

CenEA Research Note Series **RN02pl/09**

*Zdrowie, praca i styl życia populacji 50+ w Polsce
na tle innych krajów Europy*

*Michał Myck
Janusz Czapiński
Wojciech Dorabialski
Aleksandra Gilis-Januszewska
Małgorzata Kalbarczyk
Grzegorz Kula
Anna Nicińska
Roman Topór-Mądry
Marian Wiśniewski*

Zdrowie, praca i styl życia populacji 50+ w Polsce na tle innych krajów Europy¹

Michał Myck, Janusz Czapiński, Wojciech Dorabialski,
Aleksandra Gilis-Januszewska, Małgorzata Kalbarczyk,
Grzegorz Kula, Anna Nicińska, Roman Topór-Mądry, Marian Wiśniewski²

Proces starzenia się społeczeństw określane bywa często jako jedno z najpoważniejszych wyzwań społecznych XXI-go wieku. Fakt wydłużania się ludzkiego życia przy jednoczesnym spadku dzietności, znacząco zmienia strukturę demograficzną populacji wielu krajów. W konsekwencji osoby w wieku emerytalnym i przedemerytalnym zajmują w nich coraz istotniejsze miejsce. Powyższe procesy wymagają podjęcia działań dostosowawczych w wielu politykach publicznych, między innymi w zakresie polityki rynku pracy, czy w opiece medycznej.

Nie jesteśmy w stanie powstrzymać czy nawet gruntownie zmienić procesów demograficznych. Ale zrozumienie społeczno-ekonomicznych konsekwencji starzenia się społeczeństwa może pomóc nam w dostrzeżeniu i wykorzystaniu zalet tego procesu. Potrzebujemy jednak odpowiedzi na pytania typu: jak wykorzystać potencjał osób starszych na rynku pracy i ich aktywność w życiu społecznym?, jakie czynniki wpływają na ich zdrowie fizyczne i psychiczne i jak najefektywniej o nie zadbać? jaką rolę w życiu osób starszych

¹ Projekt "SHARE: 50+ w Europie" jest finansowany głównie przez Komisję Europejską, Dyрекję Generalną ds. Badań w ramach Programów Ramowych 5, 6 (w ramach projektów: QLK6-CT-2001- 00360; RII-CT- 2006-062193; CIT5-CT-2005-028857), przez amerykański National Institute on Aging (granty nr.: U01 AG09740-13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30 AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169), oraz inne krajowe instytucje. Wstępne analizy danych SHARE zostały dofinansowane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach Specjalnych Programów Badawczych (nr 347/6.PRUE/2007/7).

² Michał Myck – DIW-Berlin, CenEA i IFS, Janusz Czapiński – Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego i WSiFiZ, Wojciech Dorabialski – UOKiK, CenEA, Aleksandra Gilis-Januszewska – Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Roman Topór-Mądry – Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Małgorzata Kalbarczyk – Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, Grzegorz Kula – Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, Anna Nicińska - Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, Marian Wiśniewski – Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego

grają rodzina i znajomi i jak najlepiej połączyć rolę państwa i rolę najbliższych w zapewnianiu pomocy osobom najbardziej jej potrzebującym?

Odpowiedź na część tych pytań wymaga wielu pogłębionych badań. Część z nich dostarcza projekt „SHARE: 50+ w Europie”.³ Dane z SHARE pozwalają na wnikliwą analizę wpływu, jaki na indywidualny i społeczny przebieg starzenia się społeczeństw wywierają przyjęte rozwiązania instytucjonalne, gospodarcze, czy sytuacja społeczna i model kulturowy (więcej o założeniach projektu w ramce obok). W poniższym artykule przedstawiamy najważniejsze wstępne wyniki analiz uzyskane na podstawie danych SHARE. Obrazują one różnice pomiędzy Polską a innymi krajami uczestniczącymi w projekcie. Analizy danych o Polsce prezentujemy w porównaniu z danymi dla Czech oraz dwoma grupami krajów Unii (kraje północne - EU10-Pn: Austria, Belgia, Dania, Holandia, Niemcy i Szwecja oraz kraje południowe - EU10-Pd: Francja, Grecja, Hiszpania i Włochy).⁴

Jak wskazują poniżej zaprezentowane dane z lat 2006-2007, obraz polskiej populacji 50+, jaki wyłania się z nich jest raczej mało optymistyczny. Nie tylko stan zdrowia i samopoczucie Polaków po pięćdziesiątce dość znacznie odstaje od wyników dla innych krajów uczestniczących w projekcie SHARE (włączając Czechy). Polska populacja 50+ jest również dużo mniej aktywna zarówno na rynku pracy jak i poza nim. Znaczny odsetek osób, które opuściły rynek pracy to osoby „w pełni sił”, a potencjał ich aktywnej działalności pozostaje w dużej mierze niewykorzystany. Znaczny odsetek pracujących Polaków deklaruje chęć odejścia na emeryturę „tak szybko, jak to możliwe”. Ma to silny związek z niską oceną warunków pracy, ale wiąże się również z obowiązkiem do niedawna części przywilejów wczesnego odejścia na emeryturę.

Zdrowie Polaków po pięćdziesiątce. Polska społeczność 50+ znacznie gorzej ocenia swoje zdrowie fizyczne i psychiczne w porównaniu do swoich odpowiedników z pozostałych krajów Unii Europejskiej biorących udział w badaniu. Widoczne jest to szczególnie gdy dochodzi to samooceny własnego zdrowia. Ale w zakresie zdrowia fizycznego gorszy stan zdrowia Polaków potwierdzają również bardziej obiektywne miary stanu zdrowia. Tylko 8.1 procent Polaków i 7.3 procent Polek w wieku 50+ ocenia swój stan zdrowia jako doskonały lub bardzo dobry, co silnie kontrastuje z danymi dla krajów północnych UE gdzie około jednej trzeciej respondentów deklaruje doskonały lub bardzo dobry stan zdrowia (Tabela 1).

³ Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.

⁴ Celem artykułu jest również zaprezentowanie szerokiego zakresu danych SHARE by zachęcić środowisko naukowe w Polsce do wykorzystania tej bazy danych. Dane SHARE dostępne są bezpłatnie dla całego środowiska naukowego. Jedynym warunkiem uzyskania dostępu do danych jest wypełnienie formularza potwierdzającego naukowy charakter wykorzystania danych.

