

POKOLENIE 50+ W POLSCE NA TLE EUROPY: AKTYWNOŚĆ, ZDROWIE I JAKOŚĆ ŻYCIA

WYNIKI NA PODSTAWIE BADANIA SHARE

Redakcja merytoryczna: dr hab. Michał Myck i Monika Oczkowska

Autorzy:

dr Agnieszka Chłoń-Domińczak
Piotr Lewandowski
dr Iga Magda
dr hab. Leszek Morawski
dr hab. Michał Myck
Mateusz Najsztab
Monika Oczkowska

Współpraca:

Dorota Holzer-Żelażewska
Aneta Kielczewska
Anna Maliszewska
Wojciech Paukzsteło
Katarzyna Sałach

Projekt okładki, skład, łamanie:

Ottar.pl Piotr Biliński

Wydawca:

Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA
www.cenea.org.pl

ISBN: 978-83-949300-0-4

Przedstawione analizy, publikacja oraz Analityczne Raporty Uzupełniające (dostępne w wersji elektronicznej na stronie www.share50plus.pl) powstały w ramach projektu „Wsparcie realizacji badań panelowych osób w wieku 50 lat i więcej w międzynarodowym projekcie Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (PO WER).

Niniejsza publikacja wykorzystuje dane z badania SHARE z rund 2., 3., 4. i 6. (DOI: 10.6103/SHARE.w2.600, 10.6103/SHARE.w3.600, 10.6103/SHARE.w4.600, 10.6103/SHARE.w6.600), szczegóły metodologiczne można znaleźć w Börsch-Supan i in. (2013). Utworzenie zbioru danych SHARE zostało sfinansowane w głównej mierze ze środków Komisji Europejskiej w ramach: 5. Programu Ramowego (projekt QLK6-CT-2001-00360), 6. Programu Ramowego (projekty: SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857 i SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) oraz w ramach 7. Programu Ramowego (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 i SHARE M4, N° 261982). Dodatkowe finansowanie projektu pochodziło z niemieckiego Ministerstwa Edukacji i Badań, Instytutu Maxa Plancka, amerykańskiego National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11, OGHA 04-064 i HHSN271201300071C) oraz różnych krajowych źródeł. W Polsce realizacja 4. i 6. rundy badania współfinansowana była ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki). Pełna lista fundatorów badania SHARE znajduje się na stronie www.share-project.org.

Infrastruktura badawcza SHARE nie powstałaby bez zaangażowania i wysiłku bardzo wielu osób na różnych etapach realizacji badania. Chcielibyśmy przede wszystkim podziękować wszystkim uczestnikom kolejnych edycji SHARE za czas poświęcony na udział w badaniu. Za realizację badania w terenie w Polsce w rundach 2., 3., 4. i 6. odpowiedzialna była firma TNS OBOP, aktualnie Kantar TNS. Pragniemy podziękować członkom jej zespołu zaangażowanym w koordynację badania w tym okresie, a w szczególności wszystkim ankieterom, którzy przeprowadzali wywiady z respondentami.

Zawarte w tej publikacji poglądy i konkluzje wyrażają opinie autorów i nie muszą odzwierciedlać oficjalnego stanowiska Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Egzemplarz bezpłatny

SPIS TREŚCI

WSTĘP

Polska na tle innych krajów Europy w ramach Badania Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie”

5

ROZDZIAŁ I

Dane SHARE z perspektywy oceny jakości życia: osoby w wieku 50+ w Polsce na tle Europy

14

ROZDZIAŁ II

Historia zatrudnienia i aktywność po zakończeniu kariery zawodowej

41

ROZDZIAŁ III

Polacy po pięćdziesiątce: praca i emerytura

65

ROZDZIAŁ IV

Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+

85

ROZDZIAŁ V

Aktywność zawodowa a warunki materialne wśród osób w wieku 50+

105

WSTĘP

Polska na tle innych krajów Europy w ramach Badania Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie”

Michał Myck, Monika Oczkowska

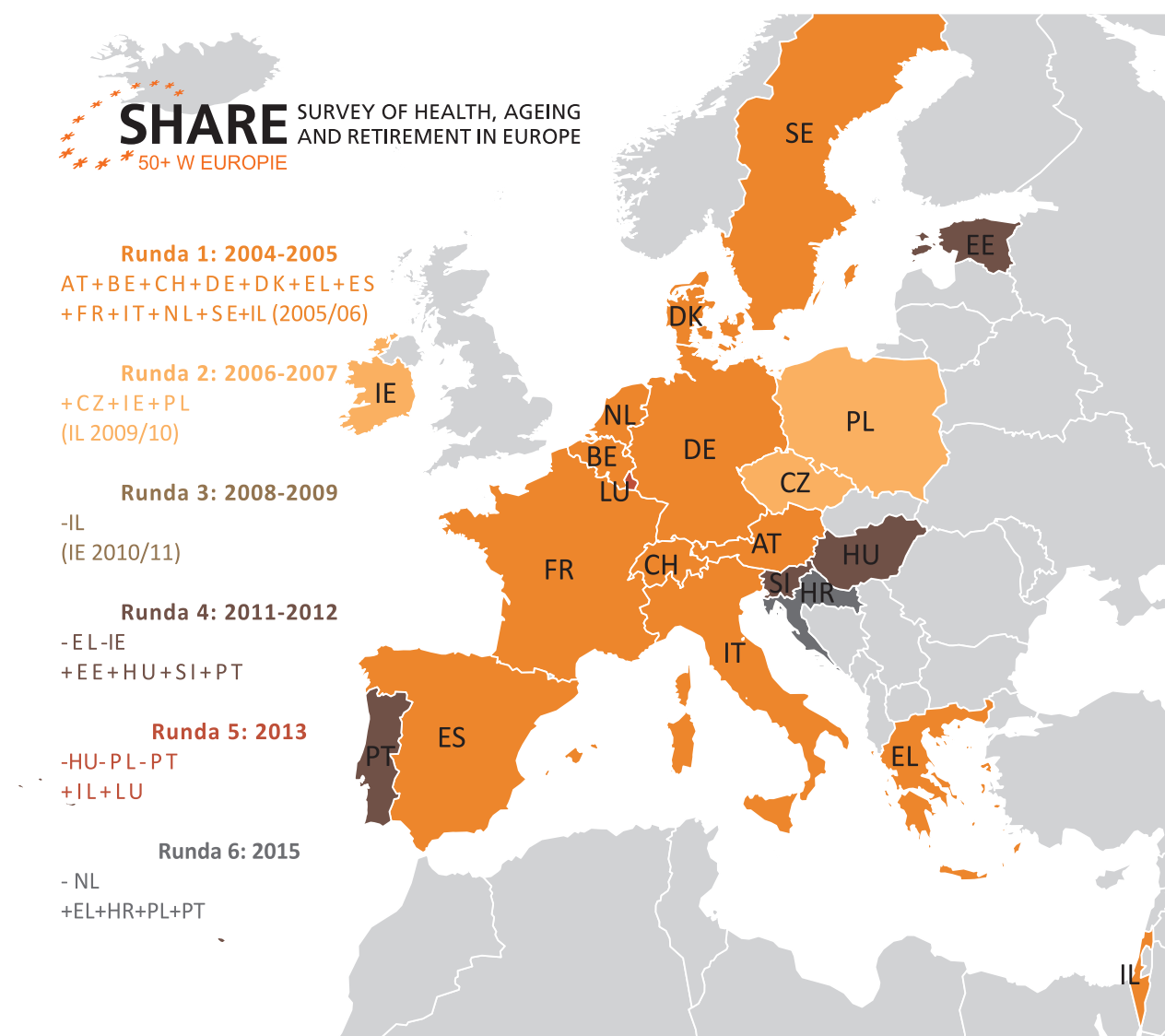
Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie” (z ang. *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - SHARE*) jest jednym z najbardziej kompleksowych tematycznie badań społecznych w Europie i w unikalny sposób łączy informacje o stanie zdrowia, warunkach materialnych i sytuacji społecznej populacji w wieku 50 lat i więcej (szczegółowe informacje o badaniu i danych SHARE - patrz m.in. Börsch-Supan, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d; Börsch-Supan i in., 2008, 2013; Schröder, 2011; Malter i Börsch-Supan, 2013).

SHARE jest badaniem panelowym, a w roku 2015 w ramach 6. już rundy badania w 17 krajach Europy i Izraelu przeprowadzono ponad 70 000 wywiadów, z czego niemal 60 000 wywiadów stanowiły powtórne wywiady z osobami, które brały udział w badaniu już w rundach wcześniejszych. W Polsce w 6. rundzie badania udział wzięło 1826 osób, z których większość – aż 70%, to osoby, które w SHARE uczestniczyły już od pierwszej polskiej edycji badania, czyli od lat 2006-2007. Aż 1131 osób brało udział we wszystkich czterech polskich edycjach SHARE, które odbyły się w latach 2006-2007, 2008-2009, 2011-2012 i 2015.

Badanie SHARE stanowi wyjątkową infrastrukturę badawczą, pozwalającą na śledzenie losów tysięcy Europejczyków w regularnych, dwuletnich odstępach czasu i łączącą szczegółowe informacje z najważniejszych dziedzin życia, a tym samym pozwalającą uwzględnić różne aspekty życia osób w wieku 50+ w kompleksowych analizach. Badanie zainicjowano w 2004 roku w 11 krajach Europy i w Izraelu. Od tego czasu, w sześciu rundach badania wzięło udział łącznie ponad 120 tysięcy respondentów z 21 krajów, do których w realizowanej w 2017 r. rundzie 7. dołączy kolejne 16 000 osób. Uczestnictwo poszczególnych krajów w kolejnych edycjach badania ulegało zmianom, co szczegółowo przedstawiono na rysunku A. Polska dołączyła do badania w rundzie 2. i od tego czasu uczestniczyła ponownie w rundach 3., 4. i 6.

W badaniu SHARE uczestniczą osoby po pięćdziesiątym roku życia oraz ich partnerzy (szczegóły warunków dotyczących kwalifikowalności do próby SHARE przedstawia ramka A). W ramach badania uczestnicy pytani są o bieżące aspekty życia, począwszy od sytuacji rodzinnej, przez zdrowie i korzystanie z opieki zdrowotnej, aktywność zawodową i emeryturę, majątek i sytuację materialną,

Rysunek A | Próba krajów w kolejnych rundach badania SHARE



Uwagi: kolory odpowiadają poszczególnym rundom SHARE, w których dany kraj po raz pierwszy wziął udział w badaniu. Dalsze informacje o zmianach uczestnictwa w kolejnych rundach przedstawiono w opisie po lewej stronie. Lata podane przy każdej rundzie to przedziały czasowe, w których odbywały się wywiady w ramach danej rundy. W Izraelu w rundzie 1. i 2. oraz w Irlandii w rundzie 3. zrealizowano wywiady w terminie późniejszym w stosunku do pozostałych krajów, co zaznaczone zostało w nawiasach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych EUROSTAT - EuroGraphics dla granic administracyjnych.

do aktywności społecznej. Dodatkowo, podczas wywiadu, dla oceny fizycznego i psychicznego stanu zdrowia respondentów, realizowane są testy fizyczne (np. test siły uścisku dłoni) oraz testy sprawdzające sprawność umysłową (np. test zapamiętania słów).

O bieżących aspektach swojego życia respondenci opowiadali we wszystkich dotychczasowych rundach badania poza rundą 3., tzw. SHARE-LIFE, która poświęcona była historii ich życia. Zebrano wówczas informacje o miejscach zamieszkania respondentów w ciągu całego życia, kolejnych związkach i posiadanych dzieciach, historii zawodowej, stanie zdrowia i opiece zdrowotnej w dzieciństwie i w doro-

śłym życiu, inwestycjach poczynionych w ciągu życia oraz sytuacjach prześladowania lub dyskryminacji, z którymi mogli spotkać się na różnych etapach życia.

Dla zapewnienia reprezentatywności próby dla populacji 50+ w danym kraju, a w szczególności dla celów uwzględnienia grupy osób najstarszych oraz poważnie chorych w próbie, SHARE dopuszcza możliwość realizacji wywiadu dla respondenta z pomocą innej osoby. Jeżeli istnieje taka konieczność ze względu na ograniczenia natury fizycznej lub psychicznej respondenta, osoba bliska respondentowi może za jego zgodą pełnić rolę pełnomocnika w wywiadzie, odpowiadając na część bądź wszystkie pytania. W przypadku wywiadów realizowanych z pomocą pełnomocnika, gdy respondent nie jest w stanie samodzielnie wziąć udziału w badaniu, odpowiednie części wywiadu są pomijane (np. testy fizyczne, kognitywne oraz pytania o opinię czy osobowość respondenta).

Ramka A | Podstawowe informacje o SHARE

Kto kwalifikuje się do badania SHARE?

Uczestnikami badania SHARE są osoby po pięćdziesiątym roku życia oraz ich współmałżonkowie lub partnerzy mieszkający w tym samym gospodarstwie domowym, niezależnie od wieku. Panelowymi uczestnikami są osoby, które wzięły udział w przynajmniej jednej z poprzednich rund badania. Osoby te są odszukiwane, jeśli zmieniły miejsce zamieszkania w obrębie danego kraju lub przeprowadziły się do domu opieki bądź innej instytucji świadczącej usługi opieki dla osób starszych.

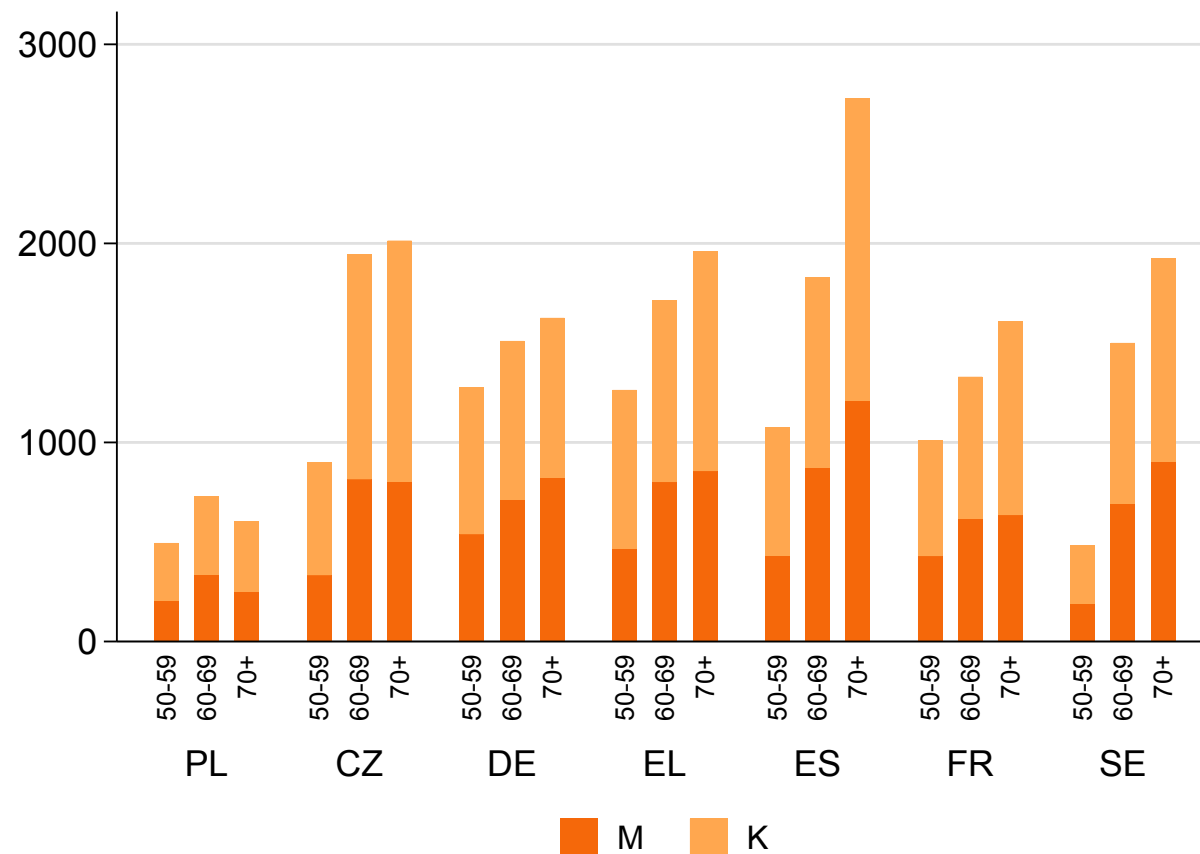
Z kolejnymi edycjami badania próba pierwotnie wylosowana do udziału w danym kraju nie tylko „starzeje się”, ale też stopniowo podlega procesowi tzw. „wycierania” – część uczestników umiera, z częścią nie można nawiązać ponownie kontaktu, a niektórzy odmawiają dalszego udziału w badaniu. Z tego względu co pewien czas do badania dołączane są nowe osoby, zarówno w najmłodszych grupach wieku, jak i w starszych kohortach, dla zapewnienia reprezentatywności próby we wszystkich grupach wieku dla populacji 50+.

Jak przeprowadzane jest badanie SHARE?

Kwestionariusz do każdej rundy badania przygotowywany jest w ramach międzynarodowej grupy badawczej SHARE w języku angielskim i tłumaczony jest na języki obowiązujące w krajach uczestniczących w badaniu, zapewniając międzynarodową porównywalność pytań w ankiecie. Wywiady SHARE realizowane są osobiście przez profesjonalnych ankietów metodą CAPI (z ang. *Computer Assisted Personal Interview*), tzn. przy pomocy komputera. W zależności od rundy oraz kraju, głównemu kwestionariuszowi komputerowemu towarzyszyć może krótka ankieta papierowa do samodzielnego wypełnienia przez respondenta, poświęcona konkretnej tematyce, często specyficznej dla danego kraju.

W sytuacji, gdy uczestnik badania umrze pomiędzy rundami, w kolejnej edycji przeprowadzany jest dla niego wywiad końca życia z osobą bliską. Wywiad ten dotyczy najważniejszych elementów z ostatniego roku życia danej osoby oraz okoliczności jej śmierci. Z naukowego punktu widzenia informacje te stanowią ważne uzupełnienie informacji o sytuacji życiowej, które zebrane były od zmarłej osoby we wcześniejszych rundach badania.

Dane zbierane podczas wywiadów SHARE podlegają anonimizacji, a następnie są udostępniane bezpłatnie dla środowiska naukowego po rejestracji na stronie www.share-project.org. Zbiory danych

Wykres B | Liczebność próby w rundzie 6. SHARE według grup wieku i płci w wybranych krajach

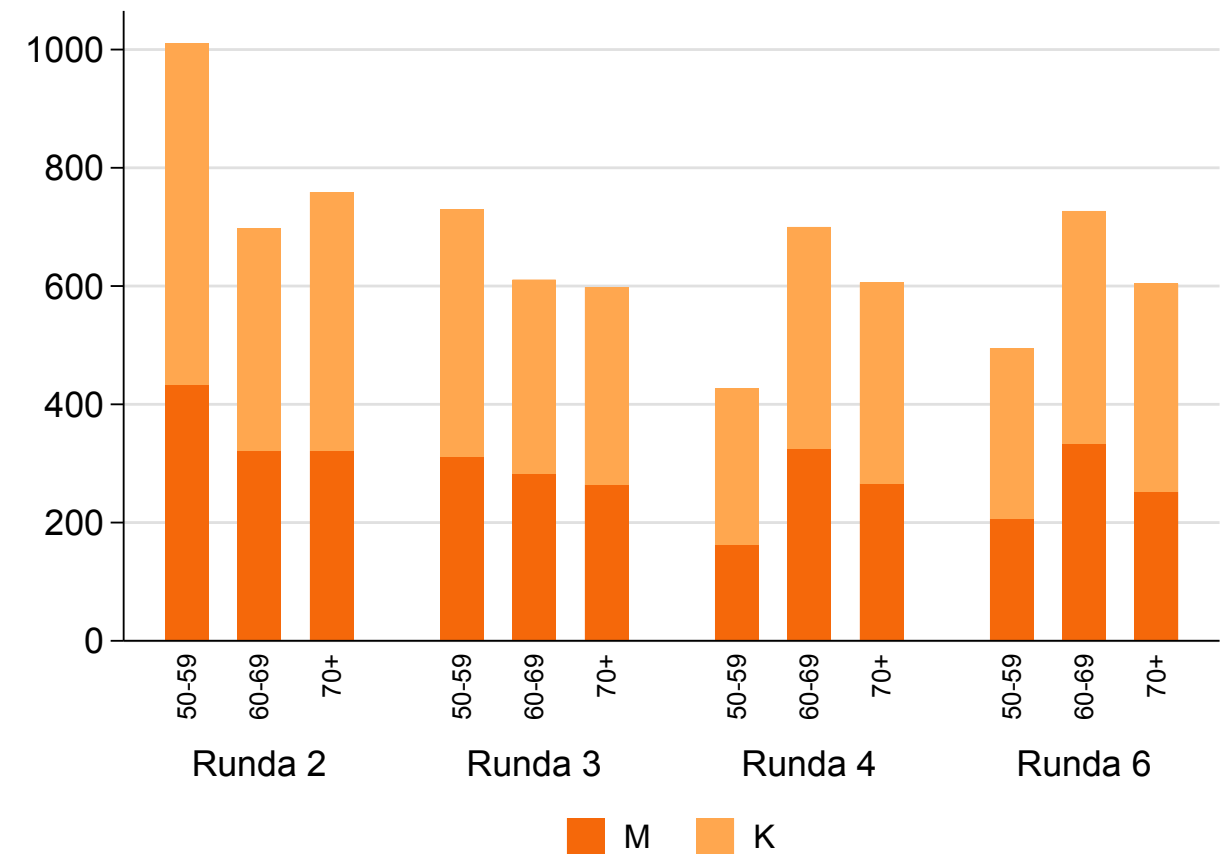
Uwagi: M – mężczyźni, K – kobiety.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

obejmują zarówno proste dane zebrane bezpośrednio w wywiadach, jak i moduły danych przetworzonych, aby ułatwić użytkownikom korzystanie z bazy danych SHARE oraz zapewnić porównywalność danych między krajami. Zbiory danych przetworzonych zawierają m.in. imputowane dane finansowe, zestawienie poziomów edukacji oraz zawodów według międzynarodowych klasyfikacji, czy wagi populacyjne.

Celem niniejszego Raportu jest przedstawienie w kompleksowy sposób szerokiego zakresu informacji zebranych o europejskiej populacji w wieku 50 lat i więcej w 6. rundzie badania SHARE, ze szczególnym uwzględnieniem informacji o polskich respondentach. Biorąc pod uwagę panelowy charakter badania SHARE, w przypadku szeregu analiz dane z 6. rundy połączone zostały z danymi z rund z poprzednich lat.

W przypadku Polski dane zebrane w rundzie 6. są o tyle wyjątkowe, że po raz pierwszy od rozpoczęcia badania w Polsce, czyli od 2. rundy badania SHARE, do próby dołosowano przedstawicieli kohort, które przy pierwszym jej doborze w latach 2006-2007 nie kwalifikowały się do badania ze względu na wiek, a w międzyczasie osiągnęły wiek 50-58 lat. Naturalną cechą panelowych badań takich jak SHARE jest „starzenie się” pierwotnie wylosowanej próby, co w przypadku Polski oznaczało, że w drugiej polskiej edycji badania w latach 2008-2009 w próbie brakowało osób w wieku 50-51 lat, natomiast w trzeciej polskiej edycji w latach 2011-2012 – osób w wieku 50-55 lat. Dołosowanie do próby kohort, które w 2015 roku miały 50-58 lat spowodowało, że polska próba SHARE w danych z rundy 6. jest ponow-

Wykres C | Liczebność próby w Polsce według grup wieku i płci w kolejnych rundach SHARE

Uwagi: M – mężczyźni, K – kobiety.

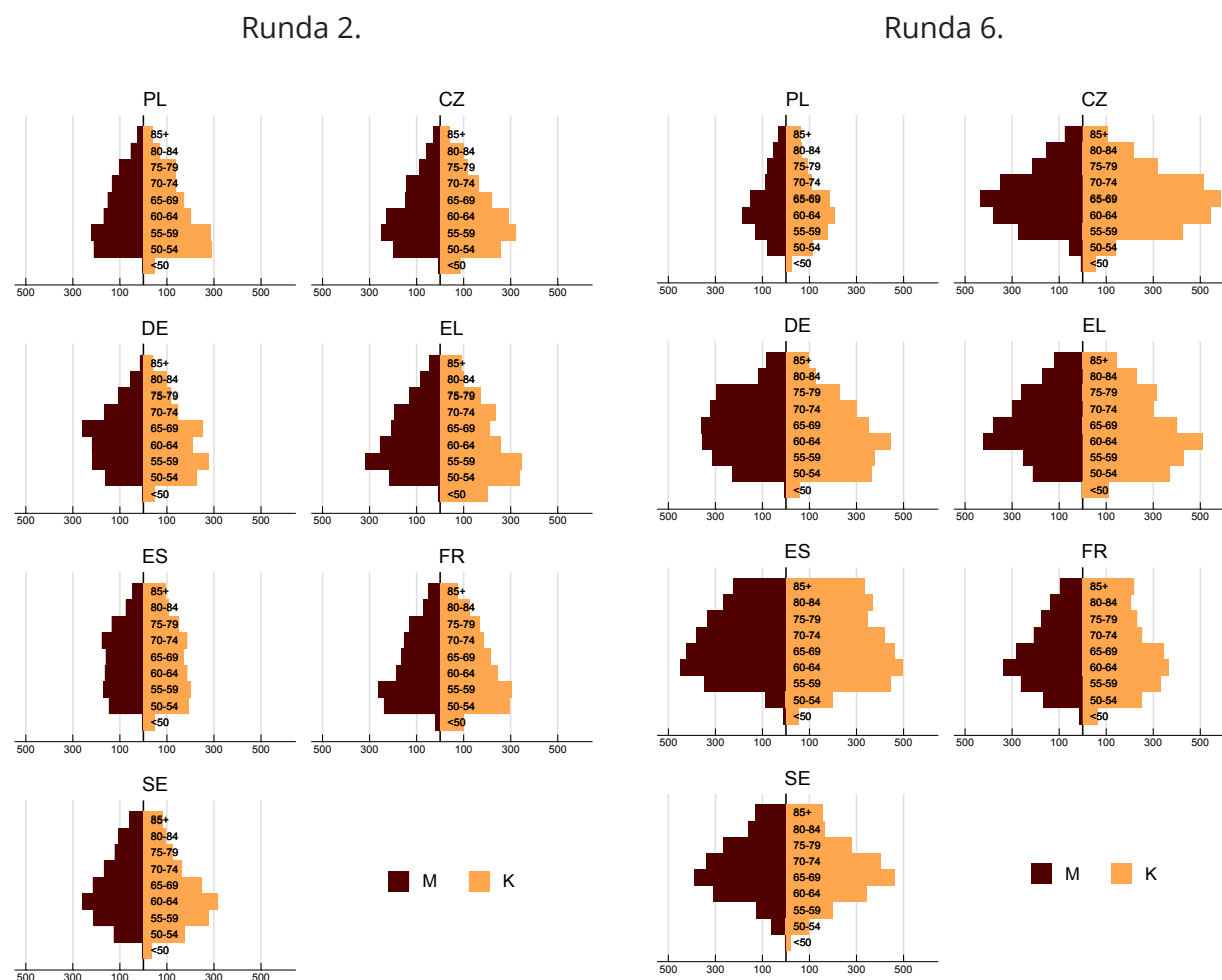
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

nie reprezentatywna pod względem wieku dla populacji 50+. Jednocześnie dołączenie nowych kohort do badania pozwala na nowe spojrzenie na zmiany demograficzne w naszym kraju i porównanie wyników dla osób w wieku 50-58 lat z lat 2006-2007 i 2015.

Jak pokazano na rysunku A wraz z Polską w 2. rundzie SHARE do badania dołączyły Czechy, a w kolejnych rundach – Estonia, Węgry, Portugalia i Słowenia (runda 4.), Luksemburg (runda 5.) i Chorwacja (runda 6.). W międzyczasie niektóre kraje wcześniej uczestniczące w badaniu opuszczały albo poszczególne rundy (np. w Polsce, Portugalii i na Węgrzech nie przeprowadzono badania w rundzie 5.) albo – jak w przypadku Irlandii – wycofały się z SHARE.

Analizy przedstawione w niniejszym raporcie koncentrują się na przedstawieniu sytuacji polskiej populacji w wieku 50+ w porównaniu do odpowiednich populacji w innych krajach uczestniczących w SHARE. Należy tu podkreślić, że w zależności od celu przedstawionych badań, przyjęte podejście analityczne wykorzystywało różny zakres dostępnych danych. **Większość wyników zaprezentowanych w kolejnych rozdziałach raportu przedstawia dane dla Polski w porównaniu z wybranymi sześcioma krajami uczestniczącymi w 6. rundzie badania: Czechami (CZ), Francją (FR), Hiszpanią (ES), Grecją (EL), Niemcami (DE) i Szwecją (SE).** Kraje te zostały wybrane w taki sposób, by uwzględnić różnorodność kulturową i społeczno-gospodarczą populacji 50+ w Europie, a jednocześnie umożliwić łatwiejsze skoncentrowanie na porównawczych kwestiach badanych aspektów ich życia. Jednocześnie do części analiz wykorzystano dane ze wszystkich

Wykres D | Struktura próby SHARE ze względu na płeć i wiek w wybranych krajach



Uwagi: do badania SHARE losowane są wyłącznie osoby w wieku 50+, jednak ze względu na to, że badanie obejmuje również współmałżonków lub partnerów tych osób niezależnie od ich wieku, w próbie znajdują się także osoby poniżej 50. roku życia. Na wykresie wszystkie osoby poniżej 50. roku życia znalazły się w kategorii „<50”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

krajów SHARE biorących udział w 6. rundzie badania. Natomiast w przypadku analiz wykorzystujących wymiar panelowy badania, próby są ograniczone ze względu na uczestnictwo poszczególnych krajów w kolejnych rundach SHARE. Przykładowo, w wybranym powyżej zestawie krajów Grecja nie brała udziału w rundzie 4.

Analizując kolejne wyniki zaprezentowane w raporcie, w szczególności te koncentrujące się na polskich danych, należy podkreślić dużą różnorodność analizowanych prób badawczych dla poszczególnych krajów. Polska próba SHARE w 6. rundzie była jedną z najmniejszych, co związane było ze wspomnianym powyżej brakiem poszerzania próby we wcześniejszych rundach i stosunkowo niewielkim zakresem odnowienia próby w 2015 r. W pozostałych krajach na których skoncentrowano uwagę w raporcie wielkość próby w rundzie 6. wahała się między 3906 (Szwecja) i 5636 osób (Hiszpania)

i była wypadkową poszerzenia jej w rundzie 6. lub rundach wcześniejszych. Wielkości prób w rundzie 6. w wybranych siedmiu krajach w podziale na grupy wieku i płeć ilustruje wykres B. Z kolei to jak zmieniała się liczebność polskiej próby SHARE – przede wszystkim w wyniku tzw. „wycierania się” panelu (w rundach 3., 4. i 6.), ale również w wyniku poszerzenia próby w rundzie 6. (w grupie wieku 50-58 lat) przedstawiono na wykresie C. Całkowita liczebność próby w Polsce w kolejnych rundach badania wynosiła 2466 (runda 2.), 1939 (runda 3.), 1733 (runda 4.) i 1826 osób (runda 6.). Na wykresie C wyraźnie widać zmiany w proporcji poszczególnych grup wieku w wyniku procesu „starzenia się” polskiej próby w rundach 3., 4. i 6. oraz poszerzenie próby o młodsze kohorty w rundzie 6.

Na wykresie D przedstawiono porównanie piramid populacyjnych dla prób z poszczególnych krajów w rundzie 2. i 6. badania SHARE. Struktura wieku próby w rundzie 6. w krajach uczestniczących w badaniu od kilku rund zależała od dwóch czynników: wielkości próby panelowej, wylosowanej do udziału w pierwszej przeprowadzanej w danym kraju rundzie badania oraz dołosowania do badania nowych respondentów celem uzupełniania próby panelowej w kolejnych realizowanych rundach. Próba pierwotnie wylosowana do badania „wyciera się” w kolejnych etapach badania ze względu na rezygnację z udziału w kolejnych rundach lub śmierć respondentów (w tym ostatnim przypadku dla dużej części tych osób zbierane są wywiady końca życia z osobami bliskimi). Aby badanie pozostawało reprezentatywne dla całej populacji 50+ w danym kraju próba panelowa musi być zatem uzupełniana, z jednej strony o osoby w wieku 50+ z młodszych kohort osiągających próg wieku 50 lat, a z drugiej – o osoby ze starszych kohort.

Na wykresie D wyraźnie widać, że polska próba w rundzie 6. była zdecydowanie mniej liczebna niż próby w pozostałych krajach wybranych do porównania, przede wszystkim dlatego, że Polska była jedynym krajem, który od rundy 2. nie poszerzył próby w całym rozkładzie wieku. W rundzie 2., która była pierwszą rundą z punktu widzenia Polski i Czech, polska próba liczyła ok. 2500 respondentów, podobnie jak czeska, hiszpańska i niemiecka. Wywiady zebrano wówczas również od ok. 3000 szwedzkich i francuskich respondentów oraz niemal 3500 respondentów w Grecji. W rundzie 6. spośród panelowych respondentów w Polsce wywiady przeprowadzono z 1434 osobami, a dodatkowo w badaniu wzięło udział niemal 400 respondentów w wieku 50-58 lat, dołosowanych spośród kohort nieobecnych w próbie w rundzie 2. Z pierwotnej próby z rundy 2. dotychczas w Polsce zrealizowano 454 wywiady końca życia z bliskimi zmarłych respondentów (195 wywiadów końca życia w rundzie 6.).

Jak widać na wykresie D, w pozostałych analizowanych krajach po rundzie 2. próby zostały nie tylko uzupełnione o najmłodsze kohorty, ale i znacznie powiększone we wszystkich grupach wieku, dzięki czemu w rundzie 6. we Francji i Szwecji zebrano ok. 4000 wywiadów, w Niemczech – ok. 4500, w Czechach i w Grecji – ok. 5000, a w Hiszpanii – ok. 6000 wywiadów. W przypadku Polski znaczące poszerzenie próby miało miejsce w rundzie 7., której koniec realizacji przewidziano na 31.10.2017 r. i w wyniku której polska próba SHARE zwiększyła się do około 5000 respondentów. Będzie to miało znaczenie nie tylko dla zwiększenia precyzji porównawczych analiz międzynarodowych, ale również dla poszerzenia możliwości prac badawczych skoncentrowanych wyłącznie na próbie krajowej.

Niniejszy raport składa się z pięciu rozdziałów, które stanowią skoncentrowane wersje tzw. Analitycznych Raportów Uzupełniających, zawierających rozszerzoną i uzupełnioną szczegółową wersję analiz prezentowanych w niniejszej publikacji (raporty dostępne są w wersji elektronicznej na stronie www.share50plus.pl). Jak przedstawiono w kolejnych rozdziałach raportu i czego dowodzą setki prac naukowych opartych na danych SHARE, zakres informacji w badaniu jest zbyt obszerny, by wyniki z jednej rundy można było podsumować w jednej publikacji. Z tego względu poniżej skupiono się na prezentacji analiz w kilku wybranych obszarach związanych przede wszystkim z aktywnością zawodową i pozazawodową osób w wieku

50+. Wyjątek stanowi rozdział 1, którego głównym celem było pokazanie szerokiego zakresu tematycznego badania SHARE i możliwości analitycznych, jakie ono prezentuje. W związku z tym informacje z najważniejszych dziedzin tematycznych SHARE, takich jak zdrowie, warunki materialne, aktywność czy więzi społeczne, zostały wykorzystane do analizy czynników wpływających na ocenę jakości życia respondentów. Jednak jak pokazano w rozdziale 1, problematyka rynku pracy stanowi również bardzo istotny element różnicowania oceny jakości życia osób w wieku 50+, a zatrudnienie wpływa na jakość życia zarówno pośrednio - poprzez wpływ na warunki materialne, jak i bezpośrednio, przy czym wśród osób pracujących ważnym wyznacznikiem oceny jakości życia jest nie tylko aspekt materialny związany z pracą, ale również takie kwestie jak zadowolenie z pracy i stabilność zatrudnienia. Zagadnienia związane z rynkiem pracy stanowią punkt centralny pozostałych czterech rozdziałów raportu.

W rozdziale 2 wykorzystano połączone dane z rund 4. i 6., wraz z informacjami z badania SHARE-LIFE (runda 3.), w celu analizy czynników wpływających na aktywność zawodową i pozazawodową osób na emeryturze, ze szczególnym uwzględnieniem historii zatrudnienia i oceny warunków pracy w trakcie kariery zawodowej. Przedstawione w tej części analizy pokazują długotrwały związek warunków zatrudnienia z okresu kariery zawodowej z aktywnością osób po przejściu na emeryturę.

Rozdział 3 koncentruje się na różnicowaniu w poziomie aktywności zawodowej wśród osób w wieku 50+ i decyzjach przejścia na emeryturę. Analizy na danych SHARE potwierdzają, że choć aktywność zawodowa Polaków przed osiągnięciem wieku emerytalnego rośnie, to jednak dystans w poziomie zatrudnienia tej grupy osób do wielu krajów Unii Europejskiej jest nadal znaczący. Znaczna część Polaków przechodzi na emeryturę tuż po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego. Większość osób po 50-tym roku życia deklaruje chęć przejścia na emeryturę tak szybko, jak to możliwe.

W rozdziale 4 dane SHARE zostały wykorzystane do analizy relacji pomiędzy zatrudnieniem oraz zdrowiem i umiejętnościami poznawczymi. Wyniki tych analiz wskazują na duże różnice w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz w poziomie umiejętności poznawczych pomiędzy osobami pracującymi a niepracującymi. Może to wskazywać na istotny wpływ pogorszenia się stanu zdrowia lub umiejętności poznawczych na odejście z pracy, choć jednocześnie zwraca się uwagę na negatywny efekt odejścia z pracy zarówno w wymiarze zdrowotnym, jak i kognitywnym.

Raport zamyka rozdział 5, w którym skupiono się na analizie warunków materialnych osób w wieku 50+ ze szczególnym uwzględnieniem zależności między aktywnością zawodową i sytuacją finansową. Wymiar panelowy oraz szeroki zakres wskaźników sytuacji materialnej w badaniu SHARE zostały wykorzystane do zwrócenia uwagi na długookresowe i wielowymiarowe aspekty ubóstwa w tej grupie populacji. ●

Bibliografia

- Börsch-Supan, A. (2017a). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 2. Wersja publikacji: 6.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w2.600.
- Börsch-Supan, A. (2017b). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 3 – SHARELIFE. Wersja publikacji: 6.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w3.600.
- Börsch-Supan, A. (2017c). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4. Wersja publikacji: 6.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w4.600.
- Börsch-Supan, A. (2017d). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Wersja publikacji: 6.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w6.600.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology* 42(4): 1-10.
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) (2008). First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the longitudinal dimension. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Malter, F., Börsch-Supan, A. (red.) (2013). SHARE Wave 4: Innovations & Methodology. MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Schröder, M. (red.) (2011). Retrospective data collection in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARELIFE methodology. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

ROZDZIAŁ I

Dane SHARE z perspektywy oceny jakości życia: osoby w wieku 50+ w Polsce na tle Europy

Michał Myck, Mateusz Najsztub, Monika Oczkowska

Współpraca: Agnieszka Chłoń-Domińczak, Piotr Lewandowski,
Iga Magda, Leszek Morawski, Wojciech Paukštelo

Wprowadzenie¹

Jednoznaczna ogólna ocena jakości życia jest wymagającym wyzwaniem zarówno od strony koncepcyjnej, z perspektywy analitycznej, jak i próby odzwierciedlenia indywidualnych ocen w formie uogólniających podsumowań. Cytując Amartyę Sena: *„Jest szereg fundamentalnie różnych sposobów spojrzenia na jakość życia i duża część z nich zdaje się być w oczywisty sposób poprawna. Można być zamożnym i nie czuć się dobrze. Można czuć się dobrze i nie móc prowadzić życia jakiego się chciało. Można prowadzić życie jakiego się chciało i nie być szczęśliwym. Można być szczęśliwym mając ograniczony zakres wolności. Można mieć dużą dozę wolności i niczego nie osiągnąć. I tak dalej.”* (Sen, 1988).²

W przypadku badania SHARE ogólne oceny jakości życia respondentów zbierane są przy wykorzystaniu dwóch podejść. Z jednej strony respondenci pytani są o subiektywną ocenę satysfakcji z życia na skali od 0 do 10, a z drugiej odzwierciedlenie oceny jakości życia opiera się o 12 pytań z tzw. zestawu CASP, specjalnie opracowanego na potrzeby badania jakości życia osób we wczesnym okresie starości (w załączniku 1.1 do niniejszego rozdziału znajduje się pełna treść pytań z zestawu CASP). Choć zaletą tego pierwszego podejścia jest przejrzystość i prostota ocen, to wyniki otrzymywane przy wykorzystaniu tego drugiego w mniejszym stopniu narażone są na arbitralność ocen i są mniej zależne od zmiennych czynników silnie wpływających na ogólną ocenę satysfakcji, takich jak nastrój czy pora roku (White, 2007).

Badanie jakości życia w formie zestawu pytań CASP-12 obecne jest w SHARE od pierwszej edycji projektu. W ramach CASP jakość życia oceniana jest w zależności od poziomu realizacji potrzeb w dziedzinach istotnych dla pozytywnego doświadczania starszego wieku (Hyde i in., 2003): możliwości wpływania na swoje otoczenie (Control), samodzielnego podejmowania decyzji (Autonomy), samo-realizacji (Self-realization) i czerpania przyjemności w życiu (Pleasure).³ Opierając się o wcześniejsze prace (np. Laslett, 1996) w literaturze wskazuje się, że po odejściu z aktywnego życia zawodowego na emeryturę zwiększa się osobista niezależność i pojawiają nowe możliwości aktywnego udziału w życiu społecznym, podążania za własnymi pragnieniami i rozwijania zainteresowań.

Tworząc miarę CASP jej autorzy opierali się o teorię potrzeb Masłowa (1968) zakładającą, że ludziom nie zależy wyłącznie na prostym zaspokojeniu potrzeb podstawowych i przetrwaniu, ale konsekwentnie dążą oni do spełnienia potrzeb wyższych, jak szczęście czy poczucie własnej wartości. Rozważania Masłowa autorzy CASP zestawili z poglądem przedstawionym w artykule Doyala i Gougha (1991), iż pierwszeństwo potrzeb fizjologicznych nad społecznymi może być zależne od okoliczności, jako przykład podając osoby starsze oszczędzające na ogrzewaniu, żeby kupić świąteczne prezenty dla wnuków. Z Masłowa autorzy adaptują jeszcze jeden istotny pogląd – iż ludzie współdzielą uniwersalny zestaw potrzeb, co przekłada się na mierzalność poziomu zaspokojenia potrzeb oraz możliwość porównywania tego poziomu dla różnych osób.

W pierwszej części niniejszego rozdziału skupiono się na szczegółach oceny jakości życia w badaniu SHARE z wykorzystaniem miary CASP i na przedstawieniu najważniejszych informacji odnośnie zróżnicowania jakości życia mierzonej za pośrednictwem CASP dla wybranych siedmiu krajów, które wzięły udział w 6. rundzie badania. W części 1.2 omówiono zróżnicowanie wybranych czynników, które powszechnie uważane są za istotnie wpływające na jakość życia, prezentując wyniki regresji wielorakiej, na podstawie której przedstawiono kompleksowe podejście do identyfikacji cech związanych z oceną jakości życia respondentów SHARE. Wyniki te podkreślają między innymi kluczową rolę czynników zdrowotnych, ale jednocześnie wskazują na istotny związek pomiędzy oceną jakości życia i sytuacją materialną, aktywnością zawodową oraz sprawnością umysłową. Jednym z istotnych wyników tej analizy jest bardzo silne ograniczenie zróżnicowania poziomu jakości życia respondentów pomiędzy krajami, a w szeregu przypadków zanik takiego zróżnicowania, przy uwzględnieniu różnic w tych trzech sferach życia w regresji (wraz z różnicami w strukturze demograficznej). Oznacza to między innymi, że wykorzystując dane SHARE można skutecznie zidentyfikować sfery życia osób w wieku 50+, które mają kluczowe znaczenie dla oceny jakości życia tej grupy populacji i ocenić zakres wpływu tych warunków na jakość życia. To z kolei może stanowić istotną podstawę merytoryczną w dyskusjach nad priorytetami polityki społeczno-gospodarczej skierowanej do osób w wieku 50+. W części 1.3 skupiono się na bardziej szczegółowej analizie zróżnicowania poszczególnych czynników ujętych w części 1.2 w celu lepszego zrozumienia obserwowanych różnic w jakości życia wśród badanych populacji. Ponadto, analizy regresji zostały poszerzone w oparciu o szczegółowo zdefiniowane podpróby danych SHARE, w celu pogłębienia analiz dotyczących roli sieci społecznych oraz aktywności zawodowej dla jakości życia. Część 1.4 podsumowuje wyniki rozdziału.

¹ Rozdział stanowi skróconą wersję Analitycznego Raportu Uzupełniającego Nr 1: Myck i in. (2017), który dostępny jest na stronie internetowej projektu SHARE: www.share50plus.pl.

² Ang.: *“There are many fundamentally different ways of seeing the quality of living, and quite a few of them have some immediate plausibility. You could be well-off without being well. You could be well, without being able to lead the life you wanted. You could have got the life you wanted without being happy. You could be happy, without having much freedom. You could have a good deal of freedom, without achieving much. We can go on.”*

³ Por. Hyde i in. (2003); psychometryczne właściwości CASP zostały zweryfikowane m.in. w Wiggins i in. (2008) oraz Kim i in. (2015).

1.1 CASP-12: jakość życia osób w wieku 50+ w badaniu SHARE

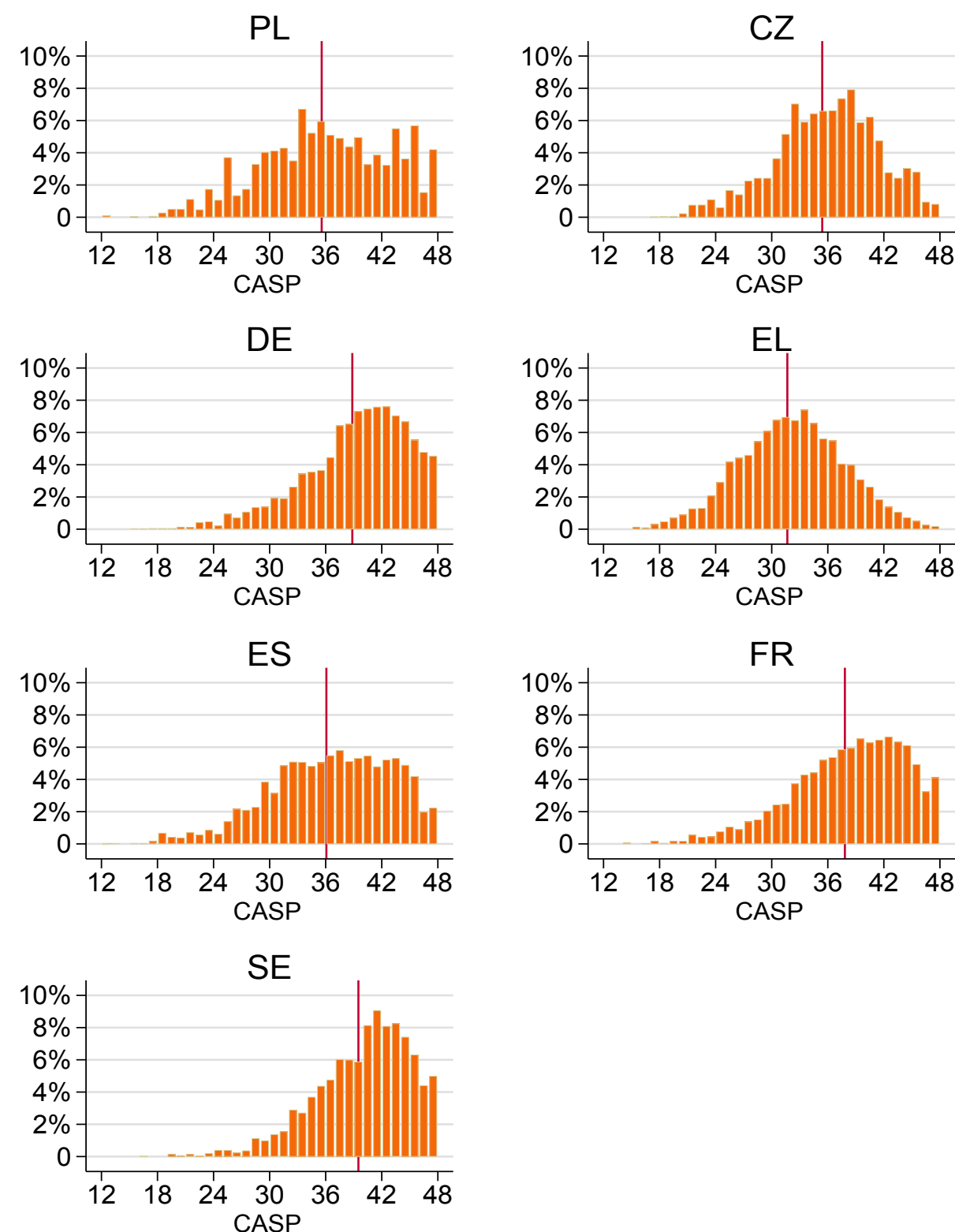
W badaniu SHARE wykorzystywana jest skrócona wersja oryginalnego kwestionariusza CASP złożonego z 19 zagadnień (von dem Knesebeck i in., 2005). Przy pomocy 12 pytań (po 3 z każdej z czterech sfer życia objętych tą miarą), oceniane jest jak często respondent doświadcza określonych uczuć lub znajduje się w danych sytuacjach według czteropunktowej skali Likerta, od „często” do „nigdy”. Lista pytań CASP zadawanych w badaniu SHARE przedstawiona została w załączniku 1.1. Łączny możliwy do uzyskania wynik mieści się w przedziale od 12 do 48, gdzie wyższa wartość odpowiada wyższej jakości życia. Pytania są ze sobą wewnętrznym spójne i łącznie odzwierciedlają bezpośrednio niemożliwy do zaobserwowania wskaźnik jakości życia. Indeks CASP-12 jest silnie skorelowany zarówno ze swoim oryginalnym odpowiednikiem CASP-19 (złożonym z 19 pytań), jak i ogólnym indeksem samodzielnie deklarowanej satysfakcji z życia.

Rozkłady miary CASP-12 dla siedmiu wybranych krajów SHARE na podstawie danych z 6. rundy badania przedstawiono na wykresie 1.1. Ze względu na znacznie mniejszą liczbę obserwacji w Polsce niż w pozostałych analizowanych krajach rozkład CASP dla Polski jest mniej regularny. W przypadku Czech i Grecji dominanta rozkładu mieści się w pobliżu wartości średniej dla całego kraju (oznaczonej na wykresie za pomocą pionowej, czerwonej linii), natomiast dla Francji, Niemiec i Szwecji rozkład jest lewostronnie asymetryczny, z większością wyników powyżej średniej dla danego kraju. Przeciętna wartość CASP dla Polski jest zbliżona do czeskiej, wynosząc 36 punktów. Spośród analizowanych krajów jedynie w Grecji przeciętna wartość CASP jest niższa (32 punkty). Dla porównania, w Szwecji średnia wartość CASP w próbie SHARE wynosi 40 punktów.

Analizy miary CASP w danych SHARE wskazują na nieznacznie niższe wartości wśród kobiet we wszystkich uwzględnionych w analizach krajach i na rosnące różnice pomiędzy płaciami wraz z wiekiem (wykres 1.2 w Myck i in., 2017). Co równie istotne to fakt, iż przeciętna jakość życia niekoniecznie spada wraz z wiekiem. W Czechach, Francji, Niemczech, Polsce i w Szwecji dla respondentów w wieku 60-69 lat obserwujemy wyższy przeciętny CASP niż dla respondentów między 50. a 59. rokiem życia. Jednocześnie jednak przeciętna jakość życia osób w wieku 70+ we wszystkich analizowanych krajach była zdecydowanie niższa niż młodszych osób.

W literaturze społeczno-ekonomicznej wielokrotnie wskazywano na istotne korelacje oceny jakości życia z uwarunkowaniami w zakresie stanu zdrowia, pracy, sytuacji materialnej, sytuacji rodzinnej i zaangażowania społecznego. Generalnie wyższe oceny jakości życia obserwuje się wśród osób lepiej wykształconych, a istotny wpływ na obniżenie oceny jakości życia mają samotność i brak silnych relacji społecznych (por. wykresy 1.2 i 1.3 w Myck i in., 2017). Jak pokazano między innymi w pracy Litwina i Stoeckel (2013a), jakość życia silnie skorelowana jest z wielkością tzw. sieci społecznej oraz stopniem bliskości i częstotliwością kontaktu w ramach tej sieci. Jednak jednym z najistotniejszych czynników wpływającym na ocenę jakości życia jest stan zdrowia (np. von dem Knesebeck i in., 2005). Lepszy stan zdrowia, bez względu na metodę wykorzystywaną do jego oceny, jest istotnie powiązany z wyższym wskaźnikiem jakości życia CASP. W związku z tym, że najczęściej występowanie różnych symptomów problemów zdrowotnych jest ze sobą powiązane, ich przełożenie na niższą jakość życia może być zarówno bezpośrednie, jak i pośrednie. Na przykład – choroby przewlekłe mogą oddziaływać na jakość życia poprzez ich konsekwencje w formie ograniczeń w normalnym codziennym funkcjonowaniu (Sexton i in., 2014, Hamama-Raz, 2015).

Wykres 1.1 | Zróżnicowanie jakości życia populacji 50+ w wybranych krajach na podstawie rozkładu CASP

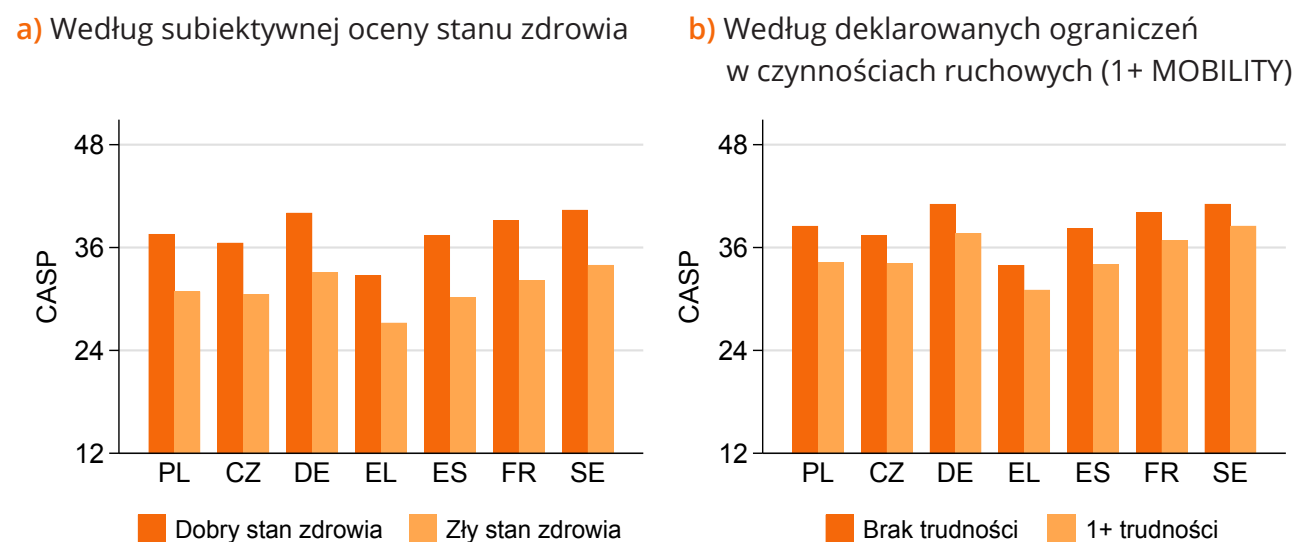


Uwagi: ciągłą, czerwoną, pionową linią zaznaczone zostały przeciętne (średnie) wartości CASP dla danego kraju; dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Dane SHARE bardzo wyraźnie potwierdzają zależność między jakością życia mierzoną przy pomocy CASP i stanem zdrowia, czego przykładem są wyliczenia na podstawie danych z 6. rundy badania przedstawione na wykresie 1.2. Zarówno dla subiektywnie ocenianego własnego stanu zdrowia, jak i dla jednej z szeregu obiektywnych miar zdrowia dostępnych w SHARE w postaci posiadania ograniczeń w czynnościach ruchowych, osoby o gorszym zdrowiu przeciętnie deklarowały istotnie niższą jakość życia we wszystkich analizowanych krajach. Szczególnie duże różnice w poziomie jakości życia można zaobserwować dla subiektywnej miary zdrowia – od 7,3 punktów różnicy w Hiszpanii, do 5,5 punktów różnicy w Grecji. Jednak również w przypadku porównania przeciętnej jakości życia wśród osób deklaruujących trudności z czynnościami ruchowymi i osób nieposiadających takich trudności różnica poziomu CASP wynosiła przeciętnie ok. 3,4 punktów.

Wykres 1.2 | Przeciętna jakość życia na podstawie CASP według stanu zdrowia w wybranych krajach



Uwagi: dane skorygowane o strukturę wieku i przeważone na poziomie indywidualnym; 1+ MOBILITY – patrz tabela 1.1.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Na ocenę jakości życia wpływ mają również sytuacja materialna oraz aktywność zawodowa. Jak wskazuje Wahrendorf (2015) osoby posiadające ciągłą historię zatrudnienia od zakończenia edukacji do przejścia na emeryturę według ustawowego wieku lub w późniejszym okresie mają większe prawdopodobieństwo deklarowania wyższej jakości życia po pięćdziesiątym roku życia. Niższą jakością życia w starszym wieku odznaczają się natomiast mężczyźni, którzy przeszli na wcześniejszą emeryturę, kobiety, w których historii zawodowej dominowało zajmowanie się domem oraz osoby, które pod koniec kariery zawodowej doświadczyły bezrobocia. Jednocześnie szereg badań wskazuje, że nie każda praca może pozytywnie przekładać się na jakość życia pracownika. Siegrist i in. (2005, 2006, 2008) wskazują, że praca o niskiej jakości może negatywnie oddziaływać na jakość życia i prowadzić do chęci odejścia z pracy na emeryturę.

Przeciętne wartości miary CASP dla wybranych krajów w 6. rundzie SHARE w podziale na osoby pracujące i niepracujące nie są jednoznaczne (por. wykres 1.6 w Myck i in., 2017), choć w przypadku takich

krajów jak Polska, Grecja i Hiszpania wartość CASP dla osób pracujących jest o około 2,5 punktów wyższa niż dla osób niewykonujących płatnej pracy. Szczegółowe analizy tych danych przedstawione w części 1.3.4 niniejszego rozdziału potwierdzają jednak ogólny pozytywny wpływ zatrudnienia na ocenę jakości życia, choć jednocześnie podkreślają bardzo duże znaczenie warunków pracy dla tej oceny. Szczególną uwagę zwraca to, że jakość pracy może mieć przełożenie na ocenę jakości życia również w dłuższym okresie – nawet po zakończeniu kariery zawodowej. Na przykład Platts i in. (2013) wskazują, że mężczyźni narażeni w swojej pracy na duży wysiłek fizyczny i niebezpieczne warunki pracy gorzej oceniają jakość swojego życia również po zakończeniu kariery zawodowej.

