (EL)	20,0	20,2	21,6
Węgry (HU)	40,0	35,6	36,8
Irlandia (IE)	23,8	25,4	24,9
Islandia (IS)	25,2	24,4	18,1
Włochy (IT)	22,0	21,5	21,1
Litwa (LT)	30,1	33,4	31,5
Luksemburg (LU)	22,4	23,6	26,0
Łotwa (LV)	36,3	35,1	33,8
Malta (MT)	20,5	20,3	25,0
Holandia (NL)	30,3	32,0	31,6
Norwegia (NO)	31,6	33,7	30,3
Polska (PL)	32,0	32,4	32,0
Portugalia (PT)	32,2	30,8	33,2
Rumunia (RO)	-	-	19,5
Szwecja (SE)	41,7	35,0	34,8
Słowenia (SI)	30,7	36,4	37,6
Słowacja (SK)	26,8	27,4	27,3
Wlk. Brytania (UK)	37,2	38,1	35,8
Unia Europejska (EU)	31,1	31,4	30,7

Źródło: EU-SILC 2004–2007.

⁴ Bezpośredni dostęp do zagregowanych danych jest możliwy poprzez Internet na stronie: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database (lipiec 2009 r.).

W grupie państw o najmniejszym udziale osób niepełnosprawnych w społeczeństwie znalazły się Malta, Rumunia, Grecja oraz Islandia, natomiast najwyższy udział niepełnosprawnych obserwujemy w Finlandii, Estonii, Węgrzech i Szwecji. Okazuje się, że płeć różnicuje poziom niepełnosprawności. W UE w 2007 r. wśród kobiet 32,7% skarżyło się na długotrwałe problemy ze zdrowiem (w Polsce 35%), natomiast wśród mężczyzn 28,4% (w Polsce 28,7%). Taka sytuacja nie powinna dziwić, jeśli zauważymy, że wśród osób w podeszłym wieku przeważają kobiety. Udział niepełnosprawnych w społeczeństwie determinowany jest także wiekiem badanych osób. Potwierdza to rysunek 1, na którym zestawiono kształtowanie się frakcji osób niepełnosprawnych w poszczególnych klasach wieku dla UE oraz wybranych państw, w tym Polski.



Wykres 1. Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych klasach wieku w UE oraz w wybranych krajach w 2007 r.

Źródło: EU-SILC 2004–2007.

Zasadniczy wzrost poziomu niepełnosprawności (w szczególności dla Polski i Finlandii) zaczyna się w wieku powyżej 45 lat. Polska rysuje się jako kraj o wysokim odsetku osób odczuwających długotrwałe problemy ze zdrowiem wśród osób starszych i niskim wśród osób młodych.

W Unii Europejskiej w 2007 r. wśród pracujących osób było 19,8% niepełnosprawnych, natomiast wśród bezrobotnych obserwowano 29,2% takich osób. Podobnie było wśród kobiet oraz mężczyzn. W Polsce udział osób przewlekle chorych lub z długotrwałymi problemami zdrowotnymi wśród pracujących wynosił 17,2%, natomiast wśród bezrobotnych 20,5%. Wynika z tego, że co piaty

bezrobotny był osobą nie w pełni sprawną. Podobnie jest wśród kobiet oraz wśród mężczyzn. We wszystkich państwach (także w podziale ze względu na płeć) udział niepełnosprawnych wśród bezrobotnych jest wyraźnie większy od udziału niepełnosprawnych wśród osób zatrudnionych. Wskazuje to na gorszą sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy niż osób sprawnych. W takim układzie danych, jaki zawiera tabela 3, porównania międzynarodowe są utrudnione z uwagi na różną skalę badanego zjawiska w poszczególnych państwach. Większy udział bezrobotnych i jednocześnie niepełnosprawnych spowodowany może być większym udziałem osób niepełnosprawnych w danym społeczeństwie.