Choć na południu Europy i w Czechach samoocena zdrowia w tych kategoriach wypada gorzej niż w krajach północnych, to jednak odsetek osób wysoko oceniających swój stan zdrowia jest znacznie wyższy niż w Polsce.

Wyniki wyglądają podobnie dla innych „deklaracyjnych” miar zdrowia. Na przykład zarówno w północnych jak i w południowych krajach EU tylko około 20 procent mężczyzn i nieco ponad 30 procent kobiet deklaruje trzy lub więcej dolegliwości zdrowotne (takie jak bóle stawów, trudności w oddychaniu, problemy żołądkowe). W Czechach odsetek osób z trzema lub więcej dolegliwościami wynosi 24 procent dla mężczyzn i 40 procent dla kobiet, a w Polsce odpowiednio - 35 procent i 51 procent. Polacy wypadają również najgorzej jeśli weźmiemy pod uwagę ich deklaracje dotyczące poważnego ograniczenia aktywności.

W danych SHARE rejestrowane są również bardziej obiektywne miary zdrowia (np. pomiar uścisku dłoni oraz prędkości chodzenia).⁵ W tym wypadku stan zdrowia w Polsce wygląda bardzo podobnie do pomiarów w krajach południowych. Podczas gdy średni uścisk dłoni wśród mężczyzn na północy wynosi 40.6kg, to w Polsce 38.6kg, a w południowych krajach - 37.6kg. W tym przypadku bardzo dobrze wypadają Czesi 50+, którzy zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn mają średni pomiar uścisku dłoni na poziomie wyższym niż średnia w północnych krajach EU.

Niski poziom uścisku dłoni na południu Europy jest jedną z ciekawszych zagadek wynikających z danych SHARE, gdyż generalnie rzecz biorąc siła uścisku dłoni dobrze koreluje z ogólnym stanem zdrowia i z oczekiwaną długością życia. Ciekawą obserwacją w badaniu SHARE jest to, iż wyniki siły uścisku dłoni sugerują gorszy stan zdrowia w krajach południowych, a jednak oczekiwana długość życia na południu Europy jest wyższa niż na północy.

Jedną z istotniejszych obserwacji na podstawie polskich danych SHARE w kwestiach zdrowia psychicznego jest bardzo duża rozbieżność między deklaracjami samopoczucia z jednej strony i aktywnym poszukiwaniem pomocy medycznej lub medyczną identyfikacją depresji z drugiej. Jak widzimy w Tabeli 2, 37 procent Polaków i 58 procent Polek deklaruje cztery lub więcej symptomy depresji (spośród badanych 12 takich jak poczucie przygnębienia, problemy ze snem, brak energii do codziennych zajęć, kłopoty z koncentracją, płacz). Dla porównania w północnych krajach EU takie objawy deklaruje tylko 14 procent

⁵ Zarówno siła uścisku dłoni jak i prędkość chodzenia (mierzona jako prędkość normalnego, naturalnego sposobu poruszania się) są powszechnie stosowanymi w epidemiologii miarami odzwierciedlającymi ogólny stan zdrowia.

mężczyzn i 23 procent kobiet, natomiast w Czechach - 17 procent mężczyzn oraz 35 procent kobiet.

Tabela 1. Wybrane miary zdrowia fizycznego w bazie SHARE.

		EU10-Pn		EU10-Pd		Czechy		Polska	
		M	K	M	K	M	K	M	K
Samoocena stanu zdrowia (procent)	b.dobry lub doskonały	34.4	32.6	26.6	21.6	19.9	18.5	8.1	7.3
	dobry	37.1	36.3	39.8	38.9	38.0	38.8	30.2	30.2
	zadowalający lub zły	28.5	31.1	33.6	39.5	42.1	42.7	61.7	62.5
Deklaracja trzech lub więcej dolegliwości zdrowotnych (%)		19.3	32.8	19.8	35.1	24.3	40.3	34.5	51.4
Poważne ograniczenia aktywności (%)		14.2	16.3	10.3	11.2	19.4	18.3	29.1	27.4
Średnia siła uścisku dłoni (kg)		40.6	25.9	37.6	23.4	41.7	26.1	38.6	23.7
Szybkość chodzenia (75+) (% osób <=0.4m/s)		10.9	14.8	23.7	31.8	16.2	21.1	24.8	29.8

Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

Tabela 2. Wybrane miary zdrowia psychicznego w bazie SHARE.

		EU10-Pn		EU10-Pd		Czechy		Polska	
		M	K	M	K	M	K	M	K
Deklaracja czterech lub więcej symptomów depresji (%)		14.1	23.3	21.6	42.3	17.2	30.5	37.0	58.4
Odsetek osób deklarujących cierpienie na symptomy depresji (kiedykolwiek) trwające przynajmniej dwa tygodnie (%)		21.8	31.4	22.7	43.0	22.2	44.2	15.5	25.5
Odsetek osób kiedykolwiek leczonych na depresję (%)		9.3	16.4	11.4	25.6	5.9	17.2	5.1	11.8
Odsetek osób kiedykolwiek przyjętych do szpitala psychiatrycznego lub na oddział psychiatryczny (%)		2.3	3.4	1.3	3.2	1.9	4.0	1.4	2.3

Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07. Wiek jako kowariant.

Jednocześnie w Polsce bardzo niski odsetek osób rozpoznaje u siebie długotrwałe symptomy depresji. Chodzi o osoby, które nazywając swoje odczucia mianem „depresji” (16 procent mężczyzn i 26 procent kobiet). W konsekwencji mamy niski odsetek osób kiedykolwiek leczonych na depresję – zarówno hospitalizowanych jak i

niehospitalizowanych. Tylko 5 procent Polaków i 12 procent Polek leczyło się na depresję, podczas gdy w krajach północnych EU odpowiednio 9 procent i 16 procent, a w południowych - 11 procent i 26 procent.