Jednocześnie należy podkreślić, że zależność między pracą a jakością życia mierzona za pośrednictwem CASP jest mniej wyraźna niż ta obserwowana dla podziału gospodarstw domowych według ich sytuacji materialnej (por. wykres 1.6 w Myck i in., 2017). Osoby deklarujące, że ich gospodarstwo ma duże trudności ze związaniem końca z końcem uzyskały jednocześnie o wiele niższe wyniki CASP niż osoby lepiej oceniające sytuację materialną swojego gospodarstwa. Te relacje mogą sugerować, że niższe oceny jakości życia w przypadku osób niepracujących mogą być wynikiem ich gorszej sytuacji materialnej, co z kolei oznacza, że analiza związków pomiędzy oceną jakości życia a pracą powinna wziąć pod uwagę inne aspekty związane z bieżącą oceną jakości życia, takie jak warunki materialne oraz stan zdrowia. Taka kompleksowa analiza przedstawiona została w kolejnych częściach rozdziału.

1.2 Co faktycznie ma znaczenie? Ocena jakości życia w regresji wielorakiej

Naturalnie, samo to, że jakość życia koreluje z poziomem wykształcenia czy sytuacją materialną nie oznacza, że wyższe wykształcenie i dochody jako takie przekładają się na wyższy poziom satysfakcji z życia. W tym przypadku faktycznym czynnikiem determinującym jakość życia mogą być lepszy stan zdrowia i zatrudnienie, które korelują z poziomem edukacji i sytuacją materialną i mogą zatem decydować o kierunku obserwowanej zależności.

By bardziej dogłębnie przyjrzeć się zakresowi wpływu poszczególnych czynników na poziom oceny jakości życia, w tej części rozdziału przedstawiono wyniki regresji wielorakiej opartej na danych dla wszystkich krajów z 6. rundy SHARE, uwzględniającej pięć grup zmiennych:

- zmienne podstawowe (wiek, płeć, kraj i miesiąc badania),
- zmienne demograficzne (wykształcenie, liczba dzieci, liczba wnuków, mieszkanie z partnerem w jednym gospodarstwie domowym),
- zmienne zdrowotne,
- zmienne dotyczące sprawności umysłowej oraz
- zmienne związane z aktywnością zawodową i sytuacją materialną.

Lista zmiennych ujętych w badaniu w kategorii zdrowotnej i sprawności umysłowej przedstawiona została w tabeli 1.1, a tych ujętych w ramach aktywności zawodowej i sytuacji materialnej w tabeli 1.2. Statystyki opisowe tych zmiennych dla próby, na której przeprowadzono analizy przedstawiono w Myck i in. (2017; tabela 1.3). Przeciętny wiek respondentów, którzy znaleźli się w analizowanej próbie wyniósł 67 lat, przy nieznacznie większym udziale kobiet (55,9%). Co dziesiąty respondent w próbie ocenił swój ogólny stan zdrowia jako zły w pięciostopniowej skali. Podobny odsetek respondentów deklaroowało posiadanie przynajmniej jednej trudności w wykonywaniu prostych czynności codziennych według tzw. skali ADL (z ang. *Activities of Daily Living*), a zmienne zdrowotne ujęte

Tabela 1.1 | Definicje wybranych zmiennych z rundy 6: zmienne zdrowotne i sprawność umysłowa

Kategoria/zmienne	Opis zmiennych
Stan zdrowia:	
Zły stan zdrowia	na podstawie subiektywnej oceny ogólnego stanu zdrowia na pięciostopniowej skali (doskonały, bardzo dobry, dobry, zadowalający, zły);
1+ ADL	deklarowany przynajmniej jeden z sześciu problemów z wykonywaniem codziennych czynności prostych (jak np. ubieranie, przejście przez pokój, kąpiel);
1+ IADL	deklarowany przynajmniej jeden z dziewięciu problemów z wykonywaniem złożonych czynności codziennego życia (np. korzystanie z mapy, robienie zakupów, zażywanie leków);
1+ MOBILITY	deklarowany przynajmniej jeden z dziesięciu problemów z wykonywaniem codziennych czynności ruchowych (jak np. przejście 100 metrów, wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas, wejście na kilka pięter po schodach bez odpoczynku);
4+ EURO-D	deklarowane cztery lub więcej symptomów depresji na podstawie dwunastu pytań o odczuwanie w ciągu poprzedniego miesiąca np. smutku, poczucia winy, rozdrażnienia, czy posiadanie kłopotów ze snem, nadziei na przyszłość, apetytu (Prince i in., 1999);
Siła uścisku dłoni	mierzona w kilogramach za pomocą specjalnego urządzenia (dynamometru); ćwiczenie wykonywane cztery razy, po dwa razy na każdą dłoń, naprzemiennie; do analiz wykorzystano maksymalną uzyskaną wartość spośród wykonanych pomiarów;
Słaby wzrok (dal, bliż)	na podstawie dwóch oddzielnych pytań o jakość widzenia z daleka i z bliska przy wykorzystaniu okularów lub soczewek, jeśli respondent normalnie ich używa (w oparciu o pięciostopniową skalę - doskonały, bardzo dobry, dobry, zadowalający, słaby);
Słaby słuch	na podstawie pytania o jakość słyszenia przy wykorzystaniu aparatu słuchowego, jeśli respondent normalnie go używa (w oparciu o skalę jak wyżej);
Sprawność umysłowa:	
Liczba wymienionych zwierząt	liczba poprawnie podanych przez respondenta nazw zwierząt w czasie jednej minuty;
Liczba zapamiętanych słów (1) – pierwsze powtórzenie	liczba poprawnie podanych przez respondenta słów z dziesięciu rzeczowników, które ankieter odczytał w wolnym tempie z ekranu swojego komputera, bezpośrednio po odczytaniu;
Liczba zapamiętanych słów (2) – drugie powtórzenie	liczba poprawnie podanych przez respondenta słów, po upływie określonego czasu po odczytaniu;
5 x poprawne odejmowanie	na podstawie zadania, podczas którego respondent proszony jest o podanie poszczególnych wyników pięciokrotnego odejmowania liczby siedem od stu, a następnie od kolejnych podawanych przez siebie wyników.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariusza SHARE z rundy 6. (2015 r.).

Tabela 1.2 | Definicje wybranych zmiennych z rundy 6: sytuacja materialna i aktywność zawodowa

Kategoria/zmienne	Opis zmiennych
Sytuacja materialna i aktywność zawodowa	
Pracuje	respondent wykonuje jakąkolwiek płatną pracę jako zatrudniony lub samozatrudniony, również jeśli jest to tylko dodatkowa praca, a respondent jest na emeryturze, rencie lub zajmuje się domem;
Właściciel nieruchomości	respondent lub jego współmałżonek/partner jest właścicielem domu lub mieszkania, w którym mieszka;
Duże trudności w wiązaniu końca z końcem	deklarowane trudności gospodarstwa domowego w wiązaniu końca z końcem biorąc pod uwagę całkowitą miesięczną wysokość dochodów gospodarstwa w oparciu o czterostopniową skalę (z wielkim trudem, z pewnym trudem, dość łatwo, z łatwością);
Nie może pozwolić sobie na niespodziewany wydatek	gospodarstwo domowe nie mogłoby pozwolić sobie na niespodziewany wydatek w wysokości 1100 zł bez pożyczania pieniędzy (wysokość wydatku dostosowana do progu ubóstwa w gospodarstwach jednoosobowych w danym kraju);
Oszczędzanie na ogrzewaniu	w ciągu poprzednich 12 miesięcy gospodarstwo domowe ograniczało wydatki na ogrzewanie, aby obniżyć wydatki na życie, pomimo, że było mu zimno.
Odłożenie lekarza ze względu na koszt	w ciągu poprzednich 12 miesięcy respondent nie poszedł do lekarza mimo że potrzebował, ponieważ nie mógł pozwolić sobie na to ze względu na koszt;
Odłożenie lekarza ze względu na czas oczekiwania	w ciągu poprzednich 12 miesięcy respondent nie poszedł do lekarza mimo że potrzebował, ponieważ czas oczekiwania na wizytę był zbyt długi;
Odłożenie dentysty ze względu na koszt	w ciągu poprzednich 12 miesięcy respondent odłożył wizytę u dentysty na później, aby obniżyć wydatki na życie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariusza SHARE z rundy 6. (2015 r.).

w badaniu objęły również trudności w wykonywaniu złożonych czynności codziennych (15,8% osób deklarowało przynajmniej jeden problem w tzw. skali IADL – z ang. *Instrumental Activities of Daily Living*) i problemy z czynnościami ruchowymi (1+ MOBILITY). Zdrowie fizyczne respondentów w rundzie 6. podlegało obiektywnej weryfikacji na podstawie przeprowadzanego pomiaru siły uścisku dłoni z wykorzystaniem dynamometru, a średnia z uzyskanych wyników uścisku dłoni w próbie wyniosła 32,7 kg. Do oceny stanu zdrowia fizycznego respondentów w poniższej analizie włączono również deklaracje dotyczące jakości wzroku i słuchu, natomiast miarą zdrowia psychicznego była ocena występowania symptomów depresji według skali EURO-D. W analizowanej próbie czwarta część respondentów cierpiała z powodu czterech lub więcej symptomów depresji (26,6%), co w wielu pracach naukowych uznawane jest jako próg wskazujący na ryzyko występowania depresji (Prince i in., 1999). W ramach kompleksowej analizy kondycji psychicznej respondentów, obok pytań o choroby psychiczne i depresję w SHARE oceniane były również zdolności umysłowe. Dla celów analizy sprawności kognitywnej w rundzie 6. przeprowadzane

były testy orientacyjne (np. podanie bieżącej daty) i szereg testów sprawności umysłowej (więcej szczegółów patrz Myck i in., 2017).

Co trzecia osoba w próbie wykonywała płatną pracę, uwzględniając również prace dodatkowe wśród osób będących na emeryturze, rencie lub przez większość czasu zajmujących się domem. Natomiast odsetek właścicieli domu lub mieszkania, w którym respondenci mieszkali w momencie przeprowadzania badania w analizowanej próbie w rundzie 6. sięgał niemal 80%. Do oceny sytuacji materialnej włączono również zmienne odnoszące się do deklaracji dużych trudności w wiązaniu końca z końcem, ograniczania wydatków na ogrzewanie mimo zimna oraz możliwości pozwolenia sobie na znaczący jednorazowy wydatek bez pożyczania na ten cel pieniędzy.⁴ Ponadto wykorzystano pytania o odkładanie wizyt u dentysty i lekarza ze względu na koszty, a w tym drugim przypadku również ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na konsultację.

W tabeli 1.3 przedstawiono wyniki regresji wielorakiej pokazującej korelację wysokości miary CASP z charakterystykami respondentów SHARE z wszystkich krajów biorących udział w rundzie 6. Wyniki przedstawione zostały jako przeciętne krańcowe efekty poszczególnych zmiennych przy pełnej specyfikacji równania włączającego do regresji wszystkie z nich, kontrolując równocześnie zmienne zerojedynkowe dla poszczególnych krajów i miesiąca badania. Wyniki zaprezentowane w tabeli 1.3 pogrupowano zgodnie z kategoryzacją przedstawioną w tabelach 1.1 i 1.2.

Pierwszym ważnym wynikiem przeprowadzonych analiz jest w pewnym sensie zaskakujący wynik pozytywnej relacji wieku z jakością życia mierzoną przez CASP oraz przeciętnie wyższe wyniki CASP dla kobiet (por. wykres 1.2 w Myck i in., 2017). O ile wpływ każdego roku życia na wzrost CASP jest niewielki (około 0,03 punktu na skali CASP), to wyniki na skali CASP wśród kobiet są dość istotnie wyższe – przeciętnie o 0,6 punktu. Wy tłumaczenie tej rozbieżności leży w przyjętym kompleksowym podejściu do analizy danych i ujęciu szerokiej grupy zmiennych w analizowanej regresji.

Szczegółowe odzwierciedlenie wpływu przyjętego podejścia na wyniki dotyczące relacji pomiędzy jakością życia oraz płcią i wiekiem przedstawiono w tabeli 1.4, w której pokazano jak efekty krańcowe dla wieku i dla zmiennej zerojedynkowej dla kobiet różnią się w zależności od zakresu charakterystyk ujętych w równaniu. W specyfikacji (1), w której w równaniu poza wiekiem i płcią kontrolowane są jedynie zmienne dla krajów i miesiąca przeprowadzenia badania, potwierdzono ujemną korelację CASP z wiekiem i niższe wartości CASP dla kobiet. Dodanie zmiennych demograficznych w specyfikacji (2) niweluje negatywną korelację z wiekiem i zmniejsza różnicę CASP ze względu na płeć. Po rozszerzeniu równania o zmienne zdrowotne (specyfikacja 3) po pierwsze krańcowy efekt wieku staje się dodatni, a po drugie, w takim ujęciu model sugeruje wyższe wyniki CASP dla kobiet niż mężczyzn o takich samych pozostałych charakterystykach. Taki kierunek korelacji utrzymany jest po dodaniu zmiennych dotyczących sprawności umysłowej (specyfikacja 4) oraz zmiennych materialnych i dotyczących aktywności zawodowej (specyfikacja 5), mimo iż przeciętne wartości efektów krańcowych dla wieku i płci są nieco niższe w porównaniu ze specyfikacją (3). Wyniki przedstawione w tabeli 1.4 sugerują zatem, że choć faktycznie przeciętne wartości CASP mogą nieznacznie spadać z wiekiem i są niższe dla kobiet, to wynika to głównie z różnic w stanie zdrowia względem wieku i płci. Dla podobnych wartości stanu zdrowia i innych cech demograficznych, ocena jakości życia rośnie wraz z wiekiem i jest wyższa wśród kobiet.

⁴ Wysokość takiego wydatku w każdym kraju określono na podstawie miesięcznej wartości progu ubóstwa dla gospodarstwa jednoosobowego.

Tabela 1.3 | Czynniki korelujące z wysokością miary CASP – efekty krańcowe

	Efekty krańcowe	t-stat
Wiek	0,032*	(2,10)
Kobieta	0,584**	(2,69)
Demografia		
Wykształcenie (kat. odn.: brak/podstawowe):		
- Śred.+zawod.	0,323*	(2,01)
- Wyższe	0,694***	(5,91)
Liczba dzieci	0,017	(0,56)
Posiadanie wnuków	0,181	(1,01)
Mieszkanie z partnerem	0,382***	(3,89)
Zdrowie		
Zły stan zdrowia	-2,562***	(-14,19)
1+ ADL	-0,809***	(-6,38)
1+ iADL	-1,366***	(-8,22)
1+ MOBILITY	-1,265***	(-10,12)
Słaby wzrok (dal)	-0,526***	(-4,24)
Słaby wzrok (bliź)	-0,359*	(-2,10)
Słaby słuch	-0,624*	(-1,94)
Siła uścisku dłoni (kg)	0,023***	(7,01)
4+ EURO-D	-3,861***	(-24,90)
Sprawność umysłowa		
Liczba wymienionych zwierząt	0,044***	(3,58)
Liczba zapamiętanych słów (1)	0,119*	(1,77)
Liczba zapamiętanych słów (2)	0,053*	(1,97)
5x poprawne odejmowanie	0,225**	(2,82)
Sytuacja materialna i zawodowa		
Pracuje	0,414***	(7,28)
Duże trudności z wiązaniem końca z końcem	-1,588***	(-11,32)
Nie może pozwolić sobie na niespodziewany wydatek	-1,692***	(-10,61)
Oszczędzanie na ogrzewaniu	-0,872***	(-5,09)
Odłożenie lekarza ze względu na koszt	-0,767***	(-3,79)
Odłożenie lekarza ze względu na czas oczekiwania	-0,212	(-0,92)
Odłożenie dentysty ze względu na koszt	-0,911***	(-3,06)
Właściciel nieruchomości	0,311**	(2,52)
Kraje	Tak	
Miesiąc przeprowadzenia badania	Tak	
L. obserwacji	59 187	
R ²	0,464	

Uwagi: pozostałe zmienne kontrolne: wzrost, waga, informacja czy przeprowadzono pomiar siły uścisku; w regresji uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym; *** - istotność statystyczna na poziomie 1%, ** - istotność statystyczna na poziomie 5%, * - istotność statystyczna na poziomie 10%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Tabela 1.4 | Efekty krańcowe wieku i płci dla jakości życia w zależności od innych grup czynników włączonych do regresji

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Wiek	-0,034*	0,000	0,053***	0,064***	0,032*
	(-2,07)	(0,01)	(3,55)	(4,31)	(2,10)
Kobieta	-0,931***	-0,505**	1,108***	0,807***	0,584**
	(-4,18)	(-2,26)	(5,65)	(3,55)	(2,69)
Demografia	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak
Zdrowie	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak
Sprawność umysłowa	Nie	Nie	Nie	Tak	Tak
Sytuacja materialna i aktywność zawodowa	Nie	Nie	Nie	Nie	Tak

Uwagi: średnie efekty krańcowe, w nawiasie podano t-stat; wyniki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.3; uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym; błędy standardowe klastrowane na poziomie kraju; *** - istotność statystyczna na poziomie 1%, ** - istotność statystyczna na poziomie 5%, * - istotność statystyczna na poziomie 10%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

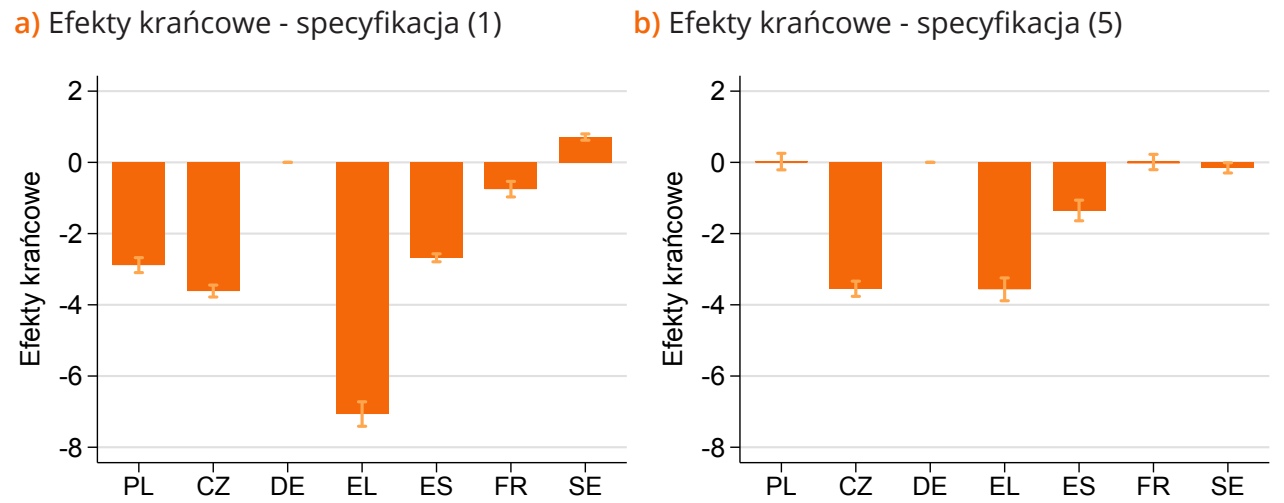
Wynik ten, sugerujący że to nie sam wiek, ale towarzyszące mu zmiany – przede wszystkim te w zakresie zdrowia, decydują o ocenie jakości życia, jest bardzo istotną wskazówką z punktu widzenia roli jaką odegrać może polityka społeczno-gospodarcza, poprzez wpływ na stan zdrowia, aktywność i sytuację materialną osób w wieku 50+.

Analizy podobne do tych dotyczących relacji między oceną jakości życia a wiekiem lub płcią przeprowadzone zostały również w odniesieniu do różnic międzynarodowych. Jak pokazano na wykresie 1.1. istnieją istotne różnice między oceną jakości życia w takich krajach jak Niemcy czy Szwecja z jednej strony i Polska lub Grecja z drugiej. Z punktu widzenia powyższych analiz uzasadnionym wydaje się być pytanie o czynniki, które wpływają na te różnice – czy są to kwestie zróżnicowania w charakterystykach decydujących o ocenie jakości życia (np. zdrowie lub sytuacja materialna), czy raczej są to kwestie wynikające z innych nieobserwowanych (przynajmniej z punktu widzenia danych SHARE) charakterystyk. Ta druga interpretacja byłaby o tyle bardziej kłopotliwa, że w takim przypadku trudniej byłoby wyraźnie wskazać przyczyny zróżnicowania międzynarodowego i tym samym zasugerować rozwiązania mające na celu jego ograniczenie.

Na wykresie 1.3 przedstawiono porównanie przeciętnych różnic w wynikach oceny jakości życia miarą CASP między populacjami z wybranych krajów w dwóch specyfikacjach regresji wielorakiej: specyfikacji (1), uwzględniającej tylko różnice w rozkładzie wieku, płci i miesiącu przeprowadzenia wywiadu SHARE; i specyfikacji (5) – czyli pełnej regresji, której wyniki przedstawiono w tabeli 1.3. Krajem referencyjnym, do którego porównane są wyniki pozostałych, są Niemcy. Jak widać z wykresu 1.3a, przeciętne wartości CASP bez korekty o informacje demograficzne oraz te dotyczące stanu zdrowia, sprawności umysłowej, sytuacji materialnej i zawodowej są faktycznie dość mocno zróżnicowane. Wyniki CASP w Polsce i Hiszpanii na przykład są przeciętnie o około 2,7 punktu niższe niż w Niemczech, a w Grecji aż o 7,1 punktu niższe. Jednak po uwzględnieniu charakterystyk wziętych pod uwagę w specyfikacji (5) (wykres 1.3b), zróżnicowanie pomię-

dzy poziomem CASP w Niemczech i takich krajach jak Polska, Francja i Szwecja ulega pełnemu zniwelowaniu, a w przypadku Grecji i Hiszpanii różnica spada prawie dwukrotnie - odpowiednio dla obu krajów z 7,1 i 2,7 punktów do 3,6 i 1,4 punktów. Wyjątkiem są tylko Czechy, w przypadku których różnica w wysokości CASP względem Niemiec w specyfikacji (1) i (5) jest prawie identyczna (3,6 i 3,5 punktów). Na podstawie tych wyników można zasugerować, że zróżnicowanie w poziomie czynników wziętych pod uwagę w naszych analizach odpowiada za bardzo dużą część różnic między krajami i tłumaczy prawie całość różnic pomiędzy Polską i takimi krajami jak Niemcy, Francja czy Szwecja. Jak zauważono powyżej kwestie zdrowia, sytuacji materialnej i zawodowej odgrywają bardzo dużą rolę przy wyjaśnianiu zróżnicowania w poziomie CASP, a to z kolei pozostawia istotne pole do działań w polityce społeczno-gospodarczej w tych dwóch dziedzinach, których efektem może być podniesienie poziomu jakości życia osób w wieku 50+.

Wykres 1.3 | Uwarunkowania krajowe dla jakości życia



Uwagi: patrz tabela 1.4. DE przyjęto jako kategorię odniesienia; przedziały ufności odpowiadają ufności na poziomie 95%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

W tabeli 1.3 znaleźć można ponadto szereg interesujących powiązań pomiędzy jakością życia a czynnikami demograficznymi, zdrowotnymi i materialnymi. Przede wszystkim wpływ na jakość życia uwzględnionych w regresji zmiennych społeczno-demograficznych nie jest jednoznaczny – o ile posiadanie współmałżonka lub partnera, z którym respondent wspólnie mieszkał przekłada się na wyższy poziom jakości życia (0,4 punktu CASP), podobnie jak ponadpodstawowe i wyższe wykształcenie (odpowiednio o 0,3 i 0,7 punktu), to takiej dodatniej zależności nie można stwierdzić dla posiadania dzieci lub wnuków. Jest to o tyle zaskakujące, że w literaturze znaleźć można szereg przykładów dokumentujących silny związek pomiędzy jakością życia a jakością i intensywnością relacji społecznych (McCamish-Svensson i in., 1999; Helgeson, 2003; Litwin i Stoeckel, 2013b). To, w kontekście naszych wyników, może z kolei sugerować, że o wpływie tych relacji na jakość życia decyduje nie tyle sam fakt posiadania lub nieposiadania dzieci i wnuków, ale raczej bardziej złożone aspekty kontaktów społecznych. Z tego względu dla bliższego przyjrzenia się tym powiązaniom na podstawie informacji dostępnych w SHARE relacje te poddane zostały szerszej analizie w części 1.3.1 niniejszego opracowania.

Wyniki przedstawione w tabeli 1.3 jednoznacznie wskazują na to, że uwarunkowania zdrowotne w bardzo dużym stopniu przekładają się na jakość życia, niezależnie od tego czy pod uwagę brana jest relacja CASP z subiektywnymi czy obiektywnymi miarami zdrowia, a współczynniki przy wszystkich uwzględnionych zmiennych są istotne statystycznie pomimo włączenia do analiz szerokiego zbioru zmiennych odzwierciedlających stan zdrowia. Deklarowanie złego stanu zdrowia obniża CASP o 2,6 punktów, natomiast występowanie czterech lub więcej symptomów depresji – aż o 3,9 punktów. Problemy z wykonywaniem czynności życia codziennego obniżają CASP o odpowiednio 1,4 punkty i 1,3 punkty, gdy dana osoba deklaruje trudności w wykonywaniu czynności złożonych i w poruszaniu, oraz o 0,8 punktu, gdy trudności dotyczą codziennych czynności prostych. Słaba jakość słuchu i wzroku również obniża jakość życia, choć w porównaniu do pozostałych miar zdrowia w mniejszym zakresie – od 0,6 punktu przy słabej jakości słyszenia do 0,4 punktu przy słabym widzeniu z bliska. Pomimo kontrolowania powyższych miar zdrowia w regresji nadal istotna statystycznie jest relacja między jakością życia a wynikami pomiaru siły uścisku dłoni, jedną z najbardziej obiektywnych miar fizycznego stanu zdrowia w badaniu. Jednakże uzyskanie wyniku o 1 kg wyższego (uwzględniając płeć, wiek, wagę oraz wzrost respondentów) oznacza zwiększenie CASP o zaledwie 0,02 punktu, co sugeruje, że większość efektu złego stanu zdrowia identyfikowana jest w regresji przez pozostałe zmienne zdrowotne. Analiza regresji wskazuje również na niezależną rolę sprawności umysłowej respondentów dla ich oceny jakości życia. Dotyczy to zarówno sprawności rachunkowej, jak i testów mających na celu ocenę pamięci i płynności słownej.

Podobnie jak w przypadku relacji zdrowia i sprawności umysłowej z jakością życia, również przy analizie związku pomiędzy CASP i czynnikami ekonomicznymi należy mieć na uwadze powiązania pomiędzy poszczególnymi zmiennymi. Wyniki przedstawione w tabeli 1.3 wskazują z jednej strony na silny wpływ sytuacji materialnej na ocenę jakości życia, jednak jednocześnie sugerują niezależny pozytywny efekt aktywności zawodowej na wysokość miary CASP (o 0,4 punktu CASP). W przypadku zmiennych związanych bezpośrednio z sytuacją materialną respondentów analizy sugerują, że ograniczenia finansowe odzwierciedlone w braku możliwości poniesienia niespodziewanego wydatku bez pożyczania pieniędzy przekładały się na obniżenie CASP aż o 1,7 punktu, zaś deklaracja dużych trudności gospodarstwa domowego ze związaniem końca z końcem – o 1,6 punktu. Respondenci, którzy ze względu na dążenie do obniżenia kosztów życia doświadczali rozmaitych trudności materialnych oszczędzając na ogrzewaniu lub rezygnując z potrzebnej wizyty u dentysty lub lekarza, mieli o 0,8-0,9 punktu niższy CASP niż osoby nieposiadające takich trudności. Ważną formą zabezpieczenia sytuacji materialnej szczególnie w starszym wieku jest akumulacja aktywów majątkowych np. nieruchomości. Takie zabezpieczenie w postaci własności domu lub mieszkania również pozytywnie powiązane było z CASP, podwyższając go o 0,3 punktu.

1.3 Czynniki wpływające na jakość życia osób w wieku 50+: Polska na tle Europy

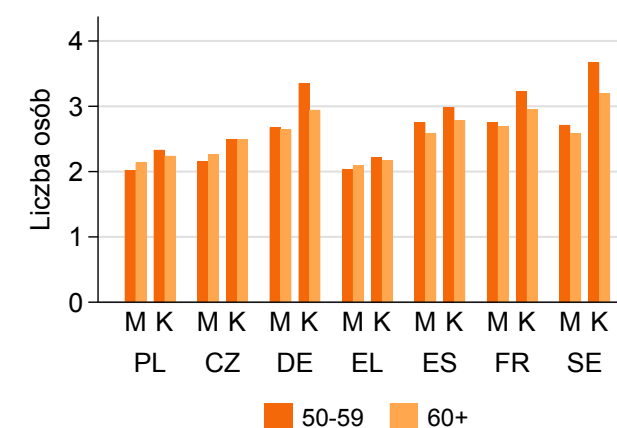
Po analizie zależności pomiędzy charakterystykami respondentów i wysokością miary CASP w danych SHARE przedstawionej powyżej, w niniejszej części rozdziału skoncentrowano się na wybranych najważniejszych aspektach życia osób w wieku 50+, by w bardziej szczegółowy sposób skupić się na przyczynach zróżnicowania w ocenie jakości życia pomiędzy wybranymi krajami, ze szczególnym uwzględnieniem wyników dla Polski.

1.3.1 Jakość życia i uwarunkowania demograficzne i społeczne

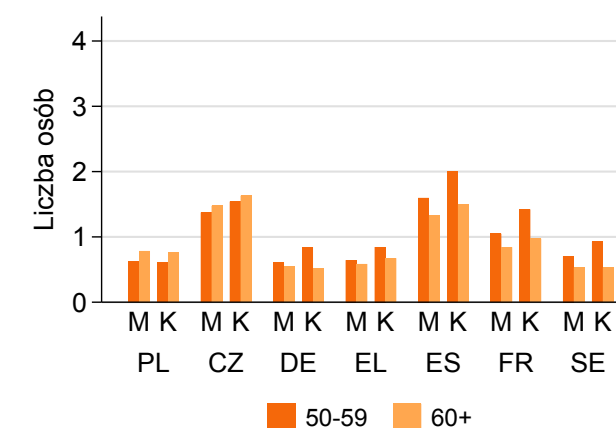
Jak wynika z danych SHARE, częściowe wyjaśnienie zróżnicowania w jakości życia osób w wieku 50+ w analizowanych krajach wiąże się z dużymi różnicami w poziomie edukacji, przy czym dane wyraźnie wskazują na zmniejszanie się tych różnic wśród młodszych kohort, szczególnie biorąc pod uwagę odsetek osób o najniższym poziomie wykształcenia (por. wykres 1.8 w Myck i in., 2017). Z drugiej strony wyniki regresji przedstawione w tabeli 1.3 sugerują, że ocena jakości życia nie zależy ani od liczby dzieci czy wnuków, co wydaje się być w sprzeczności z wynikami analiz dotyczącymi relacji między jakością życia i siecią społeczną. Wyjaśnienie tej potencjalnej niespójności stanowią analizy uzupełniające na podpróbie danych SHARE z rundy 6. ograniczonej do respondentów, którym zadane zostały pytania pozwalające na ocenę jakości ich sieci społecznych.⁵ Częściowe wyniki tych analiz, przedstawione w tabeli 1.5, wyraźnie wskazują na istotny wpływ tego ile osób znajduje się w sieci społecznej respondentów oraz z iloma osobami czują się oni niezwykle blisko związani. W tym pierwszym przypadku dodatkowa osoba w sieci społecznej podnosi wartość miary CASP o około 0,2, a w drugim – o 0,4 punktu, i obydwie z tych wymiarów sieci społecznej są silnie statystycznie istotne.

Wykres 1.4 | Charakterystyka sieci społecznych w grupach wieku w wybranych krajach w rundzie 6. SHARE

a) Przeciętna liczba osób w ramach sieci społecznej



b) Przeciętna liczba osób w sieci społecznej, z którymi respondent czuje się niezwykle blisko związany



Uwagi: statystyki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.3 pomniejszonej o osoby nieposiadające informacji dotyczących sieci społecznych (ok. 10% próby); dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

⁵ Określenie sieci społecznej respondentów w SHARE opiera się o pytania skupiające się na osobach, z którymi respondenci omawiali ważne dla siebie sprawy, a w badaniu zbierane były informacje dotyczące tego jak często uczestnicy badania mieli kontakt z wymienionymi przez siebie osobami, jak daleko od nich mieszkali oraz jak blisko byli z tymi osobami związani emocjonalnie.

Tabela 1.5 | Czynniki korelujące z wysokością miary CASP – efekty krańcowe: jakość sieci społecznej

	Efekty krańcowe	t-stat
Jakość sieci społecznej		
Liczba osób w sieci społecznej	0,199***	(6,65)
Liczba osób niezwykle blisko związanych z respondentem	0,362***	(12,44)
Liczba osób z sieci mieszkających bliżej niż 5km	-0,060	(-1,37)
L. obserwacji	54 672	
R ²	0,470	

Uwagi: pozostałe zmienne kontrolne: wszystkie zmienne uwzględnione w specyfikacji (5) (tabela 1.3); uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym; *** - istotność statystyczna na poziomie 1%, ** - istotność statystyczna na poziomie 5%, * - istotność statystyczna na poziomie 10%; pełne wyniki regresji przedstawiono w Myck i in. (2017).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Co więcej, różnice w wielkości sieci społecznej w analizowanych krajach sugerują ważny wpływ relacji społecznych dla wytłumaczenia różnic w ocenie jakości życia pomiędzy krajami (wykres 1.4a-b). W grupie wybranych państw przeciętnie największą sieć społeczną miały kobiety w wieku 50-59 lat. W tej grupie wieku w Niemczech i w Szwecji kobiety w nie tylko miały przeciętnie najwięcej osób w sieci wśród analizowanych krajów, ale też wymieniały przeciętnie o jedną osobę więcej w ramach swojej sieci niż Niemcy czy Szwedzi. Co ciekawe, jak pokazano na wykresie 1.4b, wielkość sieci społecznej niekoniecznie koresponduje z jej jakością mierzoną w tym przypadku liczbą osób z sieci z którymi respondent czuł się niezwykle blisko związany emocjonalnie. Choć kobiety w Niemczech i Szwecji miały przeciętnie ponad trzech członków sieci społecznej, to jednak tylko z jednym z nich czuły się blisko związane. Przykładowo, choć Hiszpanie i Czesi mieli przeciętnie mniej osób w sieci społecznej, to częściej były to dla nich bliskie osoby. Dodatkowo, w Czechach jako jedynym spośród analizowanych krajów sieci społeczne osób 60+ były przeciętnie większe niż osób w wieku 50-59 lat.

1.3.2 Jakość życia i stan zdrowia

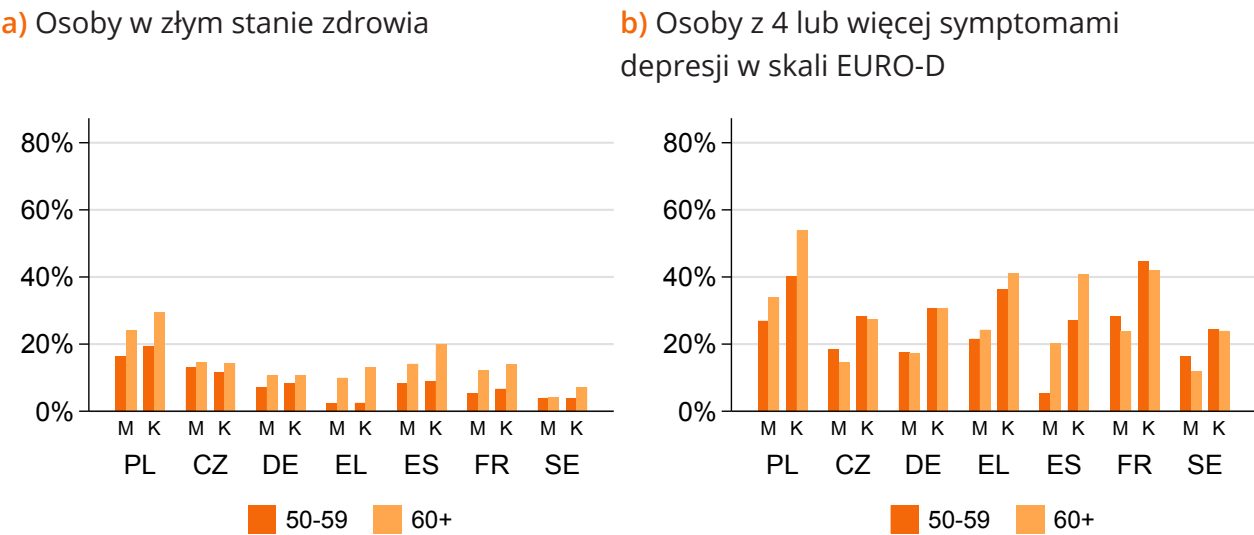
Wyniki przedstawione w tabeli 1.3 wyraźnie wskazują na istotną rolę zdrowia fizycznego i psychicznego dla oceny jakości życia osób 50+ niezależnie od miary, za pomocą której stan zdrowia jest oceniany. Międzynarodowe porównanie stanu zdrowia w rundzie 6. przy wykorzystaniu pomiaru siły uścisku dłoni za pomocą dynamometru, które jest regularnie stosowaną w badaniu obiektywną miarą zdrowia, wskazuje na relatywnie dobre wyniki dotyczące zdrowia fizycznego polskiej populacji 50+ (por. wykres 1.13 w Myck i in., 2017). Jak pokazano w rozdziale 4 niniejszego raportu (por. również Magda i Kiełczewska, 2017), to stoi jednak w pewnej sprzeczności z innymi miarami zdrowia dostępnymi w SHARE, w przypadku których Polska często wypada dużo gorzej od innych krajów uwzględnionych w analizach. Do miar tych należą na przykład:

- ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności prostych (1+ ADL);
- ograniczenia w czynnościach ruchowych (1+ MOBILITY);

- ogólna samoocena stanu zdrowia;
- symptomy depresji (4+ EURO-D).

W przypadku niemal wszystkich tych zmiennych zdrowotnych Polacy najliczniej deklarowali występowanie tych problemów zdrowotnych (Myck i in., 2017), a szczególnie dużą różnicę w porównaniu do przedstawicieli innych państw – niezależnie od płci i grupy wieku, zauważyć można dla negatywnej oceny własnego stanu zdrowia oraz deklarowania czterech lub więcej symptomów depresji (wykres 1.5).

Wykres 1.5 | Odsetek osób deklarujących wybrane problemy zdrowotne według płci i grup wieku w wybranych krajach w rundzie 6. SHARE



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym; a) – zły stan zdrowia według własnej oceny respondenta.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Szczególnie w starszym wieku, powszechnym zjawiskiem jest współwystępowanie kilku rodzajów problemów zdrowotnych jednocześnie. Potwierdzają to wyniki na podstawie danych SHARE przedstawione w tabeli 1.6, w której pokazano odsetek badanej populacji deklarujący występowanie dwóch różnych rodzajów problemów zdrowotnych. Jedną z najczęstszych kombinacji było współwystępowanie symptomów depresji (4+ EURO-D) razem z problemami z poruszaniem się (1+ MOBILITY). Na występowanie obydwu tych symptomów złego stanu zdrowia wskazała co piąta osoba w analizowanej próbie oraz niemal co trzeci polski respondent.

W tabeli 1.6 wyliczono również skumulowany efekt dla jakości życia różnych kombinacji problemów zdrowotnych, poprzez zsumowanie efektu krańcowego dla CASP poszczególnych problemów zdrowotnych. Najsilniejszy łączny wpływ na CASP miało połączenie występowania symptomów depresji z deklarowanym złym stanem zdrowia, które dotyczyło średnio 7% respondentów w całej analizowanej próbie oraz ponad 15% polskich respondentów. Współwystępowanie tych dwóch problemów obniżało CASP o niemal 6,5 punktu. O ponad 5 punktów niższy CASP miały zaś osoby, u których jednocześnie występowały symptomy depresji oraz problemy z poruszaniem się – kombinacja, która, jak wspomniano powyżej, dotyczyła największego odsetka osób w próbie (przeciętnie 21%). Wyniki te podkreślają jak istotne dla oceny jakości życia

są kwestie zdrowotne i w związku z tym jak ważną rolę odgrywa zarówno dostępność, jak i jakość opieki zdrowotnej oraz rozwiązania w polityce społeczno-gospodarczej wspierające świadomość zdrowego trybu życia.

Tabela 1.6 | Efekty krańcowe czynników zdrowotnych dla jakości życia

	Odsetek populacji deklarującej problem zdrowotny		Efekt krańcowy dla CASP
	Wszystkie kraje	Polska	Wszystkie kraje
4+ EURO-D	29,4%	40,7%	-3,861
Zły stan zdrowia	12,5%	23,6%	-2,562
1+ iADL	18,2%	22,6%	-1,366
1+ MOBILITY	49,7%	57,5%	-1,265
1+ ADL	12,9%	16,4%	-0,809
Słaby słuch	4,5%	8,6%	-0,624
Słaby wzrok (dal)	4,7%	10,2%	-0,526
Słaby wzrok (bliź)	7,4%	15,7%	-0,359
	Współwystępowanie dwóch problemów zdrowotnych		Łączny efekt krańcowy dla CASP
	Wszystkie kraje	Polska	Wszystkie kraje
4+ EURO-D wraz z:			
- 1+ MOBILITY	20,6%	31,6%	-5,126
- 1+ iADL	9,3%	14,8%	-5,227
- zły stan zdrowia	7,3%	15,4%	-6,423
1+ iADL wraz z:			
- 1+ MOBILITY	17,0%	21,5%	-2,631
- 1+ ADL	9,6%	13,7%	-2,175
- zły stan zdrowia	7,4%	13,3%	-3,928
1+ MOBILITY wraz z:			
- 1+ ADL	12,5%	16,3%	-2,074
- zły stan zdrowia	11,3%	21,4%	-3,827
- słaby wzrok (bliź)	5,2%	11,2%	-1,624

Uwagi: średnie efekty krańcowe dla osoby w wieku 66 lat (średni wiek w próbie); wyniki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.3; uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym; błędy standardowe klastrowane na poziomie kraju.

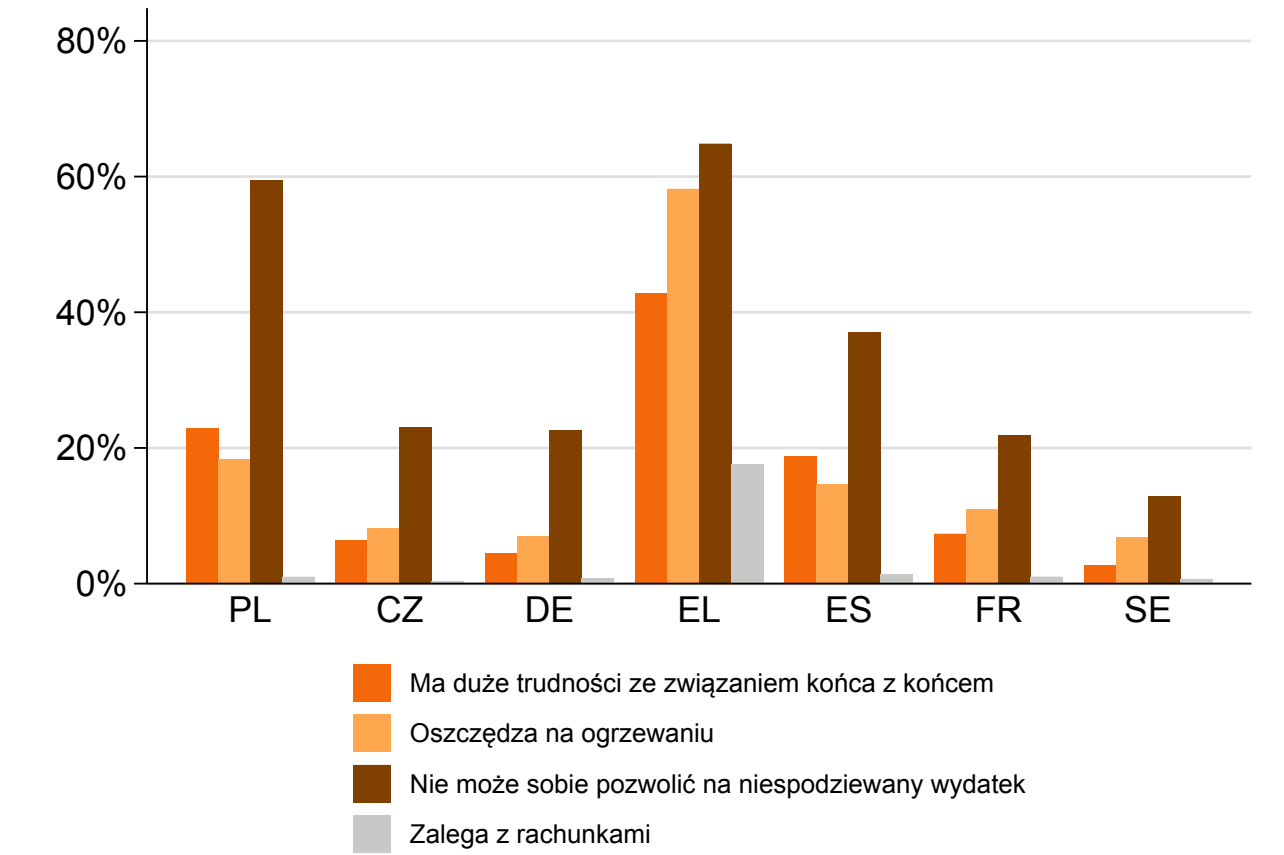
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

1.3.3 Jakość życia i warunki materialne

Wyniki regresji zaprezentowane w tabeli 1.3 wskazują na istotną zależność pomiędzy sytuacją materialną a jakością życia mierzoną za pomocą skali CASP. Gorsza sytuacja materialna ma negatywne przełożenie na jakość życia, a wszystkie włączone do analiz miary sytuacji materialnej niezależnie od siebie istotnie

wpływają na wysokość miary CASP. Dotyczy to zarówno subiektywnej oceny łatwości wiązania końca z końcem, jak i oceny o bardziej obiektywnym charakterze w postaci deklarowania trudności materialnych. Pogłębione badanie materialnych warunków życia osób 50+ uwzględniając różne wskaźniki sytuacji ekonomicznej, jak i analizę dochodów gospodarstw domowych oraz zmian, które zaszły w zakresie poziomu życia tej grupy populacji w ciągu ostatnich kilku lat na podstawie wybranych rund badania SHARE przedstawiono w rozdziale 5 (por. również Lewandowski i Sałach, 2017). Wskazuje ono na duże zróżnicowanie sytuacji materialnej populacji 50+ w Europie zarówno w wymiarze obiektywnym – mierzonym za pośrednictwem dochodów i zasobów finansowych, jak i subiektywnym – określonym przez respondentów. Choć stopa ubóstwa dochodowego wśród osób w wieku 50+ w Polsce spadła między rundą 2. i 6., to była on nadal wysoka, a odsetek osób starszych, które nie doświadczyły ubóstwa w żadnej z rund badania tylko nieznacznie przekraczał 50%.

Wykres 1.6 | Sytuacja materialna oceniana na podstawie różnego rodzaju trudności ekonomicznych w wybranych krajach w rundzie 6. SHARE



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Kilka wybranych wskaźników sytuacji materialnej dostępnych w SHARE w rundzie 6. przedstawiono na wykresie 1.6, zaś analizę poszerzonej listy zmiennych związanych z sytuacją materialną zawarto w Myck i in. (2017). Na tle innych krajów w szczególny sposób wyróżnia się Grecja, co jest między innymi odzwierciedleniem ciągnącego się już od ponad ośmiu lat kryzysu finansowego. 65% Greków w wieku 50+ nie mogło pozwolić sobie na niespodziewany wydatek (o równowartości progu ubóstwa) bez pożyczania pieniędzy,

a niewiele mniejszy odsetek (58%) oszczędzał na ogrzewaniu dla obniżenia codziennych kosztów życia. 18% Greków zalegało z zapłaceniem rachunków za mieszkanie lub innych regularnych zobowiązań, co w pozostałych krajach stanowiło jedynie marginalny problem, dotyczący przykładowo 1% populacji Hiszpanii.

Wśród pozostałych krajów największy problem stanowił brak możliwości poniesienia niespodziewanego wydatku, ponieważ dotyczył znacznie większego odsetka osób niż pozostałe analizowane trudności ekonomiczne. W przypadku Polski niemal 60% respondentów nie mogło pozwolić sobie na taki wydatek, niewiele mniej niż w Grecji, choć jednocześnie problem oszczędzania na ogrzewaniu deklarowany przez ponad połowę respondentów greckich dotyczył 18% Polaków. W Polsce aż 23% respondentów deklaroowało duże trudności w wiązaniu końca z końcem, które dotyczyły tylko 4% respondentów niemieckich i 3% szwedzkich. Zatem, biorąc pod uwagę wpływ jaki sytuacja materialna ma na jakość życia osób w wieku 50+, zakres problemów materialnych w Polsce jest bardzo ważnym czynnikiem różnicującym jakość życia tej grupy populacji względem bardziej rozwiniętych krajów Europy.

1.3.4 Aktywność zawodowa i warunki zatrudnienia

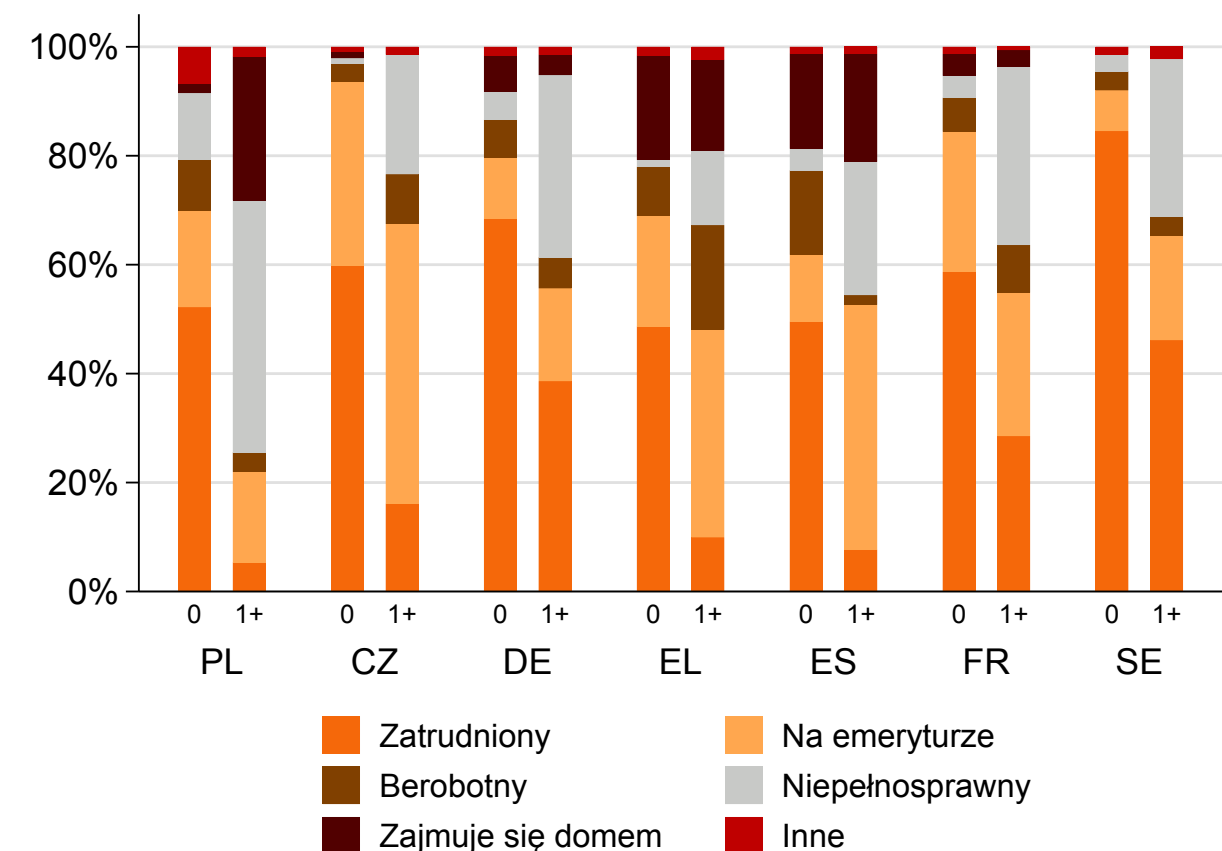
Jak pokazano w tabeli 1.3 w analizach na pełnej próbie respondentów z rundy 6. wykonywanie płatnej pracy jest pozytywnie skorelowane z oceną jakości życia i przeciętnie podnosi wynik CASP o około 0,4 punktu. Jednocześnie analizy uzupełniające w Myck i in. (2017) przeprowadzone oddzielnie dla poszczególnych krajów wskazują, że zatrudnienie pozytywnie wiąże się z oceną jakości życia w każdym kraju a wartość współczynnika waha się od 0,3 w Niemczech do 0,9 w Czechach. Warto podkreślić, że przeciętna wartość oszacowanego współczynnika przy aktywności zawodowej (0,4 punktu CASP) jest podobna do wartości dla średniego lub wyższego wykształcenia (odpowiednio 0,3 i 0,5 punktu na skali CASP) lub do roli jaką odgrywa posiadanie domu lub mieszkania (0,4 punktu). To z kolei oznacza, że część zróżnicowania w jakości życia osób w wieku 50+ w poszczególnych krajach związana jest z różnym poziomem aktywności zawodowej, a pod tym względem Polska, niestety, cały czas wypada stosunkowo słabo w porównaniu z wieloma krajami rozwiniętymi. W tym względzie dane SHARE potwierdzają informacje z bardziej szczegółowych międzynarodowych badań zatrudnienia (OECD, 2015). Zagadnieniu zróżnicowania zaangażowania w rynek pracy na podstawie SHARE poświęcono rozdział 3 niniejszego raportu (por. również Chłóń-Domińczak i in., 2017). Biorąc pod uwagę grupę osób do 65. roku życia w Polsce w badaniu SHARE zaledwie 49% mężczyzn i 45% kobiet deklaroowało zatrudnienie, podczas gdy we Francji odsetek osób zatrudnionych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet wyniósł 56%, w Niemczech - 69% wśród mężczyzn i 65% wśród kobiet, natomiast w Szwecji odsetek zatrudnienia przekraczał 80% w przypadku obu płci (por. wykres 1.19 w Myck i in., 2017).

Ważną rolę w determinacji stóp aktywności zawodowej w grupie wieku 50+ określają warunki instytucjonalne związane z jednej strony z prawami emerytalnymi a z drugiej z innymi formami wsparcia poza rynkiem pracy. W Polsce na przykład, istotną grupę niepracujących osób stanowią osoby deklarujące swój status jako niepełnosprawny, co pokrywa się zwykle z pobieraniem świadczeń z tytułu niepełnosprawności. Uprawnienia do tych świadczeń w Polsce do końca lat 1990-tych przyznawane były stosunkowo liberalnie, a dla dużej grupy osób renty z tytułu niepełnosprawności stanowiły sposób wyjścia z rynku pracy przed uzyskaniem uprawnień do świadczeń emerytalnych, niekoniecznie odzwierciedlając rzeczywisty stan zdrowia. Pomimo zaostrzenia przepisów od 1997 r., odsetek osób deklarujących niepełnosprawność jest w Polsce wciąż wysoki i to zarówno wśród osób deklarujących problemy zdrowotne, jak i wśród osób nie wskazujących takich proble-

mów. Na wykresie 1.7 porównano aktywność zawodową osób w wieku 50-65 lat w podziale na osoby, które deklarują brak lub jedną i więcej trudności w wykonywaniu codziennych czynności (według skali ADL). W przypadku Polski znacząco większy odsetek osób nieposiadających żadnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności według skali ADL zadeklarował swój status na rynku pracy jako niepełnosprawny niż w którymkolwiek z pozostałych krajów.

Patrząc na połączenie informacji dotyczących zatrudnienia i sytuacji zdrowotnej przedstawione na wykresie 1.7 zauważyć można również, że zatrudnienie wśród osób deklarujących trudności w Polsce (5%) jest podobne do wartości dla Czech, Grecji i Hiszpanii (odpowiednio 16%, 10% i 8%) i znacząco niższe w porównaniu do takich krajów jak Niemcy czy Szwecja (39% i 46%). Na taki efekt z pewnością składa się kilka czynników instytucjonalnych, między innymi wiek przejścia na emeryturę oraz dostępność świadczeń związanych z niepełnosprawnością i aktywna polityka wsparcia osób starszych na rynku pracy. Wynik ten wskazuje również jednak na potencjał zwiększenia aktywności zawodowej tych osób w takich krajach jak Polska.

Wykres 1.7 | Status w zakresie zatrudnienia wśród osób deklarujących brak trudności w wykonywaniu codziennych czynności według skali ADL (0) oraz posiadających przynajmniej jedną z tych trudności (1+) wśród osób w wieku 50-65 lat w wybranych krajach w rundzie 6. SHARE



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Interesującym porównaniem wynikającym z wykresu 1.7 jest też zestawienie stopnia zatrudnienia osób niedeklarujących trudności w wykonywaniu codziennych czynności. W tym przypadku ponow-

nie wyniki dla Polski (52%) są bardzo podobne do tych w Hiszpanii i Grecji (50% i 49%), ale znów bardzo mocno odbiegają od poziomu zatrudnienia osób w wieku 50-65 lat w Szwecji (85%) i Niemczech (68%). Jednym z prawdopodobnych wyjaśnień tej sytuacji są uwarunkowania instytucjonalne związane między innymi z wysokością wieku emerytalnego i dostępem do świadczeń rentowych. Relacji pomiędzy zatrudnieniem i zdrowiem w bardziej szczegółowy sposób przyjrano się w rozdziale 4 niniejszego raportu (por. również Magda i Kiełczewska, 2017), w którym, poza zróżnicowaniem w aktywności zawodowej względem stanu zdrowia, analizowane są również powiązania pomiędzy pracą i umiejętnościami poznawczymi. W rozdziale 4 zwrócono uwagę między innymi na duże różnice w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz w poziomie umiejętności poznawczych pomiędzy osobami pracującymi a niepracującymi. Osoby pracujące były znacząco zdrowsze od osób niepracujących według każdej z analizowanych miar zdrowia – lepiej oceniały swój stan zdrowia, posiadały większą siłę uścisku ręki, rzadziej deklarowały problemy zdrowotne, a także rzadziej obserwowano u nich symptomy depresji. Również średnie wyniki wszystkich czterech testów umiejętności poznawczych były istotnie wyższe wśród osób pracujących niż niepracujących.

Rozważając relację między aktywnością zawodową i oceną jakości życia, naturalnym jest oczekiwanie, że wpływ tej aktywności będzie inny dla osób pracujących, które dobrze oceniają swoje miejsce zatrudnienia. Biorąc to pod uwagę, poniżej przedstawiono trzecią wersję analiz czynników korelujących z miarą jakości życia CASP, koncentrując się na próbie osób pracujących. Szczegółowe analizy wpływu jakości miejsca pracy na aktywność po zakończeniu kariery zawodowej i na decyzje dotyczące utrzymania zatrudnienia na emeryturze przedstawiono w rozdziałach 2 i 3 niniejszego raportu.