Tabela 3. Udział osób przewlekle chorych lub z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w grupie osób bezrobotnych oraz pracujących w państwach europejskich w układzie ze względu na płeć w 2007 r.

Państwo	Procent osób przewlekle chorych lub z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w grupie:					
	prac.	bezrob.	prac.	bezrob.	prac.	bezrob.
	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
Austria (AT)	14,6	32,5	15,2	29,1	14,2	35,2
Belgia (BE)	14,8	27,9	15,5	28,4	14,2	27,3
Cypr (CY)	20,6	20,9	19,7	16,6	21,3	28,0
Czechy (CZ)	15,4	30,4	16,2	30,4	14,7	30,4
Niemcy (DE)	27,6	44,8	29,2	43,5	26,3	46,2
Dania (DK)	20,2	46,2	22,8	47,8	18,1	43,8
Estonia (EE)	27,8	40,4	28,7	44,1	26,9	38,6
Hiszpania (ES)	14,3	22,3	13,8	21,1	14,6	24,4
Finlandia (FI)	27,9	44,7	29,4	41,0	26,5	48,5
Francja (FR)	24,0	32,8	25,8	34,6	22,3	31,1
Grecja (EL)	8,8	12,7	9,5	11,0	8,4	15,1
Węgry (HU)	19,5	25,1	20,7	27,7	18,6	22,7
Irlandia (IE)	14,4	25,7	13,8	21,0	14,9	28,3
Islandia (IS)	14,0	28,4	15,3	-	12,9	-
Włochy (IT)	11,3	12,3	13,0	12,2	10,1	12,4
Litwa (LT)	18,3	27,4	19,1	30,7	17,5	25,1
Luksemburg (LU)	19,1	35,3	20,5	24,1	18,1	45,4
Łotwa (LV)	21,6	31,2	23,7	35,1	19,6	27,8
Malta (MT)	11,0	17,6	9,3	16,3	11,8	18,0
Holandia (NL)	22,8	62,0	22,9	67,8	22,6	54,7
Norwegia (NO)	21,1	30,6	22,0	27,8	20,2	32,7
Polska (PL)	17,2	20,5	18,7	21,2	15,9	19,7
Portugalia (PT)	20,7	30,6	22,2	30,3	19,4	30,9
Rumunia (RO)	7,0	6,9	8,7	3,3	5,8	8,3
Szwecja (SE)	27,6	37,2	29,2	40,9	26,2	33,5
Słowenia (SI)	26,3	38,9	26,7	34,3	26,0	44,3
Słowacja (SK)	16,1	20,7	18,0	23,7	14,5	16,7
Wlk. Brytania (UK)	24,3	33,2	23,8	29,4	24,7	35,2
Unia Europejska (EU)	19,8	29,2	21,1	29,0	18,7	29,5

Źródło: EU-SILC 2004–2007.

Na koniec prezentacji sytuacji osób niepełnosprawnych w Europie pokażemy, jak kształtowały się udziały osób niepełnosprawnych w grupach ze względu na klasy dochodowe⁵. Odpowiednie dane zawiera tabela 4.

Tabela 4. Udział osób przewlekle chorych lub z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w państwach europejskich ze względu na klasę dochodową w 2007 r.