Powyższe wyniki badań wskazują na istnienie rozbieżności w zakresie rozumienia miar zdrowia psychicznego. Może to sugerować, że Polacy - w porównaniu do innych krajów - dużo silniej odróżniają złe psychiczne samopoczucie, wyrażające się przygnębieniem, płaczem, etc. od „depresji” traktowanej jako psychiczną chorobę. Za tym idzie kwestia identyfikacji złego samopoczucia jako „depresji” i podjęcie leczenia mającego na celu poprawienie stanu zdrowia. Z drugiej strony wyniki te mogą sugerować inne podejście ze strony opieki medycznej do kwestii problemów psychicznych w Polsce i innych krajach SHARE (włącznie z Czechami). Jeśli złe psychiczne samopoczucie nie jest traktowane w Polsce w tym samym stopniu jako objaw choroby, to pozostaje nienazwane chorobą i nieleczone.

Tabela 3. Palenie, alkohol i aktywność fizyczna w danych SHARE (w %).

		EU10-Pn		EU10-Pd		Czechy		Polska	
		M	K	M	K	M	K	M	K
Palenie	kiedykolwiek	61.2	46.5	60.0	28.6	54.6	29.4	75.6	37.4
	aktualnie jeśli	23.6	20.9	29.7	19.2	48.0	60.2	44.0	53.1
	kiedykolwiek aktualnie % całej próby	14.4	9.7	17.8	5.5	26.2	17.7	33.3	19.9
Aktywność fizyczna	brak intensywnej aktywności	35.7	43.3	41.5	45.3	39.1	53.3	52.5	60.0
	brak umiarkowanej aktywności	7.2	10.3	12.8	16.3	13.2	17.6	21.0	24.9
Nadwaga	BMI 25/29.9	48.4	35.5	52.8	38.2	52.2	42.1	43.3	38.6
	BMI >=30	13.8	14.9	17.8	17.5	23.3	24.8	21.2	29.2
	BMI >=25	62.2	50.4	70.6	55.7	75.5	66.9	64.5	67.8

Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

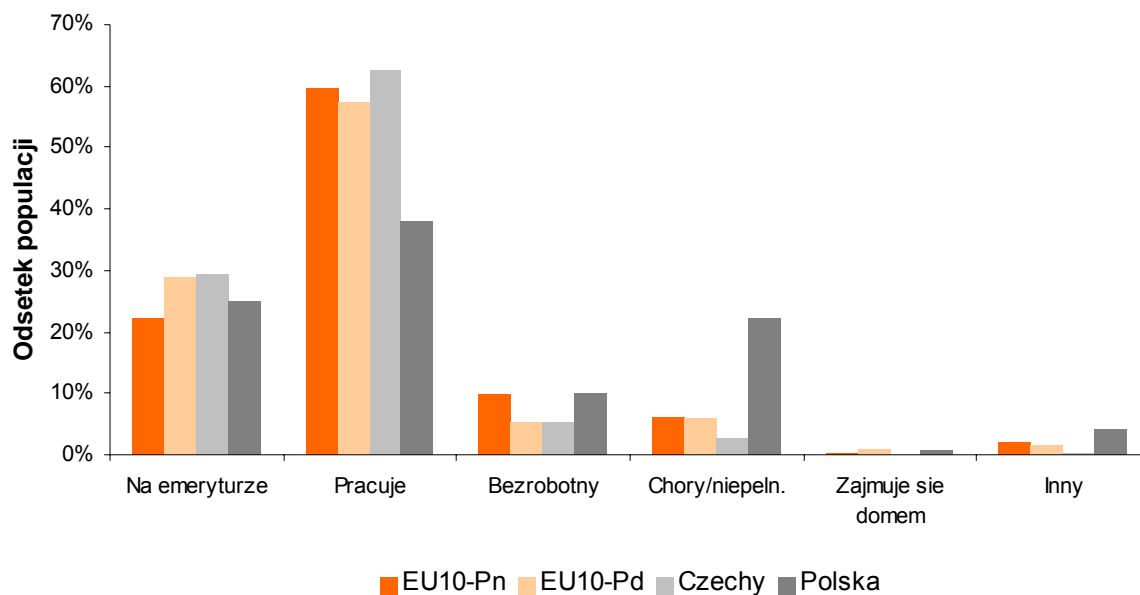
Polacy palą więcej i piją rzadziej. Polska społeczność 50+ różni się również względem stylu życia i skłonności do tak zwanych ryzykownych zachowań (palenie tytoniu czy spożywanie alkoholu). Może to oczywiście wiązać się z wynikami przedstawionymi powyżej dotyczącymi stanu zdrowia. Jak pokazuje Tabela 3 Polacy wypadają gorzej niż pozostałe kraje jeśli chodzi o palenie i aktywność fizyczną. Spośród osób, które kiedykolwiek paliły, aktualnie pali 44 procent mężczyzn i aż 53 procent kobiet w porównaniu do 24 procent

mężczyzn i 21 procent kobiet w północnych krajach i 30 procent mężczyzn i 19 procent kobiet w krajach południowych. W odniesieniu do całej populacji 50+ odsetek osób palących w Polsce w przypadku mężczyzn jest dwukrotnie wyższy niż w krajach EU10, a w przypadku kobiet dwukrotnie wyższy niż w krajach północnych i prawie czterokrotnie wyższy niż na południu Europy.

Nasza społeczność 50+ wykazuje również najniższy stopień aktywności fizycznej. Ponad 50 procent badanych mężczyzn i 60 procent kobiet wykazuje brak zaangażowania w intensywną aktywność fizyczną, a brak nawet umiarkowanej aktywności deklaruje ponad 20 procent Polaków w wieku 50+. Dla porównania w północnych krajach SHARE brak aktywności deklaruje tylko 7 procent mężczyzn i 10 procent kobiet, a w Czechach odpowiednio 13 procent i 18 procent. Ten brak aktywności częściowo odzwierciedlony jest w otyłości Polaków. Tzw. Body-Mass-Index przekracza granicę otyłości w przypadku prawie 30 procent polskich kobiet w wieku 50+ i ponad 20 procent mężczyzn. W krajach północnych EU odsetek ten wynosi około 14 procent dla mężczyzn i 15 procent dla kobiet. Co prawda gdy weźmiemy pod uwagę zarówno osoby otyłe ($BMI \geq 30$) jak i osoby z nadwagą ($BMI 25/29.9$) to okazuje się, że odsetek tych drugich w Polsce nie jest aż tak wysoki. Nie mniej jednak odsetek kobiet z BMI powyżej granicy nadwagi (25) jest wyższy w Polsce niż w Czechach i w krajach EU10.