Panelowy charakter badania SHARE niesie ze sobą zmienność struktury kwestionariusza dla poszczególnych grup respondentów. Wiąże się to na przykład z brakiem konieczności ponownego zadawania części pytań w kolejnych rundach, w których uczestniczą ci sami respondenci lub z rotowaniem modułów kwestionariusza dla poszczególnych rund badania. Przykładem takiego ograniczonego zakresu zadawania pytań w rundzie 6. były pytania dotyczące charakterystyki miejsca pracy oraz jakości wykonywanej pracy. Ten zestaw pytań pojawiał w każdej kolejnej rundzie badania, ale zadawany był wyłącznie ściśle określonej grupie osób zatrudnionych. Dodatkowo spośród respondentów panelowych, którzy w kolejnej rundzie pozostali zatrudnieni, na te pytania ponownie odpowiadały tylko osoby, które zmieniły miejsce pracy od poprzedniej rundy badania. Pytania charakteryzujące pracę respondenta dotyczyły formy zatrudnienia, kontraktu, liczby przepracowywanych godzin, branży i liczby współpracowników. Dodatkowo zestaw pytań dotyczących jakości miejsca zatrudnienia obejmował subiektywną ocenę warunków wykonywanej pracy w zakresie wysiłku fizycznego, presji czasowej, możliwości rozwoju i awansu, otrzymywanego wsparcia, płacy i stabilności zatrudnienia. Aby zwiększyć próbę badawczą w analizach relacji jakości pracy i jakości życia poniżej wykorzystano zatem informacje dotyczące osób pracujących, pochodzące z trzech rund badania SHARE – 2., 4. i 6.

Opis zmiennych dotyczących oceny jakości pracy włączonych do analiz przedstawiono w tabeli 1.7, zaś statystyki opisowe tych zmiennych ujętych w analizach dla całej próby w rundach 2., 4. i 6. przedstawiono w tabeli 1.11 w Myck i in. (2017). Dla celów oceny jakości miejsca pracy do analiz wybrano informację o ogólnym zadowoleniu respondenta z pracy, które w analizowanej próbie deklarowało 93% zatrudnionych. Dodatkowo, w analizach uwzględniono subiektywną ocenę tego, czy wysokość otrzymywanego przez respondenta wynagrodzenia za pracę jest odpowiednia do wysiłku, który wkłada w pracę i osiągnięć (niemal 60% respondentów zadeklarowało adekwatność wynagrodzenia) oraz ocenę stabilności zatrudnienia (wskazało ją 81% zatrudnionych). W ramach zmiennych kontrolnych włączonych

do analiz korelacji jakości życia i jakości pracy znalazły się podstawowe charakterystyki miejsca pracy dostępne dla wszystkich trzech analizowanych rund badania (samozatrudnienie, zatrudnienie w sektorze publicznym). Wybrane wyniki estymacji, najważniejsze z punktu widzenia relacji pomiędzy jakością życia i jakością miejsca pracy, zaprezentowano w tabeli 1.8, zaś pełne wyniki znaleźć można w Myck i in. (2017).

Tabela 1.7 | Definicje wybranych zmiennych dotyczących jakości miejsca zatrudnienia z rund 2., 4. i 6.

Zmienne:	Opis zmiennych
Satysfakcja z pracy	respondent zdecydowanie zgadza się lub zgadza się ze stwierdzeniem, że biorąc wszystkie czynniki pod uwagę jest zadowolony ze swojej pracy;
Wysokość wynagrodzenia odpowiednia do wysiłku	respondent zdecydowanie zgadza się lub zgadza się ze stwierdzeniem, że biorąc pod uwagę cały wysiłek, który wkłada w swoją pracę i wszystkie osiągnięcia, wysokość jego wynagrodzenia jest odpowiednia;
Duża stabilność zatrudnienia	respondent zdecydowanie nie zgadza się lub nie zgadza się ze stwierdzeniem, że pewność zatrudnienia w jego pracy jest niewielka.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariusza SHARE z rund 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012), 6. (2015 r.).

Tabela 1.8 | Wpływ wybranych aspektów zatrudnienia na jakość życia - efekty krańcowe

	Efekty krańcowe	t-stat
Jakość pracy		
Satysfakcja z pracy	1,686***	(10,51)
Wysokość wynagrodzenia odpowiednia do wysiłku	1,103***	(10,02)
Duża stabilność zatrudnienia	1,064***	(6,00)
Forma zatrudnienia	Tak	
L. obserwacji	23 011	

Uwagi: wyniki regresji panelowej efektów losowych dla próby osób pracujących, które odpowiadały na pytania o jakość miejsca pracy w przynajmniej jednej z rund (2., 4., 6.) z krajów, które uczestniczyły we wszystkich trzech rundach (AT, BE, CH, CZ, DE, DK, ES, FR, IT, PL, SE);*** - istotność statystyczna na poziomie 1%, ** - istotność statystyczna na poziomie 5%, * - istotność statystyczna na poziomie 10%.

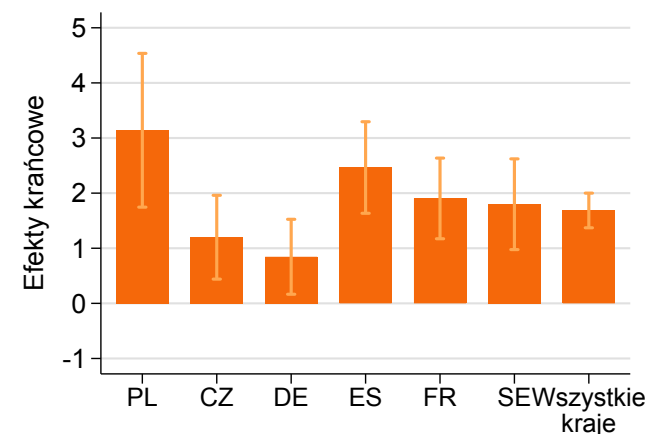
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012), 6. (2015 r.).

Wyniki oszacowania wskazują na bardzo istotny wpływ jakości zatrudnienia na ogólną ocenę jakości życia mierzoną za pomocą CASP. Satysfakcja z pracy podnosi wynik CASP o około 1,7 punktu, a wynagrodzenie adekwatne do wysiłku oraz stabilność zatrudnienia podwyższają CASP o około 1,1 punktu. Co warte podkreślenia, rozbieżności analiz na poszczególne kraje wskazuje na duże zróżnicowanie ról poszczególnych cech miejsc pracy na ocenę jakości życia pracujących osób w wieku 50+ (wykres 1.8). W przypadku

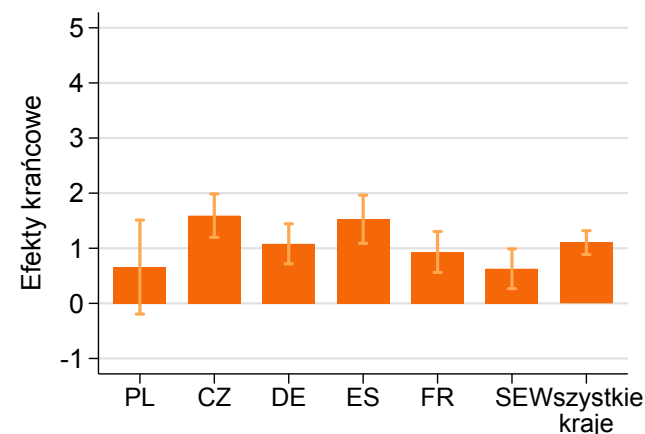
Polski najistotniejszym czynnikiem okazuje się ogólna satysfakcja z pracy (3,1 punktu na skali CASP, wykres 1.8a) oraz wysoka stabilność zatrudnienia (2,1 punktu, wykres 1.8c), podczas gdy wpływ adekwatności wynagrodzenia, choć dodatni, to okazuje się być nieistotny (wykres 1.8b). Znaczenie odpowiedniego wynagrodzenia z pracy dla jakości życia jest znacznie większe w takich krajach jak Czechy i Hiszpania (odpowiednio 1,6 i 1,5 punktu CASP).

Wykres 1.8 | Efekty krańcowe wskaźników jakości wykonywanej pracy dla jakości życia według krajów

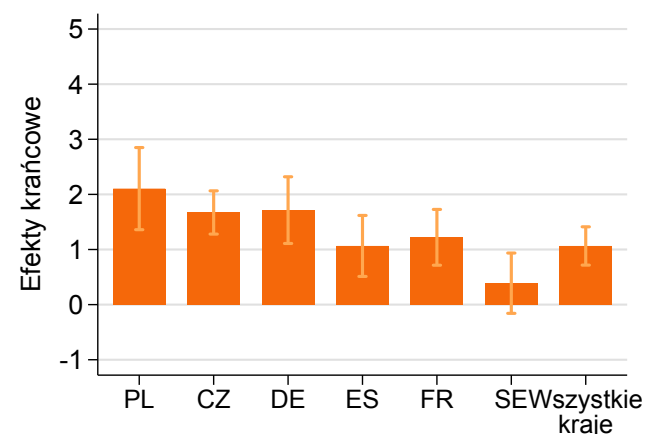
a) Satysfakcja z pracy



b) Wysokość wynagrodzenia odpowiednia do wysiłku wkładanego w pracę



c) Duża stabilność zatrudnienia



Uwagi: wyniki regresji panelowej efektów losowych dla próby osób pracujących, które odpowiadały na pytania o jakość miejsca pracy w przynajmniej jednej z rund (2., 4., 6.) z krajów, które uczestniczyły we wszystkich trzech rundach (AT, BE, CH, CZ, DE, DK, ES, FR, IT, PL, SE); wyniki regresji osobno dla każdego kraju oraz łączny wynik dla wszystkich krajów z regresji z tabeli 1.8; przedziały ufności odpowiadają ufności na poziomie 95%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012), 6. (2015 r.).

1.4 Podsumowanie

W niniejszym rozdziale szczegółowej analizie poddano jedną z podstawowych miar jakości życia dostępnych w badaniu SHARE – CASP-12, opartą na zestawie pytań odnoszących się do następujących sfer życia: możliwości wpływania na swoje otoczenie (Control), samodzielnego podejmowania decyzji (Autonomy), samorealizacji (Self-realization) i czerpania przyjemności w życiu (Pleasure). Zakres wartości indeksu CASP waha się między 12 i 48, a średnie dla takich krajów jak Polska, Czechy, Niemcy czy Szwecja wynoszą odpowiednio: 35,6, 35,4, 38,8 i 39,5 punktu. Miary takie jak CASP zdają się być stosownym punktem odniesienia z punktu widzenia decyzji w sferze polityki społeczno-gospodarczej i biorąc pod uwagę dążenia do szerokiego spojrzenia na dobrostan populacji, wykraczającego poza miary sytuacji materialnej, mogą stać się ważnym wskaźnikiem odzwierciedlającym skuteczność działań skierowanych do różnych grup społecznych, a w szczególności do osób starszych.

Dane SHARE wskazują na stosunkowo duże zróżnicowanie oceny jakości życia pomiędzy krajami uczestniczącymi w badaniu, z wysokimi wartościami miary CASP notowanymi w takich krajach jak Szwecja czy Niemcy i niższym poziomem jakości życia w ocenach osób w wieku 50+ w krajach południa Europy i w Polsce. Jednym z ważniejszych wyników przeprowadzonych analiz jest to, że to nie sam proces starzenia decyduje o spadku oceny jakości życia wraz z wiekiem, ale raczej te procesy które mu towarzyszą, a w szczególności pogarszający się stan zdrowia i gorsza sytuacja materialna. Dane SHARE umożliwiają uwzględnienie szerokiego zestawu czynników wpływających na jakość życia w analizie zróżnicowania miary CASP, a jej wyniki sugerują, że takie podejście wskazuje nie tylko na brak wpływu wieku na ocenę jakości życia, ale również na bardzo istotne ograniczenie zróżnicowania wartości CASP na poziomie międzynarodowym. To z kolei prowadzi do wniosku, że szczegółowość bazy SHARE pozwala na wyizolowanie najistotniejszych czynników decydujących o ocenie jakości życia, co może być ważną podstawą do tworzenia rozwiązań w polityce społeczno-gospodarczej oraz do monitorowania postępów w realizacji jej celów.

Analizy przedstawione w niniejszym rozdziale wskazują jednoznacznie, że jednym z najważniejszych aspektów decydujących o ocenie jakości życia osób w wieku 50+ jest stan zdrowia, zarówno w jego aspekcie fizycznym, jak i psychicznym, przy czym szczególnie istotne konsekwencje dla jakości życia ma kumulacja kilku rodzajów problemów zdrowotnych. Przykładowo, w analizach wskazano, że deklaracja złego stanu zdrowia w badaniu wiąże się przeciętnie z obniżeniem miary CASP o 2,6 punktu, a zadeklarowanie czterech lub więcej symptomów depresji – aż o 3,7 punktu. Niezależnie od tego problemy w poruszaniu się dodatkowo obniżają wartość CASP o około 1,3 punktu, a problemy ze słuchem – o 0,6 punktu.

Drugim ważnym aspektem decydującym o ocenie jakości życia osób w wieku 50+ jest sytuacja materialna, która w przypadku badania SHARE oceniona może być z wykorzystaniem szerokiej gamy wskaźników. Wysokość CASP negatywnie koreluje zarówno z subiektywną oceną warunków materialnych (duże problemy w wiązaniu końca z końcem przeciętnie obniżają CASP o 1,6 punktu) oraz, niezależnie od tego, z takimi aspektami sytuacji materialnej, jak konieczność oszczędzania na ogrzewaniu (-0,9 pkt.) czy brak zasobów finansowych umożliwiających niespodziewany wydatek na poziomie progu ubóstwa (-1,7 pkt.). Jednocześnie sytuacja majątkowa wyrażona posiadaniem na własność mieszkania czy domu oraz aktywność zawodowa pozytywnie koreluje z oceną jakości życia (odpowiednio +0,3 pkt. i +0,4 pkt.). Biorąc pod uwagę pozytywny wpływ pracy na ocenę jakości życia należy też wspomnieć, że w pogłębionych analizach skupionych na próbie osób pracujących stwierdzono istotne znaczenie dla oceny jakości życia różnych cech miejsca pracy, takich jak ogólna satysfakcja z pracy (+0,9 pkt.) i stabilność zatrudnienia (+0,8 pkt.).

Poza tymi dwoma najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na jakość życia osób w wieku 50+, wyniki analiz wskazują na ważną rolę sytuacji rodzinnej i szerszej sieci społecznej, przy czym w tym przypadku kluczową rolę zdaje się odgrywać jakość kontaktów społecznych odzwierciedlona w bliskości relacji z innymi osobami. Pozytywnie z oceną jakości życia korelują również miary zdolności umysłowych, co biorąc pod uwagę wyniki dotyczące wpływu utrzymania różnych rodzajów aktywności na zachowanie sprawności umysłu, wskazuje na kolejny potencjalny sposób w jaki polityka społeczno-gospodarcza może oddziaływać na podniesienie jakości życia osób starszych.

Choć analizy przedstawione w tym rozdziale w szeroki i kompleksowy sposób podchodzą do próby wytłumaczenia zróżnicowania ocen jakości życia wśród europejskich populacji w wieku 50+, tym samym pokazując jednocześnie bardzo bogaty zakres informacji dostępny w danych z badania SHARE, to należy podkreślić, że z pewnością nie wyczerpują one w pełni bogactwa informacji dostępnych w badaniu SHARE. Celem tego rozdziału było między innymi wskazanie na szeroki zakres danych ujętych w badaniu w rundzie 6. Jednak – jak pokazano w kilku przykładach analiz w niniejszym rozdziale, pamiętać należy o tym, że jedną z głównych zalet badania SHARE jest jego panelowy charakter, pozwalający nie tylko na przekrojowe podejście do badanych tematów, ale też na śledzenie zmian zachodzących w życiu respondentów w ramach upływu czasu. Ponadto, dane SHARE obejmują również inne aspekty życia respondentów, które nie zostały objęte badaniem w niniejszym rozdziale, a których analiza wymaga bardziej szczegółowego zdefiniowania próby badawczej i zagłębienia się w szczegółowe kwestie badanych tematów. Przykładem takiego tematu, któremu poświęcono rozdział 2 niniejszego raportu (por. również Morawski i in., 2017), jest aktywność po zakończeniu kariery zawodowej i jej związek z historią zatrudnienia. W literaturze wskazuje się na istotną rolę jaką w ocenie jakości życia po przejściu na emeryturę odgrywa zaangażowanie w aktywności społecznie użyteczne w formie wolontariatu czy udzielania pomocy rodzinie lub znajomym (Wahrendorf i in., 2006; Wahrendorf i Siegrist, 2010; Schnalzenberger i in., 2008). Analizy zaprezentowane w rozdziale 2, które łączą informacje z rund 4. i 6. oraz z badania SHARE-LIFE z rundy 3. SHARE wskazują z kolei na istotną rolę doświadczeń zawodowych zarówno dla kontynuacji zatrudnienia po przejściu na emeryturę, jak i udziału w wolontariacie. Jak pokazują te i inne badania oparte na danych SHARE-LIFE, uzupełnienie informacji bieżących o dane dotyczące historii życia respondentów rzucić może bardzo ciekawe światło na obecny obraz populacji 50+. Z tego względu uzupełnienie danych SHARE o informacje retrospektywne dla poszerzonych prób badawczych z rund 4-6, które miało miejsce w rundzie 7. (realizowanej w 2017 r.), stworzy nowe możliwości do dalszych pogłębionych analiz oceny jakości życia osób w wieku 50+ i do lepszego zrozumienia czynników, które o niej decydują. ●

Załącznik 1.1 | Treść pytań ewaluujących jakość życia według skali CASP w SHARE w podziale na dziedziny życia (polska wersja pytań z rundy 6. SHARE).

Wprowadzenie: Przeczytam teraz listę stwierdzeń, których ludzie używają, by opisać swoje życie lub to jak się czują. Chcielibyśmy dowiedzieć się, jak często, jeśli w ogóle, towarzyszyły Panu(i) poszczególne odczucia i myśli: często, czasami, rzadko lub nigdy.

Możliwość wpływania na swoje otoczenie (Control):

Jak często Pana(i) zdaniem, Pana(i) wiek powoduje, że nie może Pan(i) robić rzeczy, które chciał(a)by Pan(i) robić?

Jak często czuje Pan(i), że to, co się z Panem(ią) dzieje, jest poza Pana(i) kontrolą?

Jak często czuje się Pan(i) odstawiony(a) na boczny tor?

Samodzielne podejmowanie decyzji (Autonomy):

Jak często Pana(i) zdaniem, może Pan(i) robić rzeczy, które chce Pan(i) robić?

Jak często Pana(i) zdaniem, obowiązki rodzinne powodują, że nie może Pan(i) robić tego, co chciał(a)by Pan(i) robić?

Jak często Pana(i) zdaniem, niedobór pieniędzy uniemożliwia Panu(i) robienie rzeczy, które chciał(a)by Pan(i) robić?

Czerpanie przyjemności w życiu (Pleasure):

Jak często cieszy się Pan(i) na nowy dzień?

Jak często czuje Pan(i), że Pana(i) życie ma sens?

Jak często, ogólnie rzecz biorąc, patrzy Pan(i) na swoje dotychczasowe życie z poczuciem szczęścia?

Samorealizacja (Self-realization):

Jak często czuje się Pan(i) obecnie pełen(na) energii?

Jak często czuje Pan(i), że życie jest pełne możliwości?

Jak często czuje Pan(i), że przyszłość wygląda dla Pana(i) dobrze?

Bibliografia

- Chłoń-Domińczak, A., Holzer-Żelaźewska, D. Maliszewska, A. (2017). Polacy po pięćdziesiątce: praca i emerytura. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 3/2017. www.share50plus.pl.
- Doyal, L., Gough, I. (1991). A theory of human need. Macmillan.
- Hamama-Raz, Y., Shrira, A., Ben-Ezra, M., Palgi, Y. (2015). The recursive effects of quality of life and functional limitation amongst older adult cancer patients: Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *European Journal of Cancer Care* 24: 205-212.
- Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research* 12(1): 25-31.
- Hyde, M., Wiggins, R., Higgs, P., Blane, D. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health* 7: 186-194.
- Kim, G., Netuveli, G., Blane, D., Peasey, A., Malyutina, S., Simonova, G., Kubinova, R., Pajak, A., Croezen, S., Bobak, M., Pikhart, H. (2015). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging & Mental Health* 19 (7).
- Laslett, P. (1996). A Fresh Map of Life. Macmillan.
- Lewandowski, P., Sałach, K. (2017). Aktywność zawodowa a warunki materialne wśród osób w wieku 50+. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 5/2017, www.share50plus.org.
- Litwin, H., Stoeckel, K. (2013a). Confidant network types and well-being among older Europeans. *The Gerontologist* 55: 762-772.
- Litwin, H., Stoeckel, K. (2013b). Social networks and subjective wellbeing among older Europeans: does age make a difference? *Ageing & Society* 33(7): 1263-1281.
- Magda, I., Kielczewska, A. (2017). Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 4/2017, www.share50plus.org.
- Maslow, A. (1968). Toward a psychology of being (second edition). Van Nostrand.
- McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T., Dehlin, O. (1999). Social Relationships and Health as Predictors of Life Satisfaction in Advanced Old Age: Results from a Swedish Longitudinal Study. *The International Journal of Aging and Human Development* 48(4): 301-324.

- Morawski, L., Myck, M., Oczkowska, M. (2017). Historia zatrudnienia i aktywność po zakończeniu kariery zawodowej. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 2/2017. www.share50plus.pl.
- Myck, M., Najsztub, M., Oczkowska, M., Chłóń-Domińczak, A., Lewandowski, P., Magda, I., Morawski, L., Paukszteto, W. (2017). Dane SHARE z perspektywy oceny jakości życia: osoby w wieku 50+ w Polsce na tle Europy. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 1/2017. www.share50plus.org.
- OECD. (2015). Ageing and Employment Policies: Poland 2015. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Prince, M., Reischies, F., Beekman, A., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S., Lawlor, B., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., Copeland, J. (1999). Development of the EURO-D scale - a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry* 174 (4): 330-338.
- Schnalzenberger, M., Schneeweis, N., Winter-Ebmer, R., Zweimüller, M. (2008). Job quality and retirement decisions. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.). *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007): Starting the Longitudinal Dimension*. MEA.
- Sen, A. (1988). *The Standard of Living*. Cambridge University Press.
- Sexton, E., King-Kallimanis, B., Layte, R., Hickey, A. (2014). CASP-19 special section: how does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHO ICF disability domains as mediators of this relationship. *Aging & Mental Health* 19 (7).
- Siegrist, J., von dem Knesebeck, O., Wahrendorf, M. (2005). Quality of Employment and Well-Being. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) (2005). *Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Jürges, H., Börsch-Supan, A. (2006). Quality of work, well-being and intended early retirement of older employees - baseline results from the SHARE Study. *European Journal of Public Health* 17: 62-68.
- Siegrist, J., Wahrendorf, M. (2008). Quality of work and well-being: the European dimension. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.). *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007): Starting the Longitudinal Dimension*. MEA.
- von dem Knesebeck, O., Hyde, M., Higgs, P., Kupfer, A., Siegrist, J. (2005). Quality of Life and Well-Being. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) (2005). *Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Wahrendorf, M. (2015). Previous employment histories and quality of life in older ages: sequence analyses using SHARELIFE. *Ageing and Society* 35 (9): 1928-1959.
- Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Siegrist, J. (2006). Social productivity and well-being of older people: baseline results from the SHARE study. *European Journal of Ageing* 3: 67-73.
- Wahrendorf, M., Siegrist, J. (2010). Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? Results of longitudinal European study. *European Journal of Ageing* 7: 59-68.
- White, A. (2007). A global projection of subjective well-being: A challenge to positive psychology. *Psychiatry* 56: 17-20.
- Wiggins, R., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., Blane, D. (2008). The evaluation of a self-enumerated scale of quality of life (CASP-19) in the context of research on ageing: a combination of exploratory and confirmatory approaches. *Social Indicators Research* 89: 61-77.

ROZDZIAŁ II

Historia zatrudnienia i aktywność po zakończeniu kariery zawodowej

Leszek Morawski

Współpraca: Michał Myck, Monika Oczkowska

Wprowadzenie⁶

Zakończenie kariery zawodowej jest szczególnym momentem w życiu wielu osób, kiedy pojawiają się nowe możliwości, ale też nieznane wcześniej ograniczenia i zagrożenia. Osoba uwolniona od wcześniejszych obowiązków zawodowych ma z jednej strony szansę czerpać dodatkową satysfakcję z życia, urzeczywistniając marzenia i plany, na których realizację nie pozwalał jej do tej pory brak czasu (Laslett, 1989, 1991). Z drugiej strony, spadek dochodów oraz ograniczenie kontaktów społecznych po przejściu na emeryturę zwiększa niebezpieczeństwo marginalizacji społecznej i zubożenia materialnego (Westerlund i in., 2010).

Europejczycy, w tym Polacy, żyją coraz dłużej, ciesząc się często nawet w późnym wieku dobrym zdrowiem, a ponieważ wielu z nich kończy karierę zawodową w chwili uzyskania uprawnień do świadczeń emerytalnych, rośnie liczba osób zdolnych do aktywnego spędzania czasu po wyjściu z rynku pracy. Uważa się, że przy obecnie obowiązującym wieku nabywania tych uprawnień coraz większy odsetek kolejnych kohort emerytów może podejmować aktywności produktywne, zwiększając swoje dochody, a także dochody innych osób i zmniejszając w ten sposób napięcia fiskalne w budżecie państwa związane ze zmianami demograficznymi (Robroek i in., 2013; Brugiavini i in., 2008). Działania te mogą polegać na kontynuowaniu pracy zarobkowej, często w niepełnym wymiarze czasu lub w nowym zawodzie, ale także na wykonywaniu pracy niepłatnej, np. w formie wolontariatu lub angażowania się w działalność charytatywną.

Poznanie mechanizmów determinujących aktywność po zakończeniu kariery zawodowej jest ważne dla właściwego kształtowania rozwiązań w polityce społecznej. W literaturze najczęściej analizowane są dwa czynniki sprzyjające aktywności osób starszych – dochód i zdrowie. Znacznie rzadziej zwraca się uwagę na inny istotny czynnik, a mianowicie – przebieg kariery zawodowej, pomimo jej oczywistego

⁶ Rozdział stanowi skróconą wersję Analitycznego Raportu Uzupełniającego Nr 2: Morawski i in. (2017), który dostępny jest na stronie internetowej projektu SHARE: www.share50plus.pl.

wpływu na zdrowie oraz sytuację materialną po przejściu na emeryturę (Blane i in., 2006; Kuh i Shlomo, 2004; Avendano i Mackenbach, 2011). Analizując wpływ kariery zawodowej na dochody po jej zakończeniu warto jest mieć na uwadze zarówno czas jej trwania, jak i jakość zatrudnienia. Przykładowo, Angelini i in. (2009) wiążą krótki staż pracy z zagrożeniem wpadnięcia w „pułapkę wczesnego przejścia na emeryturę”. Wielu osobom możliwość zakończenia pracy i uzyskania świadczenia emerytalnego wydaje się być atrakcyjnym rozwiązaniem, a dotyczy to w szczególności tych, którzy negatywnie oceniają jakość swojego miejsca pracy (Dal Bianco i in., 2014). Jak zauważają Angelini i in. (2009), korzyść z wyjścia z rynku pracy i otrzymania świadczenia emerytalnego może być krótkookresowa, ponieważ w przypadku wystąpienia nieprzewidywanych zdarzeń poziom życia emeryta ulegnie obniżeniu, co z kolei przyczynia się do pogłębienia problemu ubóstwa wśród osób starszych. Należy też mieć na uwadze fakt, iż osoby wcześniej rezygnujące z aktywności zawodowej dłużej przebywają na emeryturze, co, jak pokazali Rohwedder i Willis (2010) oraz Bonsang i in. (2012), obniża poziom zdolności kognitywnych, negatywnie przekładając się na ogólny stan zdrowia i możliwości aktywnego spędzania czasu.

Przebieg kariery zawodowej wpływa nie tylko na moment jej zakończenia, ale także na chęć podejmowania aktywnych działań społecznych. Korzystając z danych SHARE Wahrendorf i Siegrist (2011) wykazali na przykład, że niezależnie od stanu zdrowia osoby, które pracowały w złych warunkach lub doświadczyły epizodu bezrobocia rzadziej angażują się w wolontariat. W oparciu o najbardziej aktualne dane SHARE, podejście Wahrendorfa i Siegrista (2011) zostało wykorzystane w niniejszym rozdziale zarówno dla oceny związków historii zatrudnienia z podejmowaniem działalności charytatywnej, jak i zaangażowaniem na rynku pracy po przejściu na emeryturę.

W rozdziale wykorzystano dane z trzech rund badania SHARE – 3., 4. i 6. Podstawowy zestaw zmiennych w przedstawionych poniżej analizach składa się z informacji o historii zawodowej respondentów SHARE oraz o ich retrospektywnej ocenie warunków pracy, które zostały zebrane w rundzie 3. Informacje o aktywności tych samych osób po przejściu na emeryturę pochodzą z rund 4. i 6. Analizy w rozdziale opierają się na próbie wybranych siedmiu krajów: Polsce, Czechach, Francji, Grecji, Hiszpanii, Niemczech i Szwecji.

W części 2.1 przedstawiono podstawowe informacje na temat danych zebranych w ramach wywiadów rundy 3. SHARE wraz z przykładami zróżnicowania historii zawodowych, aktywności zawodowej i decyzji emerytalnych w krajach europejskich. W części 2.2 zaprezentowano informacje zebrane w ramach rundy 3. badania dotyczące oceny kariery zawodowej dla osób, które przeszły na emeryturę przed przeprowadzeniem rundy 6. badania. W części 2.3, w oparciu między innymi o artykuł Wahrendorfa i Siegrista (2011), zaprezentowano wyniki analizy zależności pomiędzy stopniem zaangażowania w pracę zarobkową, wolontariat oraz działalność charytatywną a charakterystykami respondentów SHARE, włączając szereg cech dotyczących ich doświadczenia zawodowego.

2.1 Historia zatrudnienia i zróżnicowanie decyzji emerytalnych na podstawie danych SHARE

2.1.1 Charakterystyka badania SHARE-LIFE i próby badawczej wykorzystanej w analizach

W ramach projektu SHARE szczególne miejsce pośród zrealizowanych dotychczas sześciu rund badania zajmuje runda 3. Jej wyjątkowy charakter polega na tym, że skoncentrowana była na historii życia

respondentów (stąd jej angielska nazwa - SHARE-LIFE), podczas gdy w ramach pozostałych rund zebrano informacje głównie o bieżących aspektach życia respondentów. W trakcie wywiadu w rundzie 3. pytania prowadziły respondenta przez kolejne miejsca zamieszkania, zarówno w kraju, jak i za granicą, począwszy od dzieciństwa, aż do domu lub mieszkania, w którym przeprowadzany był wywiad. W badaniu zadawano szczegółowe pytania dotyczące sytuacji społeczno-ekonomicznej rodziny respondenta, gdy miał on 10 lat, opieki zdrowotnej w dzieciństwie i wyników szkolnych. Respondent opowiadał o formalnych i nieformalnych związkach, w które był zaangażowany w ciągu życia oraz biologicznych i adoptowanych dzieciach. Pytania o stan zdrowia dotyczyły przebytych chorób i dłuższych pobytów w szpitalu w dzieciństwie, jak i w późniejszym wieku.

Podczas wywiadu zbierane były szczegółowe informacje o karierze zawodowej, począwszy od zakończenia dziennej edukacji. W przypadku, gdy respondent zmieniał zatrudnienie, każdorazowo zapisywane były daty rozpoczęcia i zakończenia nowej pracy oraz wymiar etatu, branża, podstawowe charakterystyki miejsca pracy i wysokość pierwszego wynagrodzenia. Po zebraniu danych na temat całej kariery zawodowej, respondent proszony był o wybranie spośród wcześniej wymienionych tej pracy, którą uznawał za najważniejszą (główną) w całej historii swojego zatrudnienia. Odnośnie wybranej pracy następowały dalsze pytania dotyczące oceny różnych aspektów jakości miejsca pracy. W sytuacji, gdy kolejne wykonywane przez respondenta prace przedkładały okresy braku aktywności zawodowej przekraczające pół roku, był on proszony o podanie dokładniejszych okoliczności i przyczyn tych przerw (bezrobocie, kontynuowanie edukacji, zajmowanie się domem itp.). Według podobnych kategorii respondent określał swoją sytuację po zakończeniu kariery zawodowej. Jeśli przeszedł na emeryturę, podawał informację na temat wysokości świadczeń publicznych otrzymywanych z tego tytułu.

Analizy przedstawione w tym rozdziale skupiają się na próbie osób, które wzięły udział w 3. rundzie SHARE i do czasu przeprowadzenia 6. rundy badania zakończyły swoją karierę zawodową. Do próby głównej analiz włączono osoby z co najmniej dziesięcioletnim stażem pracy według informacji pozyskanych w rundzie 3. lub 6., które w rundzie 6. zadeklarowały przebywanie na emeryturze. Łączna liczba respondentów w siedmiu wybranych krajach w próbie głównej wyniosła 5767 osób (patrz tabela 2.1 w Morawski i in., 2017). W regresji logistycznej, przedstawionej w części 2.3.3 niniejszego rozdziału, rozszerzono próbę główną o obserwacje z rundy 4. W ten sposób w próbie w regresji znalazły się osoby z rundy 3. z co najmniej dziesięcioletnim stażem pracy, które w rundzie 4. lub 6. zadeklarowały przebywanie na emeryturze. Otrzymano dzięki temu zbiór o liczebności 10 833 osób. Dodatkowo, niektóre analizy opisowe w częściach 2.1.2. i 2.1.3. w niniejszym rozdziale oparto na pełnej próbie respondentów z SHARE-LIFE lub na próbie uwzględniającej wszystkich respondentów, którzy wzięli udział zarówno w 3., jak i 6. rundzie badania (patrz szczegółowe podpisy pod tabelami i wykresami).

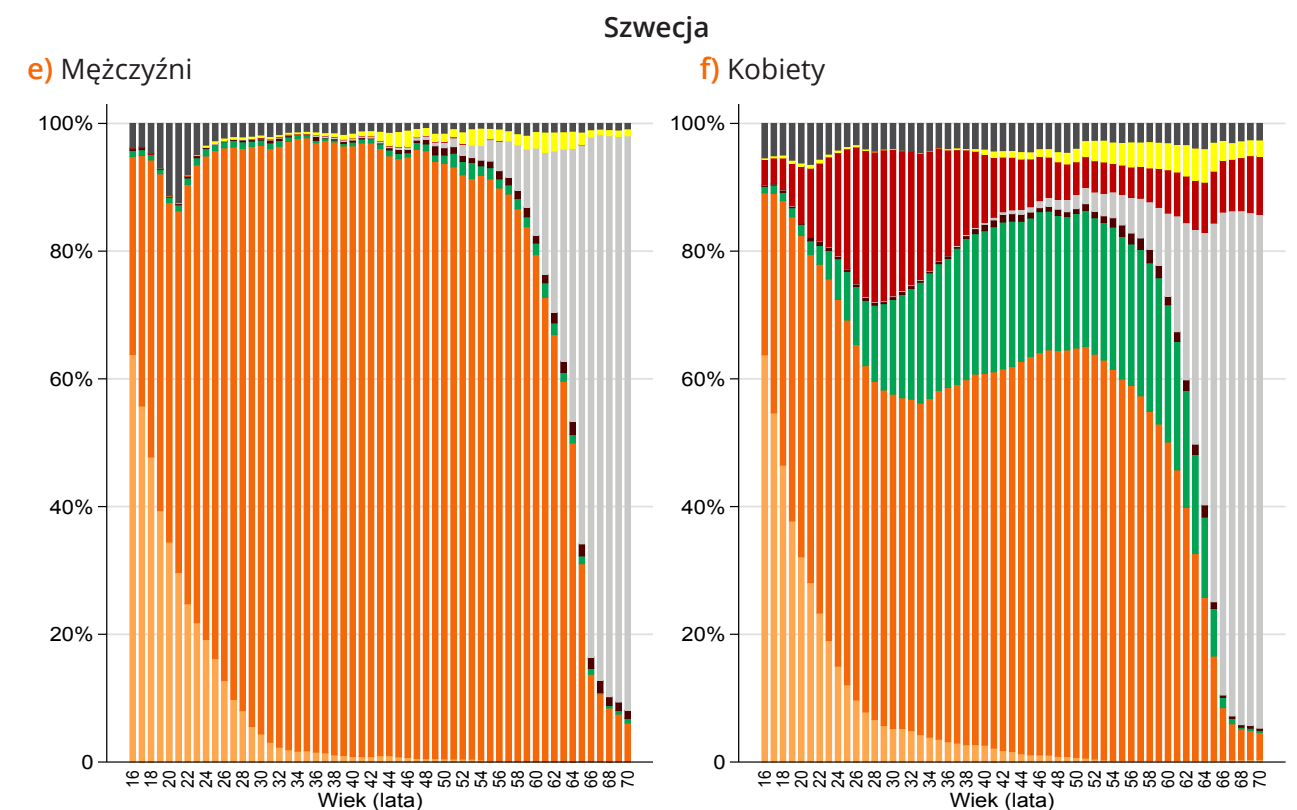
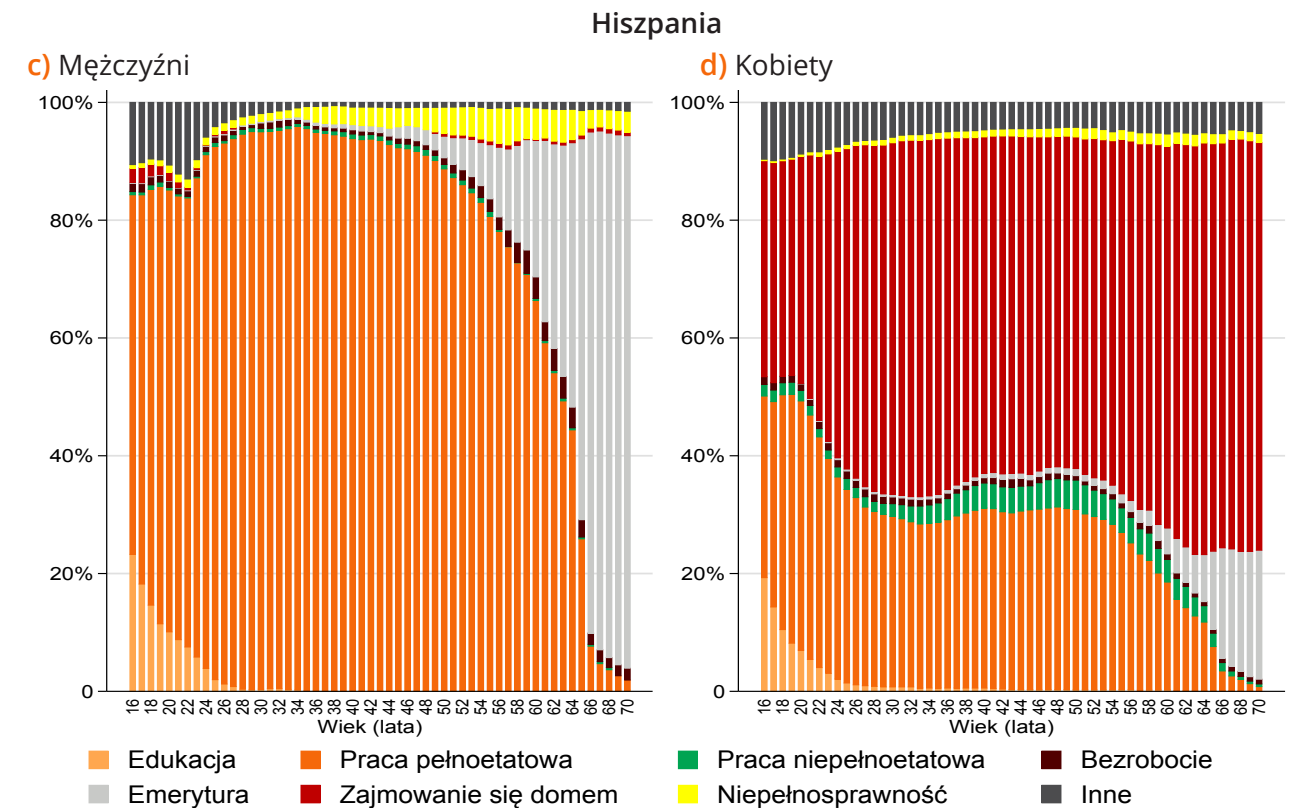
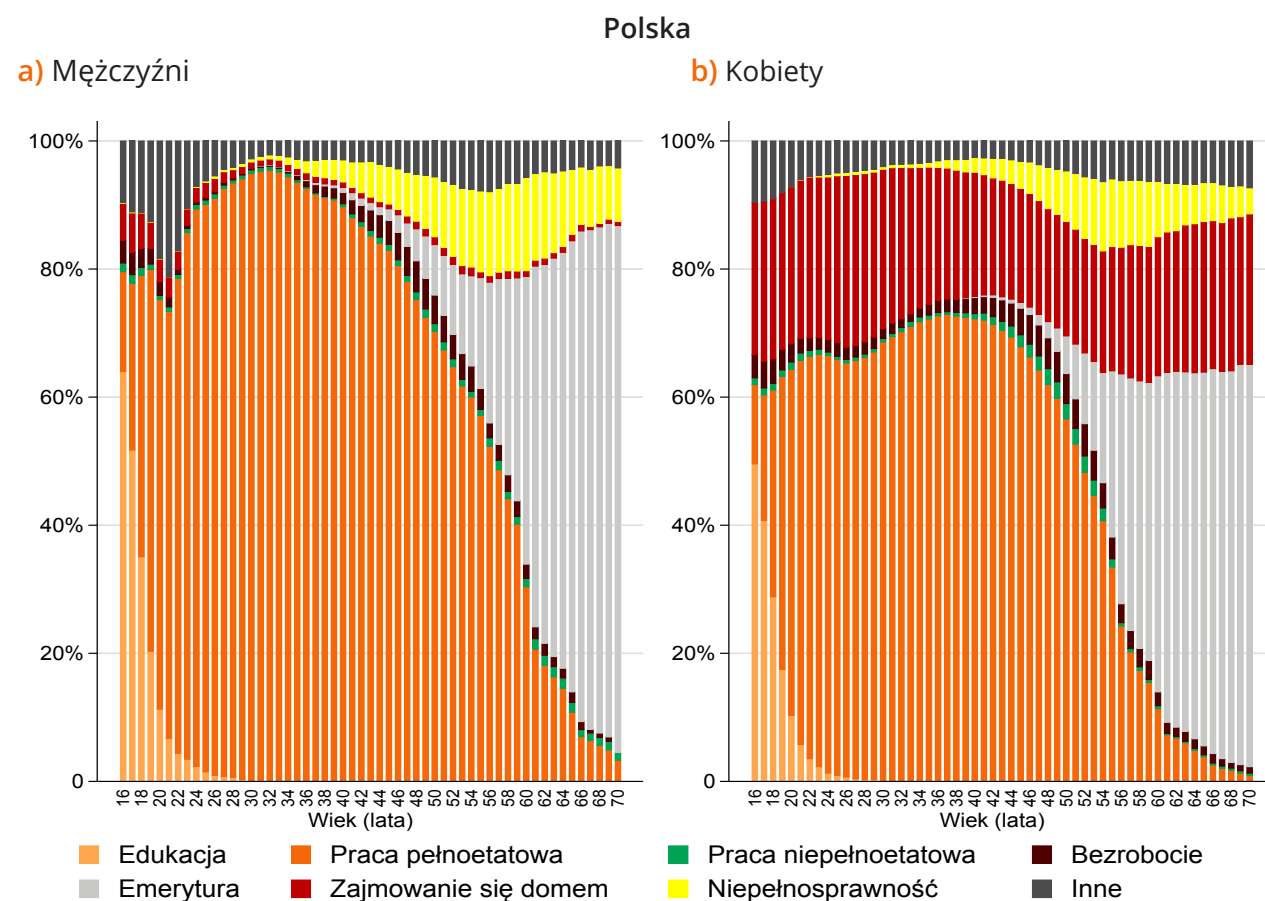
2.1.2 Historia zatrudnienia i staż pracy w SHARE-LIFE

Przykład informacji zebranych w wywiadach SHARE-LIFE dotyczących historii zatrudnienia respondentów przedstawiono na wykresach 2.1a-f. Do przygotowania wykresów wykorzystano informacje dla pełnej próby respondentów, którzy uczestniczyli w SHARE-LIFE. Na wykresach pokazano przeciętne odsetki mężczyzn i kobiet w danym wieku według następujących kategorii statusu w odniesieniu do rynku pracy: edukacja, praca pełnoetatowa, praca niepełnoetatowa, bezrobocie, emerytura, zajmowanie się domem, niepełnosprawność oraz inne, w trzech wybranych dla tej ilustracji krajach – Polsce, Hiszpanii i Szwecji.

Na wykresach 2.1a-f zauważyć można bardzo duże zróżnicowanie w historiach zatrudnienia w zależności od płci i kraju zamieszkania. Interpretując informacje zawarte na wykresach należy mieć na uwadze, iż obejmują one całą próbę SHARE-LIFE dla danego kraju, złożoną z kohort urodzonych w różnych latach i zilustrowany przebieg kariery zawodowej przedstawia uśrednione wartości dla poszczególnych grup wieku.

Cechą wspólną dla analizowanych krajów jest znacznie wyższy odsetek kobiet niż mężczyzn, których deklarowany status na rynku pracy w poszczególnych latach życia to zajmowanie się domem. Na uwagę zasługuje różnica w dynamice zmian w kolejnych latach odsetka kobiet, które deklarowały ten status. Dane przedstawione na wykresie 2.1d sugerują wzrost udziału kobiet zajmujących się domem w okresie macierzyństwa w Hiszpanii, co zdaje się prowadzić do permanentnego wycofania się większości kobiet z aktywności zawodowej. Odsetek dwudziestoletnich kobiet zajmujących się domem w Szwecji również rośnie (wykres 2.1f), jednak począwszy od wieku 30 lat wyraźnie maleje, czemu towarzyszy znaczny wzrost pracy w niepełnym wymiarze godzin. W przypadku kobiet w polskiej próbie SHARE wyróżniający jest stosunkowo niski, choć rosnący odsetek kobiet pracujących na pełnym etacie w wieku 20-40 lat i bardzo szybki spadek aktywności zawodowej począwszy od około 45. roku życia. W Polsce widoczny jest również bardzo niski udział kobiet pracujących w niepełnym wymiarze godzin w porównaniu do pozostałych dwóch analizowanych krajów, w szczególności Szwecji.

Wykres 2.1 | Przekrój historii życia zawodowego w danych SHARE-LIFE: Polska, Hiszpania i Szwecja



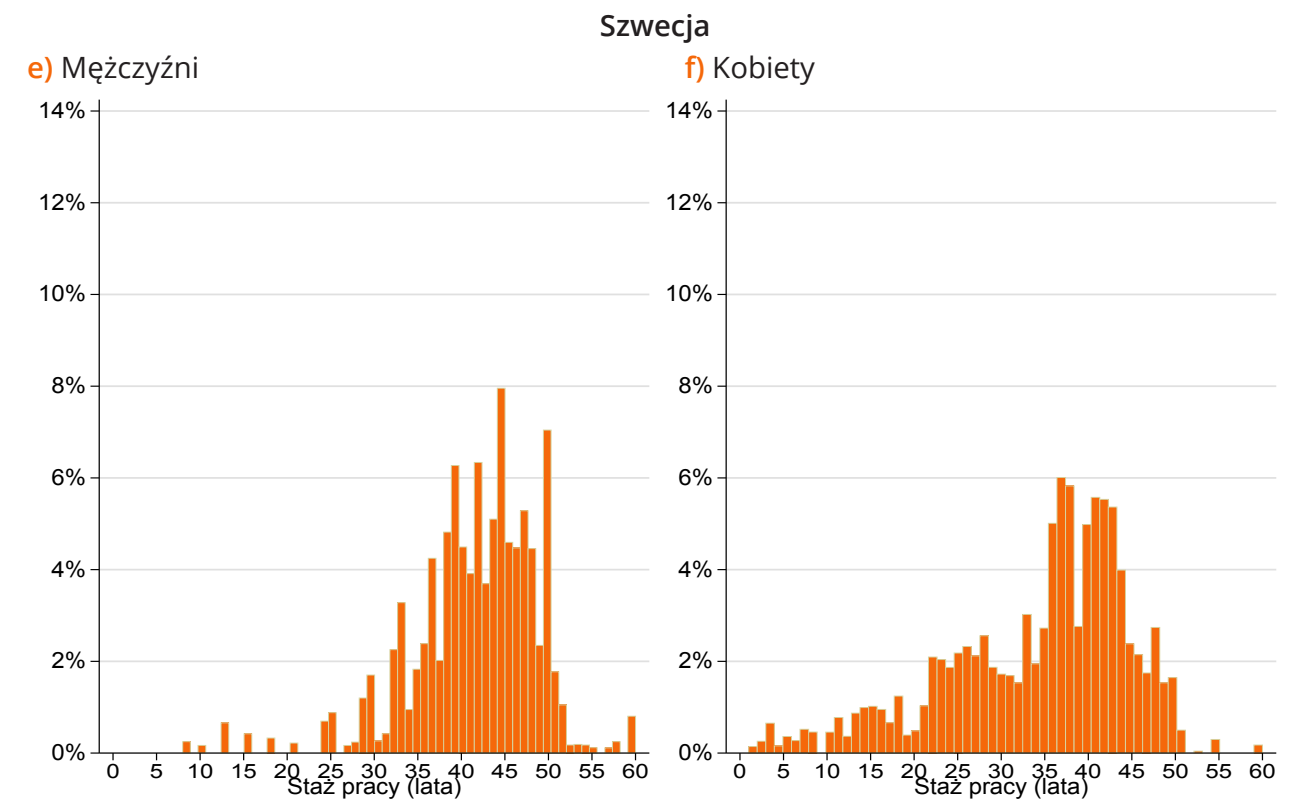
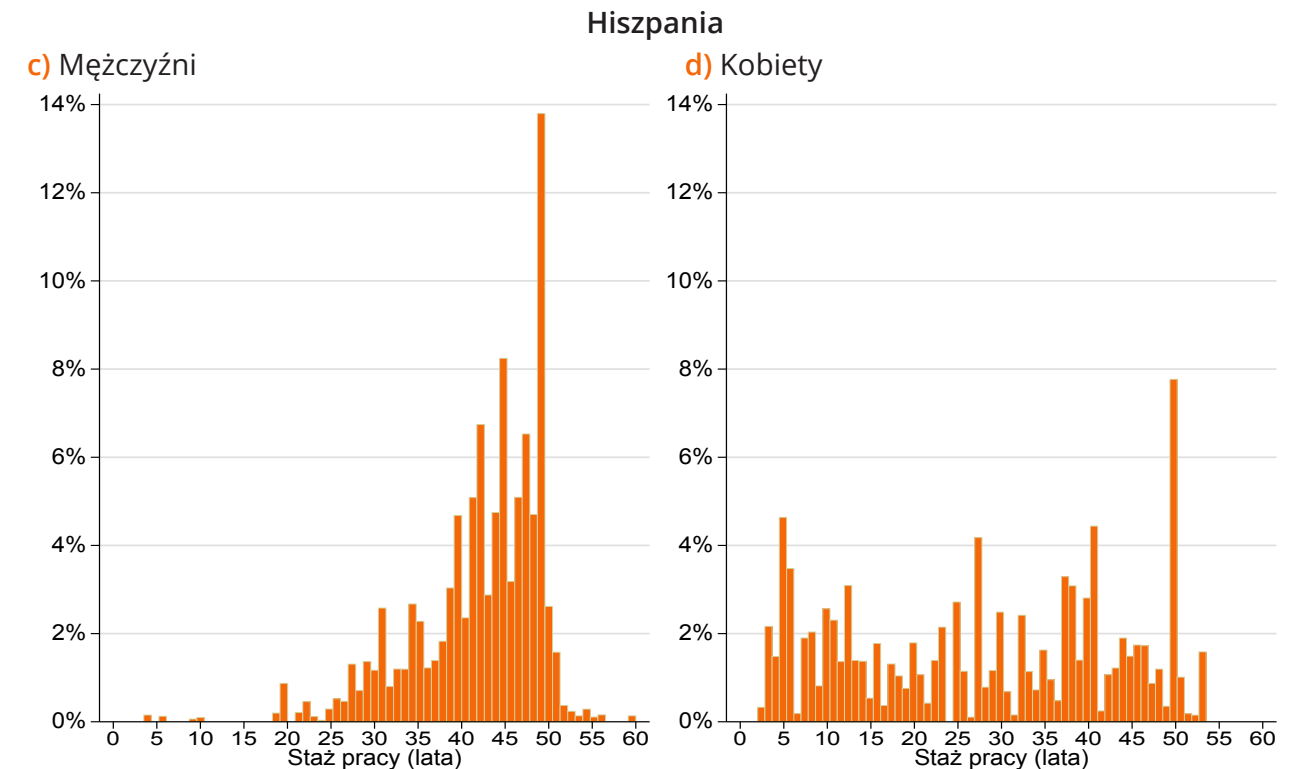
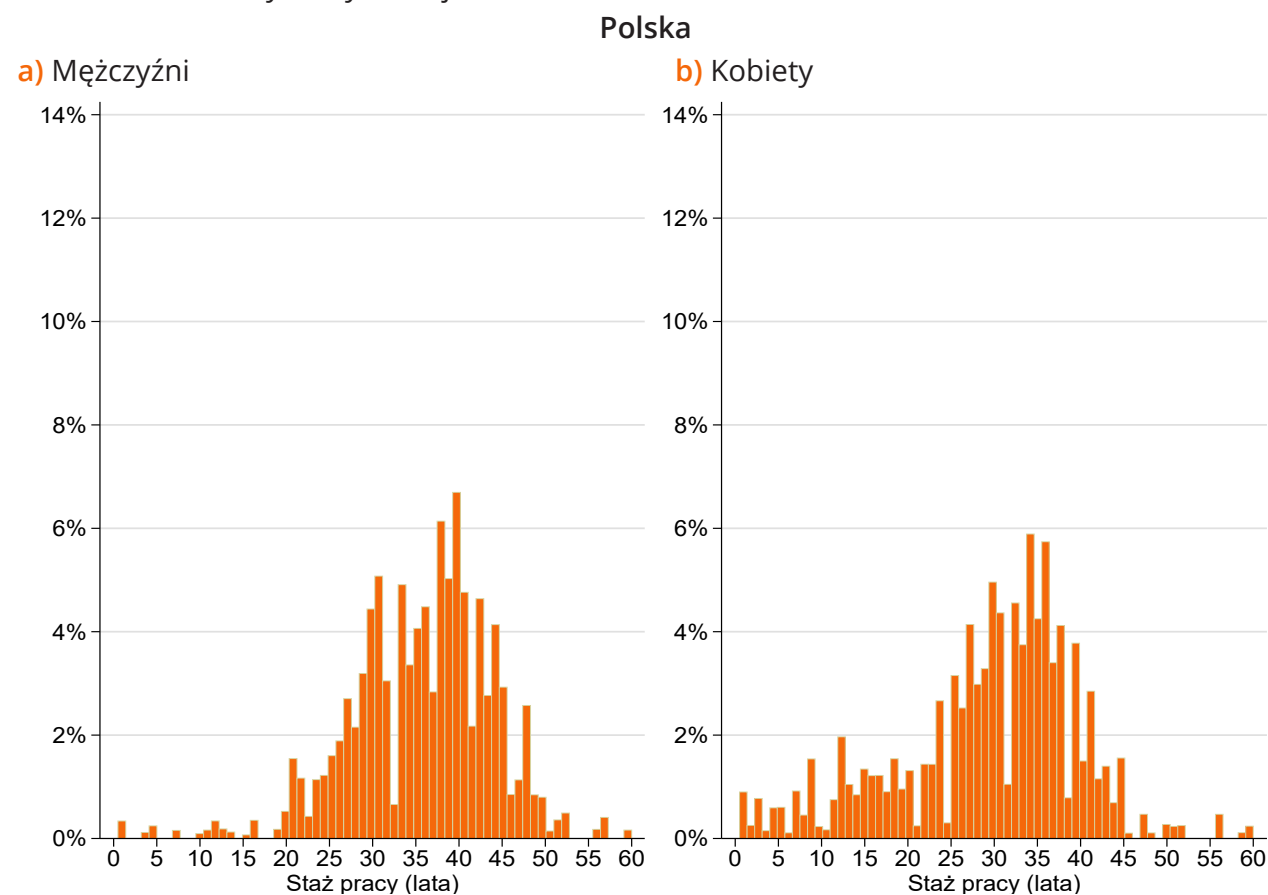
Uwagi: próba dla wszystkich respondentów SHARE-LIFE z wybranych krajów; dane przeważone na poziomie indywidualnym; odpowiednie wykresy dla pozostałych wybranych krajów (CZ, DE, EL, FR) przedstawiono w Morawski i in. (2017).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 3. (l. 2008-2009).

Historie zatrudnienia mężczyzn przedstawione na wykresach 2.1a, c, e dla Polski, Hiszpanii i Szwecji są dużo mniej zróżnicowane niż kobiet, choć wśród Hiszpanów zaobserwować można znacznie mniejszy odsetek osób w wieku 16-20 lat pozostających w edukacji, zaś Szwedów charakteryzuje zdecydowanie późniejszy odpływ z aktywności zawodowej na emeryturę. W przypadku Polski uwagę zwraca wysoki odsetek mężczyzn powyżej 40. roku życia deklarujących niepełnosprawność. Odzwierciedla on korzystanie ze świadczeń rentowych z tytułu niepełnosprawności jako formy wcześniejszego wyjścia z rynku pracy.

Poza szczegółami historii zatrudnienia, które pozwalają na odzwierciedlenie zaangażowania zawodowego w kolejnych latach życia respondentów SHARE, w wywiadzie historii życia w rundzie 3. zebrano również dane dotyczące charakterystyk poszczególnych miejsc pracy oraz opinie respondentów dotyczące jakości głównego miejsca pracy w karierze zawodowej. Te informacje wykorzystano poniżej w analizie relacji pomiędzy historią zawodową respondentów a podejmowanymi przez nich aktywnościami po zakończeniu kariery zawodowej i przejściu na emeryturę. Uwzględnioną w analizach zmienną odzwierciedlającą doświadczenie zawodowe respondentów była liczba lat stażu pracy. Staż pracy obliczony został na podstawie informacji z rundy 3. w postaci liczby lat poświęconych pracy zawodowej do czasu przeprowadzenia badania (lata 2008-2009) w rundzie 3. lub przejścia na emeryturę, jeśli w rundzie 3. respondenci nadal byli aktywni na rynku pracy (rok przejścia na emeryturę podawany w 6. rundzie badania). Rozkłady stażu pracy w próbie osób z SHARE-LIFE, które w rundzie 6. SHARE zadeklarowały przebywanie na emeryturze dla Polski, Hiszpanii i Szwecji przedstawiono na wykresach 2.2a-f. Ze względu na duże zróżnicowanie pomiędzy krajami dane dotyczące zerowego stażu pracy podano w uwagach do wykresów.

Wykres 2.2 | Liczba lat stażu pracy na podstawie SHARE-LIFE dla osób na emeryturze w 6. rundzie SHARE w wybranych krajach



Uwagi: odsetek respondentów, którzy nigdy nie podjęli pracy zarobkowej w poszczególnych krajach: PL: M: 1,8%, K: 8,3%; ES: M: 1,1%, K: 30,8%; SE: M: 0,2%, K: 0,7%; próba dla respondentów SHARE-LIFE, którzy w rundzie 6. zadeklarowali przebywanie na emeryturze z wybranych krajów; dane przeważone na poziomie indywidualnym; odpowiednie wykresy dla pozostałych wybranych krajów (CZ, DE, EL, FR) przedstawiono w Morawski i in. (2017).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 3. (l. 2008-2009) i 6. (2015 r.).