Państwo	Procent osób przewlekle chorych lub z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w klasie dochodowej:				
	pierwszej	drugiej	trzeciej	czwartej	piątej
Austria (AT)	30,5	26,3	23,1	21,8	20,0
Belgia (BE)	36,7	31,5	22,8	20,0	16,0
Cypr (CY)	50,6	31,1	24,8	22,6	18,0
Czechy (CZ)	36,8	37,6	28,3	20,9	17,5
Niemcy (DE)	46,5	43,2	38,8	35,4	30,2
Dania (DK)	33,4	33,5	27,5	23,2	23,3
Estonia (EE)	58,4	55,9	38,2	31,8	22,6
Hiszpania (ES)	33,8	30,4	25,3	21,2	17,8
Finlandia (FI)	56,0	45,5	40,2	36,4	31,7
Francja (FR)	39,5	40,2	34,3	32,3	30,8
Grecja (EL)	29,0	28,2	23,2	18,2	12,2
Węgry (HU)	39,2	45,3	40,6	35,2	29,1
Irlandia (IE)	41,1	33,4	22,0	18,8	15,9
Islandia (IS)	22,6	22,0	18,3	14,0	15,6
Włochy (IT)	24,3	25,2	22,0	19,0	17,2
Litwa (LT)	43,6	41,2	30,4	25,4	21,6
Luksemburg (LU)	25,8	30,7	27,7	25,4	22,7
Łotwa (LV)	48,6	43,2	34,8	27,2	20,1
Malta (MT)	36,2	34,8	24,1	20,6	13,5
Holandia (NL)	39,8	37,5	30,9	26,3	24,9
Norwegia (NO)	34,9	39,2	31,2	25,5	23,3
Polska (PL)	31,7	35,1	35,1	34,6	27,9
Portugalia (PT)	47,4	37,8	31,6	28,9	23,4
Rumunia (RO)	22,7	25,6	22,9	17,5	12,2
Szwecja (SE)	39,9	42,9	35,0	31,8	29,4
Słowenia (SI)	49,6	42,4	36,3	33,1	29,6
Słowacja (SK)	33,8	36,2	27,2	22,4	20,6
Wlk. Brytania (UK)	47,2	43,7	35,5	31,2	24,7
Unia Europejska (EU)	37,7	36,4	31,2	27,8	23,8

Źródło: EU-SILC 2004–2007.

⁵ Utworzono pięć klas dochodowych dla dochodów ekwiwalentnych: 1. – poniżej 20% mediany; 2. – 20 do 40% mediany; 3. – 40 do 60% mediany; 4. – 60 do 80% mediany oraz 5. – powyżej 80% mediany. Zauważmy więc, że w ostatniej klasie dochodowej mieści się ponad 50% badanej zbiorowości. Taki sposób konstrukcji klas dochodowych daje możliwość analizy zagrożenia ubóstwem. Jeden ze sposobów wyznaczania linii ubóstwa polega bowiem na ustaleniu granicznego dochodu będącego ustalonym procentem mediany dla dochodów ekwiwalentnych.

W większości państw udział osób niepełnosprawnych spada wraz ze wzrostem dochodu. Są jednak takie, w których ten spadek jest niewielki, a nawet występuje wzrost udziału osób niepełnosprawnych w kolejnych klasach dochodowych. Przykładem może być chociażby Polska. W pierwszej klasie dochodowej zaobserwowano 31,7% osób skarżących się na długotrwałe problemy ze zdrowiem. Jednak w kolejnych trzech klasach udział ten utrzymywał się na prawie jednakowym poziomie będąc jednocześnie wyższym niż w pierwszej klasie dochodowej. Wśród najbardziej majątnych osób udział niepełnosprawnych nieco zmalał, jednak nie jest to znaczące obniżenie jego poziomu. Podobna sytuacja jest w Szwecji, Francji, Włoszech, Luksemburgu oraz na Węgrzech. Podkreślić należy, że według tego badania w Polsce sytuacja osób niepełnosprawnych jest relatywnie (w odniesieniu do całego społeczeństwa) lepsza niż np. w Niemczech. Jednak wiedząc, że poziom dochodów w społeczeństwie niemieckim jest zdecydowanie wyższy niż w Polsce, można przypuszczać, że sytuacja dochodowa niemieckich niepełnosprawnych w odniesieniu do niepełnosprawnych w Polsce jest również zdecydowanie lepsza.

ZAKOŃCZENIE

W ostatnich dwudziestu latach obserwujemy wzrost zainteresowania społeczeństw i instytucji państwowych i międzypaństwowych problemami osób niepełnosprawnych. Jednak to zainteresowanie nie zawsze przekłada się na likwidowanie czy ograniczanie różnego rodzaju barier, czego doświadczają chociażby osoby niepełnosprawne w Polsce.