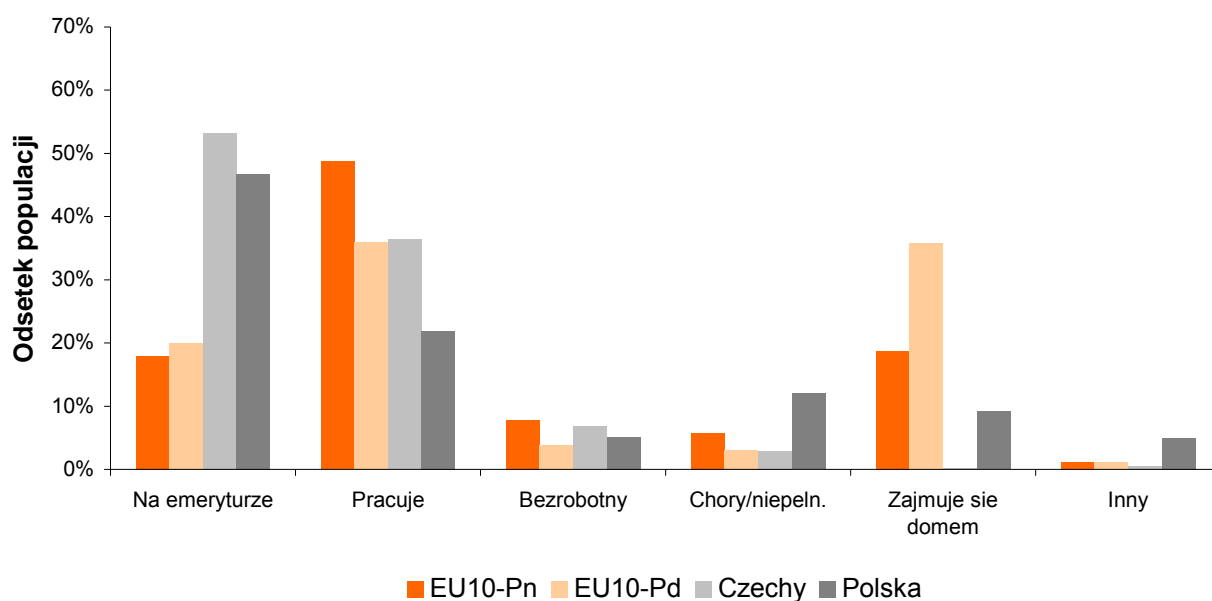
50+ na rynku pracy. Nasza społeczność 50+ jest zdecydowanie mniej aktywna zawodowo w porównaniu do innych krajów uczestniczących w projekcie badawczym SHARE. Dotyczy to zarówno mężczyzn jak i kobiet, a różnice można zaobserwować zarówno w stosunku do krajów EU10 jak i do poziomu zatrudnienia w Czechach. W grupie wiekowej 50-64 w Polsce pracuje (określa swój status na rynku pracy jako „zatrudniony lub samozatrudniony”) tylko 38 procent mężczyzn i 22 procent kobiet (patrz Wykres 1a i 1b), podczas gdy w Czechach liczby te to odpowiednio 62 procent i 36 procent. W tej grupie wiekowej wśród mężczyzn w Polsce bardzo wysoki odsetek określa się jako chorych lub niepełnosprawnych (22 procent), a wśród kobiet prawie co druga osoba jest na emeryturze (48 procent). Wśród kobiet odsetek osób chorych lub niepełnosprawnych jest również bardzo wysoki i wynosi 12 procent.

Wykres 1a. Status na rynku pracy. Mężczyźni w wieku 50-64.



Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

Wykres 1b. Status na rynku pracy. Kobiety w wieku 50-64.



Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

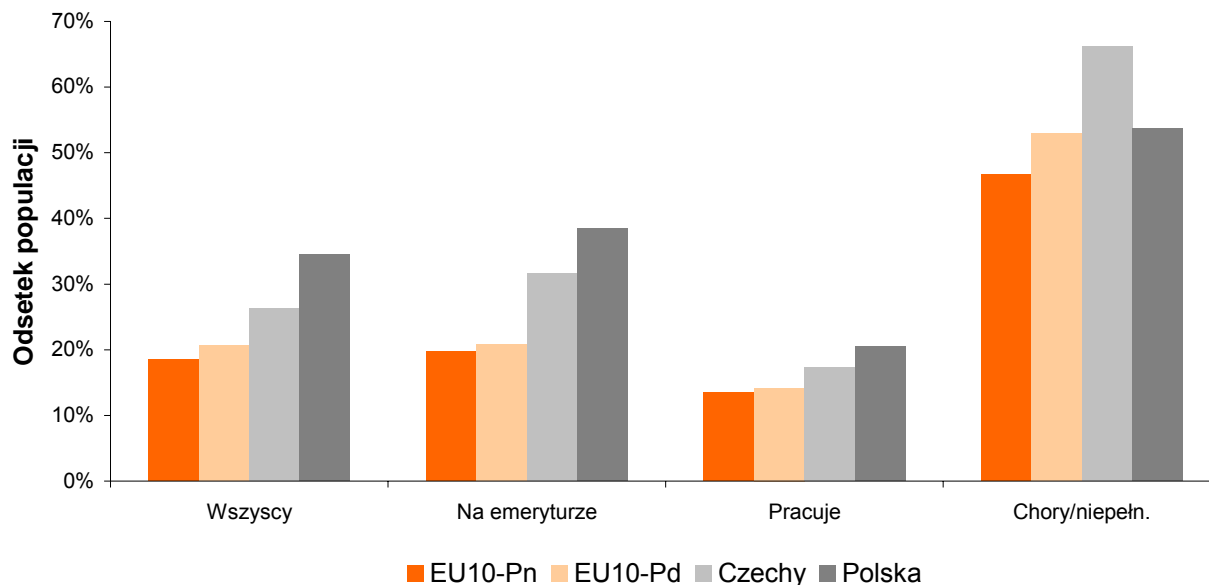
Niekorzystnie wypada stan zdrowia Polaków w grupie wiekowej 50-64, podobnie jak w przypadku całej próby 50+. Obejmuje to większość wskaźników zdrowotnych uwzględnionych w SHARE. Co więcej, stan zdrowia Polaków jest na niższym poziomie niż w krajach EU10 i w Czechach zarówno wśród osób przebywających na emeryturze jak i wśród osób pracujących. Wśród emerytów (w wieku 50-64) aż 38 procent w Polsce deklaruje trzy