Rozkłady stażu pracy odzwierciedlają przekroje historii życia zawodowego, które przedstawiono na wykresach 2.1a-f. Ich zaletą jest lepsze zobrazowanie skali zróżnicowania indywidualnych historii aktywności zawodowej. Podobnie jak w przypadku przekrojów historii życia zawodowego, uwagę na wykresach 2.2a-f zwraca zróżnicowanie stażu pracy ze względu na płeć. Według danych SHARE-LIFE w Hiszpanii relatywnie liczna grupa kobiet w wieku 50+ nigdy nie podjęła pracy zarobkowej (30,8%). Ponadto, wśród pracujących Hiszpanek znaczna część była zaangażowana w aktywność zawodową przez względnie krótki czas. W Polsce 8,3% kobiet nigdy nie pracowało, co różni się zarówno w porównaniu do krajów południowej Europy, jak i krajów zachodniej i północnej Europy, gdzie przykładowo w Szwecji nigdy nie pracowało 0,7% kobiet.

Średnie wartości stażu pracy dla osób, które pracowały w trakcie swojego życia liczone w latach wynoszą w przypadku kobiet: 29,1 lat w Polsce, 28,2 lata w Hiszpanii i 34,6 lat w Szwecji, a dla mężczyzn: 35,6 lat w Polsce, 42,2 lata w Hiszpanii i 42,0 lat w Szwecji. We wszystkich analizowanych krajach mężczyźni znacznie rzadziej deklarowali brak doświadczenia zawodowego, a rozkłady stażu pracy dla mężczyzn mają widoczne dominanty o wartościach mieszczących się między 40. a 50. rokiem pracy.

2.1.3 Status względem rynku pracy w rundzie 6. wśród respondentów SHARE-LIFE

Nie wszyscy respondenci, którzy brali udział w badaniu SHARE-LIFE w latach 2008-2009 do czasu realizacji rundy 6. w 2015 roku przeszli na emeryturę. Badanie w rundzie 3. SHARE skoncentrowane było na respondentach panelowych w związku z tym, że w żadnym uczestniczącym kraju nie dołosowano nowych osób do próby badawczej. Z tego względu uczestnicy rundy 3. generalnie mieli 52+ lat, zaś w momencie realizacji rundy 6. w 2015 roku osoby te miały 58+ lat. W zależności zatem od wieku respondentów, indywidualnej historii zatrudnienia oraz od regulacji emerytalnych obowiązujących w poszczególnych krajach odsetek emerytów w rundzie 6. wśród uczestników SHARE-LIFE w wybranych siedmiu krajach istotnie się różnił. Na wykresie 2.3 przedstawiono podział respondentów SHARE-LIFE względem ich statusu na rynku pracy w rundzie 6. Wyniki zaprezentowano w podziale na trzy grupy względem roku urodzenia (przed 1935 rokiem, pomiędzy 1935 i 1950 rokiem oraz po 1950 roku) i oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

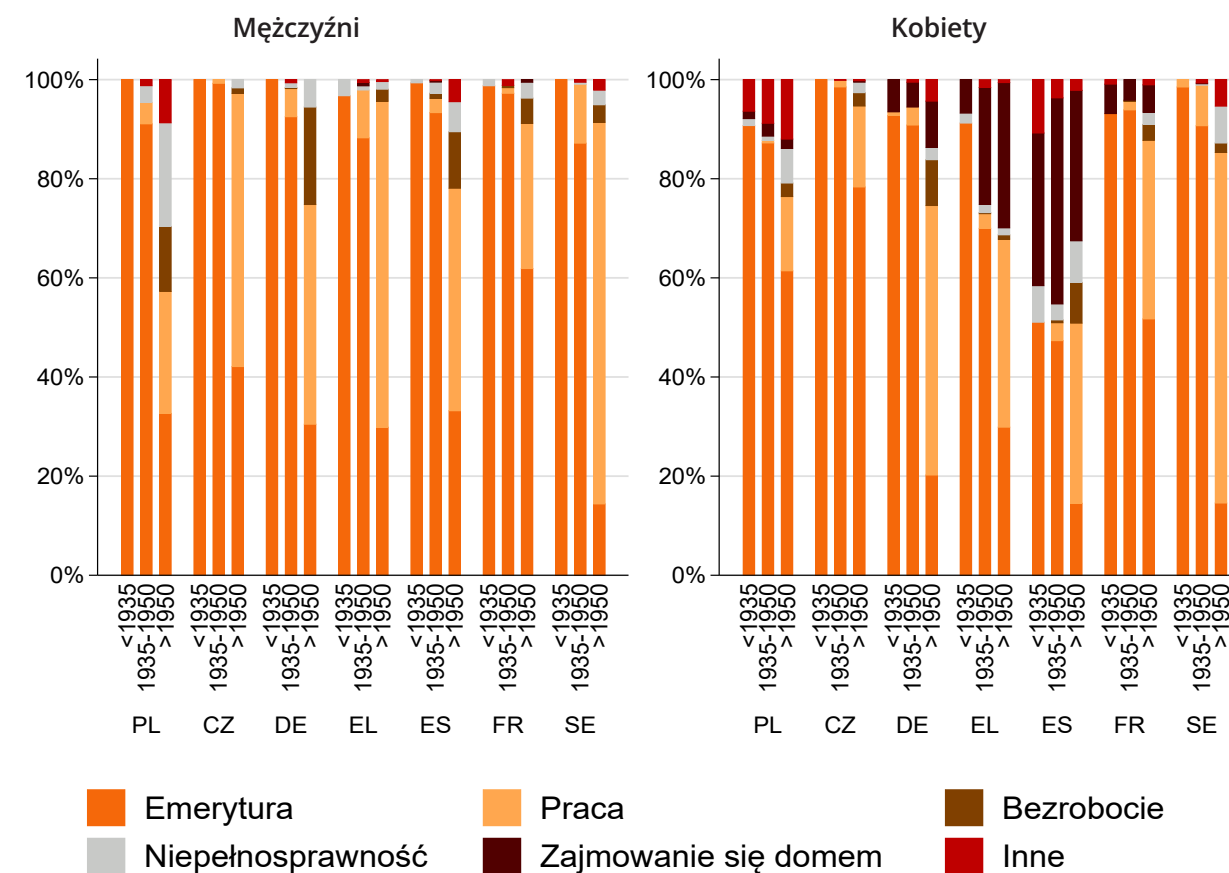
Dla większości osób urodzonych do roku 1950 włącznie dominującą sytuacją względem rynku pracy w rundzie 6. był status emeryta. Wśród kobiet z dwóch starszych kohort wyróżniają się dwa kraje – Hiszpania i Grecja, gdzie istotny odsetek kobiet deklarował zajmowanie się domem. Było to najprawdopodobniej związane z tym, iż osoby te albo nigdy nie pracowały, albo nie wypracowały wystarczającego stażu pracy, by kwalifikować się do uzyskania świadczeń emerytalnych.

Stopień aktywności zawodowej osób urodzonych do 1950 roku włącznie był niewielki, jednak widać w tym względzie duże różnice między krajami. Na przykład, w kohorcie osób w wieku 65-80 lat w rundzie 6. (urodzonych w latach 1935-1950) status osób pracujących podało 11,9% Szwedów i 8,3% Szwedek, ale z drugiej strony zatrudnienie w tej grupie wieku zadeklarowało tylko 4,3% Polaków i 0,6% Polek. Ze względu na charakter pytania (wybór jednego głównego statusu na rynku pracy) odsetki pokazane na wykresie 2.3 nie mogą być traktowane jak stopy zatrudnienia w analizowanych grupach wieku, jednak z pewnością z dużym przybliżeniem odzwierciedlają one stopień zaangażowania w pracę zawodową tych osób w wybranych krajach.

Największe zróżnicowanie pod względem statusu w odniesieniu do rynku pracy w rundzie 6. dotyczyło osób urodzonych po 1950 r. W najmłodszej kohorcie mężczyzn wyraźny był większy odsetek Francuzów pobierających świadczenia emerytalne (61,9%), czemu towarzyszył niski odsetek zatrudnionych (29,3%). W tej grupie wieku odsetek zatrudnionych wśród mężczyzn był jeszcze niższy wśród Polaków (24,7%), w przypadku których znaczna część deklarowała bezrobocie (13,3%) lub niepełnosprawność (20,8%), podczas gdy relatywnie niewielu było na emeryturze (32,6%). Wśród kobiet urodzonych po 1950 r. wysoką aktywność zawodową można zaobserwować w Szwecji (72,4%) i w Niemczech (56,2%), najniższą zaś w Polsce (15,8%) i w Czechach (16,5%). Warto w tym miejscu podkreślić zarówno duże zróżnicowanie aktywności osób będących w podobnym wieku, jak i różnorodność mechanizmów, które mogą prowadzić do braku aktywności na rynku pracy w różnych krajach (przykładowo ustawowy wiek emerytalny czy dostępność świadczeń przedemerytalnych).

Status na rynku pracy w rundzie 6. pokazany na wykresie 2.3 różni się między krajami ze względu na zróżnicowany przebieg historii zatrudnienia, co pokazano na wykresach 2.1a-f, ale również ze względu na zróżnicowanie wieku przechodzenia na emeryturę, co zostało szerzej omówione w Morawski i in. (2017).

Wykres 2.3 | Status względem rynku pracy w rundzie 6. badania SHARE w podziale na kohorty



Uwagi: próba dla respondentów SHARE-LIFE, którzy uczestniczyli w rundzie 6. SHARE; dane przeważone na poziomie indywidualnym; na osi X oznaczono kohorty osób urodzonych w podanych latach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

2.2 Retrospektywna ocena kariery zawodowej i głównego miejsca pracy

Jak wspomniano w części 2.1.1 niniejszego rozdziału ważnym elementem kwestionariusza SHARE-LIFE były pytania dotyczące retrospektywnej oceny kariery zawodowej oraz głównego miejsca pracy. Ich celem było uzyskanie pełnej charakterystyki kariery zawodowej, uwzględniającej subiektywne odczucia respondentów związane z jej przebiegiem. W ramach analizy oceny doświadczeń zawodowych najpierw porównano ogólną ocenę kariery zawodowej w przekroju międzynarodowym w oparciu o pytania dotyczące całościowej satysfakcji z kariery zawodowej, doświadczenia poważnego rozczarowania zawodowego, nadmiernych poświęceń dla pracy i wpływu pracy na zdrowie (szczegóły w tabeli 2.2 w Morawski i in., 2017). Podsumowanie ocen karier zawodowych respondentów SHARE-LIFE z co najmniej 10-letnim stażem pracy, którzy do rundy 6. SHARE przeszli na emeryturę, w podziale na kraje i płeć zaprezentowano na wykresach 2.4a-d.

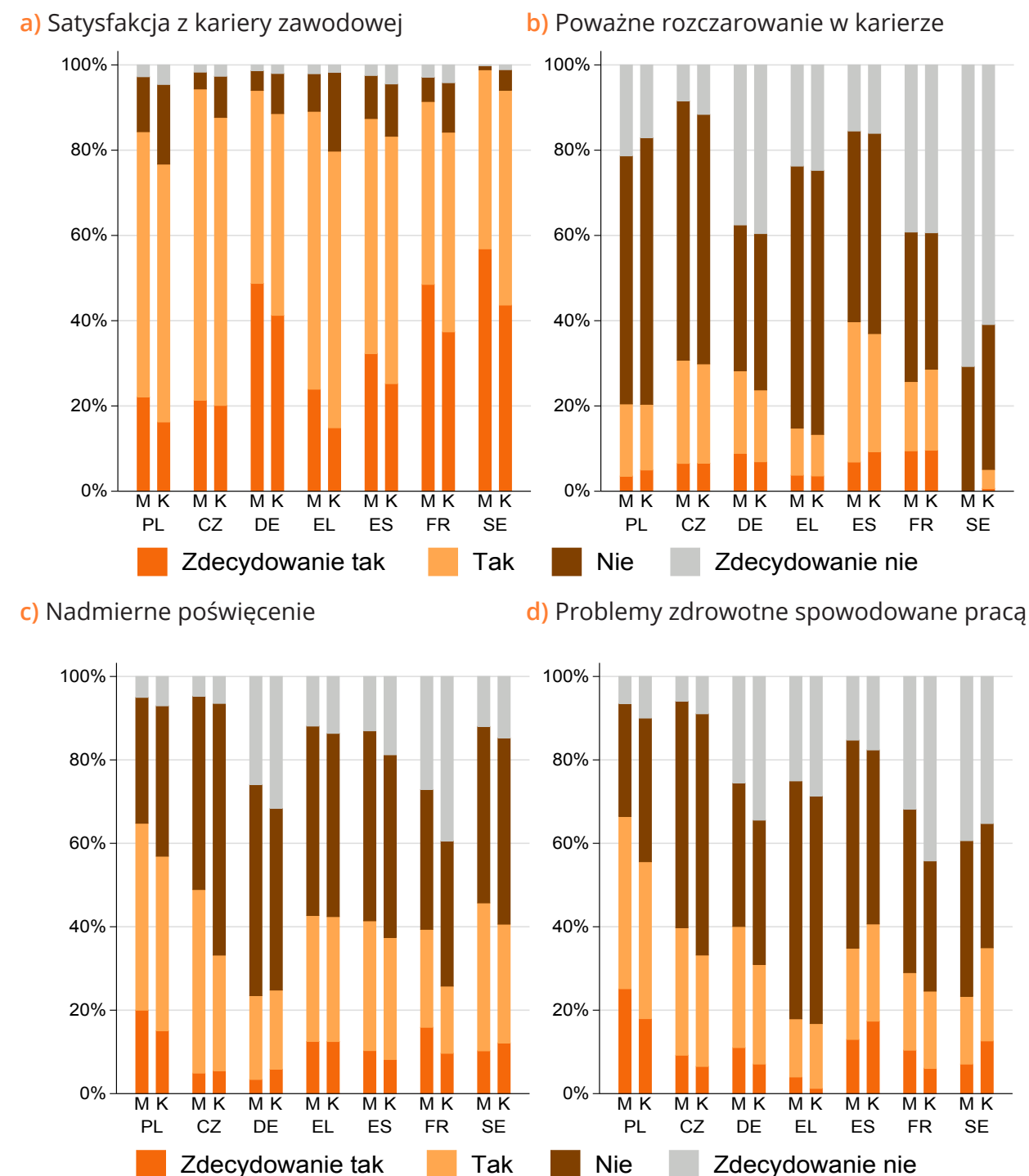
Ogólnie rzecz biorąc większość z respondentów była zadowolona z przebiegu swojej kariery zawodowej. Największy odsetek osób zadowolonych odnotowano w Szwecji (94,1% wśród kobiet i niemal 100% wśród mężczyzn). Jednak z przebiegu kariery nie było zadowolonych ponad 20% kobiet w Polsce i Grecji oraz niewiele mniej we Francji i Niemczech, a także prawie 16% Polaków. W tym ostatnim przypadku był to najwyższy odsetek osób niezadowolonych z przebiegu kariery wśród mężczyzn w analizowanych krajach. Największy odsetek osób, które doświadczyły poważnego rozczarowania w trakcie kariery zawodowej odnotowano w Hiszpanii (niemal 40% zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn), natomiast najmniejszy odsetek takich osób był w Szwecji i to wyłącznie wśród kobiet (5,1%), ponieważ żaden ze Szwedów nie zadeklarował rozczarowań z kariery zawodowej.

Negatywna ocena kariery zawodowej związana z nadmiernym poświęceniem dla pracy (wykres 2.4c) oraz problemami zdrowotnymi spowodowanymi pracą (wykres 2.4d) najczęściej deklarowana była wśród polskich respondentów i nieco częściej wśród mężczyzn niż kobiet – 64,8% Polaków deklarowało nadmierne poświęcenie i 66,4% - problemy zdrowotne, zaś wśród Polek odsetki te wynosiły odpowiednio – 56,9% i 55,6%. Najrzadziej nadmierne poświęcenie dla pracy deklarowali Niemcy (ok. 24,0% wśród kobiet i mężczyzn), zaś problemy zdrowotne związane z pracą w najmniejszym stopniu przyczyniły się do negatywnej oceny przebiegu kariery wśród Greków (ok. 17,5% wśród kobiet i mężczyzn).

Drugą serią pytań w badaniu SHARE-LIFE, które odnosiły się do oceny doświadczeń na rynku pracy były szczegółowe informacje dotyczące satysfakcji z życia zawodowego w głównym miejscu pracy.⁷ Dla oceny tej satysfakcji wykorzystano zestaw 12 pytań ewaluujących stopień niezbalansowania wysiłku włożonego w pracę i nagród otrzymanych za pracę (z ang. *effort-reward imbalance*), zgodnie z podejściem przedstawionym m.in. w Siegrist i in. (2004 i 2014). Celem tego zestawu pytań było scharakteryzowanie pięciu wymiarów jakości miejsca pracy zawodowej: wysiłku fizycznego, obciążenia psychospołecznego, wsparcia socjalnego w miejscu pracy, możliwości kontrolowania wykonywanych zadań i wynagrodzenia za pracę. Zestaw pytań oraz ich przyporządk-

⁷ Osoby, które zakończyły karierę zawodową do czasu wywiadu SHARE-LIFE wybierały główne miejsce pracy spośród wszystkich podanych przez siebie miejsc pracy. Dla osób nadal pracujących w SHARE-LIFE głównym miejscem pracy było aktualne miejsce pracy.

Wykres 2.4 | Podsumowanie kariery zawodowej w SHARE-LIFE w podziale na płeć



Uwagi: próba dla respondentów SHARE-LIFE z co najmniej 10-letnim stażem pracy, którzy do rundy 6. SHARE przeszli na emeryturę, wyłączając osoby, które odeszły na emeryturę między badaniem SHARE-LIFE a rundą 6.; dane przeważone na poziomie indywidualnym; etykieta „zdecydowanie tak” odpowiada odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, etykieta „tak” - odpowiedzi „zgadzam się”, etykieta „nie” - odpowiedzi „nie zgadzam się”, etykieta „zdecydowanie nie” - odpowiedzi „zdecydowanie się nie zgadzam”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 3. (l. 2008-2009).

kowanie do odpowiednich kategorii oceny jakości miejsca pracy przedstawiono w tabeli 2.1. Odpowiedzi na pytania oparto na podstawie czteropoziomowej skali Likerta. W części 2.3 niniejszego rozdziału zastosowano podejście Wahrendorfa i Siegrista (2011) umożliwiające wykorzystanie tych pytań w analizie relacji pomiędzy aktywnością po zakończeniu kariery zawodowej i jakością głównej pracy w karierze zawodowej. Na wykresie 2.5 zaprezentowano przykładowe rozkłady odpowiedzi na cztery z dwunastu pytań służących ocenie głównego miejsca pracy w ujęciu międzynarodowym wśród uczestników SHARE-LIFE z 10-letnim stażem pracy, którzy do czasu rundy 6. SHARE przeszli na emeryturę.

Tabela 2.1 | Zmienne SHARE-LIFE odnoszące się do oceny głównego miejsca pracy w karierze zawodowej

Kategoria	Stwierdzenie w kwestionariuszu
Wysiłek fizyczny	- „Moja praca wymagała dużego wysiłku fizycznego.”
	- „Moje najbliższe środowisko pracy było uciążliwe (na przykład z powodu hałasu, gorąca, tłoku).”
Obciążenie psychospołeczne	- „Moja praca wymagała dużego wysiłku emocjonalnego.”
	- „Byłem(am) narażony(a) na powtarzające się konflikty i niepokoje.”
Brak kontroli	- „Byłem(am) pod ciągłą presją czasową z powodu dużego obciążenia pracą.”
	- „Miałem(am) bardzo niewiele swobody w decydowaniu o tym, w jaki sposób wykonuję moją pracę.”
Wsparcie socjalne	- „Otrzymywałem(am) odpowiednie wsparcie w trudnych sytuacjach.”
	- „Atmosfera między mną a moimi współpracownikami była dobra.”
	- „Ogólnie rzecz biorąc pracownicy byli traktowani sprawiedliwie.”
Wynagrodzenie	- „Miałem(am) możliwość zdobywania nowych umiejętności.”
	- „W moim miejscu pracy spotykałem(am) się uznaniem, na które zasługiwałem(am).”
	- „Biorąc pod uwagę cały wysiłek, który wkładałem(am) w moją pracę i wszystkie moje osiągnięcia, wysokość moich zarobków była odpowiednia.”

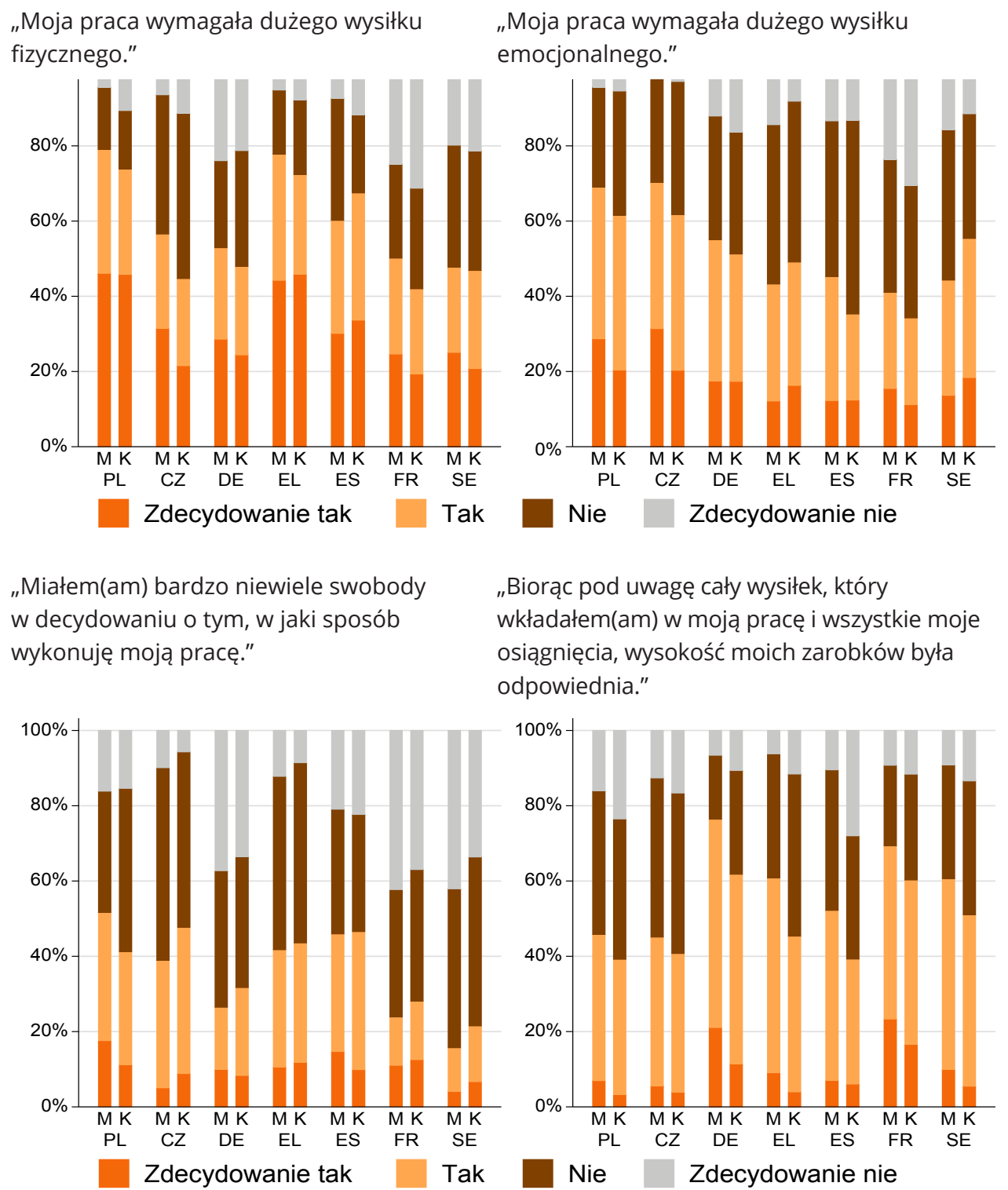
Uwagi: kategorie odpowiedzi: „zdecydowanie się zgadzam, zgadzam się, nie zgadzam się, zdecydowanie się nie zgadzam”; kategoryzacja zmiennych na podstawie Siegrist i in. (2004; 2014).

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariusza z rundy 3. SHARE-LIFE (l. 2008-2009).

Według deklaracji respondentów SHARE, w porównaniu do pozostałych analizowanych krajów, praca w Polsce, Grecji i Hiszpanii częściej była związana z dużym wysiłkiem fizycznym. W Polsce i Grecji odsetki osób, które wykonywały ciężką pracę fizyczną sięgały 80%. Dla porównania w Czechach, Szwecji, Niemczech i Francji odsetki takich osób nie przekroczyły 50%. Co ciekawe, rozkład ocen dla pracy wymagającej dużego wysiłku fizycznego we wszystkich krajach był bardzo zbliżony dla obu płci. Wysoki odsetek osób wykonujących ciężką pracę fizyczną w ramach głównej pracy w karierze zawodowej może mieć negatywne przełożenie na szeroko rozumianą aktywność po zakończeniu kariery zawodowej, do czego wrócimy w części 2.3.

Na podstawie danych SHARE widzimy, że ciężkiej pracy fizycznej często towarzyszył także wysiłek emocjonalny, szczególnie w Polsce, gdzie ok. 70% kobiet i mężczyzn podawało, że ich praca wymagała dużego wysiłku psychicznego. Jednocześnie, w Hiszpanii i Grecji wysokiemu odsetkowi osób deklarujących pracę

Wykres 2.5 | Ocena głównego miejsca pracy w karierze zawodowej – rozkład odpowiedzi na wybrane pytania z SHARE-LIFE w podziale na płeć



Uwagi: próba dla respondentów SHARE-LIFE z co najmniej 10-letnim stażem pracy, którzy do rundy 6. SHARE przeszli na emeryturę; dane przeważone na poziomie indywidualnym; etykieta „zdecydowanie tak” odpowiada odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, etykieta „tak” - odpowiedzi „zgadzam się”, etykieta „nie” - odpowiedzi „nie zgadzam się”, etykieta „zdecydowanie nie” - odpowiedzi „zdecydowanie się nie zgadzam”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 3. (l.2008-2009).

wymagającą dużego wysiłku fizycznego towarzyszył relatywnie niski odsetek respondentów deklarujących istotne obciążenia psychospołeczne w pracy (w granicach 40-50%).

Szwecja pozytywnie wyróżnia się na tle innych krajów pod względem swobody decydowania o sposobie wykonywania pracy, ponieważ 80% respondentów deklarowało swobodne podejmowanie decyzji dotyczących pracy, podczas gdy w Czechach, Grecji, Hiszpanii i w Polsce odsetek takich osób nie przekraczał 50%. Pracownicy w Polsce i w Czechach najczęściej negatywnie oceniali adekwatność zarobków do wysiłku wkładanego w pracę (ok. 60%).

Zarobki odpowiadające wysiłkowi deklarowali zaś najczęściej Niemcy (ponad 70% wśród mężczyzn). Interesująco przedstawia się zróżnicowanie częstości ocen adekwatności wynagradzania względem płci. We wszystkich analizowanych krajach częściej było ono oceniane jako adekwatne do wysiłku przez mężczyzn, ale różnice w odsetku pozytywnych ocen wynagrodzenia między mężczyznami a kobietami były relatywnie najmniejsze w Polsce i w Czechach, zaś największe w Niemczech i Grecji.

Na podstawie wszystkich czterech analizowanych pytań najczęściej pozytywnie oceniali swoją główną pracę w karierze zawodowej Francuzi, wśród których połowa oceniała, że nie wymagała ona dużego wysiłku fizycznego, niemal 60% deklarowało, że nie stanowiła obciążenia psychospołecznego, ok. 70% mogło swobodnie podejmować decyzje w pracy i taki sam odsetek deklarował, że otrzymywane wynagrodzenie było adekwatne do wysiłku.

Przedstawiony powyżej opis ocen jakości miejsca pracy pokazuje generalnie negatywne postrzeganie karier zawodowych przez pracowników, którzy odeszli na emeryturę w Polsce. Polacy w wieku 50+ znacznie częściej negatywnie oceniali różne aspekty swojej pracy niż ich rówieśnicy w innych krajach europejskich. Ten negatywny bagaż doświadczeń z zakończonej kariery zawodowej może mieć istotny wpływ dla podejmowania pracy, ale i zaangażowania w wolontariat Polaków po przejściu na emeryturę.

2.3 Aktywność po zakończeniu kariery zawodowej

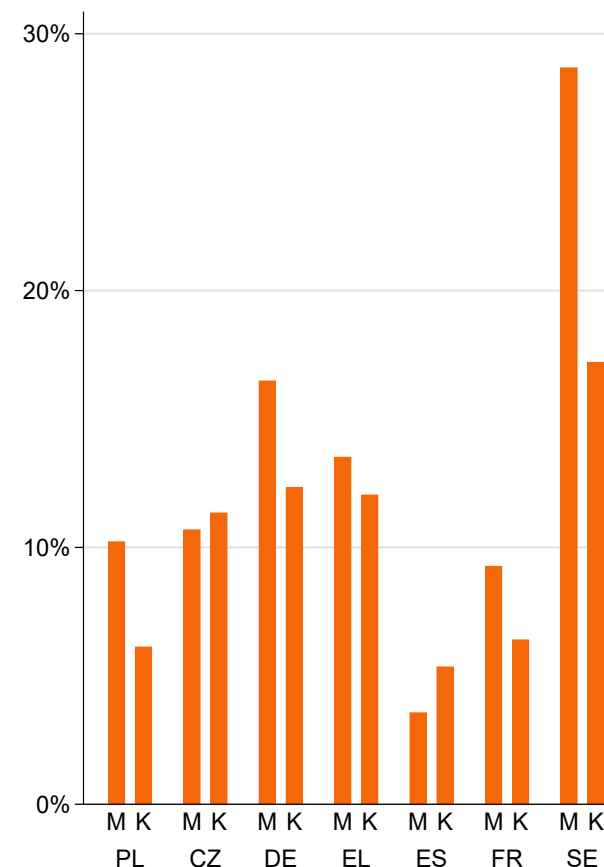
Biorąc pod uwagę zróżnicowanie doświadczeń zawodowych oraz ocen kariery zawodowej wynikające z danych SHARE-LIFE i przedstawione powyżej, uzasadnione jest pytanie, w jakim stopniu doświadczenia z rynku pracy znajdują swoje odbicie w aktywności po przejściu na emeryturę. Zanim spróbujemy udzielić na to pytanie odpowiedzi, niniejszą część rozdziału rozpoczyna prezentacja informacji o zakresie zaangażowania w dwa typy aktywności po przejściu na emeryturę:

- pracę zarobkową po nabyciu uprawnień emerytalnych,
- wolontariat lub działalność charytatywną.

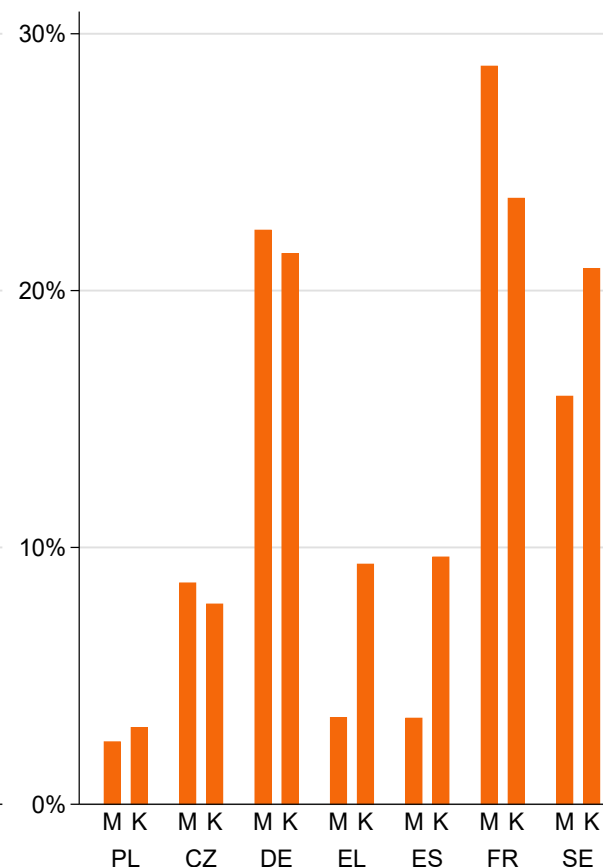
Analizy dotyczące aktywności na emeryturze koncentrują się na osobach, które brały udział w badaniu SHARE-LIFE, miały przynajmniej 10-letni staż pracy w ramach kariery zawodowej i w rundzie 6. SHARE podały, że są na emeryturze. Informacje o rodzajach aktywności podejmowanych na emeryturze pochodziły również z rundy 6. badania. Informacja o wykonywaniu pracy zarobkowej pochodziła z pytania o jakąkolwiek płatną pracę (od ostatniego badania, po przejściu na emeryturę), jako pracownik najemny lub osoba pracująca na własny rachunek, nawet jeśli tylko przez kilka godzin. Informacja o zaangażowaniu w wolontariat lub działalność charytatywną dotyczyła podejmowania takiej działalności w ciągu poprzednich dwunastu miesięcy.

Wykres 2.6 | Aktywność po przejściu na emeryturę na podstawie 6. rundy SHARE w podziale na płeć

a) Praca zarobkowa



b) Wolontariat i działalność charytatywna



Uwagi: próba dla respondentów SHARE-LIFE z co najmniej 10-letnim stażem pracy, którzy do rundy 6. SHARE przeszli na emeryturę; dane przeważone na poziomie indywidualnym. Praca zarobkowa odnosi się do jakiejkolwiek płatnej pracy od ostatniego badania, nie odzwierciedla zatem standardowych definicji bieżącej aktywności zawodowej. Zaangażowanie w wolontariat lub działalność charytatywną odnosi się do aktywności w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

2.3.1 Praca zarobkowa po przejściu na emeryturę

Zróżnicowanie stopnia zaangażowania w pracę zarobkową wśród osób na emeryturze w rundzie 6. przedstawiono na wykresie 2.6a (dane odzwierciedlają zaangażowanie w płatną pracę od czasu ostatniego badania). W Szwecji niemal co trzeci mężczyzna i co czwarta kobieta na emeryturze wykonywała pracę płatną, co pokazuje, że utrzymanie aktywności zawodowej po przejściu na emeryturę wśród znaczącej części społeczeństwa w starszym wieku jest możliwe i może stanowić źródło inspiracji do rozwiązań w polityce społeczno-gospodarczej zorientowanych na utrzymanie aktywności zawodowej osób starszych w innych krajach.

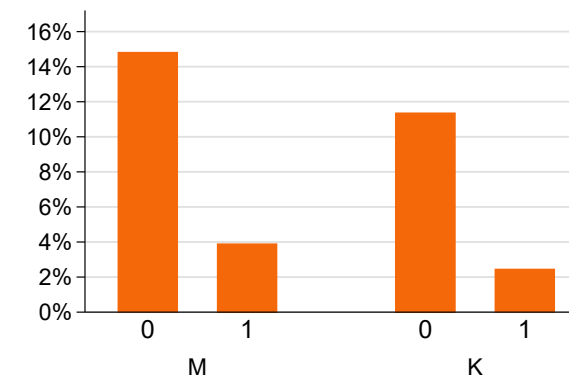
W pozostałych krajach odsetki osób zaangażowanych w płatną pracę na emeryturze były znacznie niższe, w Niemczech wynosząc 16,5% dla mężczyzn i 12,3% dla kobiet, w Polsce malejąc do 10,2% mężczyzn i 5,1% kobiet, zaś w Hiszpanii – do zaledwie 3,5% mężczyzn i 5,3% kobiet. Relatywnie duży odsetek emerytów wykonujących płatną pracę, przekraczający 10% zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet, zauważyć można natomiast w Grecji. W większości krajów to mężczyźni częściej angażowali się w pracę zarobkową na emeryturze od kobiet, choć w Czechach i w Grecji odsetki osób wykonujących płatną pracę na emeryturze dla obu płci były zbliżone, a w Hiszpanii to kobiety na emeryturze nieco częściej wykonywały płatną pracę.

Aby przyjrzeć się bliżej wpływowi doświadczeń zawodowych z przeszłości na decyzje podejmowane na emeryturze, połączono informacje o wykonywaniu pracy zarobkowej z rundy 6. z retrospektywną oceną jakości głównego miejsca pracy, podawaną przez respondentów w wywiadzie historii życia w rundzie 3. Na podstawie dwunastu pytań charakteryzujących pięć wymiarów jakości głównego miejsca pracy opisanych w części 2.2. niniejszego rozdziału zbudowano wskaźniki jakości miejsca pracy wykorzystując metodę dychotomizacji zastosowaną w pracy Wahrendorfa i Siegrista (2011). Metoda ta polegała na zsumowaniu oznaczeń liczbowych odpowiedzi (od 1. „zdecydowanie się zgadzam” do 4. „zdecydowanie się nie zgadzam”) na poszczególne pytania opisujące dany wymiar jakości miejsca pracy (por. tabela 2.1), a następnie zidentyfikowaniu 1/3 obserwacji o największej (względnie najmniejszej) policzonej sumie. W naszym przypadku to postępowanie pozwoliło uzyskać pięć zmiennych binarnych opisujących pięć kategorii jakości głównego miejsca pracy w karierze zawodowej (gdzie wystąpienie danego czynnika oznaczono: 0 „nie”, 1 „tak”): duży wysiłek fizyczny, duże obciążenie psychospołeczne, brak kontroli, odpowiednie wsparcie socjalne oraz odpowiednie wynagrodzenie. Na wykresach 2.7a-e przedstawiono zależności pomiędzy częstością wykonywania płatnej pracy na emeryturze a tym zerojedynkowym podsumowaniem oceny jakości głównego miejsca pracy w karierze zawodowej w pięciu kategoriach.

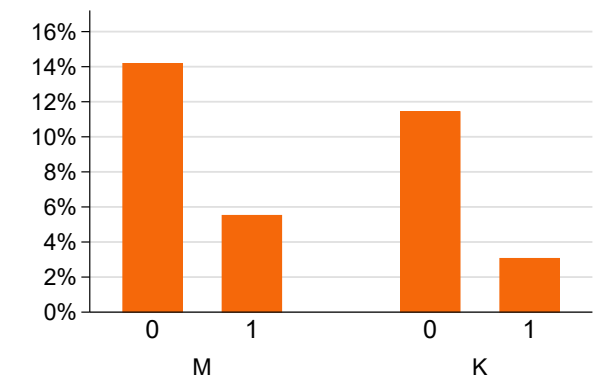
W przypadku większości analizowanych wymiarów odsetki osób wykonujących płatną pracę na emeryturze były znacząco wyższe wśród osób pozytywnie oceniających jakość swojego głównego miejsca pracy w karierze zawodowej. Jedynie w przypadku oceny dotyczącej wynagrodzenia adekwatnego do wysiłku odsetek osób zaangażowanych w pracę zarobkową nie różnił się pomiędzy emerytami oceniającymi wynagrodzenie otrzymywane w głównej pracy jako adekwatne do wysiłku oraz osobami negatywnie oceniającymi wysokość wynagrodzenia. Wynikające z danych przedstawionych na wykresach 2.7a-e istotne różnice w stopniu zaangażowania w pracę zarobkową wśród emerytów pozytywnie i negatywnie oceniających warunki swojej głównej pracy w karierze zawodowej sugerują ważną rolę polityki rynku pracy w zakresie regulacji dotyczących jakości i warunków zatrudnienia oraz podejmowania kontroli i działań na rzecz ochrony praw pracowniczych.

Wykres 2.7 | Praca zarobkowa na emeryturze w rundzie 6. względem kategorii ocen jakości głównego miejsca pracy w karierze zawodowej

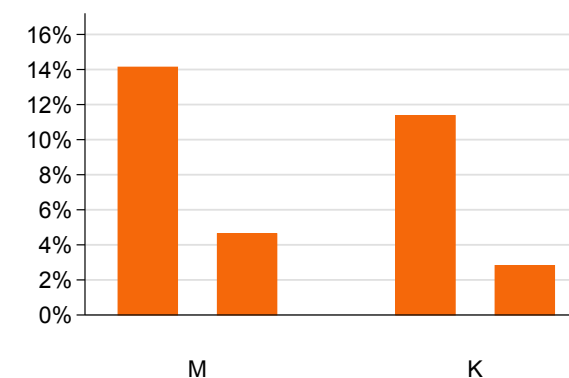
a) Duży wysiłek fizyczny



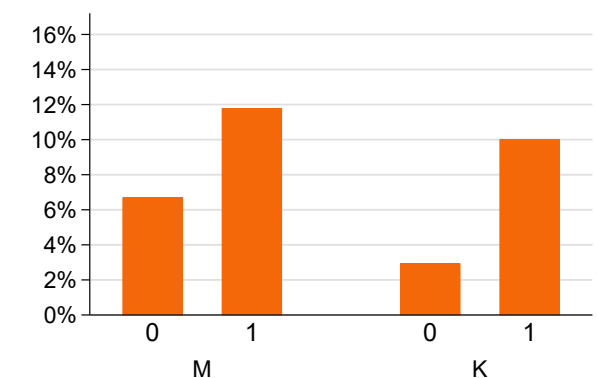
b) Duże obciążenie psychospołeczne



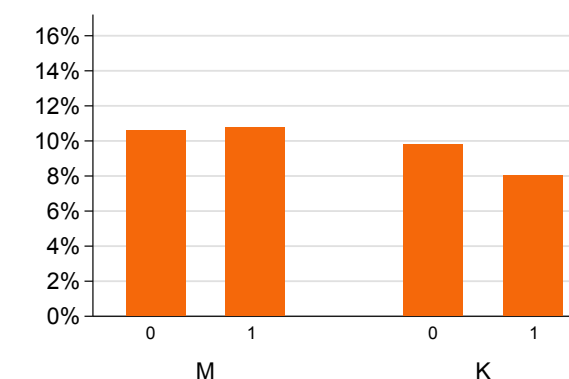
c) Brak kontroli



d) Odpowiednie wsparcie socjalne



e) Odpowiednie wynagrodzenie



Uwagi: próba dla respondentów SHARE-LIFE z co najmniej 10-letnim stażem pracy, którzy do rundy 6. SHARE przeszli na emeryturę; dane przeważone na poziomie indywidualnym za pomocą wag przekrojowych; zmienne uwzględnione w poszczególnych kategoriach – patrz tabela 2.1; kategorie ocen jakości miejsca pracy na podstawie metody dychotomizacji podanej w Wahrendorf i Siegrist (2011), opisanej w tekście, gdzie 0 oznacza „nie”, 1 oznacza „tak”; na osi Y zaznaczono odsetek emerytów wykonujących płatną pracę (od czasu ostatniego badania).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 3. (l. 2008-2009) i 6. (2015 r.).

2.3.2 Zaangażowanie w wolontariat i prace charytatywne po zakończeniu kariery zawodowej

Według Wahrendorfa i Siegrista (2011) analiza aktywności społecznej osób w wieku emerytalnym (np. działalności wolontariackiej lub charytatywnej) zasługuje na uwagę z co najmniej dwóch względów. Po pierwsze, angażowanie się w nią zauważalnej grupy osób sugeruje istnienie niewykorzystanego zasobu pracy, a po drugie, znacząca część takiej aktywności zwiększa dobrobyt innych osób. Ponadto, wyniki badań naukowych wskazują pozytywną korelację podejmowania działań społecznych przez osoby 50+ z subiektywną oceną zdrowia i satysfakcji z życia oraz negatywną korelację z występowaniem objawów depresji w tej grupie (Haski-Leventhal, 2009; Okulicz-Kozaryn, 2017). Mając na uwadze powyższe, społeczne zaangażowanie osób 50+ powinno stanowić ważny temat debaty publicznej nakierowanej na wspieranie tego typu działalności, szczególnie że różnice w stopniu zaangażowania w działania społeczne pomiędzy krajami są znaczące i widoczny jest wyraźny podział krajów europejskich na te o wysokim (kraje Europy Zachodniej i skandynawskie) i niskim zaangażowaniu społecznym (kraje Europy Południowo-Wschodniej).

Na podstawie danych SHARE na wykresie 2.6b porównano odsetki osób na emeryturze angażujących się w wolontariat lub działalność charytatywną w rundzie 6. Podczas gdy w krajach Europy Zachodniej i Północnej przeciętnie co piąta osoba na emeryturze deklarowała tego typu działalność, to w Czechach poniżej 10% emerytów się w nią angażowało, natomiast w Polsce – mniej niż 3%. Bardzo niskie wartości dla Polski są zgodne z wynikami uzyskanymi przez Wahrendorfa i in. (2016) na podstawie połączonych danych SHARE z rundy 3. (SHARE-LIFE) i rundy 2. W większości krajów to kobiety częściej uczestniczyły w tego rodzaju działalności społecznej, zaś szczególnie duże różnice w poziomie zaangażowania między płciami widać w Grecji i Hiszpanii, gdzie zajmowanie się wolontariatem deklaroowało niemal 10% kobiet a zaledwie ok. 3% mężczyzn.

2.3.3 Determinanty aktywności osób w wieku 50+ po zakończeniu kariery zawodowej

Analizy przedstawione poniżej skupiają się na próbie identyfikacji czynników wpływających na aktywność w postaci pracy zarobkowej oraz wolontariatu i działalności charytatywnej po zakończeniu kariery zawodowej. W przypadku tych dwóch rodzajów analizowanych aktywności oszacowano modele prawdopodobieństwa, w których zmienna zależna przyjmuje wartość 1, jeżeli osoba na emeryturze angażuje się w określony rodzaj aktywności lub 0, jeżeli nie podejmuje na tym polu aktywności. Modele prawdopodobieństwa zostały oszacowane oddzielnie dla mężczyzn i kobiet. Oprócz informacji o jakości głównego miejsca pracy w karierze zawodowej oraz podstawowych charakterystyk historii zatrudnienia (staż pracy, doświadczenie bezrobocia), lista zmiennych kontrolnych uwzględnionych w analizie obejmowała informacje demograficzne (wiek, edukację, liczbę dzieci, mieszkanie z partnerem, miejsce zamieszkania), informacje o stanie zdrowia (subiektywną ocenę zdrowia, ograniczenia ruchowe oraz w wykonywaniu codziennych czynności złożonych) i sytuacji materialnej (trudności w wiązaniu końca z końcem, własność domu). Pełna lista zmiennych włączonych do analiz, wraz z ich szczegółowym opisem oraz statystykami opisowymi, przedstawiona została w Morawski i in. (2017). Wskaźniki jakości głównego miejsca pracy w karierze zawodowej opracowano na podstawie podejścia Wahrendorfa i Siegrista (2011) zgodnie z opisem przedstawionym w części 2.3.1 niniejszego

rozdziału. Wyniki oszacowań zawarto w tabeli 2.2 w formie ilorazów szans oddzielnie dla obu analizowanych rodzajów aktywności oraz płci. Wartość ilorazu szans w tabeli większa od 1 oznacza, że dany czynnik zwiększa szanse angażowania się osób na emeryturze w daną aktywność i odpowiednio wartość mniejsza od 1 oznacza, że dany czynnik obniża te szanse. Próba badawcza uwzględniona w regresji obejmowała uczestników rundy 3. o minimum 10-letnim stażu pracy, którzy wzięli udział w rundzie 4. lub 6. podając wówczas informację, że są na emeryturze oraz jakich aktywności się podejmują. Próba z rundy 6. została uzupełniona o obserwacje z rundy 4. dla celów zwiększenia jej liczebności i dokładności oszacowania wyników.

Dla obu rodzajów aktywności na emeryturze widoczna jest silna zależność z wiekiem i poziomem wykształcenia – z wiekiem szansa zaangażowania maleje i jest ona znacząco wyższa dla osób ze średnim i wyższym wykształceniem. Emeryci mieszkający wspólnie z partnerką lub partnerem mają mniejsze szanse zarówno wykonywania pracy, jak i działalności społecznej. O stopniu zaangażowania w pracę zarobkową na emeryturze w dużej mierze decyduje stan zdrowia respondentów. Dla trzech zmiennych zdrowotnych uwzględnionych w regresji ilorazy szans są statystycznie istotne, co sugeruje, że w zależności od analizowanej miary stanu zdrowia szansa wykonywania pracy zarobkowej jest o około 30-40% niższa wśród osób z problemami zdrowotnymi. Zły stan zdrowia przekłada się również na mniejsze szanse zaangażowania w działalność wolontariacką na emeryturze, choć przykładowo ani dla mężczyzn ani dla kobiet ograniczenia w poruszaniu się nie wykazują statystycznie istotnej zależności z tym zaangażowaniem.

Co ciekawe, na wykonywanie płatnej pracy po zakończeniu kariery zawodowej nie ma wpływu sytuacja materialna - zarówno bieżąca (oceniana za pomocą trudności w wiązaniu końca z końcem), jak i mierzona w odniesieniu do zasobów kapitałowych (posiadanie na własność domu lub mieszkania). Ten wynik może wskazywać, że podejmowanie płatnej pracy po przejściu na emeryturę jest w mniejszym stopniu determinowane argumentami ekonomicznymi, a dochody z pracy emerytów są raczej uzupełnieniem głównych źródeł utrzymania niż ich podstawą. Sytuacja materialna ma natomiast znaczenie dla angażowania się mężczyzn w działalność charytatywną i wolontariat, co znajduje potwierdzenie w literaturze wskazującej na znaczenie motywacji i możliwości (z ang. *capabilities*) przy podejmowaniu decyzji o tego rodzaju działalności na emeryturze (Tang, 2006).

Parametry dla czynników związanych z historią zatrudnienia i jakością głównego miejsca pracy odzwierciedlają ich jednoznaczny wpływ na wykonywanie płatnej pracy po przejściu na emeryturę. Po pierwsze, aktywność na rynku pracy po zakończeniu kariery zawodowej zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet jest istotnie związana ze stażem pracy, co sugeruje przykładanie dużej wagi do utrzymania dotychczasowego stylu życia, z życiem zawodowym jako ważnym jego elementem, również po przejściu na emeryturę. Z drugiej strony, szanse wykonywania płatnej pracy na emeryturze istotnie obniża negatywna ocena jakości głównego miejsca pracy w karierze zawodowej. Znaczenie mają tu przede wszystkim duży wysiłek fizyczny oraz brak kontroli w pracy, odnoszący się do braku możliwości decydowania o sposobie realizacji zadań zawodowych.

Tabela 2.2 | Czynniki związane z aktywnością po zakończeniu kariery zawodowej: praca płatna i działalność charytatywna (ilorazy szans)

	Praca płatna		Wolontariat i działalność charytatywna	
	M	K	M	K
Zmienne podstawowe:				
Wiek	0,86***	0,86***	0,97***	0,97***
Wykształcenie średnie	1,47***	1,38**	1,90***	1,03
Wykształcenie wyższe	2,82***	2,07***	2,59***	1,83**
Liczba dzieci	1,00	1,10*	1,03	1,03
Mieszkanie z partnerem	0,77*	0,59***	0,91	0,80***
Mieszkanie na wsi	0,83*	0,91	0,97	1,12
Zdrowie:				
Zły stan zdrowia	0,72	0,64***	0,65**	0,50***
1+MOBILITY	0,82***	0,82	0,88	1,01
1+iADL	0,61***	0,71***	0,54**	1,05
Sytuacja materialna:				
Duże trudności z wiązaniem końca z końcem	0,73	1,02	0,78**	0,99
Własność nieruchomości	0,87	1,01	1,24*	1,10
Jakość głównego miejsca pracy w karierze:				
Duży wysiłek fizyczny	0,71***	0,58***	0,78***	0,82**
Brak kontroli w miejscu pracy	0,53***	0,62***	1,08	0,96
Duże obciążenie psychospołeczne	1,04	0,82*	1,31**	1,28*
Odpowiednie wsparcie socjalne	1,27	1,52**	1,27	1,11
Odpowiednie wynagrodzenie	0,99	0,96	1,41***	0,97
Historia zatrudnienia:				
Staż pracy	1,06***	1,05***	0,98***	1,01
Epizod bezrobocia	1,02	1,10	0,75*	1,15
Dodatkowe zmienne kontrolne:				
Zmienne krajowe	TAK	TAK	TAK	TAK
Sektor zatrudnienia w głównym miejscu pracy	TAK	TAK	TAK	TAK
Runda badania	TAK	TAK	TAK	TAK
Liczba obserwacji	5629	5204	5629	5204
Pseudo-R²	0,230	0,219	0,196	0,111

Uwagi: próba dla respondentów SHARE-LIFE z co najmniej 10-letnim stażem pracy, którzy do rundy 4. lub 6. SHARE przeszli na emeryturę; uwzględniono wagi przekrojowe na poziomie indywidualnym; poziom istotności: * - 10%, ** - 5%, *** - 1%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 3. (l. 2008-2009), 4. (l. 2011-2012) i 6. (2015 r.).

Ponadto wśród kobiet istotną relację z szansą wykonywania płatnej pracy na emeryturze wykazują także obciążenie psychospołeczne i wsparcie socjalne w głównym miejscu pracy w karierze zawodowej, dodatkowo wyjaśniając zróżnicowanie stopnia zaangażowania w pracę zarobkową po zakończeniu kariery. Otrzymywanie w głównej pracy wynagrodzenia adekwatnego do wysiłku nie ma istotnego przełożenia na szansę wykonywania płatnej pracy po przejściu na emeryturę. Podobnie jak brak związku z sytuacją materialną może to potwierdzać hipotezę, że zaangażowanie w pracę zarobkową po zakończeniu kariery dla osób pobierających świadczenia emerytalne ma inny charakter niż praca wykonywana w jej trakcie i motywowane jest głównie czynnikami pozaekonomicznymi. Powinno to zostać wzięte pod uwagę przy opracowywaniu zachęt w celu upowszechnienia aktywności zawodowej po przejściu na emeryturę w polityce społeczno-gospodarczej.

W przypadku wyników uzyskanych dla zależności pomiędzy historią zawodową i jakością głównego miejsca pracy a podejmowaniem działalności charytatywnej i wolontariatu obserwujemy negatywny wpływ obciążeń fizycznych w głównej pracy w karierze. Pozytywna relacja ze wskaźnikiem obciążenia psychospołecznego w głównej pracy wskazuje na nieintuicyjną zależność z podejmowaniem działalności charytatywnej. Wyjaśnienia można szukać w koncepcji „Trzeciego Wieku” Lasletta, zgodnie z którą dla wielu osób przejście na emeryturę oznaczać może uwolnienie się od wcześniejszych obowiązków zawodowych i nieprzyjemnych doświadczeń stwarzając szansę czerpania satysfakcji z działalności poza rynkiem pracy (Laslett, 1989, 1991). W przeciwieństwie do dużego wysiłku fizycznego w głównej pracy, który zniechęca do podejmowania jakiejkolwiek aktywności na emeryturze, duży wysiłek emocjonalny w pracy w przeszłości zniechęca do podejmowania pracy płatnej, ale może przyczyniać się do poszukiwania innych form aktywności społecznej. W przypadku mężczyzn istotnym czynnikiem wspierającym zaangażowanie w działalność charytatywną jest zarówno pozytywna ocena wynagrodzenia w miejscu pracy w przeszłości, jak i negatywny wpływ długiego stażu pracy, co jest spójne z przytoczoną powyżej teorią Tanga (2006) o znaczeniu ograniczeń dla podejmowania tego typu działalności.

2.4 Podsumowanie

W rozdziale skupiono się na aktywności na rynku pracy oraz działalności charytatywnej i wolontariackiej wśród emerytów z wybranych siedmiu krajów europejskich, którzy uczestniczyli w badaniu SHARE-LIFE (runda 3. SHARE) w latach 2008-2009 oraz w kolejnych rundach SHARE, ze szczególnym uwzględnieniem rundy 6. Poza analizą międzynarodowego zróżnicowania stopnia aktywności po zakończeniu kariery zawodowej, historii zawodowej respondentów SHARE oraz oceny ich kariery zawodowej, dokonano próby identyfikacji zależności pomiędzy historią zawodową i oceną jakości życia zawodowego a stopniem aktywności po jego zakończeniu.

Odtworzenie historii życia na podstawie danych z badania SHARE-LIFE wyraźnie wskazuje na stosunkowo bogatą historię życia zawodowego wśród kobiet w Polsce. Częściowo na pewno wiąże się to z uwarunkowaniami historycznymi, które przyczyniły się do tego, że większość Polek ujętych w badaniu miało długą karierę zawodową, podczas gdy duża część ich rówieśniczek w Grecji i Hiszpanii nigdy nie podjęła pracy. Kobiety z pokolenia 50+ w Szwecji, Niemczech i Francji, gdzie odsetek pracujących kobiet również był wysoki, znacznie częściej niż Polski korzystały z możliwości pracy niepełnoetatowej lub realizowały krótsze kariery zawodowe.

Historia zatrudnienia mężczyzn w polskiej próbie SHARE, choć pod wieloma względami przypomina doświadczenia ich rówieśników z Europy Zachodniej, wskazuje na istotną różnicę w postaci krótszego stażu pracy. W porównaniu z Niemcami i Szwecją proces dezaktywizacji mężczyzn w Polsce rozpoczynał się wcześniej (w młodszy wieku) i przebiegał znacznie szybciej. Dużą rolę w tym względzie prawdopodobnie odegrały rozwiązania przyjęte w ramach polityki społeczno-gospodarczej, a historie zawodowe Polaków są podobne do tych obserwowanych we Francji.

Dodatkowych informacji o historycznie uwarunkowanych cechach kariery zawodowej w SHARE-LIFE dostarcza retrospektywna ocena jakości głównego miejsca pracy. Na tej podstawie powstał obraz raczej negatywnych wspomnień Polaków i Polek względem zakończonej pracy zawodowej. Te krytyczne, na tle innych krajów, oceny odnosiły się do takich cech jak swoboda realizacji zadań, adekwatność wynagrodzenia oraz zakres wysiłku fizycznego i emocjonalnego w pracy. Negatywnemu bagażowi wspomnień towarzyszy zaś niskie zaangażowanie w pracę zarobkową na emeryturze i w pracę nieodpłatną, w postaci wolontariatu i działalności charytatywnej.

Poza wiekiem istotnymi cechami decydującymi o stopniu aktywności na emeryturze są przede wszystkim poziom edukacji i zdrowie, jednak w przypadku podejmowania na emeryturze płatnej pracy bardzo istotną rolę odgrywa historia zatrudnienia, kształtująca ocenę doświadczeń zawodowych i jakości głównego miejsca pracy. O zaangażowaniu w pracę po przejściu na emeryturę okazują się decydować takie czynniki jak stopień wysiłku fizycznego w trakcie kariery zawodowej (-) oraz brak kontroli w odniesieniu do wykonywanych zadań w miejscu pracy (-). W przypadku kobiet znaczenie ma też obciążenie psychospołeczne (-) i poziom wsparcia (+), które otrzymywane było w przeszłości w głównej pracy.

Bieżąca sytuacja materialna i ocena adekwatności korzyści materialnych do wkładanego w pracę wysiłku w trakcie kariery zawodowej nie są natomiast istotne dla potencjalnych rozwiązań mających zwiększyć aktywność obecnych emerytów na rynku pracy. Rozwiązania w sferze polityki społeczno-gospodarczej w odniesieniu do tej grupy osób powinny w związku z tym wyjść poza standardowe argumenty związane z materialnymi korzyściami z zatrudnienia i skupić się na rozwiązaniach uwzględniających fakt, że stanowią one obecnie jedynie uzupełnienie dochodów emerytów i nie wpływają w decydujący sposób na zatrudnienie na emeryturze.