Porównania międzynarodowe poziomu i dynamiki niepełnosprawności w ramach UE są utrudnione. Przyczyn należy poszukiwać w braku jednolitej definicji osoby niepełnosprawnej w UE, jak również różnorodności kulturowej społeczeństw państw członkowskich. Z tego powodu zróżnicowanie badanego zjawiska między państwami jest dość duże. Z drugiej strony mamy obraz problemu niepełnej sprawności w percepcji społecznej poszczególnych państw. Na tym tle wydaje się więc niemożliwe uzyskanie czystego obrazu zróżnicowania poziomu niepełnosprawności między poszczególnymi państwami za pomocą pytań skierowanych bezpośrednio do respondentów. Rozwiązaniem byłby jednakowy system orzekania o niepełnosprawności np. w UE, co również wydaje się zadaniem mało realnym do realizacji.

Unia Europejska powinna jednak podjąć prace nad definicją niepełnosprawności oraz nad w miarę spójnym systemem statystyki w tym zakresie.

LITERATURA

Disability and Social Protection in Europe. Key Indicators, 2001, Theme 3 – Population and Social Conditions, European Commission, Eurostat.

- Golinowska S., 2004, *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*, Raport IPISS, zeszyt nr 25, Warszawa.
- International Classification of Functioning and Disability*, 1999, Beta-2 Draft, Full Version, July 1999, WHO, Geneva, Switzerland.
- Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych* (2006), tłumaczenie z angielskiego 61/06 Convention on the Rights of Persons with Disabilities, A/RES/61/106, 13.12.2006.
- Otrębski W. (red.), 1999, *System wsparcia aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*, Fundacja Miedzy Nami, Lublin.
- Słownik wyrazów obcych*, 1939, opr. Trzaska, Ebert, Michalski, Warszawa.
- Van Oorschot W., M. Balvers, M.Schols, I. Lodewijks, 2009, *European Comparative Data on the Situation of Disabled People: an Annotated Review*, ANED, March 2009.
- Wapiennik E., Piotrowicz R., 2002, *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel*, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, UKiE, Warszawa.

Streszczenie

Niepełnosprawność jest problemem społecznym. Świadczy o tym chociażby to, że w Polsce ok. 10% osób uznaje się za niepełnosprawne prawnie (mające orzeczenie o niepełnosprawności), natomiast ok. 25% polskich gospodarstw domowych styka się bezpośrednio z problemem niepełnej sprawności przynajmniej jednego ze swoich członków. Celem pracy jest porównanie państw Unii Europejskiej ze względu na problem niepełnosprawności. Analiza statystyczna wskazała na zróżnicowanie badanych państw w omawianym zakresie. Należy jednak mieć na uwadze trudności związane z niepełną porównywalnością danych statystycznych między państwami. Wynikają one przede wszystkim z braku jednolitej definicji niepełnosprawności w Unii Europejskiej oraz z różnorodności kulturowej państw członkowskich, co powoduje różne rozumienie tego samego pytania identyfikującego niepełnosprawną osobę. W kontekście tej analizy zasadne wydaje się podjęcie prac przez UE nad definicją niepełnosprawności oraz nad spójnym systemem statystyki w tym zakresie.

The Disability Problem in the EU Countries. Comparative Analysis

Summary

The disability is the social problem. In Poland about 10% persons are acknowledged as legally disabled person and 25% Polish households encounter directly with the problem of disability in the case of one of the member household at least. The aim of the paper is the comparative analysis of disability problem in EU countries. The statistical analysis showed a quite big diversity of EU countries in the considered topic. However, we have to have troubles with statistical data comparability across countries in mind. It is result of – first of all – lack of the uniform definition of disability in European Union and cultural diversity of member countries what is expressed in different understanding the same question to identification of disabled person. It needs some thought to create a uniform definition of disability and a consistent statistical system in this range.