lub więcej dolegliwości zdrowotne (Wykres 2), prawie dwa razy więcej niż w północnych i południowych krajach EU10 i o 6 punktów procentowych więcej niż w Czechach. Co ciekawe również wśród osób pracujących (których w Polsce jest stosunkowo mniej niż w innych krajach) odsetek osób z trzema lub więcej dolegliwościami zdrowotnymi wynosi aż 21 procent. Dla porównania w krajach północnych EU ten odsetek to 13 procent, a w Czechach 17 procent. Patrząc na te dane pojawia się pytanie o istotę relacji między stanem zdrowia i aktywnością zawodową – na ile stan zdrowia wpływa na brak aktywności w Polsce, a w jakim stopniu brak aktywności ma wpływ na zdrowie i samopoczucie. Co ciekawe – jak zobaczymy poniżej – w Polsce bardzo niewielu spośród emerytów deklaruje stan zdrowia jako główną przyczynę przejścia na emeryturę.

Związek pomiędzy stanem zdrowia i poziomem zatrudnienia warto rozważyć z punktu widzenia wykorzystania zasobów ludzkich. Na tę zależność warto jest też spojrzeć z drugiej strony, skupiając się tylko na osobach zdrowych. W tym przypadku Polska znów wypada niekorzystnie na tle innych krajów. Otóż w krajach południowych i północnych EU10 oraz w Czechach odsetek pracujących mężczyzn wśród tych, którzy nie deklarują żadnych dolegliwości zdrowotnych wynosi prawie 70 procent. Tymczasem w Polsce ten wskaźnik to tylko 51 procent (Tabela 4). Wśród kobiet, które nie deklarują dolegliwości w północnych krajach EU pracuje 49 procent kobiet, a na południu i w Czechach 36 procent. W Polsce ten odsetek to zaledwie 22 procent. Prawie jedna trzecia polskich mężczyzn i niemalże połowa kobiet w wieku 50-64 nie deklarujących żadnych dolegliwości zdrowotnych przebywa na emeryturze.

A zatem biorąc pod uwagę powyższe dane raczej trudno byłoby obronić tezę, że o braku aktywności zawodowej Polaków decyduje wyłącznie zły stan zdrowia Polaków. Jednocześnie dane te wskazują na to, jak bardzo niewykorzystany jest w Polsce potencjał osób w wieku 50-64 na rynku pracy w porównaniu do innych krajów Europy.

Wykres 2. Zdrowie i status na rynku pracy: odsetek osób w wieku 50-64 deklarujących trzy lub więcej dolegliwości.



Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

Tabela 4. Status na rynku pracy wśród osób (w wieku 50-64) deklarujących brak dolegliwości zdrowotnych.

	EU10-Pn	EU10-Pd	Czechy	Polska
Mężczyźni				
Na emeryturze	20.0	25.2	24.1	28.0
Pracuje	68.7	66.7	69.4	50.7
Inny	11.2	8.1	6.5	21.3
Kobiety				
Na emeryturze	17.9	20.0	53.3	46.7
Pracuje	48.7	36.0	36.4	21.9
Inny	33.4	44.0	10.3	31.4

Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

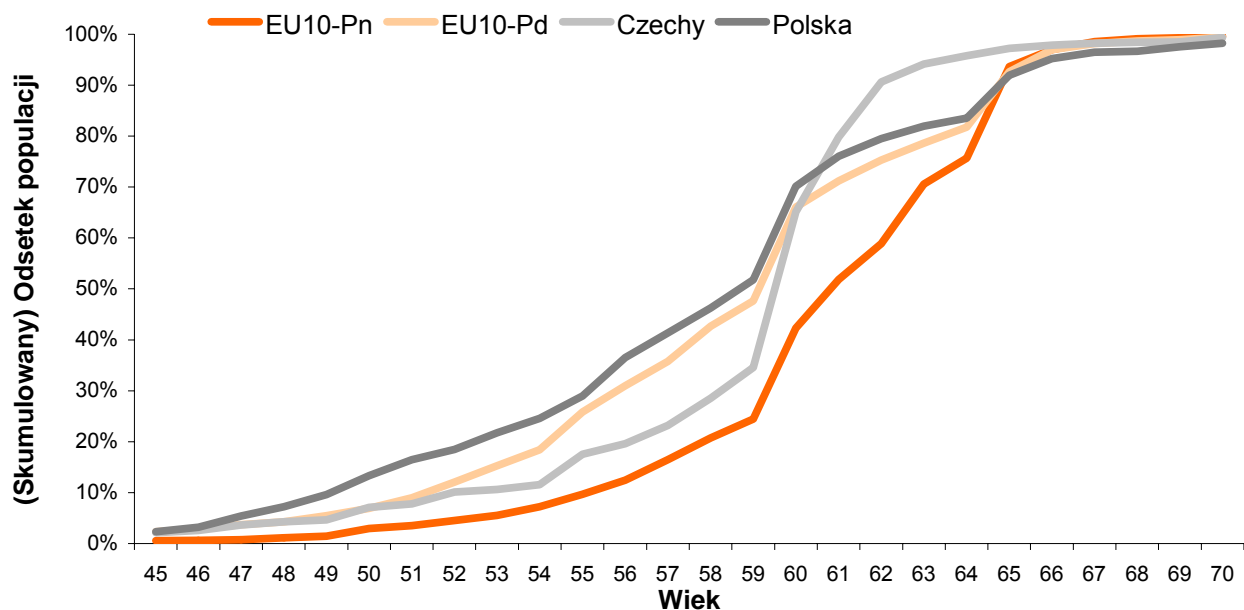
Dane SHARE sugerują, że jednym z głównych czynników decydujących o zawodowej aktywności osób w wieku 50+ są czynniki systemowe, a więc ustawodawstwo umożliwiające z jednej strony wczesne przejście na emeryturę, a z drugiej inne formy nieaktywności zawodowej takie jak ubezpieczenia/renty od niepełnosprawności. Wpływ czynników systemowych dobrze odzwierciedla zróżnicowanie wieku przejścia na emeryturę przedstawione na Wykresach 3a i 3b. Pokazują one skumulowane odsetki populacji emerytów w próbie SHARE w zależności od wieku w którym przeszli oni na emeryturę. Dane SHARE