Zależności między historią zatrudnienia a działalnością społeczną na emeryturze są odmienne od relacji z zaangażowaniem w płatną pracę. Widoczne jest w tym przypadku również większe zróżnicowanie roli czynników związanych z przeszłością zawodową względem płci, przy czym niezależny od płci jest negatywny wpływ wykonywania ciężkiej fizycznej pracy w trakcie kariery zawodowej. Wśród mężczyzn istotnym warunkiem zaangażowania na emeryturze jest posiadanie zabezpieczenia materialnego.

Wnioski dla Polski wynikające z zaprezentowanych analiz nie są optymistyczne. Negatywna ocena historii zawodowej w połączeniu z jej znaczeniem dla aktywności na rynku pracy po przejściu na emeryturę sugeruje możliwe trudności w zwiększeniu aktywności zawodowej emerytów w Polsce, tak aby podnieść ją chociażby do poziomu obserwowanego w Czechach. Uwzględniając gorszy stan zdrowia Polaków w porównaniu do innych populacji w wieku 50+ w Europie (por. rozdział 4 oraz Magda i Kiełczewska, 2017) można się obawiać, że nawet po obniżeniu realnej wartości świadczeń emerytalnych, aktywność emerytów na rynku pracy może nie wzrosnąć znacząco. Pomimo zidentyfikowanych ograniczeń mających swoje źródło w historii zatrudnienia warto jest podejmować wysiłki na rzecz aktywizacji osób, które odeszły już z rynku pracy, mając w tym przypadku na uwadze rolę pozamaterialnych aspektów, które sprzyjają aktywności tych osób. Wydaje się, że atrakcyjną formą zagospodarowania zasobu pracy wśród obecnych emerytów może być popularyzacja pracy niezarobkowej. Rolą polityki społecznej

powinno być zachęcanie do tej formy aktywności, na przykład poprzez kampanie informacyjne podkreślające korzyści indywidualne i społeczne wynikające z takiej działalności.

Dane dla Szwecji wyraźnie pokazują, że wyższa aktywność osób, które przeszły na emeryturę – zarówno na polu zawodowym, jak i w odniesieniu do działalności charytatywnej – jest jak najbardziej możliwa. Ten przykład pozwala nieco optymistyczniej patrzeć na możliwość wydłużenia aktywności zawodowej roczników, które jeszcze nie zakończyły kariery zawodowej. Z przeprowadzonych analiz z wykorzystaniem danych SHARE wynika, że dla osiągnięcia wskaźników zatrudnienia osób starszych zbliżonych do wartości obserwowanych w innych krajach ważne jest docenienie w polityce społecznej regulacji w zakresie zdrowia pracowników i jakości zatrudnienia. ●

Bibliografia

- Angelini, V., Brugiavini, A., Weber, G. (2009). Ageing and unused capacity in Europe: Is there an early retirement trap? *Economic Policy* 24 (7): 463-508.
- Avendano, M., Mackenbach, J. (2011). Life-course health and labour market exit in thirteen European countries: results from SHARELIFE. W: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hank, K., Schröder, M. (red.). *The Individual and the Welfare State: Life Histories in Europe*. Springer Berlin Heidelberg.
- Blane, D., Netuveli, G., Stone, J., (2006). The development of life course epidemiology. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 55(1): 31-38.
- Bonsang, E., Adam, S., Perelman, S. (2012). Does Retirement Affect Cognitive Functioning? *Journal of Health Economics* 31 (3): 490-501.
- Brugiavini, A., Pasini, G., Peracchi, F. (2008). Exit from the labour force. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.). *First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the longitudinal dimension*. Mannheim Research Institute for the Economic of Aging.
- Dal Bianco, C., Trevisan, E., Weber, G. (2014). „I want to break free”. The role of working conditions on retirement expectations and decisions. *European Journal of Ageing* 12(1): 17-28.
- Haski-Leventhal, D., (2009). Elderly Volunteering and Well-Being: A Cross-European Comparison Based on SHARE Data, *Voluntas* 20: 338-404.
- Kuh, D., Shlomo, Y., (2004). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford University Press.
- Laslett, P., (1991). *A fresh map of life: The emergence of the Third Age*. Harvard University Press.
- Laslett, P., (1987). The emergence of the Third Age. *Ageing and Society* 7: 133-160.
- Magda, I., Kiełczewska, A. (2017). Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+. *Analizy Raport Uzupełniający Nr 4/2017*, www.share50plus.org.
- Morawski, L., Myck, M., Oczkowska, M. (2017). Historia zatrudnienia i aktywność po zakończeniu kariery zawodowej. *Analizy Raport Uzupełniający Nr 2/2017*. www.share50plus.pl.
- Okulicz-Kozaryn A. (2017). The effect of social transfers and social capital on subjective wellbeing of elderly. Prezentacja na konferencji ISQOLS Annual Conference 2017 w Innsbrucku.
- Robroek, S., Schuring, M., Croezen, S., Stattin, M., Burdorf, A. (2013). Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four year follow-up study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 39 (2): 125-33.

Rohwedder, S., Willis, R., (2010). Mental Retirement. *Journal of Economic Perspectives* 24 (1): 119-38.

Siegrist, J., Li, J., Montano, D. (2014). Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire.

Siegrist, J., Starke, D., Chandolab, T., Godinc, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58: 1483-99.

Tang, F. (2006). What resources are needed for volunteerism? A life course perspective. *Journal of Applied Gerontology* 25(5): 375-390.

Wahrendorf, M., Siegrist, J. (2011). Working conditions in midlife and participation in voluntary work after labour market exit. W: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hank, K., Schröder, M. (red.). *The Individual and the Welfare State: Life Histories in Europe*. Springer Berlin Heidelberg.

Wahrendorf, M., Blane, D., Matthews, K., Siegrist, J. (2016). Linking Quality of Work in Midlife to Volunteering During Retirement: a European Study. *Population Ageing* 9: 113-130.

Westerlund, H., Vahtera, J., Ferrie, J., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Melchior, M., Leineweber, C., Jokela, M., Siegrist, J., Goldberg, M., Zins, M., Kivimaki, M., (2010). Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *BMJ* 341: c6149.

ROZDZIAŁ III

Polacy po pięćdziesiątce: praca i emerytura

Agnieszka Chłoń-Domińczak

Współpraca: Dorota Holzer-Żelażewska, Anna Maliszewska

Wprowadzenie⁸

W związku z zachodzącymi procesami demograficznymi: relatywnie niskiej dzietności oraz wydłużaniem trwania życia w krajach rozwiniętych postępuje proces starzenia się populacji. Skutkiem tego procesu są zmiany struktury wieku ludności, co rodzi szereg wyzwań dla polityki publicznej (Kotowska i Chłoń-Domińczak, 2012).

Kurczenie się populacji w wieku produkcyjnym, a także wzrost liczby osób w wieku emerytalnym skutkuje potrzebą prowadzenia polityki rynku pracy pozwalającej na wydłużanie okresu aktywności zawodowej. Wzrost uczestnictwa osób w wieku 50 i więcej lat na rynku pracy jest jednym z priorytetów europejskiej polityki zatrudnienia oraz polityk w wielu krajach UE od dwóch dekad. Już w Strategii Lizbońskiej jednym z istotnych priorytetów było zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata. Podobnie w Strategii Europa 2020 zwraca się uwagę na zwiększenie aktywności zawodowej osób w tej grupie wieku.

Cel jakim jest zwiększenie aktywności zawodowej Polaków po 50-tym roku życia jest również widoczny w priorytetach strategicznych polityki zatrudnienia w Polsce. Wdrażanie „Programu 50+” przyjętego w 2008 r. stanowiło początek skoordynowanych działań podejmowanych na rzecz aktywizacji Polaków po pięćdziesiątce. Przyjęta przez rząd w lutym 2017 r. **Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do 2020 roku** (Rada Ministrów, 2017) wśród swoich priorytetów wskazuje na wzrost i poprawę wykorzystania potencjału kapitału ludzkiego na rynku pracy. W szczególności związane jest to ze wspieraniem aktywności zawodowej osób po 50-tym roku życia. Działania do 2020 r., które mają wspierać realizację tego celu to: aktywne instrumenty rynku pracy, programy uzupełniania lub zmiany kwalifikacji, profilaktyka zdrowotna, elastyczne formy i sposoby świadczenia

⁸ Rozdział stanowi skróconą wersję Analitycznego Raportu Uzupełniającego Nr 3: Chłoń-Domińczak i in. (2017), który dostępny jest na stronie internetowej projektu SHARE: www.share50plus.pl.

pracy, przeciwdziałanie dyskryminacji w zatrudnieniu, zachęty do dłuższej aktywności na rynku pracy (Rada Ministrów 2017, s. 167).

Jednym z ważnych obszarów badania SHARE jest ocena aktywności zawodowej Europejczyków, a także ich korzystania z emerytury. Uzyskane wyniki pozwalają na ocenę uwarunkowań i kontekstu wdrażania polityki na rzecz wzrostu zatrudnienia osób po 50-tym roku życia. Podejmowane w Europie i w Polsce działania oraz prowadzone diagnozy mają na celu między innymi obalanie mitów, które narosły wokół tematu aktywności zawodowej i produktywności osób w wieku przedemerytalnym (Börsch-Supan, 2013). Prowadzone badania nad indywidualną zdolnością do pracy pozwalają na określenie szeregu czynników, które na nią wpływają (Ilmarinen, 2012). Są to, po pierwsze, zasoby indywidualne, takie jak potencjał zdrowotny i funkcjonalny, kompetencje, a także wartości, postawy i motywacje. Po drugie, są to różne uwarunkowania życia zawodowego. Badanie SHARE obejmuje szereg aspektów dotyczących oceny różnorodnych uwarunkowań pracy wśród osób, które kontynuują swoją aktywność zawodową. Badanie pozwala również na spojrzenie na proces przechodzenia na emeryturę. Ocena tych aspektów jest ważna dla wspierania kształtowania polityk na rzecz zwiększania zdolności do pracy osób po 50-tym roku życia. Z kolei porównania międzynarodowe, oparte na spójnej metodologii badawczej, pozwalają na wyciągnięcie wniosków istotnych dla kształtowania polityk publicznych ukierunkowanych na wzrost aktywności zawodowej.

Celem niniejszego rozdziału jest analiza aktywności zawodowej i przechodzenia na emeryturę Polaków na tle wybranych krajów, z uwzględnieniem czynników wpływających na zadowolenie z pracy. Początkiem tych rozważań jest ocena dynamiki zmian wskaźników zatrudnienia oraz poziomu zatrudnienia w zależności od wieku w Polsce na tle krajów europejskich (część 3.1). Wykorzystując informacje dotyczące warunków i organizacji pracy, które wpływają na satysfakcję lub zniechęcenie pracą, identyfikujemy cztery grupy pracujących po 50-tym roku życia, różniące się oceną jakości pracy. Pozwala to na wskazanie, że w krajach, gdzie ogólna ocena jakości pracy jest wyższa, większy jest odsetek pracujących osób po 50-tym roku życia (część 3.2).

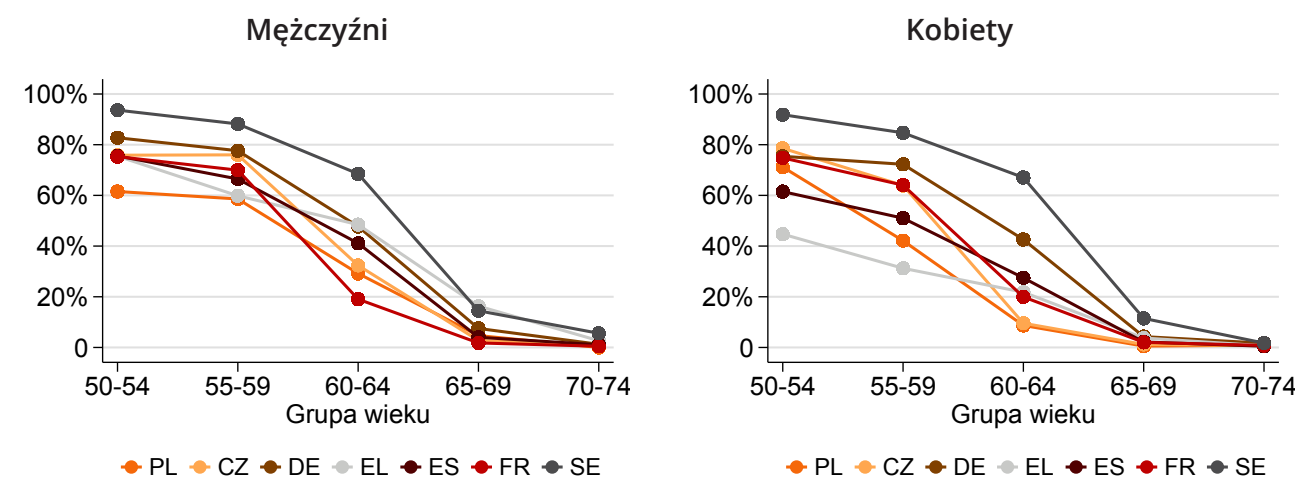
W rozdziale analizujemy również korzystanie z emerytury i przechodzenie na emeryturę w Polsce na tle wybranych krajów, ze szczególnym uwzględnieniem procesów zakończenia pracy i przechodzenia na emeryturę Polaków. Analiza ta pozwala na identyfikację zmian, które zachodzą w Polsce, a także porównanie poziomu zatrudnienia i korzystania z emerytury pomiędzy drugą i szóstą rundą badania SHARE, czyli zmianami, które zaszły w ciągu 8 lat pomiędzy 2007 rokiem (2. runda badania SHARE – pierwsza runda badania w Polsce) oraz 2015 rokiem (6. runda badania SHARE), co zostało zaprezentowane w części 3.3. Wnioski z analiz, z uwzględnieniem rekomendacji kierunków polityki wspierającej wydłużenie aktywności zawodowej przedstawiono w części 3.4.

3.1 Aktywność zawodowa osób 50+ w badaniu SHARE

Aktywność zawodowa Polaków po 50-tym roku życia zmienia się. Dane badania aktywności ekonomicznej ludności wskazują, że w ostatnich latach rośnie zatrudnienie wśród osób w wieku 55-64 lata. Wzrost ten jest bardziej dynamiczny niż przeciętnie w UE, w efekcie czego dystans do wskaźników obserwowanych w UE maleje, chociaż pozostaje znaczący. Wskaźniki zatrudnienia wśród osób po 65-tym roku życia w Polsce pozostają na poziomie zbliżonym do krajów Unii i utrzymują się na stabilnym poziomie od początku poprzedniej dekady.

Dane SHARE również potwierdzają, że aktywność zawodowa Polaków po 50-tym roku życia w porównaniu do ich rówieśników z innych krajów biorących udział w badaniu jest niska. Na wykresie 3.1 przedstawione są wskaźniki zatrudnienia kobiet i mężczyzn w Polsce oraz w sześciu krajach, które uwzględniliśmy w porównaniach.⁹

Wykres 3.1 | Wskaźniki zatrudnienia w grupach wieku w Polsce i wybranych krajach w rundzie 6. SHARE



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

W przypadku mężczyzn, udział zatrudnionych w Polsce jest najniższy w grupie siedmiu krajów w najmłodszych grupach wieku (od 50 do 59 lat). Najwyższą aktywnością zawodową cechują się Szwedzi, relatywnie wysokie zatrudnienie obserwujemy również w przypadku Niemców. Francuzi oraz Czesi charakteryzują się szybkim spadkiem poziomu zatrudnienia wśród osób po 60-tym roku życia, co może być związane z możliwością korzystania z dostępu do emerytur w niższym wieku. W efekcie Polacy, w tej grupie wieku pracują częściej niż Francuzi oraz równie często jak Czesi.

Wśród kobiet obserwujemy znacznie większe zróżnicowanie aktywności zawodowej pomiędzy krajami, niż w przypadku mężczyzn. Polki w wieku 50-54 lat pracują niemal równie często jak Niemki, Francuzki i Czeszki, ale wskaźnik ten spada w starszej grupie wieku (55-59 lat). Najwyższy wskaźnik zatrudnienia, podobnie jak w przypadku mężczyzn, obserwujemy w przypadku Szwedek, natomiast w krajach Europy Południowej – w Hiszpanii i Grecji obserwujemy znacznie niższe wskaźniki zatrudnienia kobiet. W starszych grupach wieku zatrudnienie kobiet w Polsce szybko spada. Kobiety we Francji i Czechach po 60-tym roku życia również szybko kończą swoją aktywność zawodową. Z kolei Szwedki oraz Niemki stosunkowo często kontynuują pracę także po 60-tym roku życia. Ponownie różnice

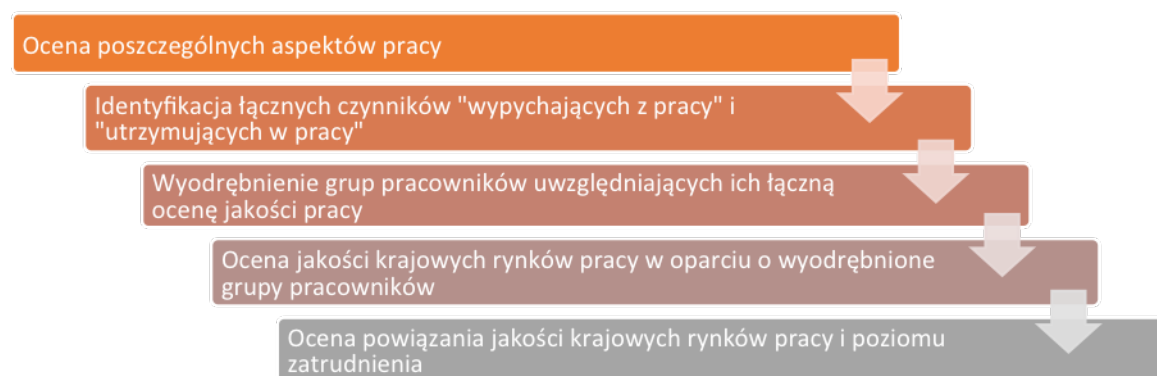
⁹ Wyniki te nieco odbiegają od wskaźników z innych badań, takich jak badanie aktywności ekonomicznej ludności (LFS). Wielkość próby w badaniu SHARE jest mniejsza niż w badaniach aktywności ekonomicznej, a ponadto, ze względu na brak odnowienia próby, szczególnie w przypadku Polski grupa respondentów SHARE ma inną strukturę wieku niż cała populacja (szczegóły we wstępie do raportu), co nie w pełni może być skorygowane stosowanymi wagami analitycznymi. Ze względu na spójność analiz w dalszej części rozdziału będziemy się odnosić do wskaźników oszacowanych na podstawie SHARE.

te w dużym stopniu wynikają z obecnych regulacji w systemach emerytalnych, które pozwalają na wcześniejszą dezaktywizację kobiet w pierwszych trzech wymienionych krajach.

Zarówno wyniki badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), jak i badania SHARE potwierdzają niski poziom zatrudnienia osób po 50-tym roku życia w Polsce. Niezbędne zdaje się być zatem zwiększenie zaangażowania w pracę wśród osób w tej grupie wieku. Wymaga to działań adresowanych do osób po 45-tym roku życia, gdyż już wśród Polaków w wieku 50-54 lata obserwujemy niższy poziom wskaźników zatrudnienia w porównaniu do pozostałych krajów uwzględnionych w analizie.

Jednym z ważnych obszarów polityki utrzymywania w zatrudnieniu osób po 50-tym roku życia są rozwiązania, które dotyczą jakości pracy, w tym związane z zarządzaniem wiekiem w przedsiębiorstwach. Informacje pochodzące z badania SHARE pozwalają na identyfikację różnych uwarunkowań, które mogą zachęcać do wcześniejszej dezaktywizacji lub też wręcz przeciwnie – sprzyjać dłuższej pracy.

Rysunek 3.1 | Podejście analityczne do oceny powiązań jakości krajowych rynków pracy i poziomu zatrudnienia



Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części rozdziału krótko omawiamy badane aspekty, które są związane z oceną jakości warunków pracy występujących w badaniu SHARE. Jest to punkt wyjściowy do dalszej analizy, której celem jest wyodrębnienie czynników, które możemy określić jako gromadzące łączne efekty „wypychania” oraz „utrzymywania” pracowników na rynku pracy. W kolejnym kroku czynniki te są wykorzystane do identyfikacji wydzielonych grup pracowników pod względem ich poziomu zadowolenia z jakości pracy. Grupy te wyodrębnione są na podstawie wszystkich badanych w SHARE. Podział pracowników na grupy w ramach poszczególnych krajów pozwala na charakterystykę krajowych rynków pracy pod kątem jakości warunków pracy. Charakterystyka ta pozwala następnie na ocenę tego, czy syntetyczna ocena jakości pracy związana jest z poziomem zatrudnienia osób po 50-tym roku życia. Ilustrację zastosowanego podejścia analitycznego przedstawiono na rysunku 3.1.

3.2 Jakość pracy osób po 50-tym roku życia

Warunki pracy stanowią jeden z ważnych aspektów utrzymywania zdolności do pracy i motywacji do dłuższej aktywności zawodowej osób po 50-tym roku życia. Jednym z modeli, który odnosi się do podejmowania decyzji o przechodzeniu na emeryturę jest model wypychająco-przyciągający (z ang. *Push/Pull*) sformułowany m.in. w Barnes-Farrell (2003), Fisher i in. (2016), Schulz i Heckhausen (1997).

Model ten jest stosowany do analizowania przyczyn i efektów decyzji o przejściu na emeryturę. W modelu przyjmuje się, że część pracowników będzie „wypchnięta” z pracy, m.in. przez działania pracodawców np. zachęty do przechodzenia na emeryturę czy restrukturyzację skutkującą likwidacją miejsc pracy, na których pracują starsi pracownicy, pogorszenie stanu zdrowia lub ograniczenie możliwości wykonywania czynności zawodowych, nieodpowiednie warunki pracy. Z kolei inni zostaną „przyciągnięci” do przejścia na emeryturę ze względu na inne czynniki takie jak chęć odpoczynku czy obowiązki domowe.

W badaniu SHARE uwzględniony jest szereg aspektów związanych z warunkami pracy, mającymi wpływ na „wypychanie” (bądź nie) pracowników z zatrudnienia. Wyniki poprzednich rund SHARE wskazują na silny związek między złym stanem zdrowia a niezadawalającymi warunkami pracy (Siegrist i in., 2005). Satysfakcja z pracy może mieć bezpośredni i pośredni, poprzez oddziaływanie na stan zdrowia, wpływ na podjęcie decyzji o rezygnacji z pracy oraz przejściu na emeryturę (Börsch-Supan i in., 2008).

W badaniu SHARE osoby pracujące oceniają ogólnie, czy są zadowolone ze swojej (głównej) pracy [sat_]. Następnie odpowiadają na pytania o aspekty wykonywanej pracy, które nie sprzyjają dłuższej aktywności zawodowej, w tym czy wykonywana praca:

- wymaga dużego wysiłku fizycznego [fiz_];
- powoduje odczucie ciągłej presji czasowej z powodu dużego obciążenia pracą [czas_];
- daje bardzo niewiele swobody w decydowaniu o tym, jak wykonywana jest praca [dec_];
- daje niewielkie szanse na awans w pracy [promo_];
- jest związana z niewielką pewnością zatrudnienia [bezp_].

Badane są również takie czynniki, które sprzyjają dłuższej aktywności. W szczególności jest to praca, która:

- daje możliwości rozwoju nowych umiejętności [roz_];
- daje możliwości uzyskania wsparcia w trudnych sytuacjach [wsp_];
- daje możliwości spotykania się uznaniem, na które zasługuje pracownik [uzn_];
- wiąże się z wynagrodzeniem odpowiednim do wykonywanej pracy [zar_].

Ponadto, respondenci pytani są o to, czy:

- chcą przejść na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe [emer_];
- obawiają się, że ich stan zdrowia może ograniczyć zdolność do pracy przed ustawowym terminem przejścia na emeryturę [zdro_].

Pytania te pozwalają na analizę poszczególnych aspektów związanych z jakością pracy, a także ich łącznego występowania.¹⁰

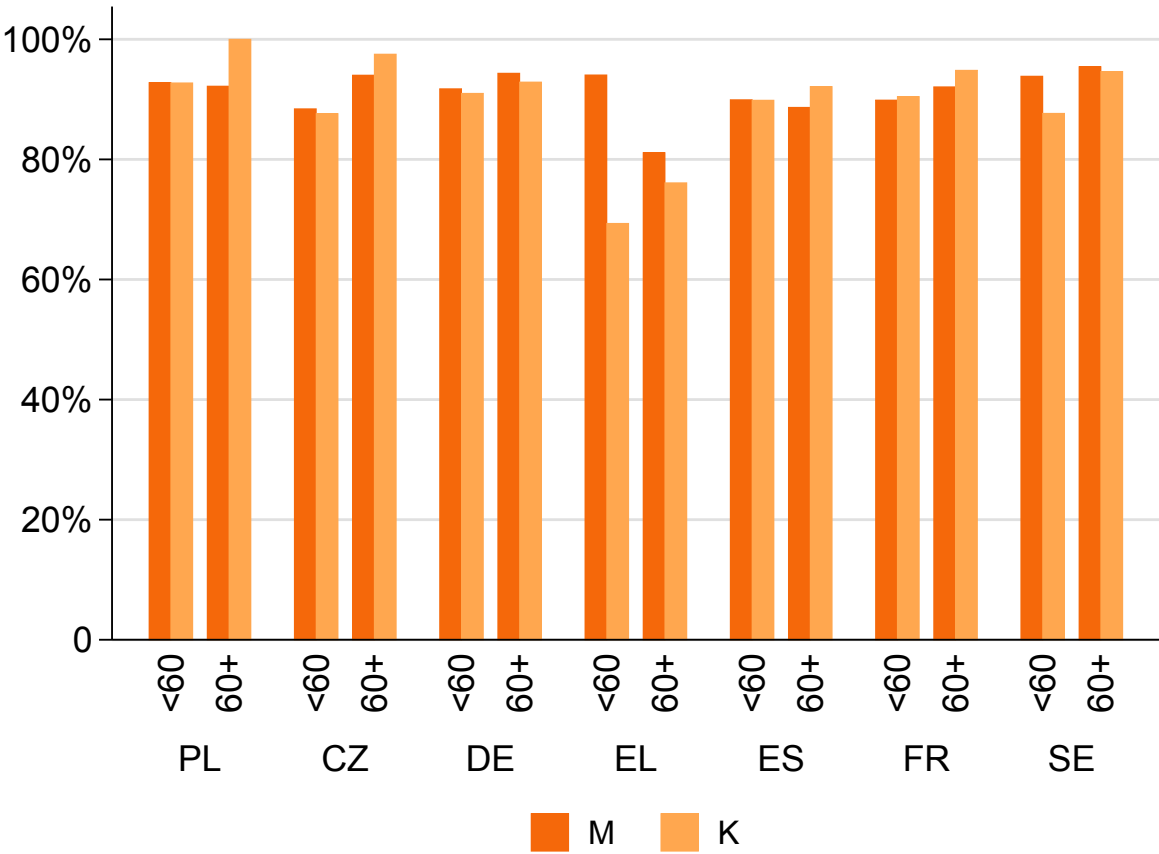
3.2.1 Czynniki wspierające i ograniczające motywację do dłuższej pracy

Ponieważ odczucie jakości pracy może się różnić ze względu na płeć oraz wiek, w analizie uwzględniamy cztery grupy osób: kobiety i mężczyzn oraz osoby do 60. roku życia oraz starsze. Znaczna część osób po 60-tym roku życia kończy swoją aktywność zawodową. Te osoby, które pozostają aktywne zawodowo mogą to robić z różnych pobudek – dlatego, że praca sprawia im satysfakcję i chcą ją kontynuować, albo też z przyczyn

¹⁰ W porównaniach uwzględniamy jak często respondenci odpowiadają, że się zdecydowanie zgadzają lub zgadzają z określonymi stwierdzeniami, charakteryzującymi ich warunki pracy.

ekonomicznych – sytuacja ich gospodarstw domowych nie pozwala na zakończenie aktywności zawodowej. Dlatego też uzyskane wyniki należy interpretować uwzględniając kontekst i specyfikę rynku pracy w danym kraju.

Wykres 3.2 | Ogólny poziom zadowolenia z pracy w wybranych krajach według płci i grup wieku w rundzie 6. SHARE



Uwagi: wyniki przeważone.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.)

Ogólny poziom zadowolenia z pracy przedstawiony jest na wykresie 3.2. Z reguły jest on wysoki w analizowanych krajach i przekracza 90%. W dwóch krajach widoczne jest zróżnicowanie odpowiedzi ze względu na wiek lub płeć. W Grecji kobiety odczuwają niższą satysfakcję z pracy niż mężczyźni, szczególnie ci do 60-go roku życia. Z kolei w Czechach nieco wyższą satysfakcję odnotowują osoby pracujące po 60-tym roku życia. Ogólny poziom satysfakcji jest wypadkową wielu czynników, zarówno takich które wpływają korzystnie na ocenę warunków pracy, jak i tych, które są niekorzystne. Dlatego wskaźnik ten należy traktować jako ogólną ocenę, która powinna być pogłębiona przez uwzględnienie szczegółowych aspektów dotyczących oceny jakości pracy.

Czynniki wpływające na „wypychanie” z pracy

Osoby pracujące w Polsce relatywnie często, na tle innych krajów, w tym szczególnie Szwecji oraz Niemiec, prezentują opinie wskazujące na występowanie w ich pracy czynników, które mogą sprzyjać ograniczeniu ich zdolności do pracy oraz zniechęceniu do wydłużania aktywności zawodowej. Dotyczy

to takich czynników jak: elastyczna organizacja pracy, niepewność zatrudnienia czy duże obciążenie pracą fizyczną. Są to uwarunkowania, które w dużym stopniu zależą od pracodawców. Odpowiednia identyfikacja czynników ryzyka w badaniu SHARE może wskazać na kierunki zmian niezbędnych do tego, aby wzrosło poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy.

Do najczęściej wskazywanych czynników, na które zwracają uwagę osoby po 50-tym roku życia należy brak perspektyw awansu, wymaganie dużego wysiłku fizycznego w pracy oraz odczucie presji czasu, spowodowane pracą. Rzadziej osoby te odczuwają brak swobody decydowania o tym, jak wykonywana jest praca oraz niepewność zatrudnienia. Szczegółowa analiza występowania tych czynników w siedmiu analizowanych krajach zawarta jest w Chłóń-Domińczak i in. (2017).

Podsumowanie czynników wpływających na „wypychanie” z pracy ogółem w analizowanych krajach zawiera tabela 3.1. Jak można zauważyć, kraje w których czynniki „wypychające” wskazywane są częściej to Grecja, Polska, Czechy oraz Hiszpania. Rzadziej na ich występowanie wskazują Szwedzi, Niemcy oraz Francuzi.

Tabela 3.1 | Częstość występowania czynników wpływających na „wypychanie” z pracy ogółem w analizowanych krajach w rundzie 6. SHARE

	PL	CZ	DE	EL	ES	FR	SE
fiz	56,2	45,9	47,0	56,9	57,0	54,1	38,3
czas	46,7	53,0	44,6	63,1	48,4	40,1	44,9
dec	46,8	30,8	25,2	38,5	33,4	23,0	17,8
promo	76,0	82,2	67,2	72,2	71,9	64,0	72,7
bezp	29,1	43,3	9,2	38,1	20,3	15,8	12,3

Uwagi: wyniki przeważone.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.)

Czynniki wpływające na motywację do dłuższej pracy

Wydłużenie aktywności zawodowej wymaga również budowania odpowiednich motywacji wśród pracowników po 50-tym roku życia. Ilmarinen (2012) wskazuje na szereg działań, które sprzyjają wspieraniu zdolności do pracy. Są to w szczególności stałe aktualizowanie umiejętności i kompetencji, a także umiejętności zarządzania i przywództwa. Ludzie powinni mieć poczucie, że są szanowani i mogą ufać pracodawcy. Oczekują wsparcia ze strony przełożonego w trudnych i wymagających sytuacjach zawodowych. Potrzebują informacji, czy dobrze wykonują pracę i jak mogą poprawić swoje wyniki. Jednym z elementów takiej oceny jest również poziom wynagrodzenia.

W badaniu SHARE uwzględnione są wymienione wyżej czynniki. Pracownicy pytani są o możliwości rozwoju nowych umiejętności, poczucie uznania oraz wsparcia w pracy oraz o satysfakcję z osiągniętych zarobków. Uzyskane wyniki wskazują, że znaczna część pracowników w analizowanej grupie krajów zgadza się, że mają tego typu motywację w pracy. Łącznie w grupie pracujących w 7 analizowanych krajach 75% wskazuje na wsparcie w pracy, 70% - uznanie efektów swojej pracy, a 64% - możliwość rozwoju

zawodowego. Nieco mniej niż połowa uważa, że ich zarobki są adekwatne. Można zatem powiedzieć, że czynniki motywujące są wskazywane częściej niż te o charakterze demotywującym.

Częstość odpowiedzi na pytania odnoszące się do wymienionych wyżej czynników dla poszczególnych krajów przedstawiona jest w tabeli 3.2. Polska, Grecja i Francja należą do krajów, w których występowanie czynników „przytrzymujących” jest rzadsze. Natomiast ponownie Szwecja i Niemcy to kraje, w których sytuacja pod tym względem jest najbardziej korzystna.

Tabela 3.2 | Częstość występowania czynników wpływających na utrzymanie w zatrudnieniu ogółem w analizowanych krajach w rundzie 6. SHARE

	PL	CZ	DE	EL	ES	FR	SE
roz	48,5	78,6	71,0	47,1	57,3	57,0	81,7
wsp	63,0	73,4	75,6	56,1	80,5	65,4	80,6
uzn	69,8	58,9	76,3	65,3	68,9	56,5	81,7
zar	41,1	45,1	57,3	39,1	38,7	48,5	62,4

Uwagi: wyniki przeważone.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

3.2.2 Praca do wieku emerytalnego czy przejście na emeryturę? Oczekiwania i obawy Polaków na tle innych krajów

Brak satysfakcji z wykonywanej pracy lub też wrażenie zmęczenia pracą przekłada się również na oczekiwanie szybkiego zakończenia aktywności zawodowej oraz stan zdrowia. Osoby badane w SHARE pytane są również o to czy chcą przejść na emeryturę tak szybko, jak to jest możliwe. Wyrażają również opinię na temat tego, czy w ich ocenie stan zdrowia pozwoli im pracować do osiągnięcia wieku emerytalnego. Należy zauważyć, że są to pytania o opinie i oczekiwania, a nie dotyczą one rzeczywistych możliwości skorzystania z wcześniejszej emerytury, które są ograniczone możliwościami prawnymi, wynikającymi z przepisów emerytalnych.

Chęć przejścia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe

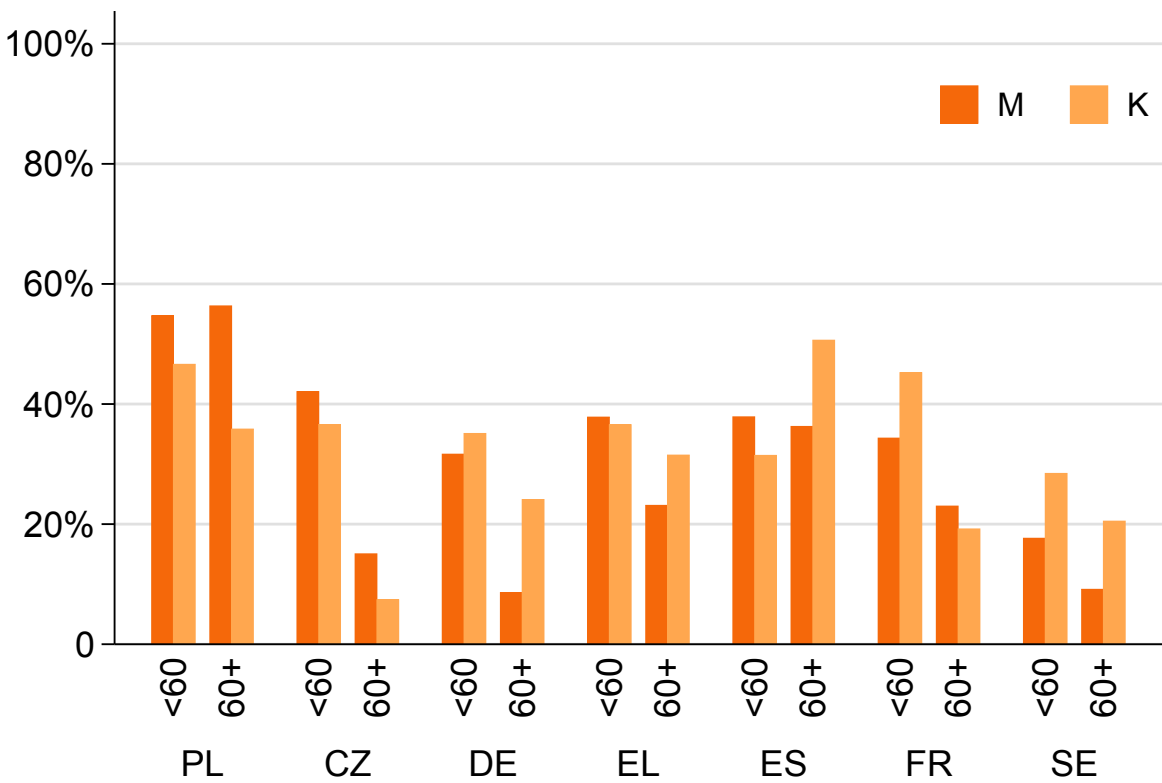
Polacy chcą szybko przechodzić na emeryturę: 55% pracujących mężczyzn i 47% pracujących kobiet, którzy nie ukończyli 60 lat chciałoby przejść na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe. W przypadku osób powyżej 60. roku życia odsetki te wynoszą odpowiednio 56% i 36% (wykres 3.3), przy czym kobiety w tej grupie wieku osiągnęły już w większości wiek emerytalny, co oznacza, że kontynuują pracę z wyboru lub potrzeby.

Tak wysoki poziom chęci przejścia na emeryturę może wynikać z kilku powodów. Po pierwsze, może to wskazywać między innymi na silnie utrwalone w polskim społeczeństwie oczekiwanie wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej. Innym możliwym wytłumaczeniem jest niska wiedza dotycząca

korzyści z wydłużenia aktywności zawodowej, w tym w postaci znacząco wyższej emerytury w nowym systemie emerytalnym. Warunki pracy również mogą sprzyjać decyzjom o przechodzeniu na emeryturę jak najszybciej, co szerzej jest analizowane w dalszej części niniejszego rozdziału. Biorąc pod uwagę znaczenie kapitału początkowego dla wysokości emerytury badanych osób, oczekiwana wysokość emerytury w relacji do zarobków może zachęcać do przechodzenia na emeryturę wcześniej. Część osób może również planować łączenie pracy z pobieraniem emerytury, a co za tym idzie – łączenie dochodu z obu źródeł.

Należy zauważyć, że badanie SHARE w Polsce odbyło się w 2015 r., czyli w okresie kiedy wiek emerytalny był wydłużany. W efekcie, dla wielu osób wzrósł wiek, od którego mogli się spodziewać uzyskania emerytury, co mogło wpłynąć na zwiększenie odsetka osób deklarujących chęć przejścia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe w porównaniu do wcześniejszych rund badania.

Wykres 3.3 | Odsetek osób, które chciałyby przejść na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe według płci i grup wieku w rundzie 6. SHARE



Uwagi: wyniki przeważone.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Odsetek osób, które chciałyby jak najwcześniej zakończyć swoją aktywność zawodową jest w Polsce najwyższy. Nieco rzadziej preferencje przechodzenia na emeryturę tak wcześnie, jak to możliwe odnotowujemy również w Hiszpanii, gdzie około 37% mężczyzn w obu grupach wieku, 30% kobiet do 60. roku życia i aż 50% kobiet po 60-tce deklaruje chęć wcześniejszego przejścia na emeryturę. Ponad jedna trzecia pracujących, którzy nie ukończyli 60 lat w Grecji oraz we Francji również chciałaby skorzystać z emerytury jak najszybciej. Znacznie mniej pracowników ma takie oczekiwania w Szwecji, Niemczech oraz w Czechach.

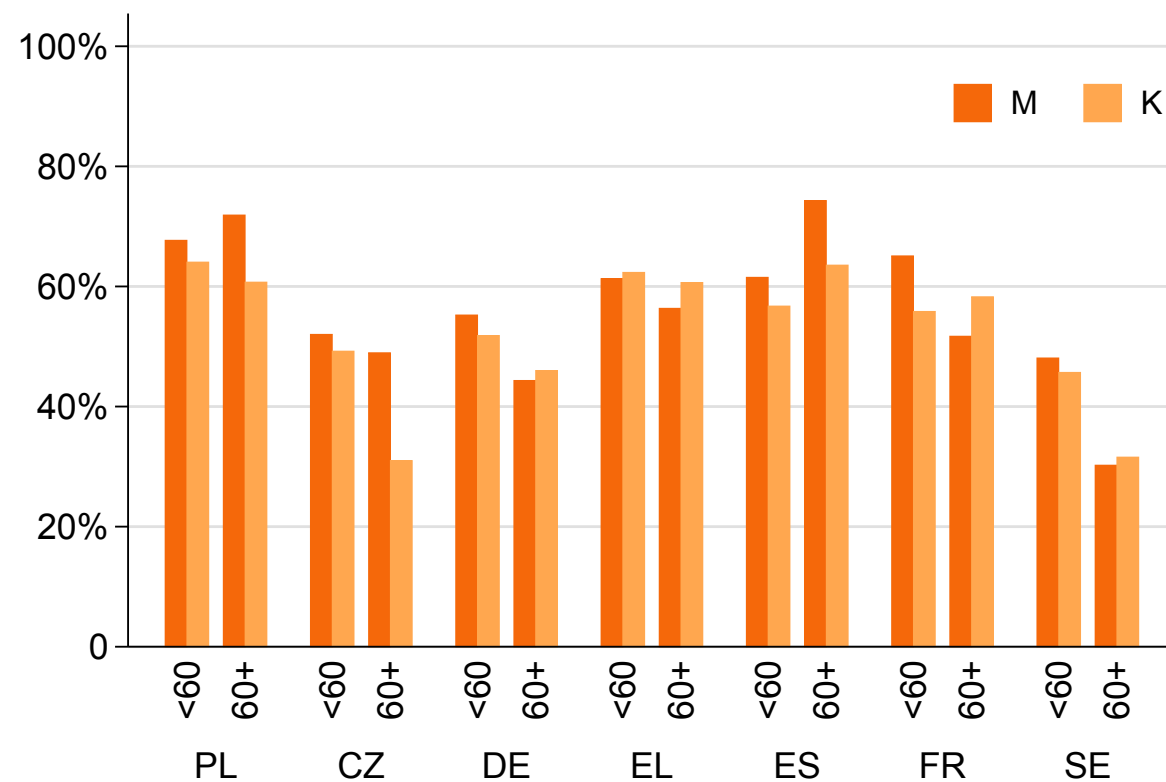
Oczekiwania przejścia na emeryturę najwcześniej jak to możliwe są wyższe w tych krajach, w których obserwujemy niższy poziom aktywności zawodowej, a także niższy wiek przechodzenia na emeryturę w przeszłości, co wynika z rozwiązań obowiązujących w systemach emerytalnych w tych krajach i co omówiono w części 3.4 niniejszego rozdziału.

Obawa, że stan zdrowia może ograniczyć zdolność do pracy przed osiągnięciem ustawowego wieku emerytalnego

Stan zdrowia często stanowi jedną z przyczyn decyzji o przejściu na emeryturę. W Polsce obawy, że stan zdrowia nie pozwoli pracować do osiągnięcia wieku emerytalnego, wyraża 68% mężczyzn poniżej 60. roku życia i 72% mężczyzn starszych niż 60 lat. Wśród kobiet obawy te są rzadsze niż w przypadku mężczyzn i odsetki takich osób wynoszą odpowiednio 64% i 61% (por. wykres 3.4). W przypadku tej ostatniej grupy należy jednak zauważyć, że większość z tych kobiet już uzyskała uprawnienia do przejścia na emeryturę ze względu na wiek.

Obawy dotyczące możliwości kontynuacji pracy do emerytury niemal równie często jak Polacy wyrażają Grecy (ponad 60% pracujących do 60. roku życia, 56% mężczyzn i 60% kobiet wśród osób powyżej 60. roku życia) oraz Hiszpanie (62% mężczyzn i 57% kobiet do 60. roku życia oraz odpowiednio – 74% i 64% wśród osób powyżej 60. roku życia). Lepiej swoje perspektywy zdrowotne oceniają Szwedzi (około 45% pracujących do 60. roku życia oraz około 30% osób powyżej 60. roku życia obawia się, że zdrowie ograniczy zdolność do pracy) oraz Niemcy (odpowiednio w tych grupach wieku – około 55% i 45% pracujących ma takie obawy).

Wykres 3.4 | Odsetek osób, które obawiają się, że stan zdrowia może ograniczyć zdolność do pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego według płci i grup wieku w rundzie 6. SHARE



Uwagi: wyniki przeważone.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Stan zdrowia i warunki pracy są ze sobą związane. Złe warunki pracy są jednym z czynników, które mogą wpływać na pogorszenie się stanu zdrowia. Dlatego też obawy o pogorszenie się stanu zdrowia należy traktować jako ważny predyktor, dotyczący ogólnej oceny warunków pracy wśród osób po 50-tym roku życia.

3.2.3 Czy satysfakcja z pracy ma znaczenie dla dłuższej aktywności zawodowej?

Dla oceny postrzegania jakości warunków pracy w kontekście aktywności na rynku pracy, w tej części opracowania przedstawiamy wyniki wielowymiarowej analizy, mającej na celu oszacowanie wskaźnika zadowolenia z pracy. W analizie uwzględnione zostały wszystkie opisane wcześniej aspekty związane z oceną pracy, te „wypychające z pracy” oraz te, które sprzyjają kontynuacji pracy. W efekcie przeprowadzonej analizy, liczba zmiennych została zredukowana do pięciu czynników, z których pierwsze dwa są wiodące (szczegóły podejścia analitycznego w Chłoń-Domińczak i in., 2017).

Pierwszy wyodrębniony czynnik odzwierciedla te sprzyjające „przytrzymaniu” w pracy. Jest on dodatnio skorelowany ze zmiennymi, które odnoszą się do aspektów sprzyjających dłuższej aktywności zawodowej: satysfakcją z pracy [sat_], możliwościami nabycia nowych umiejętności [roz_], możliwościami uzyskania wsparcia w trudnych sytuacjach [wsp_], uznaniem efektów pracy przez współpracowników [uzn_] oraz odpowiednim wynagrodzeniem [zar_].

Drugi z czynników powiązany jest ze zmiennymi odnoszącymi się do tych aspektów, które mogą ograniczać zdolność do pracy, a także wskazywać na postawy, które potwierdzają występowanie takich ograniczeń: wymaganiem dużego wysiłku fizycznego [fiz_], odczuciem presji czasowej z powodu obciążenia pracą [czas_], niewielką swobodą decydowania o tym jak wykonywana jest praca [dec_], niewielkimi możliwościami awansu [promo_], niepewnością w pracy [bezp_], oczekiwaniem przejścia na emeryturę tak szybko jak jest to możliwe [emeryt_] oraz obawą, że stan zdrowia nie pozwoli na kontynuowanie pracy do osiągnięcia wieku emerytalnego [zdro_]. Jest to czynnik kumulujący zmienne dotyczące „wypychania” z pracy.

Kolejnym etapem jest przeprowadzenie analizy skupień z wykorzystaniem pięciu wyodrębnionych czynników.¹¹ Analiza ta uwzględnia wszystkie kraje biorące udział w badaniu SHARE. Celem analizy jest wyodrębnienie grup pracowników, którzy charakteryzują się różnymi ocenami jakości swojej pracy. Na podstawie tej metody wyodrębnione zostały cztery różniące się od siebie grupy: (i) niezadowoleni, (ii) zmęczeni rutyną, (iii) zmęczeni fizycznie oraz (iv) zadowoleni. Charakterystyki wydzielonych grup ze względu na omawiane aspekty wykonywanej pracy przedstawia tabela 3.3. W oparciu o jej zawartość można scharakteryzować poszczególne wyodrębnione w wyniku zastosowanej metody grupy.

¹¹ Analiza skupień jest metodą eksploracyjnej analizy danych, której celem jest podzielenie zbioru danych na grupy w taki sposób, aby osoby w poszczególnych grupach były do siebie podobne, a jednocześnie jak najbardziej odmienne od osób w pozostałych grupach. Metoda ta wykrywa strukturę w danych, która następnie wymaga interpretacji, dlatego taka struktura występuje.

Tabela 3.3 | Częstość wskazań odpowiedzi (w %) na pytania dotyczące aspektów wykonywanej pracy w czterech wyodrębnionych grupach w rundzie 6. SHARE

	Niezadowoleni	Zmęczeni rutyną	Zmęczeni fizycznie	Zadowoleni
Ogólna satysfakcja (sat)	60,55	96,90	96,38	99,31
Zmęczenie fizyczne (fiz)	68,19	44,79	74,52	27,04
Presja czasu (czas)	71,58	40,55	65,97	29,17
Brak elastyczności pracy (dec)	53,06	27,22	41,42	6,29
Małe szanse na awans (promo)	84,60	75,62	71,75	51,14
Brak poczucia bezpieczeństwa (bezp)	36,42	16,91	27,31	7,35
Szanse rozwoju (roz)	28,48	58,57	70,88	87,50
Poczucie wsparcia (wsp)	21,61	71,82	88,00	88,52
Poczucie uznania (uzn)	10,09	67,27	84,68	89,94
Adekwatne zarobki (zar)	16,29	49,98	60,04	77,84
Obawa o stan zdrowia (zdrow)	86,54	53,60	67,13	16,63
Chęć przejścia na emeryturę (emer)	48,58	15,19	53,85	3,54

Uwagi: wyniki przeważone.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Pierwsza wyodrębniona grupa to „niezadowoleni”. Osoby w tej grupie najrzadziej deklarują, że odczuwają satysfakcję z pracy. Jednocześnie, najczęściej pracują pod presją czasu, nie mają możliwości określenia sposobu wykonywania pracy, mają bardzo małe szanse na awans i w największym stopniu ze wszystkich grup deklarują poczucie niepewności w pracy. Często, chociaż rzadziej niż „zmęczeni fizycznie”, wykonują oni ciężkie prace fizyczne. W tej grupie najrzadsze są wskazania występowania czynników, które „przytrzymują” osoby w pracy: wsparcie, uznanie, szanse rozwoju czy odpowiednie zarobki. Ponad 85% „niezadowolonych” obawia się pogorszenia stanu zdrowia, a niemal połowa chce jak najszybciej przejść na emeryturę.

Druga z wyodrębnionych grup to pracownicy „zmęczeni rutyną”. Chociaż są oni w znakomitej większości zadowoleni z pracy, to częściej niż grupa „zadowolonych” odczuwają presję czasową (choć rzadziej niż grupa „niezadowolonych”) i doświadczają braku elastyczności w pracy. Charakterystyczne dla tej grupy jest poczucie niższych szans na awans. Ponad połowa osób w tej grupie obawia się o swój stan zdrowia. Grupa ta charakteryzuje się również relatywnie niską (choć wyższą niż w pierwszej opisanej grupie) oceną aspektów dotyczących „utrzymywania w pracy”

tj. możliwości rozwoju kompetencji, wsparcia, uznania czy satysfakcji z pracy, a zatem ich motywacja do kontynuacji pracy może być niska.

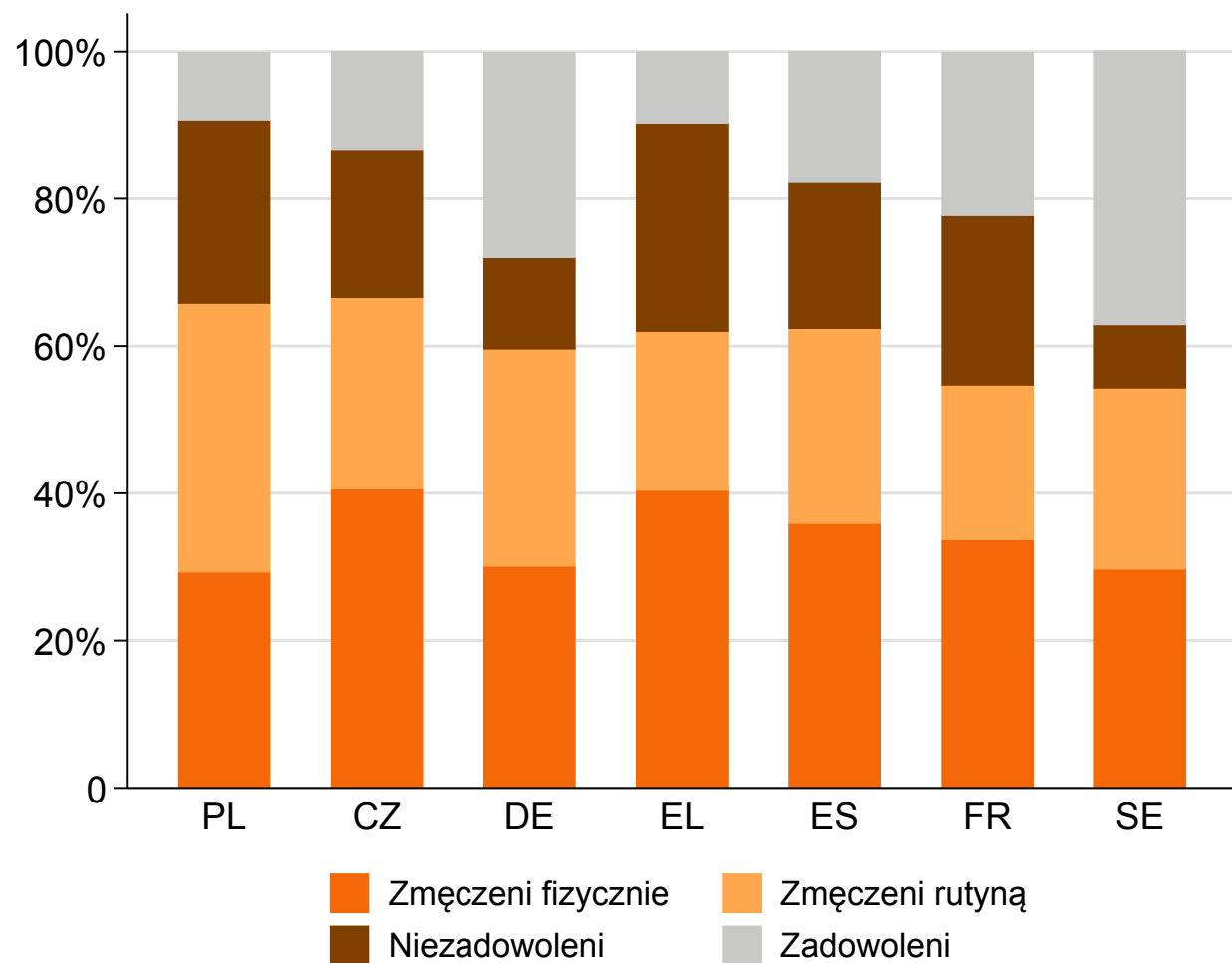
Trzecia grupa osób to „zmęczeni fizycznie”. Osoby te deklarują wysokie zadowolenie z pracy. Jednocześnie wskazują, że są obciążeni pracą fizyczną, częściej niż przeciętnie pracują pod presją czasu, a także odczuwają niepewność w pracy. W porównaniu do pierwszych dwóch grup, osoby te częściej wskazują, że mają szanse na rozwój, czują się docenione w pracy, jak również otrzymują wsparcie w trudnych sytuacjach. Częściej niż w pierwszej grupie występują tutaj osoby, które obawiają się o swój stan zdrowia, najwyższy jest również odsetek osób, które chcą przejść na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe.

Ostatnia, czwarta grupa to „zadowoleni”. W przypadku tych osób odnotowujemy zarówno wysokie częstości występowania warunków „przytrzymujących” w zatrudnieniu, jak i niskie wartości czynników, które z niego „wypychają”. Są to osoby, które czują się w pracy bezpiecznie (nieco ponad 7% odczuwa brak bezpieczeństwa), mają wysoką elastyczność pracy, rzadko odczuwają presję czasową. Jednocześnie mają stosunkowo duże szanse na awans i rozwój. Są wspierane i uznawane w pracy, a także są zadowolone ze swojego wynagrodzenia. Mniej niż 5% w tej grupie chce przejść na emeryturę jak najwcześniej, a około jedna na sześć osób obawia się o swój stan zdrowia.

Wykres 3.5 przedstawia strukturę osób pracujących należących do wyodrębnionych grup w analizowanej grupie krajów. Odsetek „zmęczonych fizycznie” jest najwyższy w Czechach i w Grecji (ponad 40%), natomiast „zmęczonych rutyną” jest najwięcej w Polsce (36%) oraz Niemczech (30%). „Niezadowolonych” najwięcej jest w Grecji (28%), w Polsce (25%) i we Francji (23%). Szwecja ma największy udział „zadowolonych” (37%), również w Niemczech grupa ta jest znaczna i sięga 28% pracujących powyżej 50. roku życia. W Polsce oraz w Grecji udział „zadowolonych” nie przekracza 10% pracujących.

Jak już było wspomniane wcześniej, ogólny poziom zadowolenia z pracy powiązany jest z decyzjami dotyczącymi aktywności zawodowej. Analizy dotyczące wpływu zadowolenia z pracy na przejście na emeryturę, przeprowadzane w oparciu o dane z wcześniejszych rund SHARE, wskazują na silną korelację pomiędzy złą jakością pracy i złym stanem zdrowia (Siegrist i in., 2005). Zła jakość pracy i niska jakość życia są powiązane z planami przejścia na emeryturę (Siegrist i in., 2006). Jakość pracy może mieć zatem zarówno bezpośredni, jak i pośredni wpływ na decyzję o wcześniejszej dezaktywizacji. Analizy faktycznych decyzji dotyczących przechodzenia na emeryturę wskazują, że są one do pewnego stopnia zależne od jakości pracy. Schnalzenberger i in. (2014) w oparciu o dane SHARE dla 10 krajów zauważają, że dotyczy to częściej kobiet. Kobiety decydują się na wydłużenie aktywności zawodowej jeżeli są zadowolone z pracy, ich praca jest uznawana, nie odczuwają zbytnej presji czasowej i mają poczucie bezpieczeństwa pracy. Mężczyźni przechodzą na emeryturę wcześniej w przypadku odczuwania niepewności w pracy, a także jeżeli ich wykształcenie jest wyższe, niż oczekiwane na danym stanowisku.