odzwierciedlają podobieństwo dynamiki przechodzenia na emeryturę w Polsce i w południowych krajach EU10 w przypadku mężczyzn, oraz bardzo duże różnice pomiędzy dynamiką emerytalną w przypadku kobiet w krajach EU10 i w Polsce oraz Czechach. Jak widać z wykresów, najpóźniej na emeryturę odchodzą mieszkańcy krajów północnych. Dla przykładu przed osiągnięciem wieku 60 lat na emeryturę w tych krajach przeszło zaledwie 24 procent zarówno mężczyzn jak i kobiet. W krajach południowych odpowiednio 48 procent i 41 procent, a w Polsce 52 procent i 65 procent. W Polsce 45 procent kobiet, które obecnie są na emeryturze, przeszło na emeryturę zanim osiągnęły 56 rok życia. W krajach północnych ten odsetek to zaledwie 11 procent.

Interesujące jest to, iż w dużej większości przypadków obecni polscy emeryci podają, że głównym powodem ich przejścia na emeryturę jest uzyskanie uprawnień emerytalnych (80 procent), a tylko 7 procent jako główny powód podaje kłopoty ze zdrowiem (Tabela 5). W północnych krajach EU uprawnienia do emerytury jako główny powód przejścia na emeryturę podaje 59 procent emerytów, a na problemy zdrowotne wskazuje 13 procent. Te informacje w zestawieniu ze stanem zdrowia obecnych emerytów w wieku 50-64 (Wykres 2) mogą sugerować, iż to nie zły stan zdrowia powoduje przejście na emeryturę, tylko wręcz przeciwnie, wczesne odejście z pracy w jakiś sposób przyczynia się do gorszego samopoczucia i pogorszenia stanu zdrowia. Z tej racji, że dla Polski nie dysponujemy jak dotąd danymi panelowymi, które umożliwiłyby potwierdzenie takiej hipotezy, na bardziej szczegółową analizę tego typu zagadnień musimy jeszcze poczekać do czasu zebrania kolejnych rund danych SHARE.

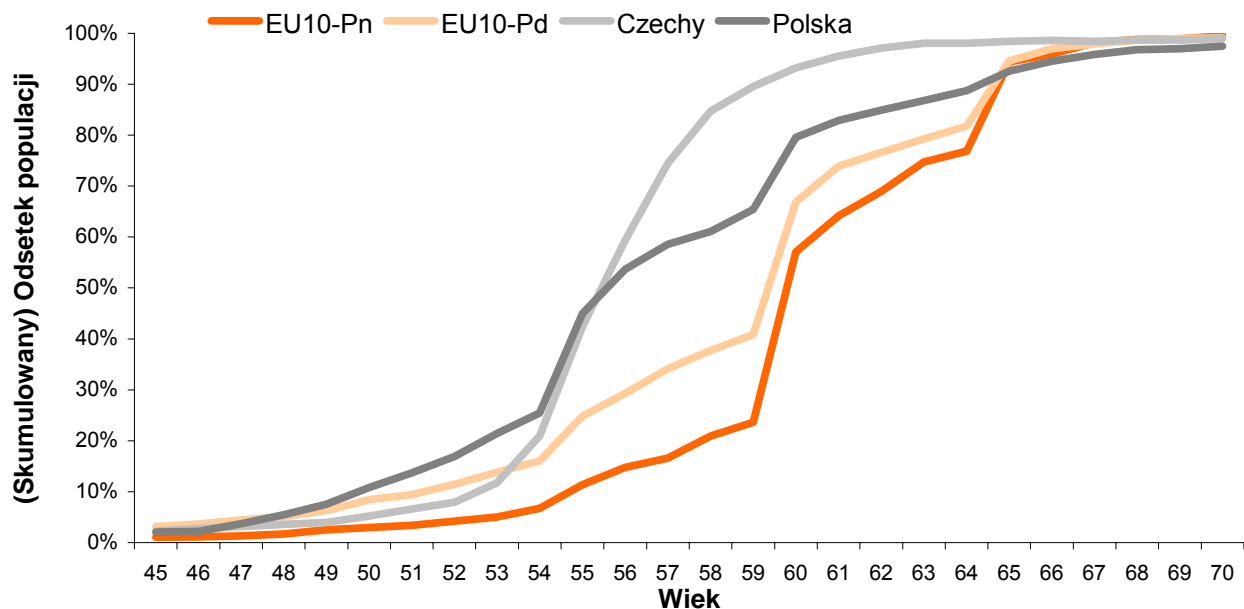
Dane SHARE potwierdzają, że na decyzję o przejściu na emeryturę duży wpływ mają również warunki pracy w jakich przychodzi pracować osobom w wieku przedemerytalnym. Polacy w wieku 50-64 oceniają warunki pracy znacznie gorzej, co dokumentuje Tabela 6. W Polsce tylko 46 procent pracujących twierdzi, że ma możliwości zdobywania nowych umiejętności w swojej pracy, a tylko 31 procent że wysokość ich zarobków jest odpowiednia do ich wysiłku i osiągnięć w pracy. Te proporcje w przypadku krajów północnych to odpowiednio 75 procent i 58 procent, a w przypadku Czech 74 procent i 71 procent. Praca osób w wieku 50-64 w Polsce zdaje się wymagać więcej wysiłku fizycznego niż w innych krajach, a tylko 57 procent pracujących nie zgadza się ze stwierdzeniem, że ma niewiele swobody w decydowaniu o tym jak wykonuje swoją pracę.

Wykres 3a. Wiek przejścia na emeryturę - mężczyźni.



Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

Wykres 3b. Wiek przejścia na emeryturę - kobiety



Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

Tabela 5. Powody przejścia na emeryturę i aktywność zawodowa emerytów

	EU10-Pn	EU10-Pd	Czechy	Polska
Powód przejścia na emeryturę				
- uzyskanie uprawnień	59.4	75.8	74.1	79.9
- możliwość przejścia na wcześniejszą emeryturę	16.6	9.0	6.7	8.1
- z powodu złego stanu własnego zdrowia	13.1	7.4	13.7	6.9
- inny powód	10.9	7.8	5.5	5.1

Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

Poza tym Polacy w wieku 50-64 znacznie niżej oceniają swój poziom pewności zatrudnienia niż odpowiednicy wiekowi w innych krajach SHARE. Być może nic dziwnego zatem w tym, że aż 62 procent chciałoby odejść z obecnej pracy na emeryturę tak szybko jak to możliwe (mimo, iż prawie 90 procent pracujących jest generalnie rzecz biorąc zadowolona ze swojej pracy). W przypadku krajów północnych ten odsetek to tylko 43 procent, a w przypadku Czech 39 procent. Subiektywne oceny dotyczące niepewności utrzymania zatrudnienia przynajmniej potwierdzone są przez bardziej obiektywne miary. W Polsce umowę na czas nieokreślony ma mniejszy odsetek osób w wieku 50-64. Wynosi on 71 procent, podczas gdy w Czechach jest to 80 procent, a w krajach EU10 około 90 procent. W Polsce i Czechach więcej jest też osób w tej grupie wiekowej, które zmieniły pracę w przeciągu ostatnich 5 lat – około 26 procent, w porównaniu z 20 procent w północnych krajach EU10 i 14 procent na południu Europy. Na uwagę zasługuje również fakt, że wśród pracujących osób w wieku 50-64, w Polsce prawie połowa to osoby pracujące w tych samych miejscach pracy co przed rokiem 1990-tym, podczas gdy w Czechach to tylko 29 procent. Oznacza to, że ponad dwie trzecie tych osób w Czechach zmieniło pracę w okresie transformacji.

Aktywność w domu i poza-domem. Dane SHARE zawierają także informacje dotyczące aktywności społecznej oraz bliskości związków rodzinnych i wzajemnej pomocy udzielanej i otrzymywanej przez członków społeczności 50+ (Tabela 7). W tym zakresie Polska nie odbiega znacząco od innych krajów Europy. Polscy dziadkowie i polskie babcie równie często co ich odpowiednicy w innych krajach EU opiekują się swoimi wnukami (odpowiednio 41 procent i 46 procent), a osoby w wieku 50+ równie często udzielają pomocy innym osobom w obrębie gospodarstwa domowego (10 procent) jak i otrzymują pomoc od innych domowników (14 procent).

Tabela 6. Ocena jakości pracy wśród pracujących osób w wieku 50-64

	EU10-Pn	EU10-Pd	Czechy	Polska
Zgadzam się, że:				
Mam możliwości zdobywania nowych umiejętności	74.8	61.9	73.8	45.5
Biorąc pod uwagę cały wysiłek, który wkładam w moją pracę i wszystkie moje osiągnięcia, wysokość moich zarobków jest odpowiednia	58.3	51.5	52.8	31.4
Pewność zatrudnienia w mojej pracy jest niewielka	18.3	16.1	28.7	39.6
Nie zgadzam się, że:				
Moja praca wymaga dużego wysiłku fizycznego	58.3	54.1	49.6	38.7
Jestem pod ciągłą presją czasową z powodu dużego obciążenia pracą	40.5	50.3	43.6	50.5
Mam bardzo niewiele swobody w decydowaniu o tym, w jaki sposób wykonuję moją pracę	75.7	73.9	60.4	56.5
<hr/>				
Odsetek pracowników najemnych	85.2	76.2	82.1	79.1
Pracownicy najemni z umową na czas nieokreślony	92.0	89.8	79.5	70.5
Czas zatrudnienia w obecnym miejscu pracy:	0-5 lat	19.8	13.5	25.7
	6-18 lat	32.4	23.6	28.2
	19+ lat	47.9	62.9	28.6
<hr/>				
Biorąc wszystko pod uwagę, jestem zadowolony/a ze swojej pracy	93.3	89.6	92.3	88.2
Chciałbym odejść z obecnej pracy na emeryturę tak szybko, jak to możliwe	42.7	56.7	39.4	61.7

Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07.

O ile Polacy charakteryzują się utrzymywaniem bliskości relacji w obrębie rodziny na podobnym poziomie, jak i w innych krajach EU, to już ich aktywność poza domem jest znacząco niższa. Polacy w wieku 50+ bardzo rzadko udzielają się społecznie w ramach prac charytatywnych lub wolontariatu. Taką aktywność zgłasza tylko 3 procent mężczyzn i 1 procent kobiet i, co ciekawe, jest ona równie niska w Polsce co i w Czechach. Dla porównania w północnych krajach EU taką aktywność zgłasza 17 procent mężczyzn i 13 procent kobiet. W tych krajach dużo bardziej rozpowszechnione są również szkolenia i kursy edukacyjne (7 procent w porównaniu do niecałych 2 procent w Polsce). W przypadku poza-zawodowej aktywności największa dysproporcja pomiędzy Polską i pozostałymi krajami SHARE dotyczy aktywności towarzysko-sportowej. Podczas gdy 28 procent mężczyzn i 23 procent kobiet w krajach północnych deklaruje uczęszczanie do klubu sportowego lub towarzyskiego, w Polsce jest to jedynie niecałe 3 procent zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn. Te dane w

pewnym stopniu pokrywają się z informacjami dotyczącymi aktywności fizycznej przedstawionymi w Tabeli 3, choć w przypadku społecznej aktywności dysproporcje pomiędzy Polską i pozostałymi krajami SHARE są zdecydowanie większe.

Tabela 7. Aktywność społeczna i wzajemna pomoc.