Wykres 3.5 | Struktura pracujących w wyodrębnionych czterech grupach w analizowanych krajach w rundzie 6. SHARE

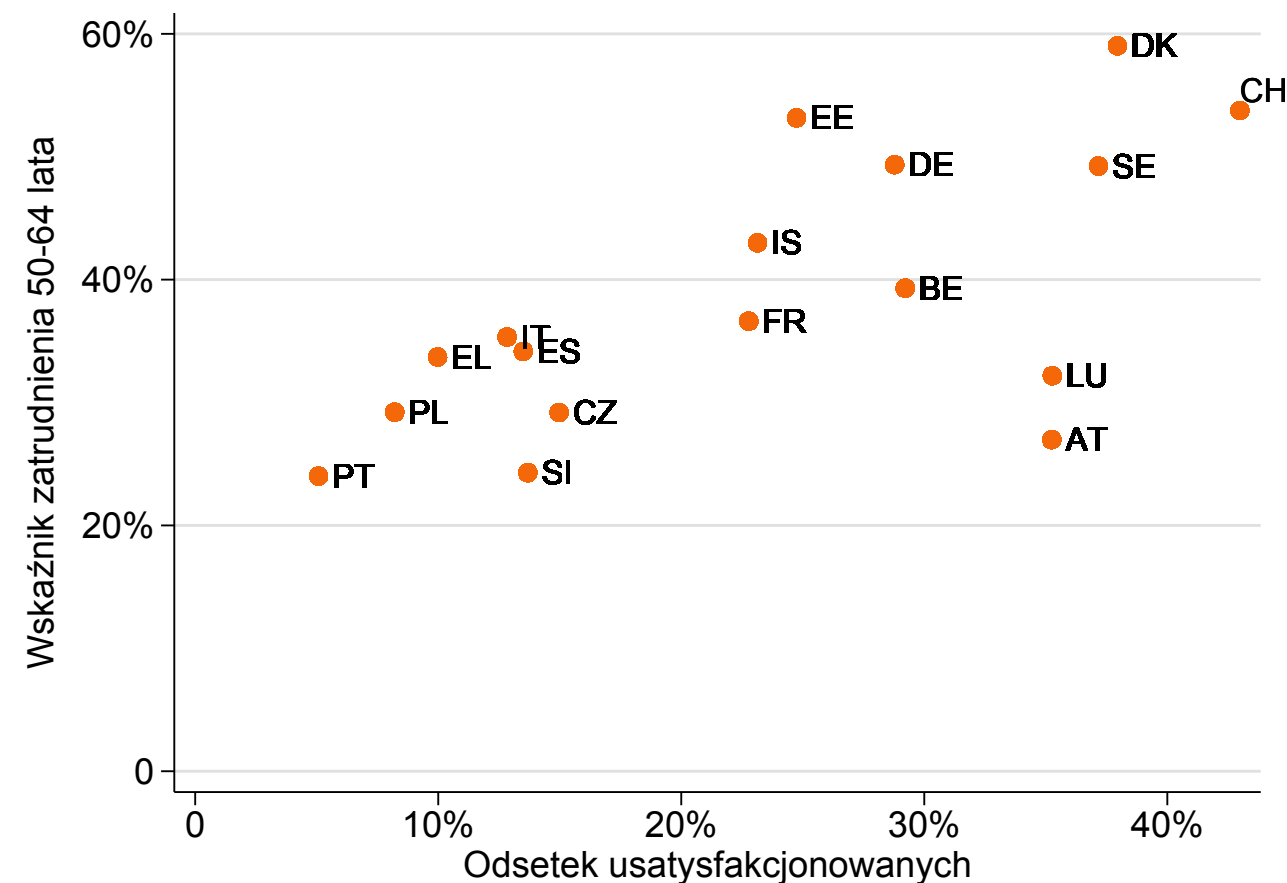


Uwagi: wyniki przeważone.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Wyniki przeprowadzonych w niniejszym rozdziale analiz potwierdzają wcześniejsze wnioski z literatury. Poziom satysfakcji z pracy odnotowywany w poszczególnych krajach wydaje się być związany ze wskaźnikiem zatrudnienia osób w wieku 50-64 lata. Jak pokazuje wykres 3.6 na którym przedstawione są informacje dla wszystkich krajów biorących udział w SHARE, w krajach, gdzie jest większy odsetek osób w wieku 50 i więcej lat zadowolonych ze swojej pracy, wskaźnik zatrudnienia jest wyższy. Zatem różnice dotyczące jakości pracy dotyczą nie tylko decyzji poszczególnych osób, ale również widoczne są na poziomie różnic pomiędzy poszczególnymi krajami. Wskazuje to na możliwość podejmowania działań na poziomie polityki publicznej, które mają na celu uruchomienie mechanizmów sprzyjających poprawie jakości zatrudnienia oraz satysfakcji z pracy.

Wykres 3.6 | Satysfakcja z pracy a wskaźnik zatrudnienia w grupie wieku 50-64 lata w rundzie 6. SHARE



Uwagi: wyniki przeważone.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

3.3 Przechodzenie na emeryturę: Polska na tle innych krajów

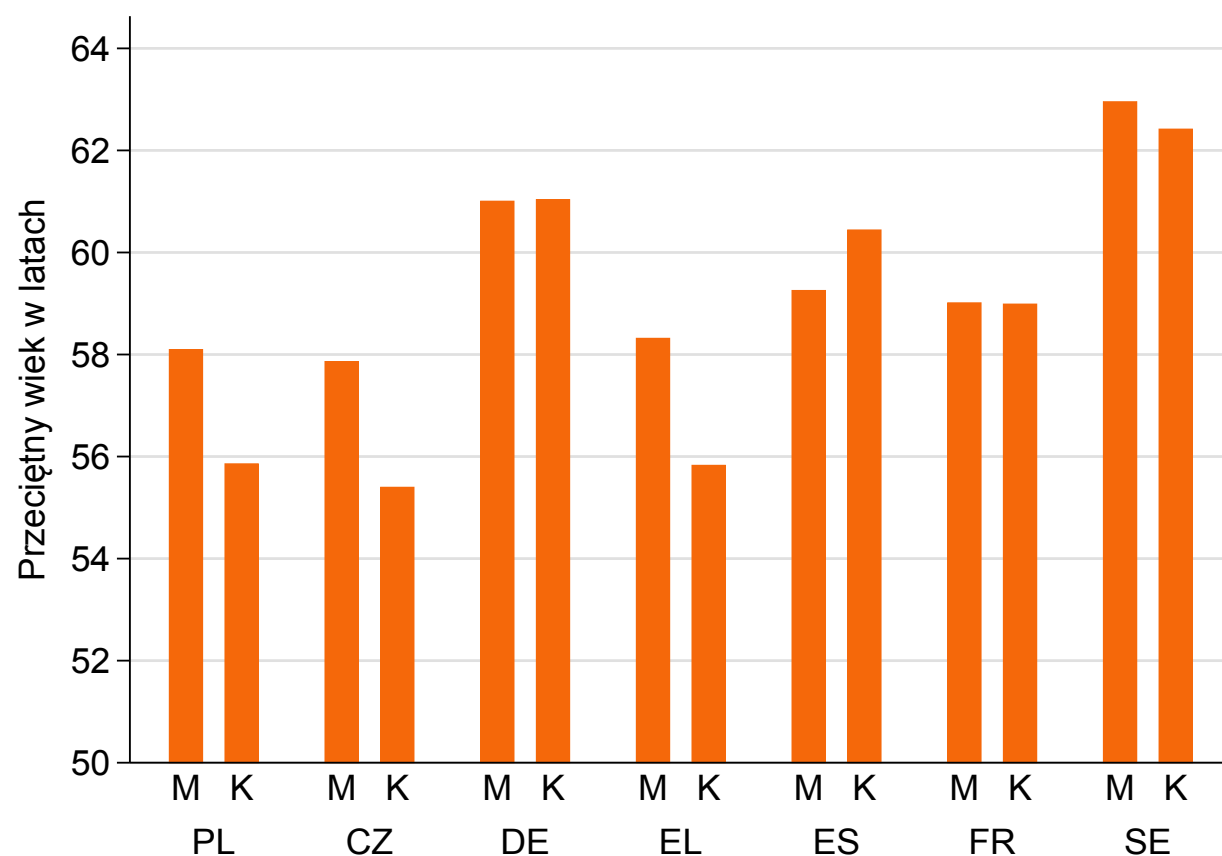
W tej części rozdziału analizujemy proces przechodzenia na emeryturę. Rozpoczynamy od ogólnej oceny wieku emerytalnego wśród populacji emerytów w badaniu SHARE. Następnie patrzymy na intensywność korzystania z emerytury w poszczególnych grupach wieku oraz zmiany wieku emerytalnego wśród osób, które przechodziły na emeryturę w ostatnich latach. Pozwala to na szerszą ocenę zmian zachodzących w decyzjach emerytalnych Polaków.

3.3.1 Faktyczny wiek emerytalny i korzystanie z emerytury

Jednym z ważnych wskaźników związanych z zakończeniem aktywności zawodowej jest przeciętny wiek faktycznego przejścia na emeryturę. Wiek ten bardzo często różni się od wieku ustawowego, z reguły jest od niego niższy. Związane to jest, między innymi, z różną konstrukcją systemów zabezpieczenia społecznego na starość, w tym z możliwościami korzystania z wcześniejszych emerytur, jakie były dostępne w okresie, gdy badane osoby przechodziły na emeryturę.

Wykres 3.7 przedstawia przeciętny wiek przechodzenia na emeryturę mężczyzn i kobiet w analizowanej grupie krajów, oszacowany na podstawie danych SHARE. Polacy, obok Czechów, cechują się najniższym wiekiem przejścia na emeryturę wynoszącym przeciętnie 58,1 lat w przypadku mężczyzn oraz 55,8 lat w przypadku kobiet. W tych dwóch krajach, a także w Grecji obserwujemy również największą różnicę w faktycznym wieku przechodzenia na emeryturę kobiet i mężczyzn. We Francji wiek przejścia na emeryturę kobiet i mężczyzn wynosi około 59 lat. Najpóźniej na emeryturę przechodzą Szwedzi (63 lata mężczyźni i 62,4 lata kobiety) oraz Niemcy (około 61 lat dla obu płci). W Hiszpanii kobiety przechodziły na emeryturę w wieku nieco wyższym niż mężczyźni (odpowiednio 60,4 lata i 59,2 lata).

Wykres 3.7 | Przeciętny wiek przejścia na emeryturę w Polsce i w wybranych krajach w rundzie 6. SHARE



Uwagi: wyniki przeważone; przeciętny wiek został oszacowany dla całej próby i dotyczy wieku przejścia na emeryturę bez względu na rok przejścia.

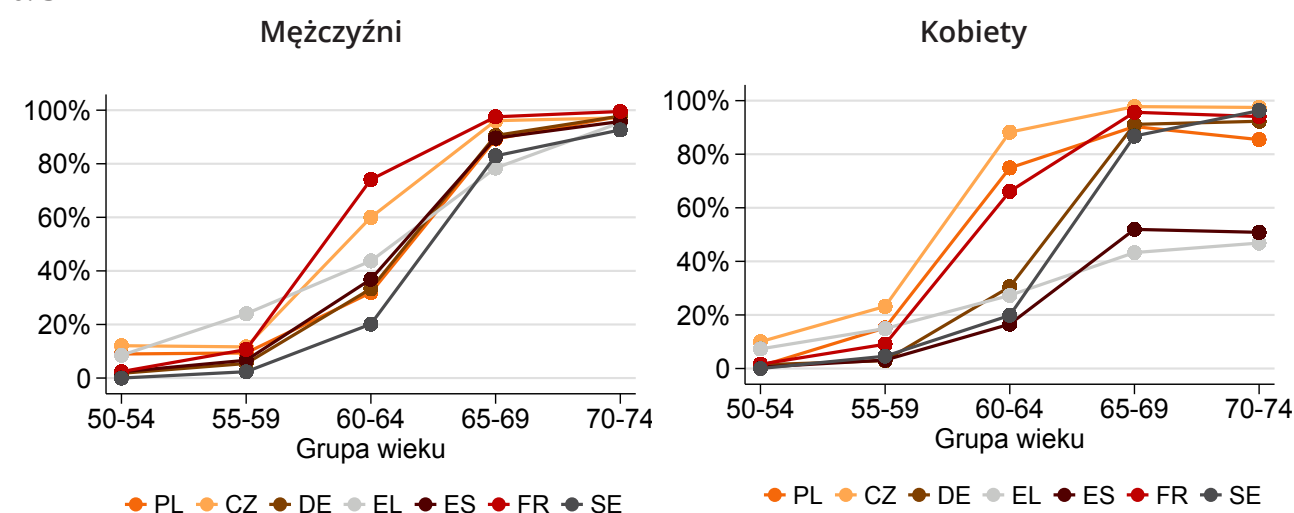
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Korzystając z danych SHARE warto uzupełnić informację o przeciętnym wieku przejścia na emeryturę tym, jak wygląda udział osób otrzymujących emeryturę w poszczególnych grupach wieku, czyli swoistego rodzaju „wskaźnikiem emerytalnym”. Wartości tego wskaźnika oszacowane na podstawie danych z badania SHARE zaprezentowane są na wykresie 3.8.

O ile na wykresie 3.7 obserwowaliśmy niski wiek przechodzenia na emeryturę wśród tych osób, które już korzystają z emerytury, poniższy wykres ilustruje stan dotyczący przechodzenia na emeryturę całej populacji w wieku powyżej 50 lat w 2015 r. Jak można zaobserwować, wśród młodszych grup wieku w Polsce, a także w Czechach, odsetek osób korzystających z emerytury jest relatywnie niski. Oznacza to, że osoby te będą przechodzić na emeryturę w późniejszym wieku niż starsze kohorty, co skutkuje podniesieniem faktycznego wieku przejścia na emeryturę w przyszłości.

W przypadku mężczyzn w wieku poniżej 65 lat największy odsetek korzystających z emerytury widoczny jest wśród Francuzów i Czechów – ponad połowa mężczyzn w wieku 60-64 lata korzysta z emerytury. W Polsce, w efekcie zmian w systemie emerytalnym nastąpiło widoczne przesunięcie w korzystaniu ze świadczeń – odsetek korzystających z emerytury rośnie dopiero w przypadku grupy wieku 65-69 lat – jest to struktura bardzo zbliżona do obserwowanej obecnie w Niemczech. Ponieważ osoby te jeszcze pracują, nie możemy tego zjawiska zaobserwować w statystykach wieku emerytalnego. Najniższe odsetki korzystających z emerytury wśród mężczyzn w wieku do 69 lat obserwujemy w Szwecji. Wskazuje to na to, że w grupie osób objętych nowym systemem emerytalnym faktyczny wiek przechodzenia na emeryturę będzie wyższy niż odnotowywany w przeszłości.

Wykres 3.8 | „Wskaźniki emerytalne” w grupach wieku w Polsce i wybranych krajach w rundzie 6. SHARE



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

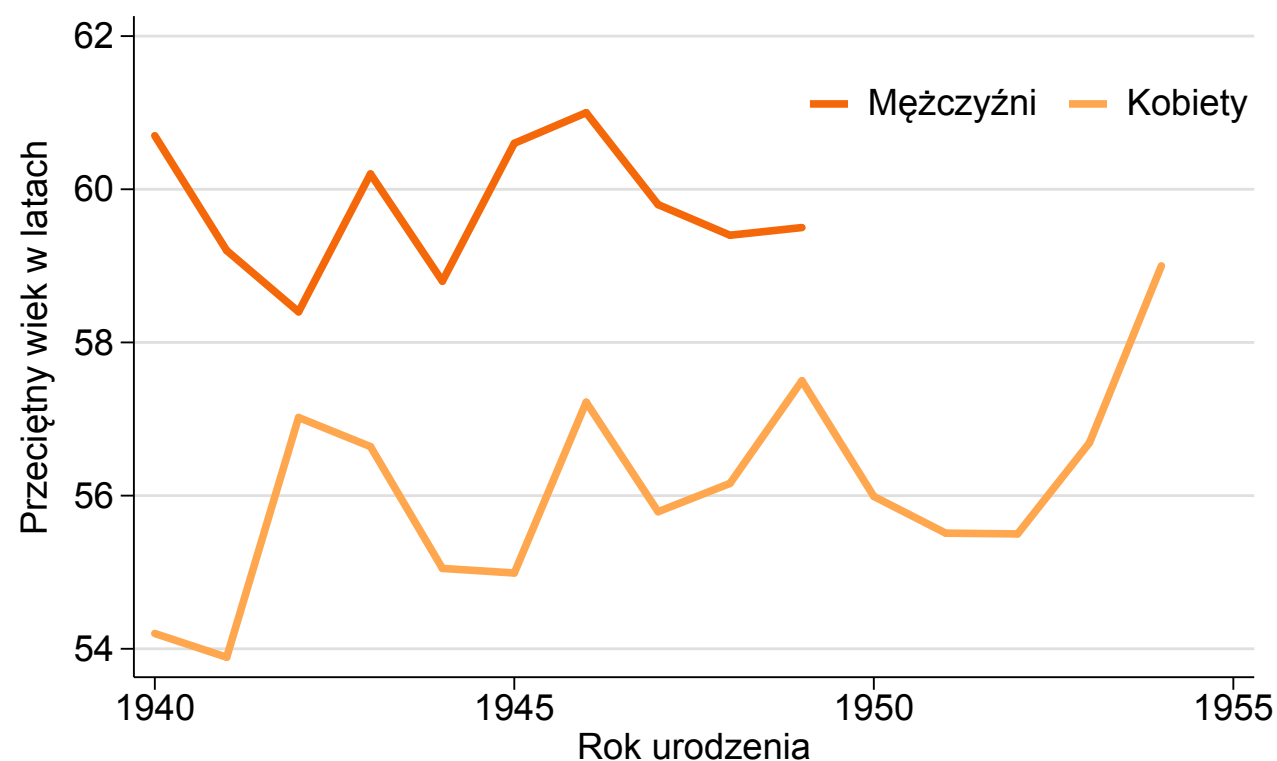
Dla kobiet obserwujemy inną strukturę. W Polsce, Francji i w Czechach ponad 60% kobiet w wieku 60-64 lata korzysta z emerytury. W Szwecji i w Niemczech „wskaźnik emerytalny” dla kobiet rośnie znacząco dopiero dla kolejnej grupy wieku – kobiet pomiędzy 65. a 69. rokiem życia. Warto również zwrócić uwagę na niski odsetek kobiet otrzymujących emerytury w Hiszpanii i w Grecji – wynika to z tego, że znaczna część kobiet w tych krajach nie była aktywna zawodowo i na starość korzysta z emerytur swoich współmałżonków lub, w przypadku wdów – z rent rodzinnych po mężu.

3.3.2 Zmiany wieku przechodzenia na emeryturę w Polsce

W tej części rozdziału prezentujemy zmiany dotyczące przechodzenia na emeryturę w Polsce. W ostatnich latach przepisy dotyczące wieku emerytalnego zmieniały się. Od 2009 r. ograniczona została możliwość przechodzenia na wcześniejszą emeryturę. Następnie wiek emerytalny kobiet i mężczyzn był stopniowo podnoszony, jednak od października 2017 r. został on przywrócony do poziomu 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn.

Zmiany, które już miały miejsce, wpłynęły na wiek przejścia na emeryturę wśród osób objętych tymi rozwiązaniami. W szczególności kobiety urodzone po 1953 r. oraz mężczyźni urodzeni po 1948 r. mają mniejsze możliwości przechodzenia na wcześniejsze emerytury. Wykres 3.9 prezentuje przeciętny wiek przechodzenia na emeryturę według kohort, począwszy od osób urodzonych w 1940 r. do pierwszego rocznika objętego nowymi rozwiązaniami. Ze względu na niewielką liczebność próby SHARE obserwujemy wahania wieku emerytalnego, które wynikają z niskiej precyzji szacunku. Wiek emerytalny mężczyzn urodzonych w latach 1940-1949 jest przeciętnie wyższy niż dla całej próby. Wynika to z tego, że mężczyźni urodzeni przed 1939 r. korzystali ze świadczeń wcześniej. Ponadto, przeciętny wiek dla całej populacji uwzględnia również mężczyzn urodzonych w 1950 roku i później, którzy przeszli na wcześniejszą emeryturę (są to m.in. górnicy korzystający z niższego wieku emerytalnego). Uzyskane wyniki pokazują, że zmiany prawne zaczynają skutkować podniesieniem efektywnego wieku przejścia na emeryturę, szczególnie w przypadku kobiet. Polki urodzone w 1954 r. przechodziły na emeryturę przeciętnie w wieku 59 lat, znacząco później niż te urodzone we wcześniejszych latach.

Wykres 3.9 | Przeciętny wiek przejścia na emeryturę kobiet urodzonych w latach 1940-1954 oraz mężczyzn urodzonych w latach 1940-1949 w Polsce w rundzie 6. SHARE



Uwagi: wyniki przeważone.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

3.4 Podsumowanie

Zatrudnienie osób w wieku 50 i więcej lat w Polsce rośnie, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej. W efekcie luka w zatrudnieniu osób w wieku 55-64 lata w Polsce pozostaje na stabilnym poziomie w porównaniu do średniej unijnej. Zmiana wskaźników zatrudnienia związana jest między innymi ze zmianami w przepisach emerytalnych. Dane SHARE wskazują na zmianę wzorców przechodzenia na emeryturę osób po 50-tym roku życia, w efekcie podnoszenia ustawowego wieku emerytalnego oraz ograniczenia dostępu do wcześniejszych emerytur. Widać to szczególnie w przypadku przechodzenia na emeryturę kobiet urodzonych po 1954 r. Profil wieku korzystania z emerytury mężczyzn w Polsce jest zbliżony do Szwedów i Niemców, natomiast w przypadku kobiet nadal widać szybsze przechodzenie na emeryturę, związane z tym, że Polki przechodzą na emeryturę wcześniej niż mężczyźni. Utrzymanie różnicy w ustawowym wieku emerytalnym oznacza, że różnica ta się utrzyma. Związane jest to również z postawami wobec przechodzenia na emeryturę. Polacy przechodzą na emeryturę tuż po uzyskaniu uprawnień do tego świadczenia.

Co więcej, wyniki badania SHARE wskazują, że znaczna część osób po 60-tym roku życia deklaruje przejście na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe. Takie deklaracje mogą być spowodowane, między innymi, przez niską motywację do pracy wśród tej grupy osób, związaną z oceną jakości pracy. Wyniki badania SHARE pokazują, że grupa osób zadowolonych z pracy w Polsce jest niższa niż w innych krajach. Jednocześnie odsetek pracujących, zniechęconych do pracy lub zmęczonych pracą wymagającą od nich dużego wysiłku fizycznego lub też rutynowej pracy, jest wysoki. Jak pokazują przedstawione w rozdziale analizy, jakość pracy może być jednym z istotnych czynników, które przyczyniają się do wysokiej skłonności do szybkiego wycofywania się z aktywności zawodowej Polaków.

Z tej perspektywy istotne jest wdrażanie i promowanie rozwiązań sprzyjających poprawie warunków i organizacji pracy oraz motywacji pracowników po 50-tym roku życia. Warto tutaj wymienić takie elementy jak: możliwość organizacji pracy według własnego uznania, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w pracy, zwiększenie możliwości nabywania nowych umiejętności, uznanie dla efektów wykonywanej pracy czy adekwatne wynagrodzenie. Ważne jest również promowanie postaw prozdrowotnych, sprzyjających poprawie stanu zdrowia wśród tej grupy osób. Działania takie powinny obejmować zarówno inicjatywy podejmowane na poziomie centralnym, ale także regionalnym i lokalnym. Kolejnym rekomendowanym działaniem jest budowanie świadomości pracodawców o roli rozwiązań zwiększających jakość pracy dla zatrudnialności pracowników.

Biorąc pod uwagę zmiany wieku emerytalnego, istotne jest również monitorowanie tego, jak zmiany prawne przekładają się na decyzje pracowników dotyczące przechodzenia na emeryturę, szczególnie w najbliższych latach. Dłuższa aktywność zawodowa w ramach nowego systemu emerytalnego wiąże się z większą wartością uzyskiwanej emerytury. Obecnie odsetek Polaków po 50-tym roku życia (zarówno pracujących, jak i emerytów), którzy deklarują, że ze względu na niskie dochody rezygnują z wykonywania rzeczy, które chcieliby robić, jest relatywnie niski. W przyszłości, wraz ze stopniowym przechodzeniem na emeryturę osób objętych nowym systemem emerytalnym, sytuacja ta również może się zmienić i wymaga monitorowania.

Bibliografia

- Barnes-Farrell, J. (2003). Beyond Health and Wealth: Attitudinal and Other Influences on Retirement Decision-Making. W: Adams, G. Beehr, T. (red.) Retirement: Reasons, processes, and results. Springer Publishing Company: 159-87.
- Börsch-Supan, A. (2013). Myths, Scientific Evidence and Economic Policy in an Aging World. Journal of the Economics of Ageing 1 (2): 3-15.
- Chłóń-Domińczak, A., Holzer-Żelażewska, D. Maliszewska, A. (2017). Polacy po pięćdziesiątce: praca i emerytura. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 3/2017. www.share50plus.pl.
- Fisher, G., Chaffee, D., Sonnega, A. (2016). Retirement Timing: A Review and Recommendations for Future Research. Work, Aging and Retirement 2 (2).
- Ilmarinen, J. (2012). Wspieranie aktywnego starzenia się w miejscu pracy.
- Kotowska, I., Chłóń-Domińczak, A. (2012). Zarządzanie finansami publicznymi w kontekście zmiany demograficznej. Studia Ekonomiczne 1(1).
- Rada Ministrów (2017). Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2029 (z perspektywą do 2030 r.).
- Schnalzenberger, M., Schneeweis, N., Winter-Ebmer, R., Zweimüller, M. (2014). Job Quality and Employment of Older People in Europe. Labour 28(2): 141-62.
- Schulz, R., Heckhausen, J. (1997). Emotion and Control: A Lifespan Perspective. Annual Review of Gerontology and Geriatrics 17): 185-205.
- Siegrist, J., Von Dem Knesebeck, O., Wahrendorf, M. (2005). Quality of Employment and Well-Being. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) (2005). Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Jürges, H., Börsch-Supan, A. (2006). Quality of Work, Well-Being and Intended Early Retirement of Older Employees–Baseline Results from the SHARE Study. European Journal of Public Health 17(1): 62-68.

ROZDZIAŁ IV

Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+

Iga Magda

Współpraca: Aneta Kiełczewska

Wprowadzenie¹²

W niniejszym rozdziale analizujemy zdrowie fizyczne i psychiczne oraz umiejętności poznawcze osób w wieku 50+ w Polsce na tle sześciu europejskich krajów: Czech, Niemiec, Grecji, Hiszpanii, Francji i Szwecji. W analizie szczególną uwagę poświęcamy zależnościom między zdrowiem i umiejętnościami poznawczymi a statusem na rynku pracy wśród osób w wieku 50-69 lat. Analizujemy sytuację w rundzie 6. badania SHARE, czyli w 2015 r. oraz zmiany pomiędzy 2. i 4. a 6. rundą, czyli pomiędzy 2015 r. a 2006-2007 r. i 2011-2012 r.

4.1 Zdrowie pokolenia 50+

Tabele 4.1-4.4 prezentują subiektywne i obiektywne miary zdrowia wśród mężczyzn i kobiet w wieku 50+ w Polsce na tle sześciu innych krajów europejskich.¹³ Wyłania się z nich niekorzystny obraz sytuacji zdrowotnej pokolenia 50+ w Polsce. W ujęciu subiektywnym zarówno mężczyźni, jak i kobiety średnio trzykrotnie częściej oceniali swój stan zdrowia jako zły niż mieszkańcy innych krajów UE, podobnie znacząco niższy był odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako doskonałe lub bardzo dobre. W Polsce częściej też deklarowane było występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych.

Kolejne miary zdrowia także sugerują, że przeciętne zdrowie pokolenia 50+ w Polsce było gorsze niż w innych krajach europejskich. Jest to spójne z obserwacjami z poprzednich rund badania SHARE (Lindholm Eriksen i in., 2013). Szczególnie wysoka dysproporcja dotyczyła problemów ze wzrokiem i słuchem, a także ograniczeń w czynnościach codziennych oraz problemów zdrowotnych ograniczających możliwość pracy. Co ciekawe, w bardziej obiektywnych miarach zdrowia różnice między Polską a innymi krajami

¹² Rozdział stanowi skróconą wersję Analitycznego Raportu Uzupełniającego Nr 4: Magda i Kiełczewska (2017), który dostępny jest na stronie internetowej projektu SHARE: www.share50plus.pl.

¹³ Szczegółowy opis analizowanych zmiennych znajduje się w załączniku A w Magda i Kiełczewska (2017).

nie były tak duże – odsetek osób z wysokim ciśnieniem, poziomem cukru czy cholesterolu był w Polsce niższy niż w Czechach i porównywalny do Niemiec.¹⁴ Także odsetek osób otyłych był wyższy w Czechach niż w Polsce. Siła uścisku ręki dominującej, która stanowi obiektywną miarę zdrowia,¹⁵ w przypadku kobiet była na średnim poziomie na tle innych krajów. Natomiast u mężczyzn w Polsce była ona relatywnie wysoka, wyższą obserwuje się jedynie w Szwecji. Jest to związane z tym, że w Polsce obserwujemy relatywnie duży odsetek mężczyzn z siłą uścisku ręki powyżej przeciętnej (wykres 4.1 w Magda i Kielczewska, 2017).

Tabela 4.1 | Subiektywne i obiektywne miary zdrowia w rundzie 6. SHARE

	PL	CZ	DE	EL	ES	FR	SE
Mężczyźni							
Samooocena stanu zdrowia: doskonały/b.dobry	8%	20%	20%	37%	20%	22%	45%
Samooocena stanu zdrowia: zły	22%	11%	8%	5%	10%	8%	5%
Siła uścisku ręki dominującej [kg]	41,8	41,5	41,6	38,8	36,7	40,2	42,3
Kobiety							
Samooocena stanu zdrowia: doskonały/b.dobry	7%	18%	17%	34%	18%	20%	42%
Samooocena stanu zdrowia: zły	23%	11%	8%	5%	11%	8%	5%
Siła uścisku ręki dominującej [kg]	27,2	28,7	28,5	26,4	25,3	28,0	29,0

Uwagi: wyniki po korekcie względem różnic w rozkładzie wieku (oraz wzrostu i wagi dla siły uścisku ręki) pomiędzy krajami.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Tabela 4.2 | Odsetki osób cierpiących na wybrane choroby w rundzie 6. SHARE

	PL	CZ	DE	EL	ES	FR	SE
Mężczyźni							
Długotrwałe problemy zdrowotne	65%	54%	62%	36%	51%	47%	52%
Wysokie ciśnienie krwi/nadciśnienie	48%	53%	45%	43%	40%	34%	36%
Wysoki poziom cholesterolu	23%	24%	21%	31%	31%	27%	17%
Cukrzyca lub wysoki poziom cukru	16%	21%	17%	15%	19%	14%	12%
Kobiety							
Długotrwałe problemy zdrowotne	66%	56%	64%	37%	53%	48%	54%
Wysokie ciśnienie krwi/nadciśnienie	50%	56%	47%	45%	42%	37%	38%
Wysoki poziom cholesterolu	24%	25%	22%	33%	33%	28%	18%
Cukrzyca lub wysoki poziom cukru	14%	18%	15%	13%	16%	11%	10%

Uwagi: wyniki po korekcie względem różnic w rozkładzie wieku pomiędzy krajami.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Tabela 4.3 | Odsetki osób z wybranymi problemami zdrowotnymi w rundzie 6. SHARE

	PL	CZ	DE	EL	ES	FR	SE
Mężczyźni							
Słaby wzrok – dal	7%	2%	1%	1%	2%	2%	1%
Słaby wzrok – bliż	17%	5%	4%	2%	4%	4%	2%
Słaby słuch	8%	3%	2%	1%	3%	5%	1%
Otyłość	31%	39%	24%	23%	21%	25%	19%
Kobiety							
Słaby wzrok – dal	11%	3%	2%	1%	4%	3%	2%
Słaby wzrok – bliż	19%	5%	4%	3%	5%	5%	2%
Słaby słuch	5%	2%	1%	0%	2%	3%	1%
Otyłość	31%	39%	24%	23%	21%	25%	19%

Uwagi: wyniki po korekcie względem różnic w rozkładzie wieku pomiędzy krajami.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Tabela 4.4 | Odsetki osób deklarujących zdrowotne ograniczenia aktywności i pracy w rundzie 6. SHARE

	PL	CZ	DE	EL	ES	FR	SE
Mężczyźni							
Ograniczenia w poruszaniu się	52%	42%	41%	48%	34%	38%	31%
Ograniczenia w prostych czynnościach codziennych	14%	7%	8%	5%	7%	8%	6%
Ograniczenia w złożonych czynnościach codziennych	15%	12%	8%	11%	9%	9%	7%
Problemy zdrowotne ograniczające możliwości pracy	43%	29%	27%	12%	25%	23%	23%
Kobiety							
Ograniczenia w poruszaniu się	67%	57%	56%	63%	49%	53%	45%
Ograniczenia w prostych czynnościach codziennych	15%	8%	9%	5%	8%	9%	6%
Ograniczenia w złożonych czynnościach codziennych	23%	18%	13%	17%	14%	14%	11%
Problemy zdrowotne ograniczające możliwości pracy	42%	28%	26%	11%	24%	22%	22%

Uwagi: wyniki po korekcie względem różnic w rozkładzie wieku pomiędzy krajami.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Subiektywna ocena zdrowia, zgodnie z oczekiwaniami, korelowała z siłą uścisku ręki (wykres 4.3 w Magda i Kielczewska, 2017), a osoby deklarujące zły stan zdrowia miały wyraźnie niższą siłę uścisku. Nie było to natomiast tak wyraźne w Polsce. U kobiet siła uścisku ręki nie różniła się w zależności od tego, czy określały one swój stan zdrowia jako doskonały lub bardzo dobry, czy jako dobry lub zadowalający. Mężczyźni deklarujący dobry lub zadowalający stan zdrowia mieli wyższą siłę uścisku niż mężczyźni określający swoje zdrowie jako doskonałe lub bardzo dobre. Ponadto, wyraźnie

14 Miary te są jednak obciążone brakiem świadomości na temat występowania poszczególnych problemów zdrowotnych, która może mieć różny poziom w różnych krajach.

15 Zasadność stosowania siły uścisku ręki jako miary stanu zdrowia wyjaśniona jest w załączniku A w Magda i Kielczewska (2017).

zaznacza się znacznie większe zróżnicowanie siły uścisku ręki wśród kobiet i mężczyzn w Polsce na tle innych krajów, szczególnie wśród osób deklarujących zły stan zdrowia.

Szczególne znaczenie z perspektywy Polski mają problemy ze zdrowiem psychicznym (tabela 4.5). Odsetek osób, których odpowiedzi w SHARE wskazują na symptomy depresji, był znacząco wyższy w Polsce niż w innych krajach UE (w literaturze można odnaleźć analogiczne wyniki, np. w Borges Neves i in., 2013). Depresja znacznie częściej występowała u kobiet. Potwierdzają to nie tylko inne badania wykorzystujące dane SHARE (Brugiavini i in., 2008), ale też wyniki badań z literatury psychiatrycznej (Copeland i in., 2004). Co więcej, wydaje się, że to właśnie kwestia zdrowia psychicznego (a nie fizycznego) przekładała się na bardzo złą samoocenę zdrowia pokolenia 50+ w Polsce. Osoby, u których nie obserwujemy symptomów depresji, kilkanaście razy częściej oceniały swój stan zdrowia jako bardzo dobry, o połowę rzadziej zgłaszały długotrwałe problemy zdrowotne i ograniczenia w codziennych czynnościach (tabela 4.6 w Magda i Kiełczewska, 2017). Fakt silnej zależności zdrowia fizycznego i psychicznego jest dobrze udokumentowany (WHO, 2014) i szczególnie dotyczy wybranych miar zdrowia fizycznego, przede wszystkim problemów ze słuchem (Vestergaard i Andersen-Ranberg, 2013). Warto podkreślić, że w populacji 50+ na stan zdrowia psychicznego wpływa także przejście na emeryturę (Brugiavini i in, 2008; Belloni i in., 2016) – zagadnienie to przybliżymy w części 4.3.

Tabela 4.5 | Odsetek osób z symptomami depresji

	PL	CZ	DE	EL	ES	FR	SE
Mężczyźni							
Runda 2	29%	13%	13%	15%	18%	19%	9%
Runda 4	32%	15%	15%	-	21%	22%	11%
Runda 6	30%	14%	13%	16%	19%	20%	10%
Kobiety							
Runda 2	47%	26%	26%	29%	33%	36%	21%
Runda 4	51%	30%	29%	-	37%	39%	23%
Runda 6	48%	27%	27%	30%	35%	37%	21%

Uwagi: wyniki po korekcie względem różnic w rozkładzie wieku pomiędzy krajami i rundami badania.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012) i 6. (2015 r.).

Na przestrzeni czasu przeciętne zdrowie fizyczne osób w wieku 50+ w Polsce nie zmieniło się znacząco. Nieznacznie spadł odsetek osób deklarujących je jako złe (tabela 4.6). Negatywną zmianą jest znaczący wzrost odsetka otyłych mężczyzn (przy spadku dla kobiet), co przekłada się na wyższe ryzyko zachorowalności i śmiertelności (Zamboni i in., 2005; Andreyeva i in., 2004). Nieznacznie wzrosła średnia siła uścisku ręki mężczyzn, co wynika raczej z rosnącego odsetka mężczyzn o sile uścisku wyższej niż przeciętna, a nie z przesunięcia całości rozkładu (wykres 4.5 w Magda i Kiełczewska, 2017). W tym samym czasie analogiczny rozkład wśród kobiet przesunął się w lewo, co oznacza spadek siły uścisku ręki u większości respondentek.

Większe zmiany w statusie zdrowotnym pokolenia 50+ widać po uwzględnieniu efektów kohortowych. Osoby, które miały 50-59 lat w 2015 r. (runda 6.), były wyraźnie zdrowsze niż osoby w tej grupie wieku w 2006-2007 r. (tabela 4.8 w Magda i Kiełczewska, 2017). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni lepiej oceniali swój stan zdrowia, jak również znacznie rzadziej deklarowali symptomy depresji. Jednak również w ujęciu kohortowym widoczny jest wzrost odsetka otyłych mężczyzn.

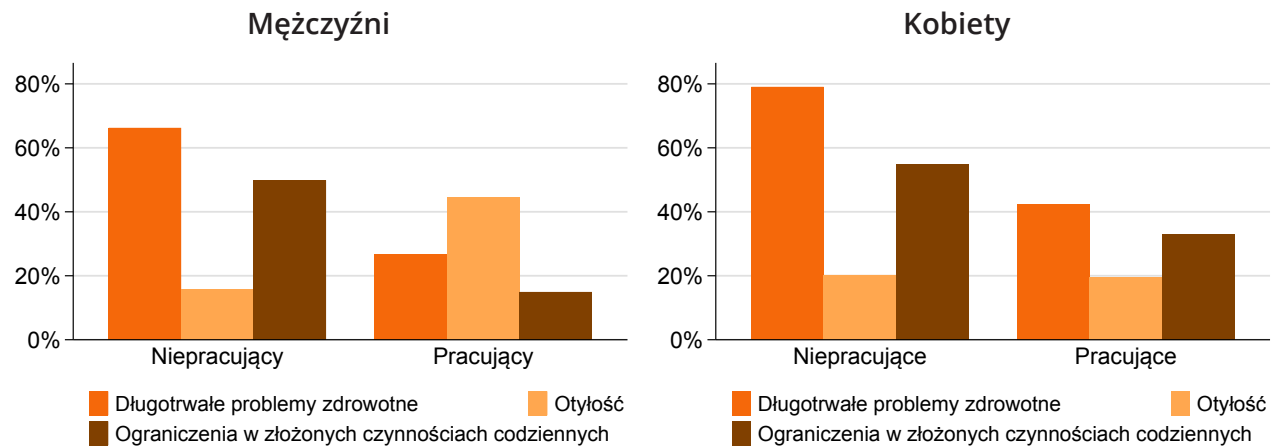
Tabela 4.6 | Wybrane wskaźniki zdrowia fizycznego, Polska

	Mężczyźni			Kobiety		
	R2	R4	R6	R2	R4	R6
Samooceń stan zdrowia: doskonały/b.dobry	7%	7%	8%	6%	6%	7%
Samooceń stan zdrowia: zły	25%	24%	22%	26%	25%	23%
Siła uścisku ręki dominującej [kg]	39,9	41,4	41,8	26,9	28,2	27,2
Długotrwałe problemy zdrowotne	65%	67%	65%	66%	68%	66%
Otyłość	23%	24%	31%	31%	31%	29%
Ograniczenia w złożonych czynnościach codziennych	16%	15%	15%	23%	23%	23%

Uwagi: wyniki po korekcie względem różnic w rozkładzie wieku pomiędzy krajami i rundami badania; R2 – runda 2., R4 – runda 4., R6 – runda 6.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012) i 6. (2015 r.).

Wykres 4.1 | Wybrane wskaźniki zdrowia fizycznego w rundzie 6. SHARE wśród osób w wieku 50-59 w zależności od statusu zatrudnienia, Polska



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Sytuacja zdrowotna respondentów z Polski była bardzo silnie powiązana z ich sytuacją na rynku pracy (tabela 4.9 w Magda i Kiełczewska, 2017; wykres 4.1). W grupie wieku 50-59 lat osoby pracujące były znacznie zdrowsze. Odsetek mężczyzn deklarujących zły stan zdrowia dotyczył 1% pracujących, a prawie co drugiego niepracującego. Wśród pracujących kobiet co czwarta określała swój stan zdrowia jako bardzo dobry, zaś w przypadku niepracujących było ich tylko 6%. Osoby pracujące dwukrotnie rzadziej deklarowały też występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, jeszcze większa

dysproporcja dotyczyła występowania ograniczeń w złożonych czynnościach codziennych. Osoby pracujące charakteryzowały się także lepszym zdrowiem psychicznym.

Konieczne jest podkreślenie, że zależności te nie oznaczają charakteru przyczynowo-skutkowego. Zgodnie z literaturą (Bartley, 1994; Dooley i in., 1996; Coutts i in., 2014) możemy oczekiwać, że sytuacja zdrowotna i sytuacja na rynku pracy oddziałują na siebie wzajemnie. Osoby zdrowsze łatwiej utrzymują zatrudnienie, ale też aktywność zawodowa sprzyja dbaniu o zdrowie i samemu zdrowiu (w tym psychicznemu). Szerszej analizie tych zależności poświęcona będzie część 4.3 niniejszego rozdziału.

4.2 Umiejętności poznawcze pokolenia 50+

Umiejętności poznawcze (zwane też umiejętnościami kognitywnymi) to inaczej zdolność do wykonywania zadań i rozwiązywania problemów. Najważniejsze obszary umiejętności poznawczych to orientacja, funkcje wykonawcze, pamięć i język (Dewey i Prince, 2005). W ankietach SHARE znajdują się pytania, które w poszczególnych wymiarach przybliżają poziom umiejętności respondentów. Poniższe analizy opierają się na czterech takich testach (ich dokładniejszy opis znajduje się w załączniku A w Magda i Kiełczewska, 2017):

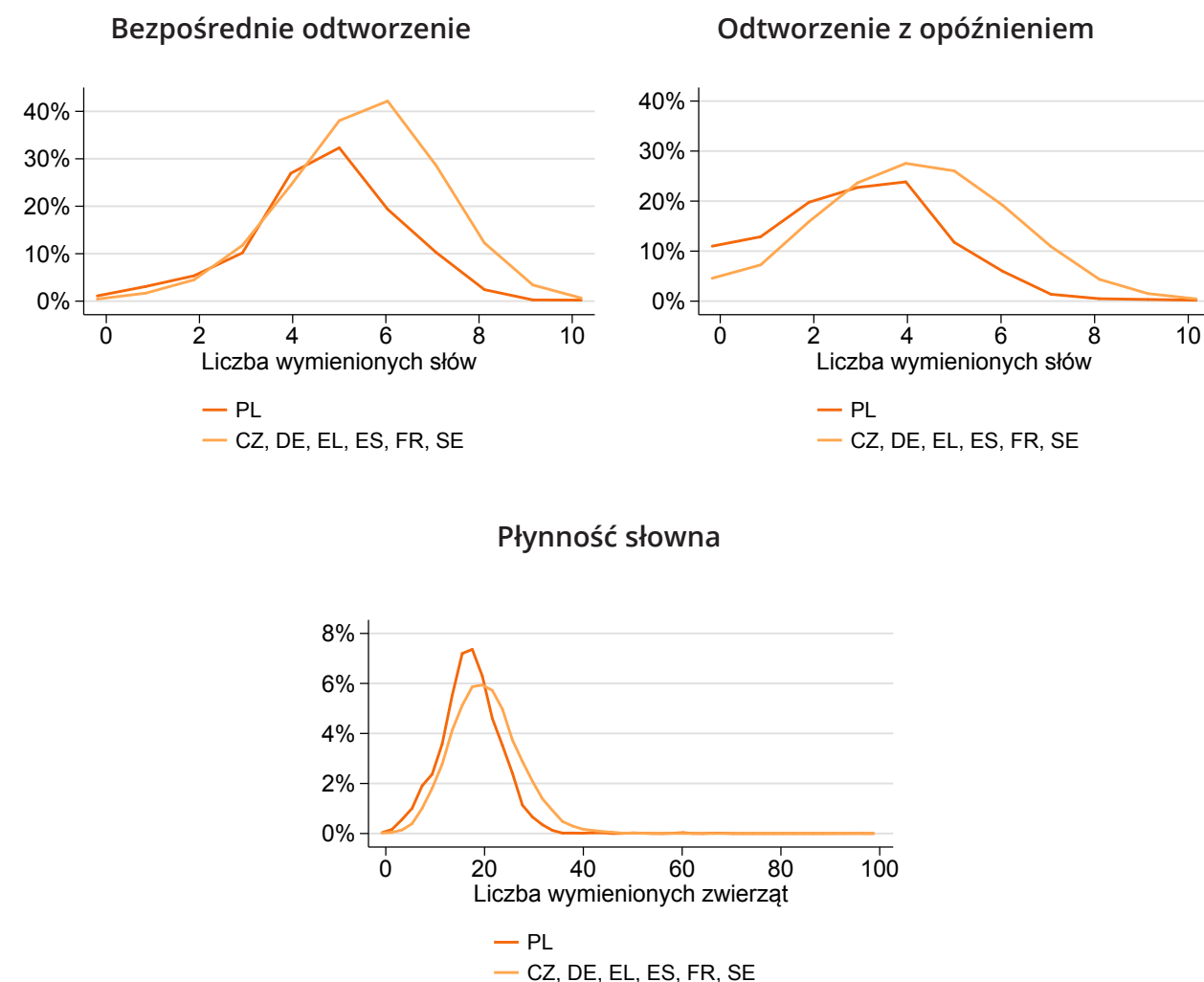
- Bezpośrednie odtworzenie – zadanie powtórzenia możliwie jak największej liczby słów z 10 wymienionych przez ankietera;
- Odtworzenie z opóźnieniem – jw., ale po kilku minutach (po kilku kolejnych pytaniach ankiety);
- Płynność słowna – zadanie wymienienia jak największej liczby zwierząt w ciągu minuty;
- Sprawność rachunkowa – zadanie 5-krotnego odejmowania liczby 7 najpierw od 100, a potem od kolejnych wyników.

Umiejętności poznawcze pokolenia 50+ w Polsce okazały się niższe niż w większości analizowanych krajów UE, choć sytuacja w Polsce była porównywalna (lub nawet lepsza) do tej w Hiszpanii (tabela 4.10 w Magda i Kiełczewska, 2017). Luka ta dotyczyła w szczególności wyników dwóch testów – bezpośredniego odtworzenia i odtworzenia z opóźnieniem, i pojawiała się wśród wszystkich grup wieku (wykresy 4.2 i 4.3). O ile jednak umiejętności poznawcze osób po 60. roku życia były podobne w Polsce jak w Hiszpanii, to w grupie osób w wieku 50-59 lat były one wyraźnie niższe niż we wszystkich pozostałych analizowanych krajach. Co więcej, porównanie rozkładów odpowiedzi w Polsce i innych krajach wskazuje, że o ile w dolnej części rozkładu odpowiedzi rozkład dla Polski był podobny jak w innych krajach, luka ta dotyczyła przede wszystkim górnej części rozkładu. Innymi słowy w Polsce relatywnie niski był odsetek osób, które potrafiły odtworzyć większą liczbę słów. Osoby w Polsce wypadły nieco lepiej w teście płynności słownej i rachunkowym – osiągnęły wyższe niż w Hiszpanii wyniki testu sprawności rachunkowej i wyższe niż w Grecji wyniki testu płynności słownej. Tempo spadku wraz z wiekiem wyników testów odtworzenia było podobne we wszystkich krajach.

W stosunku do lat 2006-2007 r. umiejętności poznawcze w Polsce uległy poprawie (tabela 4.7). Całość tej zmiany przypadła natomiast na okres pomiędzy 2006-2007 r. a 2011-2012 r., w późniejszych latach (do 2015 r.) zmiana ta już nie nastąpiła. Poprawa ta dotyczyła całego rozkładu

respondentów (wykres 4.9 w Magda i Kiełczewska, 2017).¹⁶ W ujęciu kohortowym zmiana także była niewielka (tabela 4.12 w Magda i Kiełczewska, 2017). Średnie wyniki testów bezpośredniego odtworzenia i odtworzenia słów z opóźnieniem wśród osób w grupie wieku 50-59 były podobne w 2015 r. do tych uzyskanych przez tę samą grupę wieku w 2006-2007 r.

Wykres 4.2 | Funkcja gęstości wyników testów umiejętności poznawczych w rundzie 6. SHARE

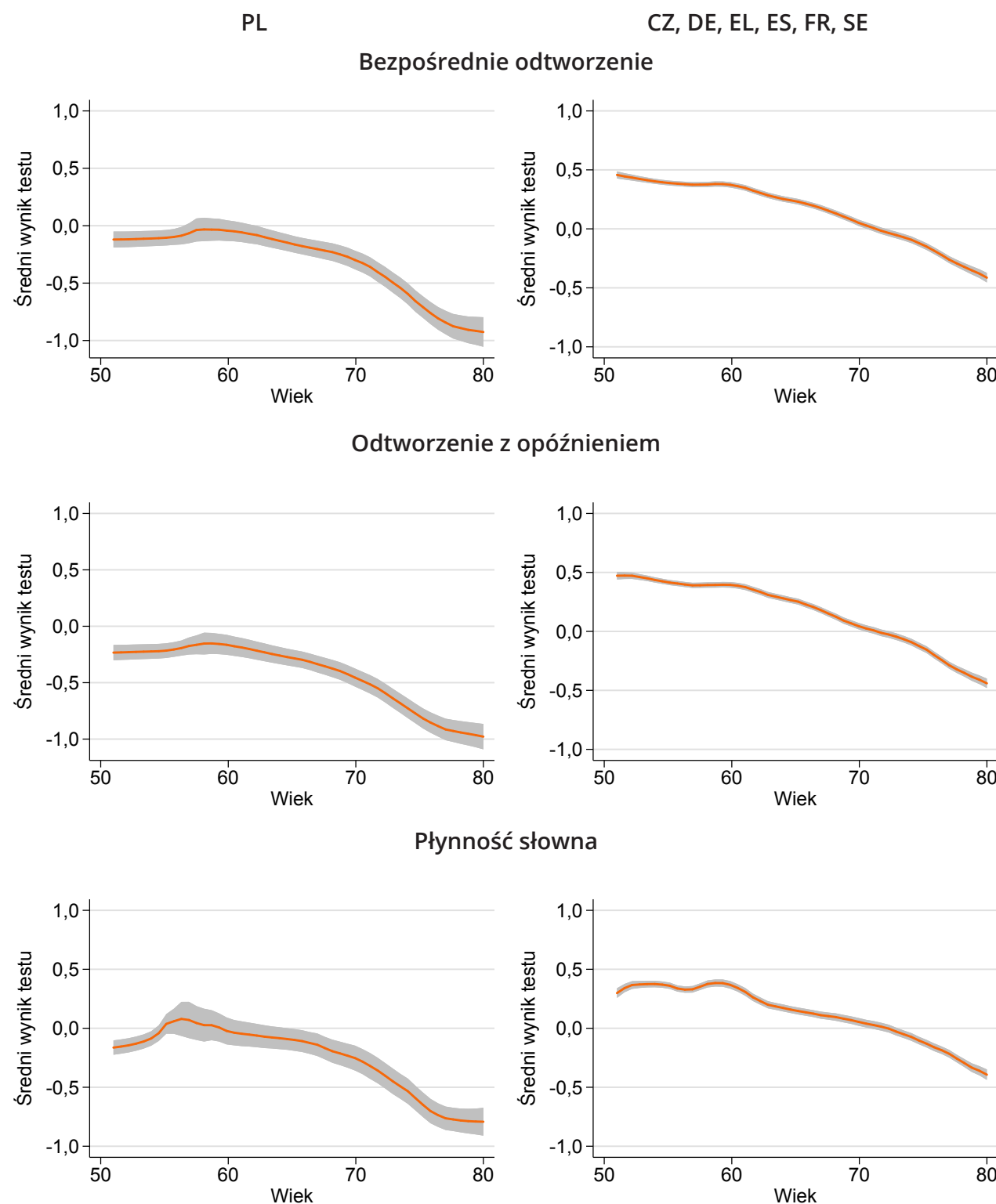


Uwagi: wyniki po korekcie względem różnic w rozkładzie wieku pomiędzy krajami. Jednoczynnikowa jądrowa estymacja funkcji gęstości.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

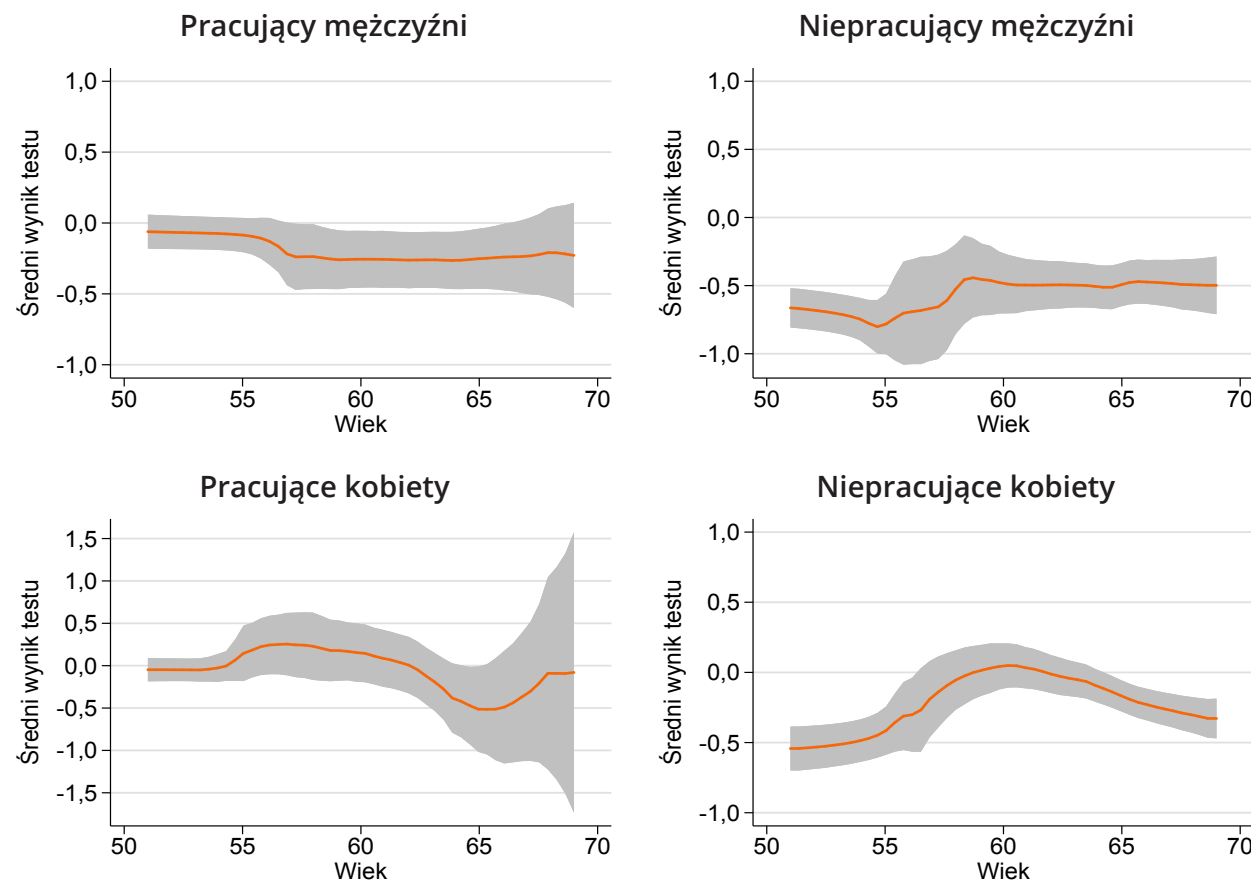
¹⁶ Jednocześnie jednak takie przesunięcie rozkładu może sugerować, że mamy do czynienia z „uczeniem się” respondentów, którzy ponownie pytani są o te same zagadnienia, a nie poprawą umiejętności kognitywnych sensu stricto.

Wykres 4.3 | Średnie wyniki testów umiejętności poznawczych a wiek w rundzie 6. SHARE



Uwagi: skala standaryzowana względem średniej i odchylenia standardowego dla siedmiu analizowanych krajów w rundzie 6.; zastosowano lokalne wygładzanie względem wieku; przedziały ufności na poziomie 95%.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Wykres 4.4 | Średnie wyniki testu odtworzenia z opóźnieniem w rundzie 6. SHARE w zależności od statusu zatrudnienia, Polska



Uwagi: skala standaryzowana względem średniej i odchylenia standardowego dla siedmiu analizowanych krajów w rundzie 6.; zastosowano lokalne wygładzanie względem wieku; przedziały ufności na poziomie 95%.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Tabela 4.7 | Średnie wyniki testów umiejętności poznawczych, po korekcie względem różnic w rozkładzie wieku, Polska

	Mężczyźni			Kobiety		
	R2	R4	R6	R2	R4	R6
Bezpośrednie odtworzenie	4,2	4,6	4,6	4,3	4,8	4,8
Odtworzenie z opóźnieniem	2,7	2,9	2,9	2,9	3,2	3,2
Płynność słowna	15,5	17,1	17,2	15,2	16,9	17,1
Sprawność rachunkowa	-	4,0	4,1	-	4,0	3,9

Uwagi: R2 – runda 2., R4 – runda 4., R6 – runda 6.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012) i 6. (2015 r.).

Obserwujemy natomiast bardzo duże różnice w poziomie umiejętności poznawczych osób pracujących i niepracujących (tabela 4.13 w Magda i Kielczewska, 2017; wykres 4.4). Dotyczyły one każdej z miar umiejętności, choć osoby pracujące wyróżniały się szczególnie wyższą płynnością słowną i pamięcią do odtworzenia

słów z opóźnieniem. Różnice między poziomem umiejętności pracujących a niepracujących dotyczyły przede wszystkim osób w wieku 50-59, wśród osób starszych były mniejsze.

4.3 Praca a zmiany zdrowia i umiejętności poznawczych

Zarówno zdrowie, jak i poziom umiejętności poznawczych różni się wśród pokolenia w wieku 50+ w zależności od statusu zatrudnienia. Pytanie o kierunek tych zależności pozostaje otwarte. W jakim stopniu słabe zdrowie i poziom umiejętności poznawczych, który pogarsza się z wiekiem (Dixon i in., 2004), zmniejszają prawdopodobieństwo kontynuacji zatrudnienia, a w jakim stopniu to utrata pracy lub przejście na emeryturę wpływają na pogorszenie zdrowia i umiejętności? Literatura dostarcza w tym przypadku niejednoznacznych dowodów.

Bonsang i in. (2012) oraz Rohwedder i Willis (2010) pokazali, że przejście na emeryturę wiąże się ze spadkiem poziomu umiejętności poznawczych. Börsch-Supan i Schuth (2013) pogarszanie umiejętności poznawczych po przejściu na emeryturę wiązali z utratą sieci kontaktów, w szczególności przyjaciół. Tymczasem Coe i Zamarro (2011) pokazali, że przejście na emeryturę nie ma statystycznie istotnego wpływu na umiejętności kognitywne.

Relacja zmian w poziomie zdrowia i wycofania się z rynku pracy jest także nieoczywista. Z jednej strony przejście na emeryturę postrzegane jest jako szkodliwe dla zdrowia ze względu na towarzyszący mu stres i utratę sieci kontaktów (Minkler, 1981). Natomiast z drugiej strony udowodniono, że osobom, które kontynuują zatrudnienie zdrowie pogarsza się wraz z wiekiem w większym stopniu niż osobom, które przechodzą na emeryturę (Coe i Lindeboom, 2008; van den Boogaard i in., 2016). Wyniki tych badań dotyczą subiektywnych, a nie obiektywnych miar zdrowia. Wyniki badań empirycznych są zróżnicowane dla różnych grup społeczno-demograficznych. Bound i Waidmann (2007) zaobserwowali na przykład pozytywny wpływ przejścia na emeryturę na zdrowie mężczyzn, ale nie kobiet. Van den Boogaard i in. (2016) pokazali z kolei, że korzyści zdrowotne z przejścia na emeryturę dotyczą szczególnie osób, które pracowały na stresujących stanowiskach, natomiast to, czy praca była wymagająca fizycznie nie ma znaczenia. Istotne jest także to, czy decyzja o przejściu na emeryturę była dobrowolna, czy wiązała się z utratą pracy i brakiem możliwości podjęcia nowej – w tym drugim przypadku częściej obserwuje się pogorszenie zdrowia psychicznego (Paul i Moser, 2009).

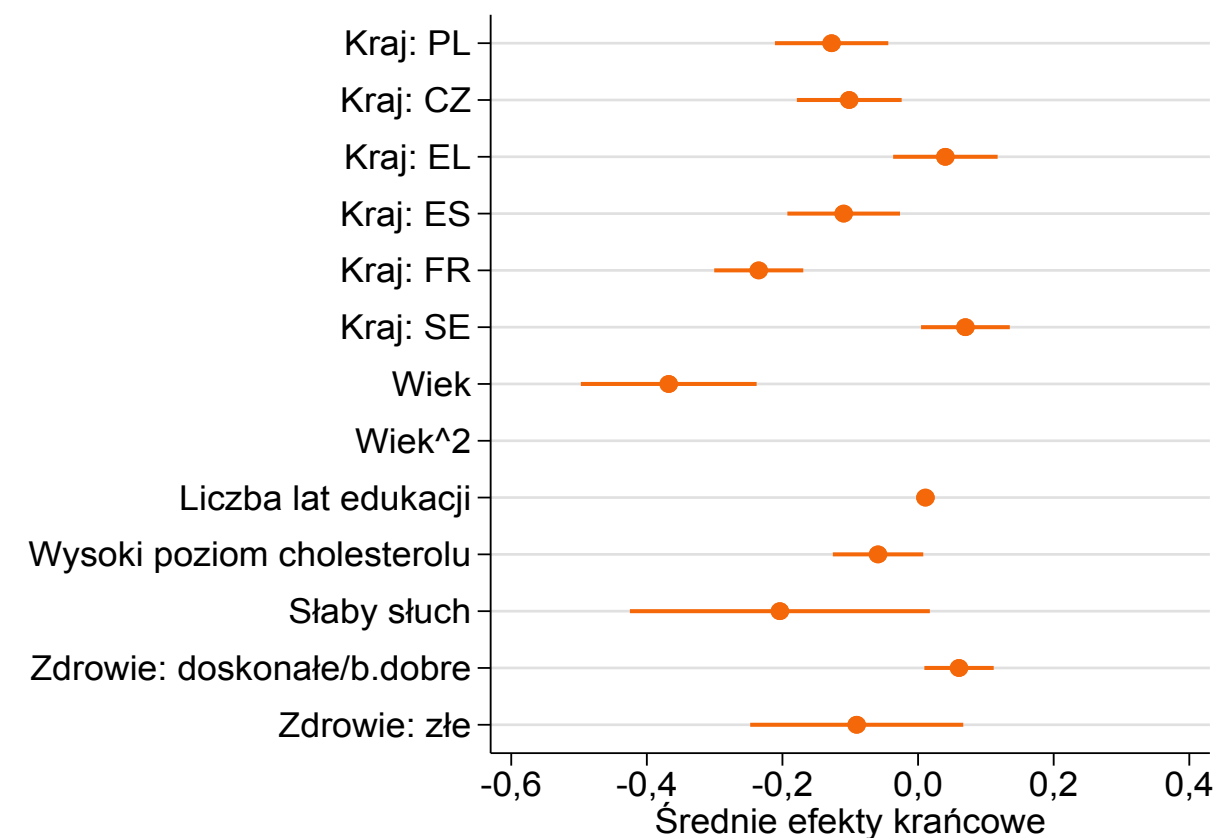
4.3.1 Pozostawanie w zatrudnieniu i jego determinanty

W tej części rozdziału celem naszych analiz jest przybliżenie zmian w poziomie zdrowia i umiejętności poznawczych wśród osób pozostających w zatrudnieniu na tle osób wycofujących się z pracy. Pierwszym etapem jest analiza indywidualnych charakterystyk demograficznych, zdrowotnych (w tym zdrowia fizycznego i psychicznego) oraz umiejętności poznawczych i ich związku ze zmianą sytuacji na rynku pracy osób w wieku 50-69 lat w wybranych krajach europejskich, ze szczególnym uwzględnieniem Polski. Wśród osób, które pracowały w rundzie 2. analizujemy zmiany w okresie między 2. a 6. rundą badania, tj. 2006-2007 r. a 2015 r. Wybrane wyniki zaprezentowane są na wykresie 4.5 i 4.6, a ich szczegółowe zestawienie znajduje się w tabelach 4.15 i 4.16 w Magda i Kiełczewska (2017).

Spośród indywidualnych charakterystyk wiek najsilniej zmniejszał prawdopodobieństwo pozostania w zatrudnieniu (tabela 4.15 w Magda i Kiełczewska, 2017; wykres 4.5). Poziom wykształcenia także miał znaczenie, choć dużo mniejsze. Osoby z większą liczbą lat edukacji miały wyższe prawdopodobieństwo pozostania w zatrudnieniu. Co ciekawe, płeć okazała się nie mieć statystycznie istotnego wpływu na prawdopodobieństwo utrzymania zatrudnienia. Jednocześnie jednak ryzyko odpływu z pracy było wyższe

dla kobiet zamieszkujących w gospodarstwie domowym z partnerem, zaś mężczyzn mieszkających z partnerką to nie dotyczyło. Ponadto, wśród charakterystyk gospodarstwa domowego znaczenie miała wielkość miejsca zamieszkania. Mieszkańcy obrzeży miast i terenów podmiejskich mieli mniejsze prawdopodobieństwo pozostania w zatrudnieniu w stosunku do mieszkańców dużych miast, nie było natomiast różnic między mieszkańcami miast mniejszych i obszarów wiejskich.

Wykres 4.5 | Średnie efekty krańcowe dla wybranych zmiennych z regresji logistycznej na kontynuację zatrudnienia w rundzie 6. wśród osób pracujących w rundzie 2. SHARE



Uwagi: poziomy zmiennych objaśnianych w rundzie 2.; poziomy bazowe zmiennych objaśnianych: kraj – DE; samoocena stanu zdrowia – dobry/zadowolający; przedziały ufności na poziomie 95%; regresja z pełnym zestawem zmiennych objaśniających z tabeli 4.15 w Magda i Kiełczewska (2017).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

Związek sytuacji zdrowotnej respondentów pracujących w rundzie 2. z ich sytuacją na rynku pracy w rundzie 6. nie jest oczywisty. Wybrane miary zdrowia korelowały z utrzymaniem zatrudnienia (przy uwzględnieniu pozostałych charakterystyk społeczno-demograficznych respondentów), jednak dotyczyło to mniejszości z analizowanych parametrów. W szczególności znaczenie miała jakość słuchu – osoby, które w rundzie 2. deklarowały słaby słuch, miały znacznie mniejsze szanse na pozostanie w zatrudnieniu. Obserwacja ta znajduje potwierdzenie w literaturze, która pokazuje, że problemy ze słuchem są istotną determinantą pogorszenia oceny własnego stanu zdrowia i rozwoju depresji (Vestergaard i Andersen-Ranberg, 2013). Prawdopodobieństwo pozostania w zatrudnieniu obniżał także wysoki poziom cholesterolu. W zatrudnieniu częściej pozostawały osoby oceniające swój stan zdrowia jako bardzo dobry (ale ujemny efekt wśród

respondentów źle oceniających swoje zdrowie jest statystycznie nieistotny). Co ciekawe, osoby z symptomami depresji w rundzie 2. nie miały różnych szans na pozostanie w zatrudnieniu w porównaniu do osób, u których nie zaobserwowano problemów ze zdrowiem psychicznym.¹⁷ Kolejna warta podkreślenia obserwacja dotyczy braku statystycznie istotnego związku między zmianą statusu na rynku pracy między rundą 2. a 6., a poziomem umiejętności poznawczych w rundzie 2. badania.

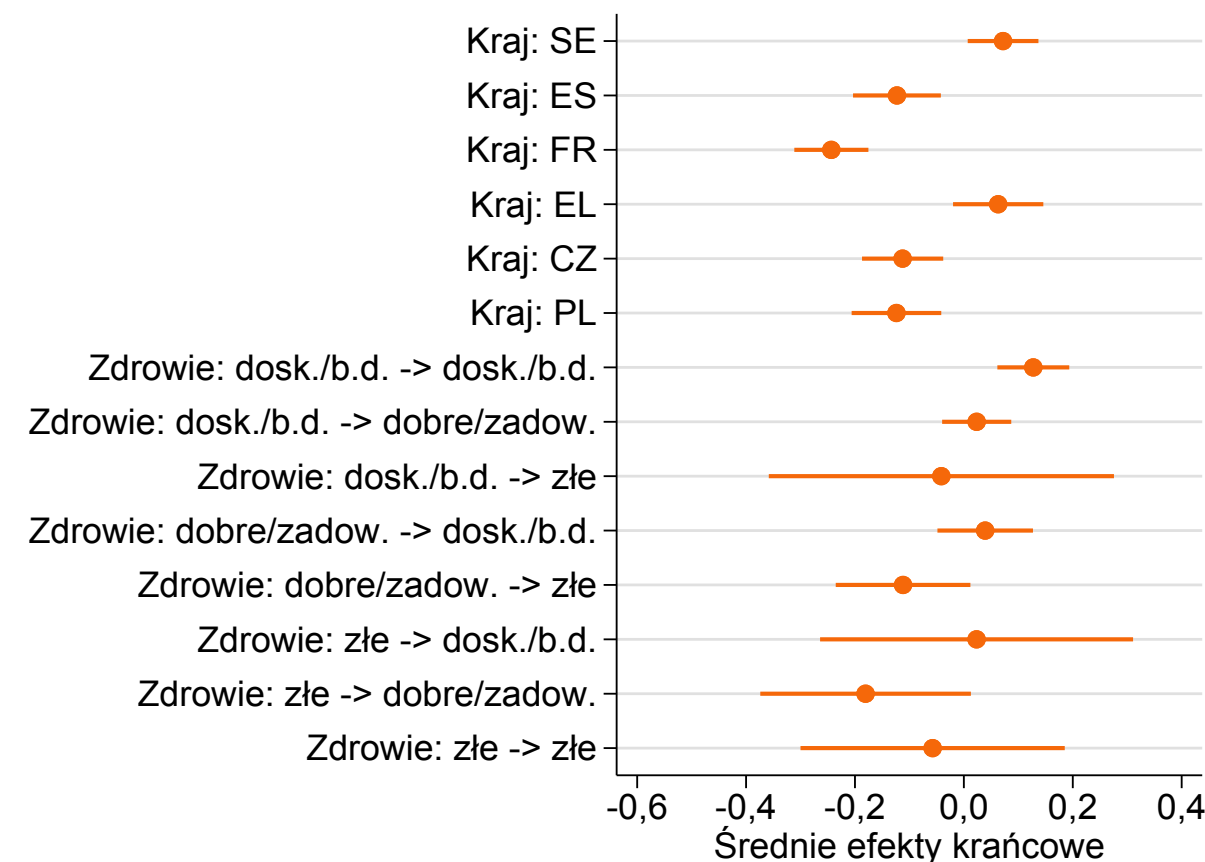
Najważniejsze spostrzeżenie dotyczy głównej determinanty prawdopodobieństwa pozostania w zatrudnieniu, tj. czynników specyficznych dla poszczególnych krajów. Respondenci ze Szwecji, o wszystkich takich samych charakterystykach, mieli znacząco wyższe szanse pozostania w zatrudnieniu. Szanse te były najniższe wśród mieszkańców z Francji, choć także osoby z Polski wyróżniały się in minus w stosunku do Szwecji i Niemiec. To sugeruje, że główną rolę pełniły w tym przypadku czynniki instytucjonalne, takie jak niższy wiek emerytalny i możliwość wcześniejszego wycofywania się z rynku pracy.

W kolejnym kroku analiza uzupełniona została o zbadanie wpływu zmian w indywidualnych charakterystykach na przepływy z zatrudnienia do bezrobocia i bierności zawodowej (wykres 4.12 i tabela 4.16 w Magda i Kiełczewska, 2017). Uzupełniają one poprzednie wnioski o kilka istotnych obserwacji. Po pierwsze, problemy ze słuchem i ich negatywny wpływ na zatrudnienie dotyczyły przede wszystkim statusu na rynku pracy już w rundzie 2. (niższych szans na zatrudnienie i kontynuowanie bierności zawodowej w rundzie 6.). Respondenci, którym pogorszył się słuch między rundą 2. i 6., nie mieli wyższego ryzyka odpływu z zatrudnienia. Analogiczna sytuacja dotyczyła pracowników, którzy w analizowanym okresie doświadczyli problemów z cukrzycą. Zmiana statusu na rynku pracy bardzo silnie korelowała natomiast ze zmianą oceny swojego stanu zdrowia. Poprawa stanu zdrowia wiązała się z większym prawdopodobieństwem pozostania w zatrudnieniu wśród osób o wyjściowo lepszym stanie zdrowia oraz z większym prawdopodobieństwem odpływu z zatrudnienia wśród osób, które deklarowały zły stan zdrowia w rundzie 2. Można przypuszczać, że zróżnicowanie to wynika z różnego kierunku przyczynowości: osoby o dobrym stanie zdrowia chętniej pozostawały w pracy, jednocześnie możliwość przejścia na emeryturę pozwalała poprawić stan zdrowia osobom z problemami zdrowotnymi.¹⁸ Pogorszenie stanu zdrowia wiązało się z niższym prawdopodobieństwem pozostania w zatrudnieniu i najsilniej dotyczyło pojawienia się ograniczeń w poruszaniu się.

Ciekawe wyniki dotyczą korelacji zmian w zatrudnieniu i depresji u respondentów. Osoby, które zgłaszały problemy z depresją w rundzie 2., a także osoby, u których symptomy depresji pojawiły się między rundą 2. a 6. częściej pozostawały w zatrudnieniu. Może to wskazywać na negatywny wpływ zatrudnienia na zdrowie psychiczne, jednak teza ta wymagałaby formalnego potwierdzenia. Jednocześnie relację tę silnie różnicowała płeć – mężczyźni z symptomami depresji znacznie częściej pozostawali w zatrudnieniu. Przypuszczalnie oznacza to, że wśród mężczyzn pozostawanie w zatrudnieniu zwiększało ryzyko utrzymania się problemów ze zdrowiem psychicznym. Hipotezę tę potwierdzałyby wyniki Belloni i in. (2016). Również wykorzystując dane SHARE, pokazali oni ponadto, że negatywny efekt zatrudnienia

na zdrowie psychiczne jest silniejszy wśród pracowników fizycznych z regionów dotkniętych kryzysem gospodarczym, tłumacząc te zależności wpływem niepewności zatrudnienia. Ponownie, to otoczenie instytucjonalne rynku pracy w danym kraju wydaje się być najsilniejszą determinantą przepływów na rynku pracy, także przy uwzględnieniu zmian w poziomie zdrowia i umiejętności poznawczych.

Wykres 4.6 | Średnie efekty krańcowe dla wybranych zmiennych z regresji logistycznej na kontynuację zatrudnienia w rundzie 6. wśród osób pracujących w rundzie 2. SHARE



Uwagi: samoocena stanu zdrowia – poziomy w rundach 2. i 6.; poziomy bazowe zmiennych objaśnianych: kraj – DE; samoocena stanu zdrowia – dobry/zadowolający -> dobry/zadowolający; przedziały ufności na poziomie 95%; regresja z pełnym zestawem zmiennych objaśniających z tabeli 4.16 w Magda i Kiełczewska (2017).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

4.3.2 Zmiany zdrowia fizycznego i psychicznego oraz ich determinanty

W kolejnym kroku analizujemy determinanty zmian sytuacji zdrowotnej. Patrzymy na korelaty pogorszenia się stanu zdrowia wśród osób, których wyjściowy deklaracyjny stan zdrowia był doskonały lub bardzo dobry (wyniki prezentowane dla wybranych zmiennych na wykresie 4.7 i w pełnym zestawieniu tabelarycznym w tabeli 4.17 w Magda i Kiełczewska, 2017).

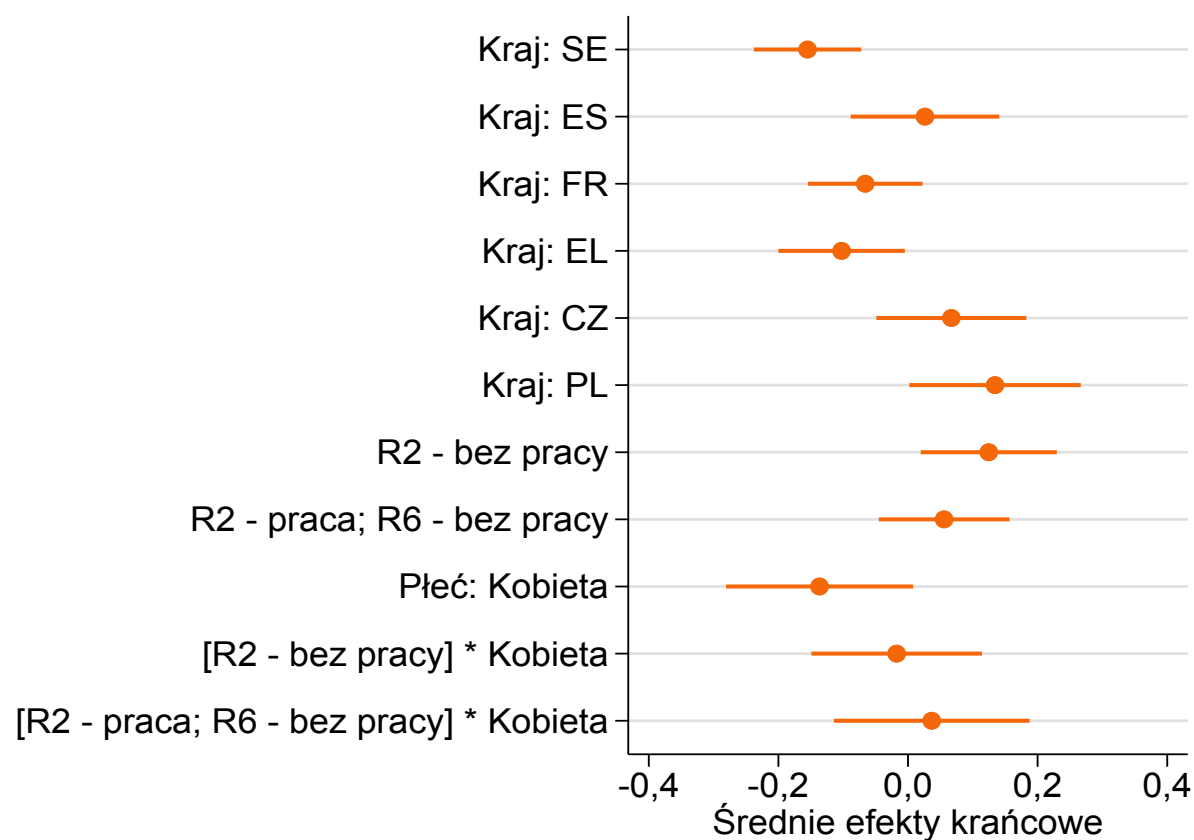
¹⁷ Ze względu na duże natężenie problemu depresji w Polsce sprawdzone zostało, czy występowanie symptomów depresji zwiększa ryzyko odpływu z rynku pracy w szczególnym stopniu w Polsce.

¹⁸ Formalne potwierdzenie tej zależności wymagałoby jednak rzetelnej strategii metodologicznej i nie jest celem tego opracowania.

Respondenci, którzy już w rundzie 2. badania nie pracowali, ale deklarowali dobry lub bardzo dobry stan zdrowia częściej obserwowali jego pogorszenie między rundą 2. a rundą 6. w stosunku do pracujących respondentów. Część tego efektu zapewne można przypisać odmiennej strukturze wieku pracujących i niepracujących. Także zaprzestanie zatrudnienia wiązało się wśród osób o wyjściowo bardzo dobrym lub dobrym stanie zdrowia z jego pogorszeniem, przejawiającym się w deklaracjach ogólnego stanu zdrowia lub pojawieniu się innych problemów zdrowotnych (ograniczeń ruchowych, ograniczeń w prostych czynnościach codziennych, pojawienia się nadciśnienia lub cukrzycy). Pogorszenie stanu zdrowia wiązało się także z wyższym ryzykiem pojawienia się lub utrzymania symptomów depresji, częściej dotyczyło też osób, które w obu rundach deklarowały problemy ze słuchem.

Także w przypadku zmian w stanie zdrowia wyróżniał się efekt zależności od kraju, choć nie dotyczył on wszystkich krajów, jak w przypadku zmian w statusie na rynku pracy. W szczególności w stosunku do mieszkańców Niemiec, respondenci ze Szwecji, Francji i Grecji mieli wyraźnie niższe ryzyko pogorszenia się stanu zdrowia między rundą 2. a 6. Jednocześnie ryzyko to nie różnicowało mieszkańców Niemiec, Polski, Czech i Hiszpanii.

Wykres 4.7 | Średnie efekty krańcowe dla wybranych zmiennych z regresji wielomianowej na poziom samooceny stanu zdrowia w rundzie 6. wśród osób z bardzo dobrym stanem zdrowia w rundzie 2.

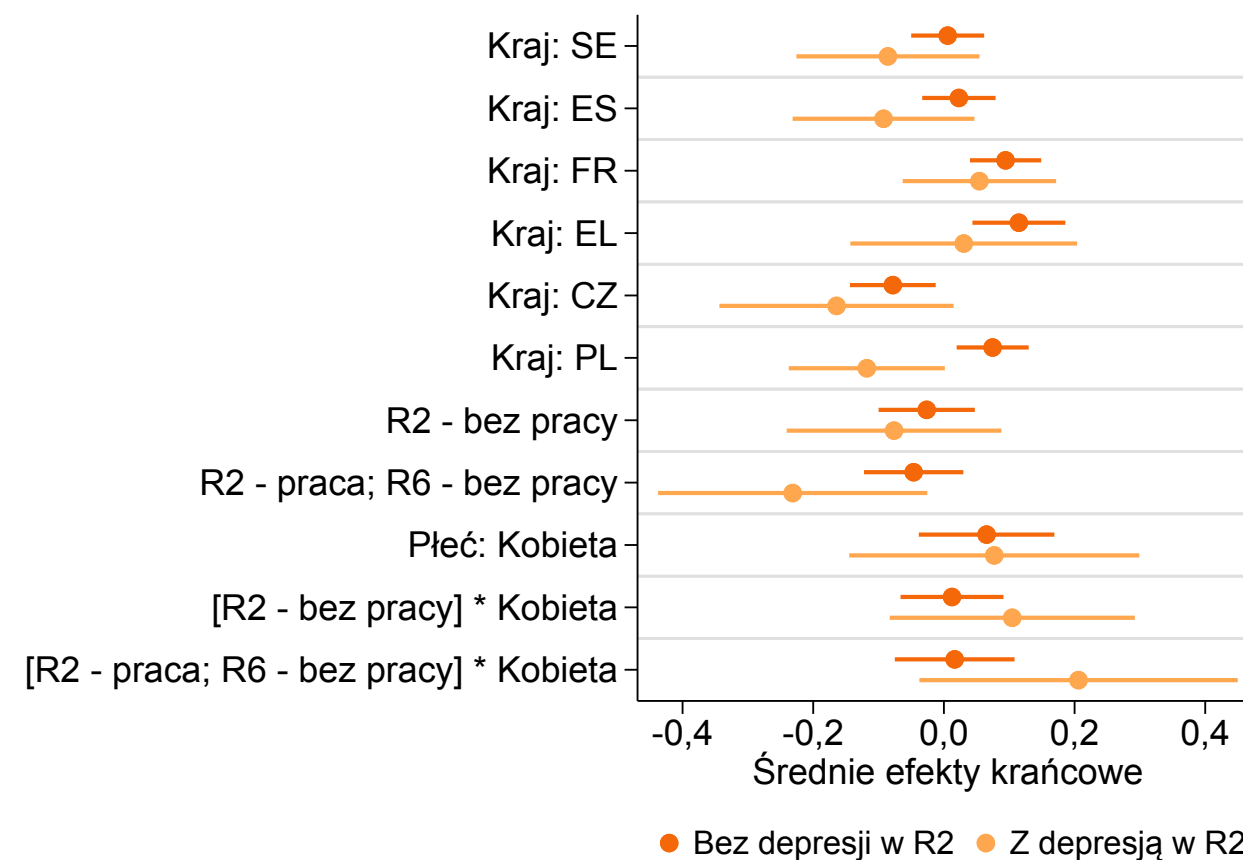


Uwagi: R2 – runda 2., R6 – runda 6.; poziomy bazowe zmiennych objaśnianych: kraj – DE; runda 2. – praca, runda 6. – praca; przedziały ufności na poziomie 95%; regresja z pełnym zestawem zmiennych objaśniających z tabeli 4.17 w Magda i Kielczewska (2017).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

Perspektywa zmian innych miar zdrowia, bardziej obiektywnych, jest inna. Czynniki wpływające na prawdopodobieństwo zmian siły uścisku ręki (tabele 4.19 i 4.20 w Magda i Kielczewska, 2017) różniły się od determinant pogorszenia samooceny stanu zdrowia. Przede wszystkim nie było statystycznie istotnego związku między zaprzestaniem lub kontynuowaniem zatrudnienia a wielkością zmiany siły uścisku ręki. Zmiana siły uścisku ręki wiązała się natomiast z wybranymi deklaracjami zmiany stanu zdrowia. W szczególności mężczyźni, którzy deklarowali pogorszenie stanu zdrowia z wyjściowego doskonałego lub bardzo dobrego (ale nie z gorszych), charakteryzowali się większym prawdopodobieństwem dużego spadku siły uścisku ręki. Nie dotyczyło to jednak kobiet. Jednocześnie zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy w rundzie 2. deklarowali zły stan zdrowia, który potem uległ poprawie, znacznie częściej charakteryzowali się poprawą lub mniejszym spadkiem siły uścisku ręki. Zmiany pozostałych parametrów zdrowotnych nie miały statystycznie istotnego związku ze zmianami siły uścisku ręki. Ciekawa różnica dotyczy czynników związanych ze specyfiką kraju. Dla subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia kraj miał wyraźne znaczenie. Natomiast w przypadku zmian siły uścisku ręki wyróżnia się wyłącznie Grecja i to jedynie wśród mężczyzn, którzy mieli statystycznie niższe ryzyko dużego spadku siły uścisku ręki.

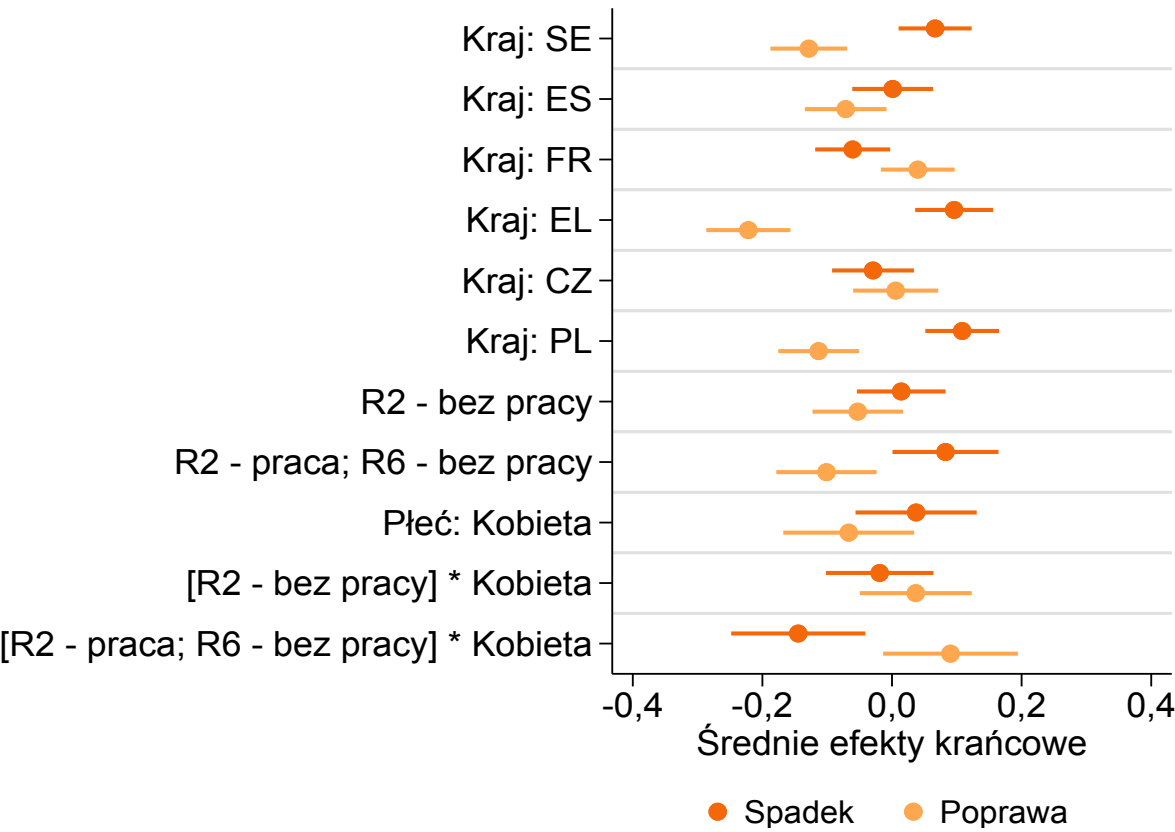
Wykres 4.8 | Średnie efekty krańcowe dla wybranych zmiennych z regresji wielomianowych na symptomy depresji



Uwagi: R2 – runda 2., R6 – runda 6.; dwa osobne modele w zależności od posiadania depresji w rundzie 2.; poziomy bazowe zmiennych objaśnianych: kraj – DE; runda 2. – praca, runda 6. – praca; przedziały ufności na poziomie 95%; regresja z pełnym zestawem zmiennych objaśniających z tabeli 4.21 w Magda i Kielczewska (2017).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

Wykres 4.9 | Średnie efekty krańcowe dla wybranych zmiennych z regresji wielomianowej na zmianę wyniku testu odtworzenia z opóźnieniem między rundą 2. a 6. SHARE

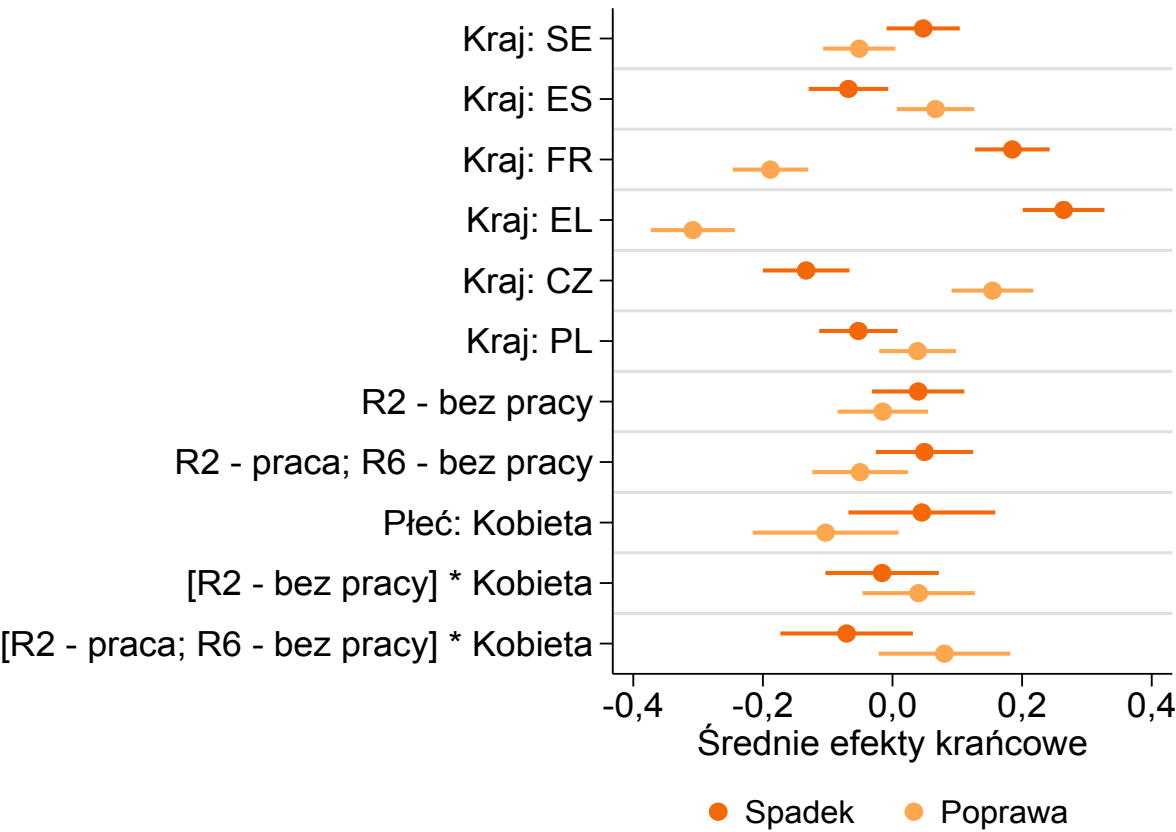


Uwagi: R2 – runda 2., R6 – runda 6.; poziomy bazowe zmiennych objaśnianych: kraj – DE; runda 2. – praca, runda 6. – praca; przedziały ufności na poziomie 95%; regresja z pełnym zestawem zmiennych objaśniających z tabeli 4.22 w Magda i Kielczewska (2017).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

Odmienne w stosunku do deklarowanych ocen własnego stanu zdrowia wyglądają czynniki łączące się ze zmianami zdrowia psychicznego (tabela 4.21 w Magda i Kielczewska, 2017; wykres 4.8). W szczególności zaprzestanie pracy wiązało się z poprawą zdrowia psychicznego i niższym prawdopodobieństwem dalszego występowania symptomów depresji, ale dotyczyło to przede wszystkim mężczyzn. Także czynniki krajowe kształtowały się odmiennie dla zdrowia psychicznego i fizycznego – większe szanse na poprawę zdrowia psychicznego mieli respondenci z Hiszpanii i Czech (w stosunku do mieszkańców Niemiec). Wyniki tych analiz potwierdzają także, że zmiany zdrowia psychicznego korelują ze zmianami deklarowanej oceny własnego stanu zdrowia. Poprawa stanu zdrowia psychicznego częściej dotyczyła osób, które podtrzymały deklaracje doskonałego lub bardzo dobrego stanu zdrowia lub tych, które twierdziły, że ich zdrowie poprawiło się z poprzednio dobrego lub zadowolającego. Jednocześnie ryzyko utrzymania się symptomów depresji było wyższe wśród osób, które deklarowały zły stan zdrowia w rundzie 6. – zarówno tych, które już w rundzie 2. miały zły stan zdrowia, jak i tych, które stwierdziły pogorszenie się ogólnego stanu zdrowia między badaniami.

Wykres 4.10 | Średnie efekty krańcowe dla wybranych zmiennych z regresji wielomianowej na zmianę wyniku testu płynności słownej między rundą 2. a 6. SHARE



Uwagi: R2 – runda 2., R6 – runda 6.; poziomy bazowe zmiennych objaśnianych: kraj – DE; runda 2. – praca, runda 6. – praca; przedziały ufności na poziomie 95%; regresja z pełnym zestawem zmiennych objaśniających z tabeli 4.22 w Magda i Kielczewska (2017).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

4.3.3 Zmiany w poziomie umiejętności poznawczych i ich determinanty

Zmiany w indywidualnej sytuacji na rynku pracy wydają się także być powiązane ze zmianami w poziomie umiejętności pokolenia 50+ w Europie, choć w niewielkim stopniu (tabela 4.22 w Magda i Kielczewska, 2017; wykresy 4.9 i 4.10). Kontynuacja zatrudnienia w stosunku do jego zaprzestania nie miała statystycznie istotnego związku ze zmianami w wynikach testów płynności słownej ani bezpośredniego odtworzenia. Niemniej mężczyźni, którzy przestali pracować, mieli w porównaniu do mężczyzn nadal pracujących mniejsze prawdopodobieństwo poprawy wyniku testu odtworzenia z opóźnieniem i większe prawdopodobieństwo jego pogorszenia. W przypadku kobiet zależności te były odwrotne, choć słabsze. Poprzednie badania także wskazywały na szybszy spadek umiejętności poznawczych wśród osób przechodzących na emeryturę (Rohwedder i Willis, 2010; Bonsang i in., 2012; Mazzonna i Peracchi, 2012). Co ciekawe, pomimo wyraźnego spadku umiejętności poznawczych z wiekiem (wykres 4.3), zależność ta okazuje się statystycznie nieistotna po uwzględnieniu pozostałych czynników mogących wpływać na poziom umiejętności.

Relacja zmian w poziomie umiejętności poznawczych i zdrowia, ugruntowana w literaturze (Mazzonna i Perrachi, 2013) w świetle naszych wyników ma charakter selektywny. W szczególności ryzyko pogorszenia się poziomu umiejętności poznawczych było wyraźnie wyższe wśród respondentów deklarujących pogorszenie się zdrowia według własnej oceny, ale dotyczyło to tylko osób, których wyjściowy (w rundzie 2.) poziom zdrowia był średni. Respondenci o większym spadku siły uścisku ręki mieli większe ryzyko pogorszenia wyników testów i mniejsze prawdopodobieństwo poprawy wyników, natomiast dotyczyło to tylko osób, którym siła uścisku ręki najbardziej się pogorszyła. W pozostałych grupach zmiana siły uścisku ręki nie różnicowała zmiany poziomu umiejętności. Ponadto osoby, które deklarowały słaby wzrok w obydwu rundach badania (2. i 6.) częściej charakteryzowały się spadkiem wyniku testu bezpośredniego odtworzenia (ale nie dotyczyło to dwóch pozostałych testów kognitywnych).

Liczba lat edukacji nie różnicowała tempa zmian w poziomie umiejętności poznawczych. Wynik ten stoi w kontrze do innych prac wskazujących na niższe tempo spadku poziomu zdolności poznawczych wśród lepiej wykształconych osób (Banks i Mazzonna, 2012).

Także zmiany umiejętności poznawczych silnie wiązały się z czynnikami specyficznymi dla poszczególnych krajów. Przykładowo, respondenci z Hiszpanii i Czech mieli wyższe prawdopodobieństwo poprawy poziomu umiejętności poznawczych w stosunku do respondentów z Niemiec, a mieszkańcy Grecji – większe ryzyko ich pogorszenia. Wśród osób z Polski i Szwecji odnotowano wyższe ryzyko pogorszenia wyniku testu odtworzenia z opóźnieniem i mniejsze prawdopodobieństwo jego poprawy.

4.4 Podsumowanie

Pokolenie 50+ w Polsce charakteryzowało się w 2015 r. gorszym zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz niższym poziomem umiejętności poznawczych w porównaniu do innych krajów europejskich, które uwzględnione zostały w niniejszej analizie. Na przestrzeni czasu przeciętne zdrowie fizyczne w Polsce nie zmieniło się znacząco, choć pięćdziesięciolatek badani w rundzie 6. byli zdrowsi od pięćdziesięciolatek badanych w rundzie 2. Nastąpiła także poprawa umiejętności poznawczych respondentów z Polski, choć ta miała miejsce przede wszystkim między 2. i 4. rundą badania. Ponadto mężczyźni i kobiety w Polsce częściej pozostawali poza rynkiem pracy, a osoby pracujące i niepracujące charakteryzowały się dużymi dysproporcjami zarówno w stanie zdrowia, jak i poziomie umiejętności poznawczych.

Sytuacja zdrowotna, umiejętności poznawcze i status na rynku pracy są współzależne. Osoby zdrowsze częściej pozostają na rynku pracy, a samo zatrudnienie może mieć wpływ na zdrowie. Osoby o wyższych umiejętnościach mają najczęściej niższe ryzyko utraty zatrudnienia, częściej też inwestują w swoje zdrowie. Głównym celem tego rozdziału było zbadanie potencjalnych determinant zmian i powiązań między zmianami w zdrowiu, poziomie umiejętności poznawczych oraz w sytuacji na rynku pracy.

Związek zaprzestania zatrudnienia i zmian w poziomie zdrowia okazał się nieoczywisty, ponadto dotyczył tylko mniejszości parametrów mierzących stan zdrowia. W szczególności osoby, które w rundzie 2. deklarowały słaby słuch miały znacznie mniejsze szanse na pozostanie w zatrudnieniu (ale samo pogorszenie słuchu nie miało już statystycznie istotnego związku z wycofaniem się z zatrudnienia). Poprawa stanu zdrowia wiązała się z większym prawdopodobieństwem pozostania w zatrudnieniu wśród osób o wyjściowo lepszym stanie zdrowia i z większym prawdopodobieństwem odpływu z zatrudnienia wśród osób, które deklarowały zły stan zdrowia w rundzie 2. Można przypuszczać, że zróżnicowanie to wynika z różnego kierunku przyczynowości – osoby o dobrym stanie zdrowia chętniej pozostawały w pracy, jednocześnie możliwość przejścia na emeryturę pozwalała poprawić stan zdrowia osobom z problemami zdrowotnymi. Ponadto wydaje się,

że odejście z zatrudnienia zwiększało szanse na poprawę zdrowia psychicznego wśród mężczyzn. Z perspektywy umiejętności poznawczych kontynuacja zatrudnienia w stosunku do jego zaprzestania nie miała związku ze zmianami w poziomie umiejętności mierzonych testem płynności słownej ani bezpośredniego odtworzenia z pamięci. Niemniej mężczyźni, którzy przestali pracować mieli w porównaniu do mężczyzn nadal pracujących mniejsze prawdopodobieństwo poprawy umiejętności mierzonej testem odtworzenia z opóźnieniem i większe prawdopodobieństwo jej pogorszenia.

Warto podkreślić, że niektóre z analizowanych współzależności zmian w poziomie zdrowia, umiejętności poznawczych i sytuacji na rynku pracy były odmienne dla kobiet i mężczyzn. Przykładowo, niezależnie od wszystkich innych charakterystyk, ryzyko odpływu z pracy było wyższe wśród kobiet zamieszkujących w gospodarstwie domowym z partnerem, natomiast obecność partnerki nie miała znaczenia wśród mężczyzn. Kontynuacja zatrudnienia wiązała się z wyższym ryzykiem problemów ze zdrowiem psychicznym wśród mężczyzn, a nie miała znaczenia u kobiet. Ponadto mężczyźni odchodzący z zatrudnienia mieli wyższe prawdopodobieństwo pogorszenia poziomu umiejętności poznawczych, a wśród kobiet zależności te były dużo słabsze.

Ważny wynik naszych analiz dotyczy źródeł zróżnicowania sytuacji na rynku pracy, zdrowia i umiejętności poznawczych respondentów pomiędzy krajami. W szczególności różnice w odsetku osób pracujących po 50. roku życia były większe niż różnice w poziomie zdrowia czy też innych czynnikach instytucjonalnych. Istotne jest, że największe znaczenie dla kontynuacji zatrudnienia miały czynniki specyficzne dla poszczególnych krajów, również przy uwzględnieniu różnic w fizycznym i psychicznym zdrowiu oraz poziomie umiejętności kognitywnych. Wyniki te wskazują na znaczącą rolę czynników instytucjonalnych, w tym regulacji i rozwiązań odnoszących się do systemu emerytalnego. Obserwacje te potwierdzają także wcześniejsze prace (Börsch-Supan i in., 2009; Barnay i Debrand, 2006).

Bibliografia

- Andreyeva, T., Sturm, R. Ringel, J. (2004). Moderate and severe obesity have large differences in health care costs. *Obesity* 12(12): 1936-1943.
- Banks, J., Mazzonna, F. (2012). The effect of education on old age cognitive abilities: evidence from a regression discontinuity design. *The Economic Journal* 122(560): 418-448.
- Barnay, T., Debrand, T. (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. *Issues in Health Economics* 109: 1-6.
- Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology & Community Health* 48(4): 333-337.
- Belloni, M., Meschi, E., Pasini, G. (2016). The effect on mental health of retiring during the economic crisis. *Health Economics* 25(S2): 126-140.
- Bonsang, E., Adam, S., Perelman, S. (2012). Does retirement affect cognitive functioning? *Journal of Health Economics* 31(3): 490-501.
- Borges Neves, R., Barbosa, F., Delerue Matos, A., Rodrigues, V., Machado, J. (2013). Unemployed 50+: exploring risk factors for depression in Europe. W: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (red.) *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. de Gruyter.
- Bound, J., Waidmann, T. (2007). Estimating the Health Effects of Retirements. Michigan Retirement Research Center Research Paper No. UM WP 2007-168.
- Börsch-Supan, A., Schuth, M. (2013). Early retirement, mental health and social networks. W: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (red.) *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. de Gruyter.

- Börsch-Supan, A., Brüglavini, A., Croda, E. (2009). The role of institutions and health in European patterns of work and retirement. *Journal of European Social Policy* 19(4): 341-358.
- Brüglavini, A., Croda, E., Dewey, M. (2008). Retirement and mental health. W: Börsch-Supan, A., Brüglavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007) - Starting the Longitudinal Dimension*. MEA.
- Coe, N., Lindeboom, M. (2008). Does retirement kill you? Evidence from early retirement windows. *CentER Discussion Paper Series No. 2008-93*.
- Coe, N., Zammaro, G., (2011). Retirement effects on health in Europe. *Journal of Health Economics* 30, 77-86.
- Copeland, J., Beekman, A., Braam, A., Dewey, M., Delespaul, P., Fuhrer, R., Hooijer, C., Lawlor, B., Kivela, S., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A., Meller, I., Prince, M., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., deVries, M., Wilson, K. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 3(1): 45.
- Coutts, A., Stuckler, D., Cann, D. (2014). The Health and Wellbeing Effects of Active Labor Market Programs. *Wellbeing*. 6:2:13:1-18.
- Dewey, M., Prince, M. (2005). Cognitive function. W: Börsch-Supan, A., Brüglavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) *Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. MEA.
- Dixon, R., Bäckman, L., Nilsson, L. (2004). *New Frontiers in Cognitive Aging*. Oxford University Press.
- Dooley, D., Fielding, J., Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual review of public health* 17(1): 449-465.
- Lindholm Eriksen, M., Vestergaard, S., Andersen-Ranberg, K. (2013). Health among Europeans – a cross-sectional comparison of 16 SHARE countries. W: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (red.) *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. de Gruyter.
- Magda, I., Kiełczewska, A. (2017). Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+. *Analizy i Raporty Uzupełniające Nr 4/2017*, www.share50plus.org.
- Mazzonna, F., Peracchi, F. (2012). Ageing, cognitive abilities and retirement. *European Economic Review* 56(4): 691-710.
- Mazzonna, F., Peracchi, F. (2013). Patterns of cognitive ageing. W: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (red.) *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. de Gruyter.
- Minkler, M. (1981). Research on the health effects of retirement: an uncertain legacy. *Journal of Health and Social Behavior* 117-130.
- Paul, K., Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational behavior* 74(3): 264-282.
- Rohwedder, S., Willis, R. (2010). Mental retirement. *Journal of Economic Perspectives* 24 (1): 1-20.
- World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*.
- Van den Bogaard, L., Henkens, K., Kalmijn, M. (2016). Retirement as a relief? The role of physical job demands and psychological job stress for effects of retirement on self-rated health. *European Sociological Review* 32(2): 295-306.
- Vestergaard, S., Andersen-Ranberg, K. (2013). W: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (red.) *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. de Gruyter.
- Zamboni, M., Mazzali, G., Zoico, E., Harris, T., Meigs, J., Di Francesco, V., Fantin, F., Bissoli, Bosello, O. (2005). Health consequences of obesity in the elderly: a review of four unresolved questions. *International journal of obesity* 29(9): 1011.

ROZDZIAŁ V

Aktywność zawodowa a warunki materialne wśród osób w wieku 50+

Piotr Lewandowski

Współpraca: **Katarzyna Sałach**

Wprowadzenie¹⁹

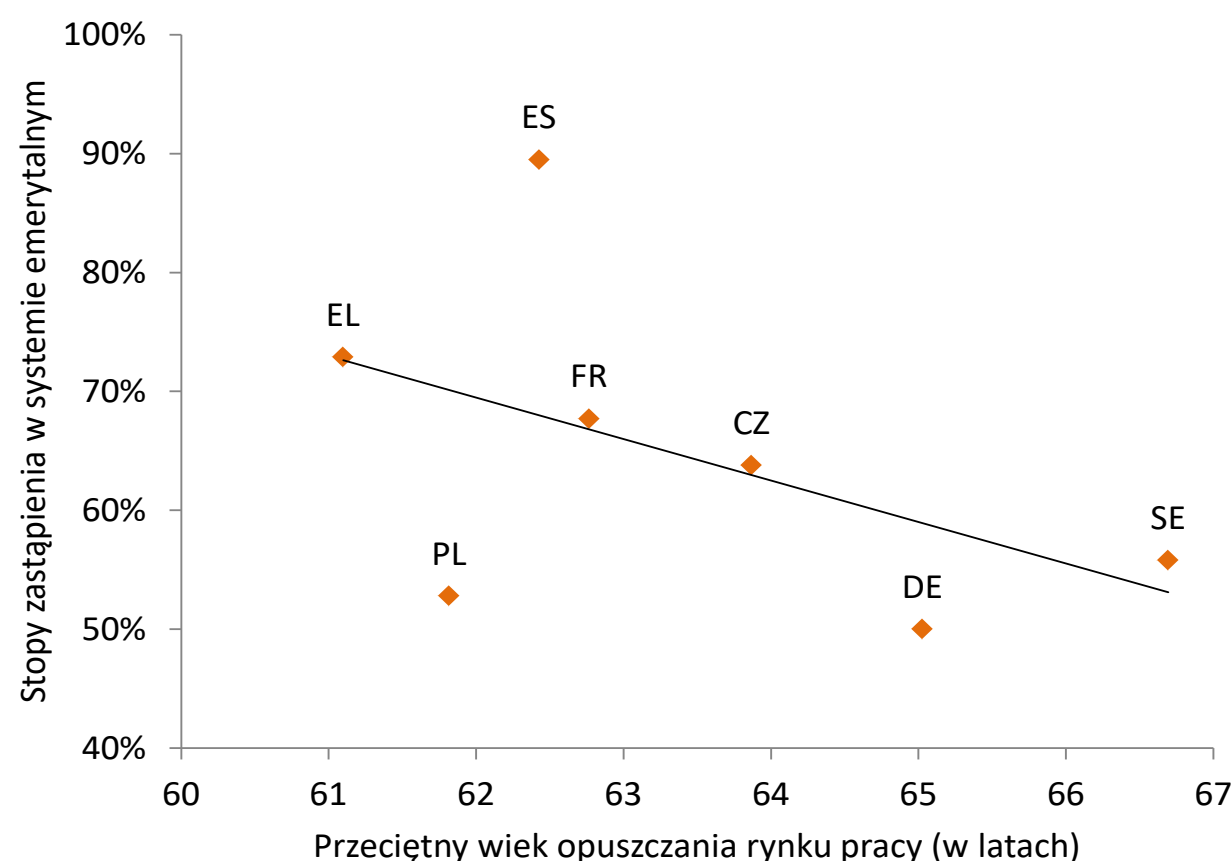
Niniejszy rozdział poświęcony jest zależnościom pomiędzy aktywnością zawodową oraz warunkami materialnymi wśród osób w wieku 50 i więcej lat. Badania międzynarodowe pokazują, że wzorce aktywności zawodowej gospodarstw domowych w dużej mierze determinują dochody osiągane przez gospodarstwa i ich pozycję w rozkładzie dochodów. W szczególności gospodarstwa z dwiema (lub więcej) osobami pracującymi (zwłaszcza w pełnym wymiarze etatu) zazwyczaj charakteryzują się wyższymi dochodami niż gospodarstwa z jedną osobą pracującą lub gospodarstwa bez osób pracujących (Salverda i in., 2014). Wśród osób w wieku 50 lub więcej lat proporcje pomiędzy osobami pracującymi a niepracującymi są jednak inne niż w populacji w wieku produkcyjnym – dużo mniej osób pracuje, a dużo więcej otrzymuje świadczenia społeczne, przede wszystkim emerytury. Wzorce aktywności zawodowej osób starszych są w poszczególnych krajach różne, podobnie jak systemy emerytalne i oferowane przez nie wysokości świadczeń i stopy zastąpienia. Ilustruje to wykres 5.1. W takich krajach jak Szwecja czy Niemcy przeciętny wiek opuszczania rynku pracy jest wyższy a stopy zastąpienia w systemie emerytalnym niższe, niż w takich krajach jak Grecja, Hiszpania czy Francja. Polska w tej grupie wyróżnia się zarówno niskim wiekiem opuszczania rynku pracy (wyższym tylko od tego w Grecji), jak i niskimi stopami zastąpienia w systemie emerytalnym (wyższymi tylko od tych w Niemczech). Można się więc spodziewać, że relacje pomiędzy aktywnością zawodową, dochodami i warunkami materialnymi mogą być w poszczególnych krajach nieco inne.

Równocześnie, osoby starsze mają mniejszą zdolność reagowania na szoki poprzez zwiększenie podaży pracy i podjęcie nowej bądź dodatkowej pracy. Z drugiej strony, osoby starsze często stoją wobec konieczności ponoszenia niezbędnych wydatków związanych z ochroną zdrowia, przez co ich

¹⁹ Rozdział stanowi skróconą wersję Analizy i Raportu Uzupełniającego Nr 5: Lewandowski i Sałach (2017), który dostępny jest na stronie internetowej projektu SHARE: www.share50plus.pl.

efektywny poziom życia może być niższy niż można sądzić na podstawie osiąganych przez nie dochodów. Z tego powodu w niniejszym rozdziale uwagę poświęcamy zarówno dochodom i ubóstwu wśród osób w wieku 50 i więcej lat, jak i subiektywnemu postrzeganiu sytuacji materialnej i różnym wymiarom deprivacji. W pierwszej części rozdziału staramy się odpowiedzieć na pytania, w jaki sposób aktywność zawodowa członków gospodarstw domowych i źródła ich dochodów wiązały się z relatywną pozycją dochodową gospodarstw. W drugiej części omawiamy skalę i korelaty różnych typów ubóstwa: dochodowego, majątkowego i subiektywnego. W trzeciej części skupiamy się na kilku miarach deprivacji materialnej, ich powiązaniach z ubóstwem dochodowym oraz wzorcami aktywności zawodowej gospodarstw domowych. Rozdział zamyka podsumowanie.

Wykres 5.1 | Efektywny wiek opuszczania rynku pracy i stopy zastąpienia (brutto) w systemach emerytalnych wybranych krajów europejskich



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z 2015 r. Eurostat i OECD.

5.1 Aktywność na rynku pracy a dochody

Ogólne wzorce, zgodnie z którymi gospodarstwa pracujące częściej uzyskują relatywnie wysokie dochody niż gospodarstwa niepracujące, występują także w populacji objętej badaniem SHARE. Analizując dochody posługujemy się dochodem ekwiwalentnym, czyli dochodem przypadającym na osobę w gospodarstwie domowym porównywalnym pomiędzy gospodarstwami o różnym składzie osobowym

dzięki zastosowaniu skali ekwiwalentności.²⁰ W analizach wykorzystano dochód miesięczny netto. Szczegółowy opis zmiennej dochodowej znajduje się w załączniku 1 w Lewandowski i Sałach (2017).

We wszystkich krajach z wyjątkiem Polski i Grecji w rundzie szóstej (2015 r.) odsetek gospodarstw domowych z dwiema osobami pracującymi był coraz wyższy w każdym kolejnym kwintylu rozkładu dochodów ekwiwalentnych, zwłaszcza powyżej mediany. Oznacza to, że gospodarstwa z dwiema osobami pracującymi były bardziej niż inne typy gospodarstw skoncentrowane wśród 40%, a nawet 20% osób o najwyższych dochodach (wykres 5.2). Prawdopodobnie ta najbardziej wyraźna była w Szwecji i Niemczech. W Polsce nie była ona jednak widoczna z dwóch względów. Po pierwsze, w rundzie drugiej (lata 2006-2007) bardzo mały (i mniejszy niż w pozostałych krajach) odsetek osób w wieku co najmniej 50 lat zamieszkiwał gospodarstwa z dwiema osobami pracującymi. Po drugie, wzrost tego odsetka między latami 2006-2007 a 2015 r. wiązał się ze wzrostem udziału tego typu gospodarstw wśród 40% osób o najniższych dochodach. Oznacza to, że rosnące zatrudnienie osób starszych w okresie od lat 2006-2007 do 2015 roku w dużej mierze dotyczyło osób w gospodarstwach domowych o dochodach poniżej mediany. Można przypuszczać, że w latach 2006-2007 osoby starsze o relatywnie niskich dochodach wcześniej opuszczały rynek pracy niż w 2015 roku, co z kolei można wiązać z ograniczeniem dostępności wcześniejszych emerytur oraz podnoszeniem wieku emerytalnego w latach 2013-2015.