	EU10-Pn		EU10-Pd		Czechy		Polska	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Odsetek osób, które w ostatnim miesiącu:*								
- uczestniczyły w pracach ochotniczych, charytatywnych lub wolontariacie (%)	17.3	12.9	10.2	9.2	2.5	3.1	3.4	1.1
- uczestniczyły w szkoleniu lub kursie edukacyjnym (%)	7.3	7.0	3.1	3.9	3.7	6.7	1.3	1.6
- uczęszczały do klubu sportowego, towarzyskiego lub innego rodzaju (%)	28.4	23.2	14.5	12.9	17.1	13.2	2.7	2.2
Odsetek dziadków i babć, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy zajmowały się wnukami w czasie nieobecności ich rodziców:	42.2	42.3	39.4	46.7	34.8	43.4	41.2	46.4
Odsetek osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy								
- regularnie udzielały pomocy komuś w obrębie gospodarstwa domowego	6.2		8.4		8.0		9.8	
- regularnie otrzymywały pomoc od kogoś w obrębie gospodarstwa domowego	12.0		15.8		13.1		14.4	

*Źródło: Na podstawie danych SHARE 2006/07. * - wiek jako kowariant.*

Podsumowanie. Jak stwierdziliśmy powyżej, z pierwszych danych SHARE zebranych w Polsce w latach 2006/07 wyłania się raczej mało optymistyczny obraz polskiej populacji 50+. Polacy po pięćdziesiątce wyróżniają się gorszym stanem zdrowia i samopoczuciem niż ich odpowiednicy z innych krajów SHARE (włączając Czechy). Są również dużo mniej aktywni zarówno na rynku pracy jak i poza nim. Dane SHARE pokazują, że znaczny odsetek osób które opuściły rynek pracy to osoby „w pełni sił”, a potencjał ich aktywnej działalności pozostaje w dużej mierze niewykorzystany.

Znaczna część pracujących Polaków deklaruje chęć odejścia na emeryturę „tak szybko, jak to możliwe”. Ma to silny związek z tym, że nisko oceniają warunki pracy, ale wiąże się również z obowiązującymi przywilejami wczesnego odejścia na emeryturę. Niewątpliwie jeśli rosnąć ma aktywność zawodowa osób w wieku 50+, to pracodawcy muszą poważnie potraktować sygnały dotyczące niskiej oceny warunków pracy. Dotyczy to zarówno kwestii

stabilności zatrudnienia jak i większej uwagi poświęconej „inwestowaniu” w produktywność starszych pracowników w postaci szkoleń czy kursów.

Z analizy danych SHARE wypływają poważne wyzwania dla polityki społeczno-gospodarczej. Jeśli jej celem jest zwiększenie aktywności zawodowej osób w wieku 50+, to za wyzwanie należy uznać reformowanie systemu zdrowotnego i systemu emerytalnego, poprawianie warunków pracy osób w wieku przedemerytalnym i mobilizowanie osób starszych do działalności społecznej. Trudno jest kwestionować zasadność budowania boisk dla najmłodszych, ale wnioski płynące z SHARE sugerują znaczny brak infrastruktury umożliwiającej działalność społeczno-sportową również wśród starszej części populacji.



SHARE: 50+ w Europie

www.share-project.org
www.cenea.org.pl/share

Projekt SHARE jest międzynarodowym przedsięwzięciem badawczym, który jest realizowany od 2004 roku w Austrii, Belgii, Danii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Izraelu, Niemczech, Szwecji, Szwajcarii i Włoszech. W latach 2006/07 do projektu dołączyły Czechy, Irlandia i Polska.

Projekt jest finansowany głównie przez Komisję Europejską, Dyрекcyję Generalną ds. Badań w ramach Programów Ramowych 5, 6 i 7, a także przez amerykański National Institute on Aging i inne krajowe instytucje. Wstępne analizy polskiej grupy badawczej SHARE zostały dofinansowane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach Specjalnych Programów Badawczych.

28-go listopada 2008 roku dla środowiska naukowego udostępnione zostały dane SHARE zebrane w latach 2006/07. Obejmują one informacje na temat zdrowia, statusu społeczno-ekonomicznego, oraz więzi społecznych i rodzinnych dla ponad 30 tys. osób w wieku 50 i więcej lat. Analizy danych SHARE ze szczególnym uwzględnieniem polskiej próby zaprezentowane zostały 17-go września 2008 roku na konferencji zorganizowanej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej.

Dane z projektu SHARE pokazują, że populacje 50+ w poszczególnych krajach Europy znajdują się w odmiennym położeniu w zakresie stanu zdrowia, sytuacji finansowej, stopnia aktywności zawodowej i stylu życia. Okazuje się na przykład, że, wprawdzie Europejczycy z krajów północnych są zdrowsi i bogatsi, ale osoby z południa (Grecji, Izraela, Włoch i Hiszpanii) żyją dłużej. Analizy oparte o dane SHARE mogą pomóc w określeniu, czy zaobserwowane różnice mają podłoże genetyczne, czy społeczne. Poza tym SHARE zawiera również porównywalne wskaźniki jakości opieki nad osobami starszymi i pokazuje istotną potrzebę usprawnienia opieki geriatrycznej. Większość wskaźników wskazuje na istotny brak profilaktyki i badań geriatrycznych w całej Europie. Polskie dane SHARE wskazują, że nasza populacja 50+ w wielu dziedzinach życia istotnie różni się od populacji w innych krajach Europy. Dotyczy to zarówno zdrowia, stylu życia oraz aktywności zawodowej i pozazawodowej.

Przedstawione w tym artykule pierwsze wstępne wyniki na podstawie danych SHARE to tylko niewielka próbka informacji w nich zawartych i ułamek możliwości analitycznych, które oferuje baza danych SHARE.⁶ W miarę rozwoju projektu i budowy długofalowej infrastruktury naukowej na bazie pierwszych danych zebranych w Polsce, dane SHARE umożliwią lepsze zrozumienie sytuacji osób w wieku 50+. W konsekwencji mogą stać się one cennym narzędziem w procesie ulepszania rozwiązań w polityce społeczno-gospodarczej, które są adresowane do społeczności 50+.

⁶ Więcej przykładów wykorzystania danych SHARE można znaleźć w licznych publikacjach na podstawie tej bazy danych. Lista najważniejszych publikacji oraz tzw. „First Results Book” na podstawie danych z lat 2004/05 i 2006/07 dostępne są na internetowej stronie projektu (www.share-project.org).