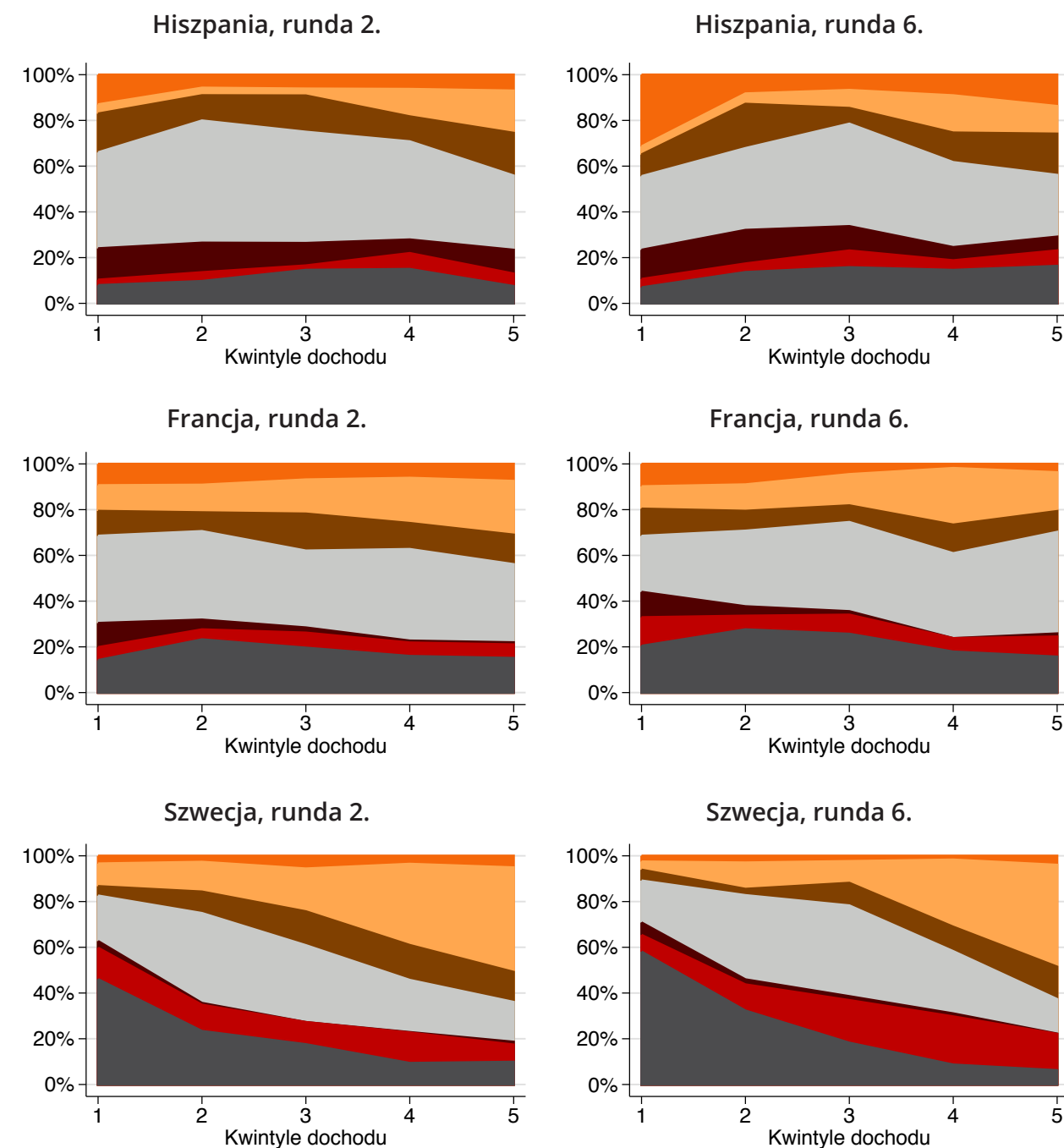
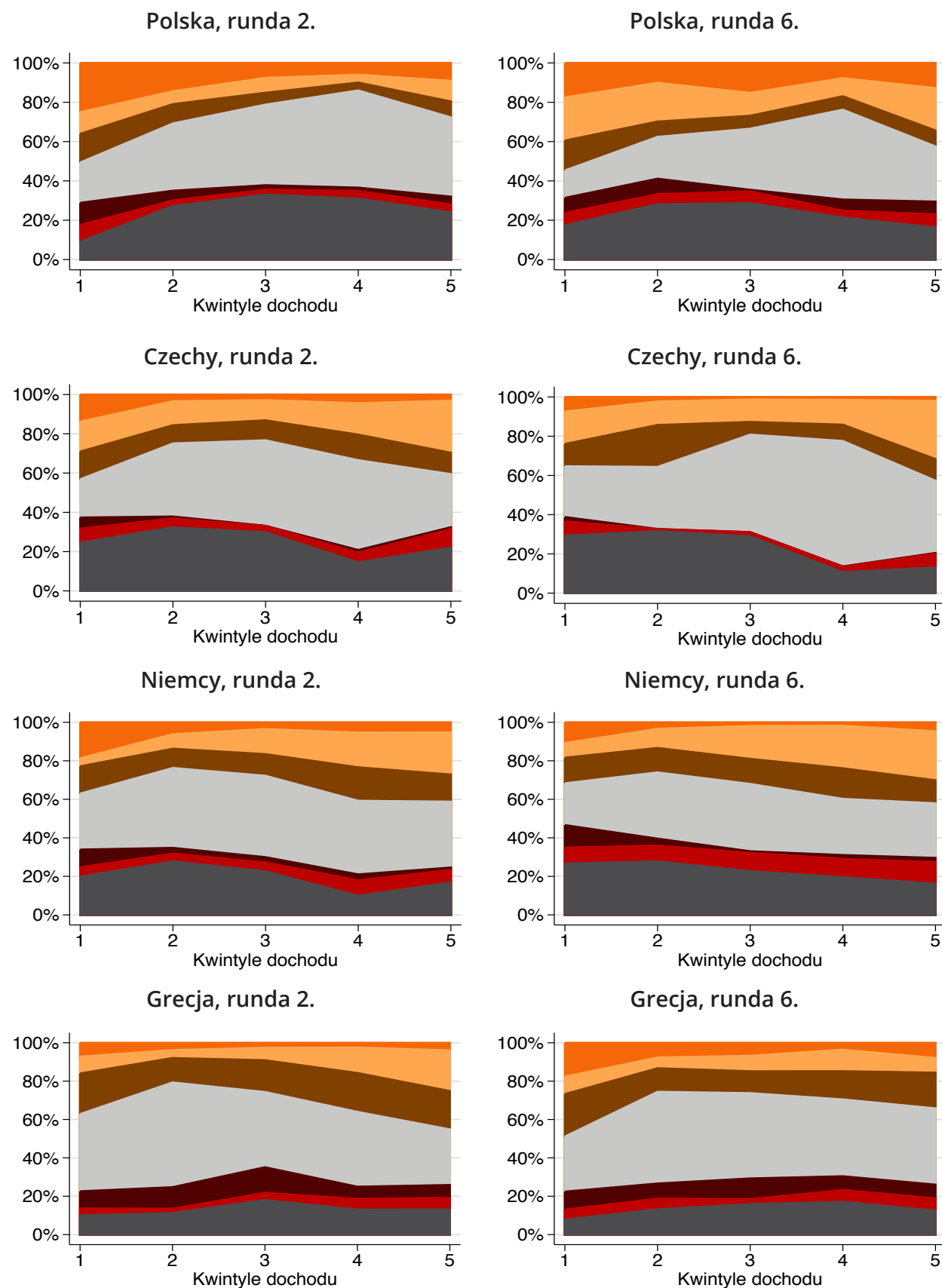
W większości rozważanych krajów dwuosobowe gospodarstwa emeryckie (dwie osoby na emeryturze lub jedna osoba na emeryturze, a druga niepracująca z innych względów) były skoncentrowane w środku rozkładu dochodów ekwiwalentnych, a jednoosobowe gospodarstwa emerytów poniżej mediany. Polska ponownie różniła się w tym względzie od innych krajów – dwuosobowe gospodarstwa emeryckie częściej osiągały dochody powyżej mediany, a jednoosobowe gospodarstwa emerytów były skoncentrowane w środku rozkładu dochodów. W porównaniu do innych krajów dochody emerytów w Polsce były więc na tle dochodów pracujących osób w wieku 50+ stosunkowo wysokie.

Zależność pomiędzy sytuacją zawodową gospodarstwa domowego a wysokością dochodu potwierdzają wyniki regresji przedstawione w tabeli 5.1. We wszystkich krajach mieszkające samotnie osoby niepracujące (bezrobotne, bierne zawodowo z powodu trwałej choroby, zajmujące się domem), przy wszystkich pozostałych charakterystykach takich samych, posiadały dochody ekwiwalentne od o 40% (Francja) do o 10% (Hiszpania i Grecja) niższe od dochodów osób w dwuosobowych gospodarstwach emeryckich. Emeryci zamieszkujący samotnie również uzyskiwali dochody niższe niż emeryci mieszkający z partnerem (w tych krajach, w których różnica pomiędzy tymi dwiema grupami okazała się istotna statystycznie, czyli wszędzie poza Grecją oraz Hiszpanią, jedynym krajem, dla którego efekt okazał się odwrotny).

W Polsce i w Grecji różnica pomiędzy dochodami osób pracujących – zarówno zamieszkujących samotnie, jak i z partnerem, a dochodami osób w dwuosobowych gospodarstwach emeryckich okazała się nieistotna statystycznie. Potwierdza to wniosek płynący z wykresu 5.2 – tylko w tych dwóch krajach pracujący w wieku 50+ nie wykazywali systematycznie istotnie wyższych dochodów niż emeryci. W pozostałych krajach osoby pracujące uzyskiwały wyższe dochody niż emeryci o podobnych charakterystykach. Lepiej też wiodło się pracującym zamieszkującym z partnerem niż samodzielnie.

²⁰ Stosujemy skalę ekwiwalentności OECD, która pierwszej osobie dorosłej w gospodarstwie domowym przypisuje wartość 1, każdej następnej osobie po 14 roku życia wartość 0,5, a każdemu dziecku poniżej 14 roku życia – wartość 0,3.

Wykres 5.2 | Aktywność gospodarstwa domowego na rynku pracy a pozycja gospodarstwa w rozkładzie dochodów w rundzie 2. (I. 2006-2007) i rundzie 6. (2015 r.)



- 1 os. lub 2 os.: inne
- 2 os.: dwoje zatrudnionych
- 2 os.: jeden zatrudniony
- 2 os.: dwoje emerytów lub emeryt i inny (niezatrudniony)
- 1 os.: bez pracy
- 1 os.: zatrudniony
- 1 os.: emeryt

Uwagi: dane dochodowe skorygowane o strukturę wieku.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (I. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

Tabela 5.1 | Korelaty wysokości dochodu

	Polska	Czechy	Niemcy	Grecja	Hiszpania	Francja	Szwecja
Grupa wieku (kat. odn.: 80 i więcej lat)							
- [50; 55)	-0,3***	-0,1***	-0,1***	-0,1***	-0,2***	-0,2***	0,003
- [55; 60)	-0,2***	-0,05*	-0,1***	-0,08*	-0,1***	-0,02	0,1***
- [60; 65)	-0,1**	-0,02	-0,08**	0,02	-0,04	0,01	0,1***
- [65; 70)	-0,04	0,02	-0,03	0,006	0,07***	-0,01	0,1***
- [70; 75)	-0,03	-0,003	-0,04	0,05	0,06**	0,05	0,06***
- [75; 80)	-0,03	0,03**	-0,04	0,01	0,05**	0,006	0,04**
Płeć: kobieta	0,02	0,01	0,03***	0,01	0,02**	-0,02*	-0,03***
Liczba lat edukacji	0,05***	0,02***	0,03***	0,03***	0,02***	0,03***	0,02***
Sytuacja zawodowa gospodarstwa domowego (kat. odn.: 2 os.: dwoje emerytów lub emeryt i inny):							
- 1 os.: emeryt	-0,2***	-0,2***	-0,09***	0,02	0,04**	-0,09***	-0,2***
- 1 os.: zatrudniony	0,009	0,04	0,06*	0,06	0,2***	-0,1**	0,05
- 1 os.: bez pracy	-0,3**	-0,2***	-0,3***	-0,09***	-0,1***	-0,4***	-0,3***
- 2 os.: jeden zatrudniony	0,02	0,08***	0,06*	0,05	0,2***	-0,001	0,09***
- 2 os.: dwoje zatrudnionych	0,1	0,2***	0,2***	0,07	0,4***	0,1***	0,2***
- 1 os. lub 2 os.: inne	-0,2***	-0,1**	-0,2***	-0,2***	-0,2***	-0,2***	-0,04
Samoocena stanu zdrowia (kat. odn.: dobre):							
- Doskonałe	0,30**	0,04	0,06*	0,04	-0,02	0,07*	0,06***
- Bardzo dobre	0,05	0,03**	0,07***	0,05**	-0,01	0,05**	0,06***
- Słabe	-0,007	-0,03**	-0,09***	-0,03	-0,06***	-0,07***	-0,04***
- Złe	-0,07*	-0,07***	-0,2***	0,04	-0,09***	-0,1***	-0,1***
Liczba obserwacji	1401	3736	3324	3605	4098	3007	2811
R ²	0,144	0,174	0,179	0,108	0,152	0,166	0,326

Uwagi: regresje liniowe ze stałą,*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1; uwzględniona zmienna dochodowa to logarytm naturalny z miesięcznego dochodu ekwiwalentnego netto; ze względu na wysoką nieliniowość z próby został wykluczony najwyższy decyl rozkładu dochodów w każdym kraju.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

W każdym z analizowanych krajów kapitał ludzki wyrażony liczbą lat edukacji był pozytywnie skorelowany z wysokością dochodu (tabela 5.1). Z drugiej strony, we wszystkich krajach z wyjątkiem Grecji zła albo bardzo zła samoocena stanu zdrowia była istotnie i negatywnie skorelowana z wysokością dochodu (w odniesieniu do osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry). Natomiast tylko

w Niemczech i w Szwecji dochody osób oceniających swoje zdrowie jako doskonałe lub bardzo dobre były istotnie wyższe niż dochody osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry. Zły stan zdrowia był więc powszechnie występującym korelatem niskich dochodów, co jest wynikiem znanym już w literaturze (np. Huisman i in., 2003). W kolejnej części pokazujemy, że był on też powszechnym korelatem różnych wymiarów ubóstwa. Nie rozstrzygamy w tym miejscu o kierunku zależności: zły stan zdrowia może powodować ograniczenia w pracy zarobkowej i tym samym wpływać na obniżenie dochodów, ale także niskie dochody mogą negatywnie wpływać na zdrowie, na przykład poprzez ograniczony dostęp do wyższej jakości opieki zdrowotnej i środków medycznych. To samo pytanie – o kierunek zależności pomiędzy różnymi aspektami złej sytuacji materialnej a złym stanem zdrowia – pojawi się w niniejszej części rozdziału jeszcze kilkukrotnie.

We wszystkich krajach gospodarstwa emeryckie były przeciętnie starsze od gospodarstw pracowniczych. Z wyjątkiem Szwecji i Hiszpanii, wiek jako taki nie był powszechnie istotnym korelatem poziomu dochodu (tabela 5.1), ale w ramach pewnych typów gospodarstw domowych występowały zależności między wiekiem członków gospodarstwa a poziomem dochodu (wykres 5.3 w Lewandowski i Sałach, 2017). W Polsce wśród gospodarstw domowych z jednym bądź dwojgiem emerytów wraz ze wzrostem dochodów rósł średni wiek członków gospodarstw. Tendencja ta była silna w latach 2006-2007, ale słabsza w roku 2015. Przypuszczalnie zmiana ta wiązała się z wycofywaniem wcześniejszych emerytur, czyli spadkiem liczby osób relatywnie młodych (kobiet przed 60. rokiem życia oraz mężczyzn przed 65. rokiem życia), które otrzymywały relatywnie niskie świadczenia. Przypuszczenie to potwierdza też przeciętnie wyższy wiek emerytów w 2015 roku w Polsce i spadek liczby emerytów poniżej 60. roku życia i o niskim dochodzie.

To samo zjawisko – wyższy średni wiek w kolejnych kwintylach rozkładu dochodów dla gospodarstw emeryckich – można zaobserwować w Czechach zarówno w latach 2006-2007, jak i w roku 2015. Z drugiej strony, Szwecja była jedynym krajem, w którym wśród dwuosobowych gospodarstw emeryckich występowała odwrotna zależność – im niższy przeciętny wiek, tym wyższy dochód (wykres 5.3 w Lewandowski i Sałach, 2017). Na zależność tę wskazują także wyniki modelu regresji (tabela 5.1). Wskazuje to, że kolejne kohorty przechodzące na emeryturę otrzymywały coraz wyższe świadczenia. W Hiszpanii podobna zależność występowała wśród jednoosobowych gospodarstw emeryckich w latach 2006-2007, ale uległa osłabieniu w roku 2015. W innych krajach tak wyraźne relacje dochodu i wieku w ramach gospodarstw emeryckich nie występowały. Wśród gospodarstw pracujących w szeregu krajów (Czechy, Niemcy, Francja, Szwecja) występowała dodatnia zależność między średnim wiekiem a pozycją w rozkładzie dochodów. Co warto podkreślić, może ona wynikać z autoselekcji osób do zatrudnienia polegającej na tym, że osoby lepiej zarabiające decydowały się pozostawać na rynku pracy dłużej.

5.2 Ubóstwo wśród osób starszych w badaniu SHARE

5.2.1 Ubóstwo dochodowe

Próg ubóstwa dochodowego definiujemy jako 60% mediany dochodów ekwiwalentnych w populacji ogółem – jest to powszechnie przyjęta definicja w badaniach nad ubóstwem w Unii Europejskiej. Ponieważ badanie SHARE jest reprezentatywne jedynie dla osób po 50. roku życia, wykorzystujemy progi ubóstwa dla odpowiednich lat obliczone przez Eurostat na podstawie danych badania EU-SILC.

Stopa ubóstwa dochodowego wśród osób po 50. roku życia w Polsce należała do najwyższych wśród analizowanych krajów. W 2015 roku 27% osób po 50. roku życia w Polsce dotkniętych było ubóstwem dochodowym. Wyższy odsetek zanotowano jedynie w Hiszpanii (29,5%; wykres 5.3). Można jednak zauważyć poprawę w stosunku do lat 2006-2007 oraz 2011-2012 – wówczas 30% osób po 50. roku życia w Polsce doświadczało ubóstwa dochodowego, a w Hiszpanii w tamtych latach stopa ubóstwa wśród osób 50+ była jeszcze wyższa. Jedynym krajem oprócz Polski, w którym również nastąpił spadek ubóstwa dochodowego wśród osób po 50. roku życia była Grecja. Znaczący spadek odsetka ubogich wśród osób w wieku 50+ w Grecji (z 23% do 12%) można przypuszczalnie przypisać temu, że kryzys gospodarczy w tym kraju w większym stopniu dotknął osoby w wieku produkcyjnym niż emerytów.²¹ W większości pozostałych rozpatrywanych krajów zaobserwowano trend wzrostowy – dla przykładu we Francji odsetek osób ubogich dochodowo pomiędzy drugą a szóstą rundą badania SHARE wzrósł o 11 pkt. proc., a w Szwecji o 8 pkt. proc. W efekcie zróżnicowanie stóp ubóstwa pomiędzy rozważanymi krajami zmniejszyło się między drugą a szóstą rundą badania, choć pozostało zauważalne. Do kwestii tej wracamy niżej analizując odpływy z ubóstwa i napływy do niego.

Kapitał ludzki (wyrażony przez liczbę lat edukacji) oraz status na rynku pracy były kluczowymi korelatami ubóstwa dochodowego we wszystkich analizowanych krajach (tabela 5.2). Każdy dodatkowy rok edukacji był istotnie i negatywnie powiązany z ryzykiem ubóstwa dochodowego osób po 50. roku życia. Osoby pracujące miały istotnie niższe, a osoby bezrobotne istotnie wyższe ryzyko ubóstwa dochodowego niż emeryci (o identycznych innych charakterystykach indywidualnych). Ważnym wyjątkiem była Grecja, jedyny kraj w którym osoby pracujące miały większe ryzyko zagrożenia ubóstwem dochodowym niż emeryci (iloraz szans równy 1,5). Obserwacja ta jest zgodna z wcześniejszym przypuszczeniem, że stopa relatywnego ubóstwa dochodowego wśród osób starszych w Grecji w 2015 roku była dość niska, ponieważ osoby w wieku produkcyjnym były we względnie gorszej sytuacji niż emeryci. Poza tym, jedynie w Polsce i we Francji różnica pomiędzy pracującymi a emerytami okazała się nieistotna statystycznie. Jest to kolejna przesłanka wskazująca, że różnice między dochodami emerytów i pracujących osób po 50. roku życia były w Polsce raczej niewielkie, a na pewno mniej wyraźne niż w innych analizowanych krajach.

Sytuacja zawodowa partnera równie często co sytuacja respondenta korelowała z ryzykiem ubóstwa dochodowego. Posiadanie partnera bezrobotnego, przewlekłe chorego lub zajmującego się domem w większości krajów zwiększało ryzyko ubóstwa dochodowego od dwu- do nawet ośmiokrotnie bardziej niż posiadanie partnera-emeryta. Osoby zamieszkujące samotnie w większości krajów również były bardziej narażone na ubóstwo dochodowe niż osoby z partnerem-emerytem, jednak różnica nie była aż tak znaczna. Kluczowym aspektem charakteryzującym gospodarstwa nieubogie było więc we wszystkich krajach występowanie dwóch osób osiągających stałe dochody – zwłaszcza z pracy, ale także z emerytury.

Zły stan zdrowia również korelował istotnie z zagrożeniem ubóstwem dochodowym – osoby negatywnie oceniające swoje zdrowie miały niemal dwukrotnie wyższe ryzyko popadnięcia w ubóstwo dochodowe (Niemcy, Szwecja). Tak jak wspomniano w części 5.1., na podstawie danych SHARE nie można rozstrzygnąć o kierunku przyczynowości – zły stan zdrowia może być zarówno przyczyną ubóstwa dochodowego, jeśli utrudnia uzyskanie dochodów wystarczających do uniknięcia ubóstwa, ale może też być efektem ubóstwa, jeśli trudne warunki

materialne prowadzą do problemów zdrowotnych. Korelacje te wskazują jednak, że osoby starsze w złym stanie zdrowia są w szczególnie trudnej sytuacji, gdyż niskie dochody mogą pogłębiać problemy z ponoszeniem wydatków związanych z ochroną zdrowia – tym wymiarem deprywacji zajmujemy się w części 5.3.

Tabela 5.2 | Korelaty ubóstwa dochodowego (ilorazy szans)

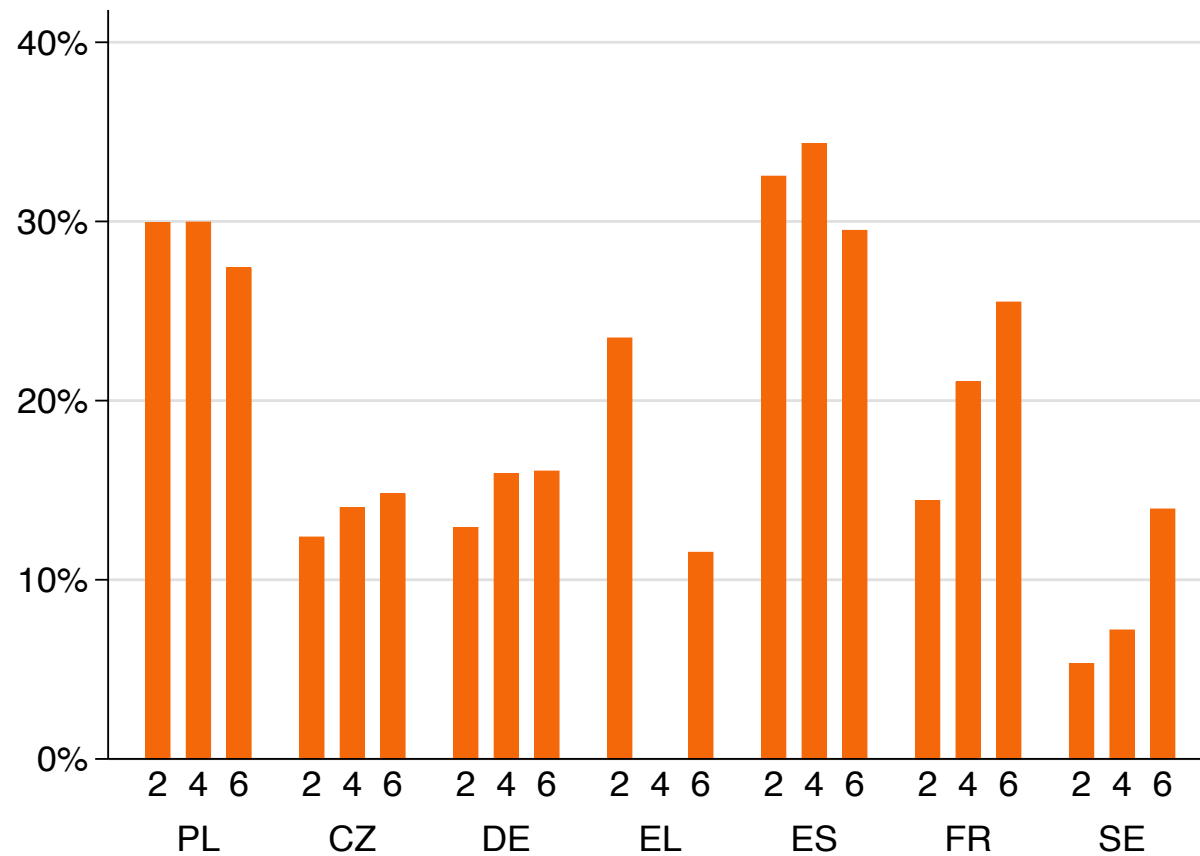
	Polska	Czechy	Niemcy	Grecja	Hiszpania	Francja	Szwecja
Grupa wieku (kat. odn.: 80 i więcej lat)							
- [50; 55)	1,60	3,98***	2,62***	0,93	1,02	1,94***	0,99
- [55; 60)	1,55	2,11***	2,11***	1,27	0,90	1,03	0,55
- [60; 65)	1,51	1,42*	1,87***	0,99	0,82	1,04	0,44***
- [65; 70)	1,17	1,14	1,65**	1,00	0,70***	1,17	0,56***
- [70; 75)	1,23	1,17	1,55**	0,69	0,90	0,84	0,69**
- [75; 80)	1,17	0,89	1,41*	0,99	0,85	0,87	0,78
Płeć: kobieta	1,09	0,99	1,01	1,36***	0,99	1,08	1,37***
Liczba lat edukacji	0,85***	0,91***	0,91***	0,91***	0,94***	0,89***	0,90***
Sytuacja zawodowa (kat. odn.: emeryt):							
- Pracujący	0,74	0,48***	0,52***	1,48**	0,68***	0,85	0,31***
- Bezrobotny	1,30	1,39	3,88***	2,86***	3,50***	2,16***	2,29
- Przewlekłe chory	1,28	1,49	1,20	1,99**	1,72***	1,53	1,06
- Zajmuje się domem	2,38**	1,01	1,75***	1,53***	2,85***	2,68***	1,16
- Inna	0,82	1,67	0,62	0,83	2,09***	1,47	0,58
Sytuacja zawodowa partnera (kat. odn.: partner - emeryt):							
- Pracujący	1,35	0,68*	0,70**	1,42**	0,61***	0,78*	0,78
- Bezrobotny	2,75***	2,93***	7,99***	4,89***	2,97***	1,65	2,32
- Przewlekłe chory	2,06**	2,60**	2,01**	2,32*	2,07***	1,54	2,07
- Zajmuje się domem	3,64***	3,79	2,25***	2,17***	3,41***	2,67***	-
- Inna	0,70	2,06	0,76	2,85**	3,40***	1,55	-
- Nie ma partnera	1,43**	2,36***	1,57***	0,94	0,98	1,53***	3,45***
Samoocena stanu zdrowia (kat. odn.: dobre):							
- Doskonałe	0,31	0,82	0,80	1,28	1,33	0,74	0,67**
- Bardzo dobre	0,83	0,77	0,63**	0,95	1,02	0,82	0,78*
- Słabe	1,10	1,13	1,49***	1,12	1,29***	1,31***	1,18
- Złe	1,37*	1,67***	1,86***	0,91	1,51***	1,66***	1,85***
Liczba obserwacji	1773	4555	3853	4620	5214	3544	3225
Pseudo-R ²	0,065	0,070	0,11	0,058	0,11	0,077	0,17

Uwagi: regresje logistyczne ze stałą, ilorazy szans, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1; kategoria „sytuacja zawodowa – inna” obejmuje osoby utrzymujące się z dochodów z kapitału, z nieruchomości, studentów i osoby pracujące jako wolontariusze.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

²¹ Wykres 5.3 pokazuje zmianę relatywnego ubóstwa dochodowego osób po 50. roku życia. SHARE nie pokazuje jednak jak zmieniła się w tym czasie sytuacja osób młodszych. Ubóstwo dochodowe w Grecji generalnie wzrosło w latach 2006-2015, jednak sytuacja pokolenia 50+ na tle młodszych grup wieku uległa poprawie.

Wykres 5.3 | Odsetek osób ubogich dochodowo w rundach 2., 4. i 6. badania SHARE



Uwagi: dane dochodowe skorygowane o strukturę wieku.

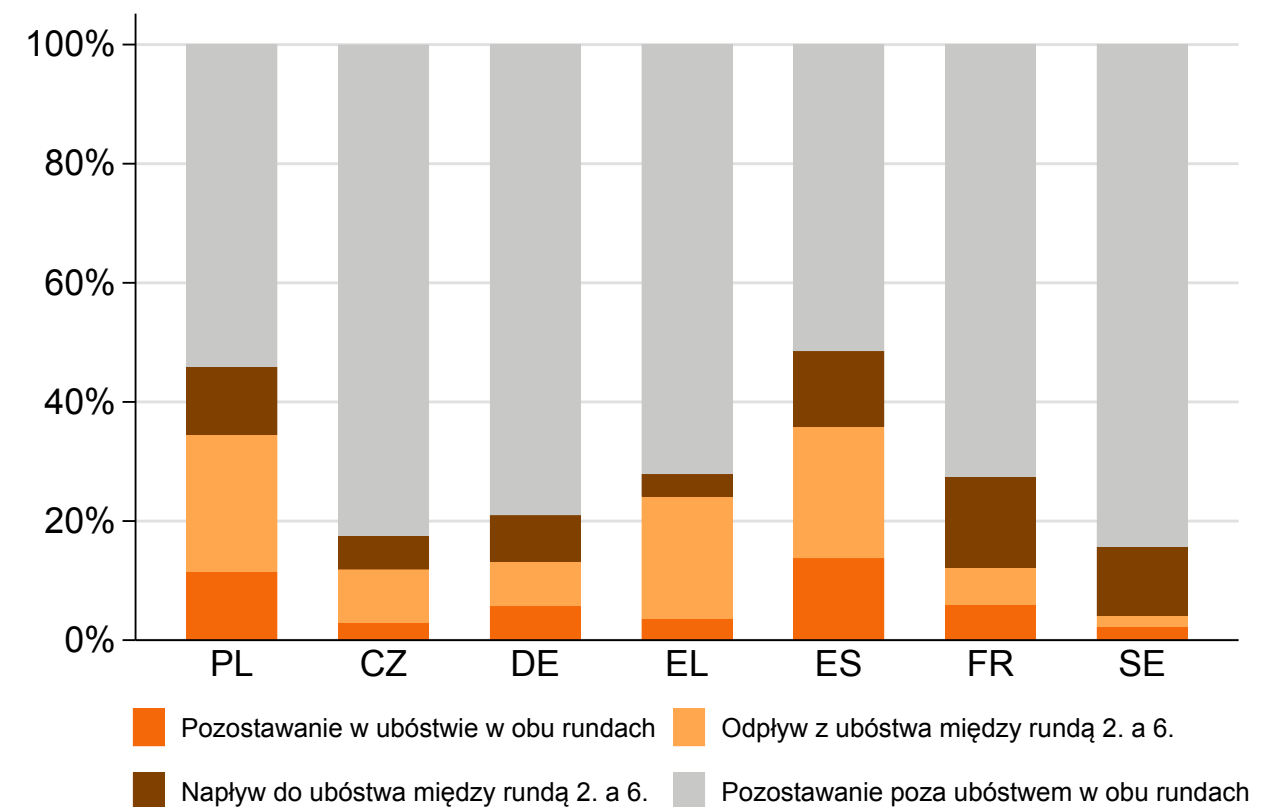
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012) i 6. (2015 r.).

Trwałość ubóstwa dochodowego osób starszych była umiarkowana (wykres 5.4). Ponad połowa osób ubogich dochodowo w okresie 2006-2007 nie była uboga w roku 2015 we wszystkich analizowanych krajach z wyjątkiem Szwecji, która wykazywała się jednak najniższymi stopami ubóstwa w obu okresach, oraz Francji, gdzie stopa ubóstwa w pokoleniu 50+ zauważalnie wzrosła. Najwyższy odsetek osób pozostających w ubóstwie odnotowały Polska i Hiszpania, choć równocześnie w tych samych krajach wystąpiły największe odpływy z ubóstwa (ponad 20% populacji w wieku ponad 50 lat przestała być uboga między latami 2006-2007 a rokiem 2015). Niemniej jednak, Polska i Hiszpania były jedynymi krajami, gdzie odsetek osób, które ani razu nie doświadczyły ubóstwa tylko nieznacznie przekraczał 50%. W pozostałych krajach odsetki te przekraczały 70%, a nawet 80% (Czechy, Szwecja).

Kluczowy korelat poziomu dochodów – liczba lat edukacji, był także istotnym korelatem ryzyka napływu do ubóstwa osób, które w drugiej rundzie badania SHARE ubogie nie były. We wszystkich krajach z wyjątkiem Grecji, wyższa liczba lat edukacji była istotnie i negatywnie skorelowana z ryzykiem napływu do ubóstwa (tabela 5.3 w Lewandowski i Sałach 2017). W porównaniu do osób pozostających na emeryturze, pozostawanie w zatrudnieniu obniżało ryzyko przejścia do ubóstwa dochodowego jedynie w Czechach i Szwecji, czyli krajach o najniższych stopach ubóstwa. W Grecji, Hiszpanii i Francji z przepływami do ubóstwa istotnie skorelowane było nieposiadanie w roku 2015 stabilnego źródła

dochodu takiego jak praca lub emerytura – w szczególności dotyczyło to osób zajmujących się domem w obu okresach. Ponadto, w Polsce, Czechach i Grecji istotnie wyższe ryzyko napływu do ubóstwa miały osoby w wieku 50-59 lat (w Grecji 50-64), co potwierdza wcześniejsze spostrzeżenia o niskich dochodach względnie młodych emerytów w tych krajach, a w przypadku Grecji potwierdza także silny wpływ kryzysu gospodarczego na sytuację osób w wieku produkcyjnym.

Wykres 5.4 | Struktura populacji według przepływów z i do ubóstwa dochodowego pomiędzy rundami 2. i 6. badania SHARE (% populacji ogółem)



Uwagi: dane dochodowe skorygowane o strukturę wieku.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

Co ciekawe, przy wychodzeniu z ubóstwa dochodowego pomiędzy rundą 2. a 6. badania SHARE liczba lat edukacji nie miała już tak dużego znaczenia (tabela 5.4 w Lewandowski i Sałach 2017). Jedynie w Polsce, Czechach i Niemczech osoby lepiej wykształcone miały nieco większą szansę wyjścia z ubóstwa. Sytuacja osób stale zajmujących się domem była jednak podobna – tak jak w niektórych krajach osoby te miały wyższe ryzyko stania się ubogimi dochodowo, tak samo w niektórych krajach (Polsce, Grecji, Hiszpanii i Szwecji) trudniej było im wyjść z ubóstwa.

5.2.2 Ubóstwo majątkowe

Drugim kluczowym wymiarem ubóstwa jest posiadanie niskiego majątku lub nieposiadanie go wcale. Brak aktywów może być szczególnie dotkliwy wśród osób starszych, które stoją wobec ryzyka niespodziewanych wydatków związanych ze zdrowiem (Christelis i in., 2008).

Ubóstwo majątkowe definiujemy jako dolny tercyl rozkładu majątków w próbie (Adena i Myck, 2014), to znaczy, że za ubogie majątkowo uznajemy osoby, które zamieszkują gospodarstwa domowe posiadające majątek mniejszy niż majątek pozostałych 2/3 osób w danym kraju i danej rundzie badania SHARE. Analizujemy osobno aktywa finansowe brutto i aktywa niefinansowe, do których zaliczamy nieruchomości, samochody i posiadanie własnej firmy. Wiele osób badanych w SHARE nie posiada żadnych aktywów finansowych. Dlatego, jeśli w danym kraju i danej rundzie jest takich osób więcej niż 1/3, to za ubogie majątkowo uznajemy wszystkie osoby o zerowych aktywach finansowych (ich liczba przekracza wówczas tercyl).

Korelaty ubóstwa majątkowego są podobne do korelatów ubóstwa dochodowego. Wyższa liczba lat edukacji wiązała się z niższym ryzykiem obu wymiarów ubóstwa majątkowego (tabele 5.3-5.4). Zarówno w przypadku ubóstwa majątkowego będącego przejawem nieposiadania aktywów finansowych, jak i niefinansowych, silnie zaznaczała się sytuacja osób bezrobotnych w porównaniu z emerytami – w Niemczech osoby bezrobotne miały cztero-, pięciokrotnie większe ryzyko ubóstwa majątkowego niż emeryci o podobnych innych charakterystykach. W pozostałych krajach (poza Szwecją) ryzyko to było dwu- lub trzykrotnie większe. Z drugiej strony, tylko w kilku krajach osoby pracujące wykazywały niższe ryzyko ubóstwa majątkowego niż emeryci, szczególnie w rozumieniu aktywów finansowych. Ubóstwo majątkowe osób starszych jawi się więc jako pochodna niskich dochodów w cyklu życia – zarówno w wymiarze finansowym, jak i niefinansowym, charakteryzowało osoby słabiej wykształcone, czyli osiągające z reguły niższe dochody z pracy w wieku produkcyjnym, a także doświadczające bezrobocia.

Zależności pomiędzy ryzykiem ubóstwa majątkowego, zwłaszcza finansowego, a wiekiem były zróżnicowane pomiędzy krajami. W Polsce i Czechach, osoby młodsze miały niższe ryzyko ubóstwa majątkowego (w Polsce w wymiarze finansowym, w Czechach w obu wymiarach). Można przypuszczać, że jest to związane z procesem transformacji gospodarczej – osoby, które w rundzie 6. były w wieku 50-59 lat, czy nawet 60-69 lat, były aktywne zawodowo w drugiej połowie lat 90. oraz w latach 2000. Mogły one więc skorzystać na wzroście płac w tym okresie i zgromadzić przeciętnie rzecz biorąc większe aktywa finansowe niż starsze kohorty, które przeszły na emeryturę lub wcześniejszą emeryturę w latach 90., czy na początku lat 2000. Dla kontrastu, w Hiszpanii i Francji ryzyko ubóstwa majątkowego (zwłaszcza w ujęciu finansowym) było wyższe dla młodszych kohort. Dane SHARE nie pozwalają jednak rozstrzygnąć, jakie mogą być przyczyny takiego zjawiska, w szczególności do jakiego stopnia jest to efekt niższych dochodów w cyklu życia, niższych stóp oszczędności, czy niższych zwrotów z oszczędności, w porównaniu do starszych kohort we Francji i Hiszpanii. W pozostałych krajach różnice związane z wiekiem nie były istotne. We wszystkich krajach, w których różnica była istotna statystycznie, osoby oceniające swój stan zdrowia jako zły lub słaby, charakteryzowały się wyższym ryzykiem wystąpienia ubóstwa majątkowego (w obu wymiarach).

5.2.3 Ubóstwo subiektywne (wiązanie końca z końcem)

O ile wysokość dochodów i majątku są kluczowymi aspektami sytuacji materialnej, o tyle nie przekładają się one automatycznie na poziom życia. Obecnie w literaturze przedmiotu dominuje pogląd, że badania nad ubóstwem nie powinny opierać się wyłącznie na obiektywnie mierzalnych wartościach, takich jak dochody i majątki, ale powinny także uwzględniać subiektywne postrzeganie swojej sytuacji materialnej przez ankietowanych (np. Litwin i Sapir, 2009; Deaton, 2010, Adena i Myck, 2014; Ayllón i Fusco, 2017). Gospodarstwa domowe o podobnym poziomie dochodu i majątku mogą mieć zróżnicowane potrzeby wynikające np. z różnych warunków mieszkaniowych, wydatków związanych z dojazdami do pracy, stanem zdrowia lub

obecnością w gospodarstwie osób zależnych. Co prawda badanie SHARE nie pozwala na analizę wydatków gospodarstw domowych, ale umożliwia badanie subiektywnej oceny sytuacji materialnej, a konkretnie możliwości związania końca z końcem. Ten subiektywny aspekt sytuacji materialnej, w szczególności trudności z nią związanych, jest szczególnie ważny w przypadku osób starszych, które z jednej strony częściej stoją wobec konieczności ponoszenia wydatków związanych ze zdrowiem niż osoby w sile wieku, a z drugiej strony mają mniejsze możliwości zdobycia dodatkowych dochodów, np. poprzez podjęcie pracy (lub dodatkowej pracy; Cook i Settersten, 1995; Stoller i Stoller, 2003).

Tabela 5.3 | Wybrane korelaty ubóstwa majątkowego (aktywa finansowe brutto)

	Polska	Czechy	Niemcy	Grecja	Hiszpania	Francja	Szwecja
Grupa wieku (kat. odn.: 80 i więcej lat):							
- [50; 55)	0,52*	0,41***	1,46	1,12	1,68**	2,90***	2,77***
- [55; 60)	0,64	0,46***	0,88	1,05	1,43**	1,76***	1,04
- [60; 65)	0,42***	0,39***	0,79	1,2	1,26*	1,63***	1,31
- [65; 70)	0,48***	0,39***	1,25	1,1	1,24*	1,58***	0,99
- [70; 75)	0,68*	0,44***	1,15	1,05	1,06	1,15	1,08
- [75; 80)	0,85	0,60***	1,01	0,83	1,07	1,12	0,98
Liczba lat edukacji	0,85***	0,88***	0,94***	0,94***	0,96***	0,89***	0,93***
Ubogi dochodowo	1,56***	2,02***	3,53***	1,42***	1,81***	2,23***	2,86***
Sytuacja zawodowa (kat. odn.: emeryt):							
- Pracujący	0,61**	0,52***	0,92	1,14	0,94	0,94	0,66**
- Bezrobotny	2,39***	1,75**	4,76***	1,81***	1,87***	1,68*	0,96
- Przewlekłe chory	1,03	1,02	1,80**	1,28	1,62***	1,64*	1,06
- Zajmuje się domem	0,51*	0,49	0,69*	1,31***	1,12	0,99	0,42
- Inna	0,87	0,68	1,38	0,89	1,83***	0,67	2,17*
Sytuacja zawodowa partnera (kat. odn.: partner - emeryt):							
- Pracujący	0,56***	0,59***	0,69***	1,14	0,95	1,12	1
- Bezrobotny	1,44	2,47***	3,33***	1,60**	1,59**	1,41	1,61
- Przewlekłe chory	0,75	1,36	1,12	0,58	1,39	1,64	1,69
- Zajmuje się domem	0,57	1,36	0,58**	1,34***	1,11	1,39	0,74
- Inna	0,92	1,81	0,66	0,42**	2,40***	1,44	4,22***
- Nie ma partnera	1,72***	1,69***	2,14***	1,60***	1,47***	1,95***	2,61***
Liczba obserwacji	1773	4555	3853	4620	5214	3544	3249
Pseudo-R ²	0,17	0,13	0,15	0,029	0,052	0,098	0,13

Uwagi: regresje logistyczne ze stałą, ilorazy szans, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1; kategoria „sytuacja zawodowa – inna” obejmuje osoby utrzymujące się z dochodów z kapitału, z nieruchomości, studentów i osoby pracujące jako wolontariusze; pozostałe zmienne kontrolne uwzględnione w regresji: płeć, samoocena stanu zdrowia; pełne wyniki regresji dostępne w Lewandowski i Sałach (2017).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Tabela 5.4 | Wybrane korelaty ubóstwa majątkowego (aktywa niefinansowe)

	Polska	Czechy	Niemcy	Grecja	Hiszpania	Francja	Szwecja
Grupa wieku (kat. odn.: 80 i więcej lat):							
- [50; 55)	1,23	0,41***	0,86	1,92***	2,60***	2,13***	1,48
- [55; 60)	0,7	0,47***	0,60**	1,04	1,76***	1,3	0,64*
- [60; 65)	0,56**	0,39***	0,68**	0,96	1,2	1,04	0,88
- [65; 70)	0,68*	0,53***	0,82	1,01	1,16	1,1	0,61***
- [70; 75)	0,76	0,65***	0,84	1,17	1,12	0,87	0,70**
- [75; 80)	0,69*	0,83	0,93	0,99	1,02	1,19	0,74*
Liczba lat edukacji	0,89***	0,90***	0,93***	0,92***	0,94***	0,90***	0,93***
Ubogi dochodowo	1,25	1,60***	1,58***	1,18	1,91***	1,86***	2,31***
Sytuacja zawodowa (kat. odn.: emeryt):							
- Pracujący	0,63**	0,86	1,37**	1,16	0,73**	1,37*	0,95
- Bezrobotny	2,08***	2,60***	3,82***	1,89***	1,52**	2,98***	1,58
- Przewlekłe chory	1,12	2,78***	2,07***	1,57**	1,05	3,35***	1,48
- Zajmuje się domem	0,89	-	0,87	1,01	0,98	1,35	1,23
- Inna	1,17	2,30*	0,99	0,96	1,68***	0,89	0,63
Sytuacja zawodowa partnera (kat. odn.: partner - emeryt):							
- Pracujący	0,48***	0,61***	0,82*	0,86	0,73***	0,89	0,65***
- Bezrobotny	1,11	2,66***	1,76**	1,35	1,11	2,48***	1,14
- Przewlekłe chory	0,69	3,33***	1,27	1,47	0,97	2,44***	1,43
- Zajmuje się domem	0,63	-	0,71*	1,08	0,93	1,62**	1,44
- Inna	1,27	3,61***	0,46	1,51	1,64**	0,52	0,41
- Nie ma partnera	1,50***	2,11***	3,31***	2,13***	2,09***	4,22***	2,82***
Liczba obserwacji	1773	4541	3853	4620	5214	3544	3249
Pseudo-R ²	0,095	0,12	0,11	0,065	0,08	0,16	0,14

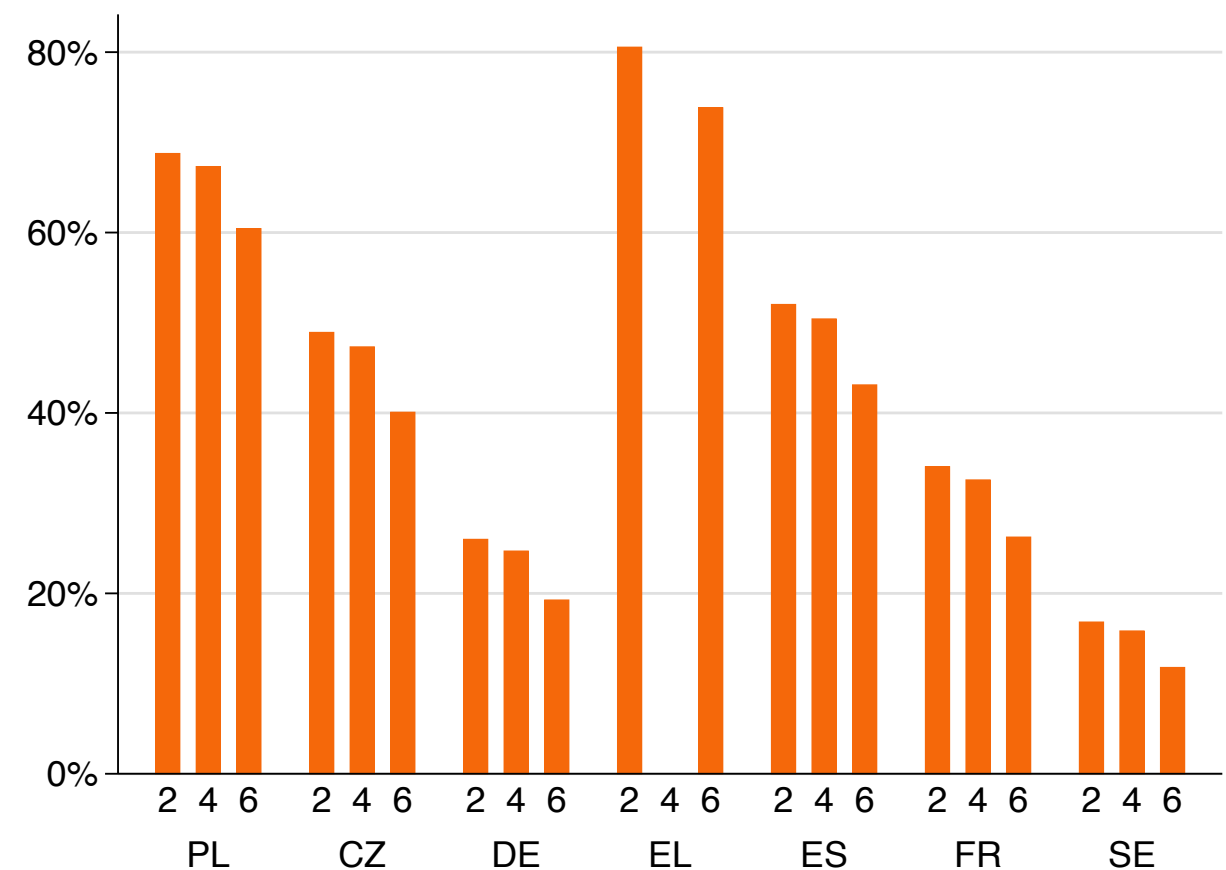
Uwagi: regresje logistyczne ze stałą, ilorazy szans, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1; kategoria „sytuacja zawodowa – inna” obejmuje osoby utrzymujące się z dochodów z kapitału, z nieruchomości, studentów i osoby pracujące jako wolontariusze; pozostałe zmienne kontrolne uwzględnione w regresji: płeć, samoocena stanu zdrowia; pełne wyniki regresji dostępne w Lewandowski i Sałach (2017).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Subiektywnie postrzegana sytuacja materialna poprawiała się z rundy na rundę we wszystkich krajach, choć międzynarodowe różnice odsetków respondentów deklarujących, że jest im trudno lub bardzo trudno łączyć koniec z końcem pozostały większe niż różnice stóp ubóstwa dochodowego.

W niektórych krajach w 2015 roku odsetek ten wciąż utrzymywał się na wysokim poziomie (wykres 5.5). W Polsce w 2015 roku aż 60% respondentów badania SHARE doświadczało trudności w łączeniu końca z końcem. Większy odsetek osób subiektywnie ubogich występował jedynie w Grecji (74%). W pozostałych krajach mniej niż co druga osoba deklarowała takie trudności – we Hiszpanii 43%, w Czechach 40%, we Francji 26%, w Niemczech 19% oraz w Szwecji 12%. Podkreślić należy także, że choć w każdym z krajów ten odsetek zmalał w stosunku do lat 2006-2007, to różnice pomiędzy krajami prawie nie zmniejszyły się – w latach 2006-2007 różnica w odsetku osób subiektywnie ubogich pomiędzy skrajnymi krajami, Grecją a Szwecją, wynosiła 64 pkt. proc., podczas gdy w 2015 roku – 62 pkt. proc.

Wykres 5.5 | Odsetek osób, którym trudno lub bardzo trudno jest łączyć koniec z końcem

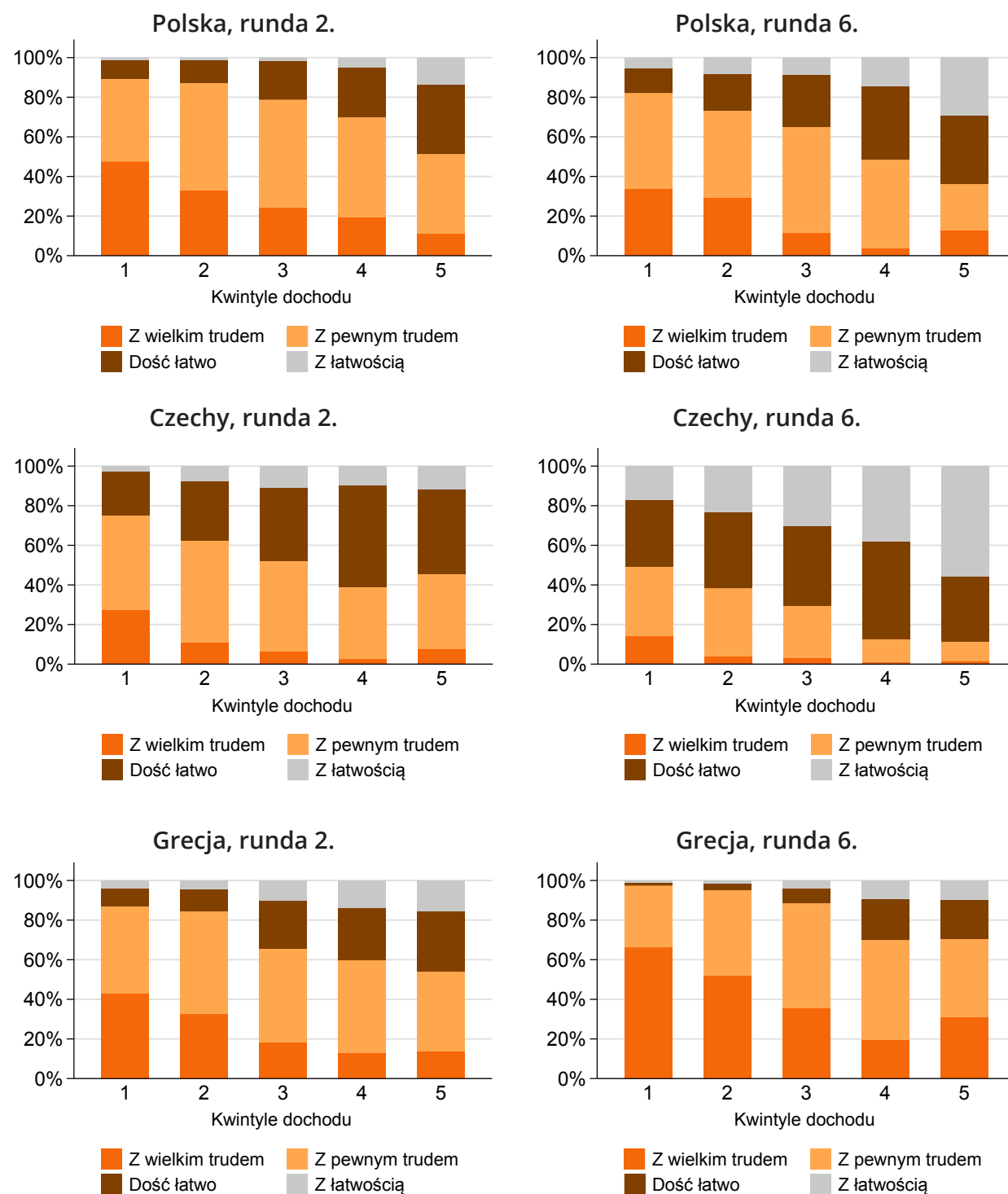


Uwagi: dane skorygowane o strukturę wieku.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012) i 6. (2015 r.).

Subiektywnie postrzegane ubóstwo było silnie skorelowane z występowaniem ubóstwa dochodowego, a także czynnikami związanymi z niskimi dochodami – liczbą lat edukacji respondenta, jego sytuacją zawodową, wiekiem, samooceną zdrowia (tabela 5.7 w Lewandowski i Sałach, 2017). Osoby ubogie dochodowo miały istotnie wyższe ryzyko ubóstwa subiektywnego niż osoby nieubogie dochodowo. Różnice były jakościowo znaczące, od dwukrotnie (Czechy, Polska) do pięciokrotnie (Niemcy, Szwecja) wyższego ryzyka doświadczenia trudności w łączeniu końca z końcem. We wszystkich krajach osoby oceniające swój stan zdrowia jako słaby lub zły miały istotnie, dwu- lub trzykrotnie większe ryzyko doświadczenia trudności materialnych niż osoby o dobrym zdrowiu.

Wykres 5.6 | Trudności w wiązaniu końca z końcem według kwintyli dochodu ekwiwalentnego w wybranych krajach w 2. i 6. rundzie badania SHARE



Uwagi: dane skorygowane o strukturę wieku.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (I. 2006-2007) i 6. (2015 r.).

Podobnie jak w przypadku wcześniej omawianych typów ubóstwa, wyższa liczba lat edukacji była we wszystkich krajach (oprócz Szwecji) istotnie i negatywnie związana z ryzykiem trudności wiązania

końca z końcem. Bezrobotni, w zależności od kraju, mieli od trzy- do nawet sześciokrotnie większe ryzyko ubóstwa subiektywnego niż emeryci. Najgorzej – na tle innych krajów – ich sytuacja wyglądała w Grecji, a najlepiej w Czechach, jednak i w tym kraju osoba bezrobotna miała prawie trzykrotnie wyższą szansę doświadczania trudności w wiązaniu końca z końcem niż emeryt. Istotna w doświadczaniu trudności w wiązaniu końca z końcem była też sytuacja zawodowa partnera – we wszystkich rozpatrywanych krajach posiadanie bezrobotnego partnera było związane z wyższym ryzykiem ubóstwa subiektywnego w stosunku do sytuacji, gdy partner był na emeryturze. We wszystkich krajach oprócz Polski i Czech, taki sam efekt wiązał się z posiadaniem partnera przewlekle chorego. Niestety badanie SHARE nie pozwala ocenić, czy ta różnica była związana z relatywnie niższymi wydatkami prywatnymi związanymi z chorobami przewlekłymi w Polsce i Czechach, czy z relatywnie wyższymi świadczeniami otrzymywanymi przez te osoby (w porównaniu do emerytów). Należy jednak pamiętać, że całkowite odsetki osób mających trudności w wiązaniu końca z końcem były w Polsce i Czechach dość wysokie. Ponadto, we wszystkich krajach osoby samotne miały istotnie wyższe ryzyko ubóstwa subiektywnego.

Doświadczenie trudności w wiązaniu końca z końcem było we wszystkich krajach częstsze w gospodarstwach o niższych dochodach. W każdym analizowanym kraju, najwięcej osób doświadczających te trudności znajdowało się w pierwszym kwintylu rozkładu dochodów ekwiwalentnych, czyli wśród 20% osób zamieszkujących gospodarstwa domowe o najniższych dochodach ekwiwalentnych. Jednakże rozkłady subiektywnej oceny o trudności w wiązaniu końca z końcem istotnie różniły się pomiędzy krajami i w czasie (wykres 5.6 oraz wykres 5.7 w Lewandowski i Sałach, 2017).

W Polsce odsetek osób po 50. roku życia deklarujących, że jest im łatwo związać koniec z końcem wzrósł pomiędzy latami 2006-2007 (runda 2.) a rokiem 2015 (runda 6.) w każdym kwintylu dochodów. W największym stopniu dotyczyło to osób najbogatszych, tj. znajdujących się w czwartym lub piątym kwintylu. Z drugiej strony, odsetek osób najbiedniejszych (pierwszy i drugi kwintyl rozkładu dochodów), doświadczających bardzo dużych trudności w wiązaniu końca z końcem, zmniejszył się nieznacznie. Choć jest to wskaźnik subiektywny, to powyższe obserwacje sugerują, że ogólny wzrost dochodów w okresie 2006-2015 bardziej poprawił sytuację materialną wśród osób starszych o wyższych dochodach, a różnice oceny trudności w wiązaniu końca z końcem między gospodarstwami o najwyższych i najniższych dochodach się zwiększyły.

Poprawa subiektywnie postrzeganej sytuacji materialnej była dużo bardziej zauważalna w Czechach, Niemczech, Hiszpanii i Francji niż w Polsce. Tak jak w Polsce, w Czechach znacząco wzrósł odsetek osób o najwyższych dochodach i łatwo wiążących koniec z końcem, jednak w większym stopniu niż w Polsce zmalał odsetek gospodarstw o najniższych dochodach i doświadczających w tym względzie bardzo dużych trudności. Mimo tego, w Czechach także zwiększyły się różnice trudności w wiązaniu końca z końcem między gospodarstwami o najwyższych i najniższych dochodach. W krajach zachodniej Europy nie miało to miejsca.

Grecja zdecydowanie wyróżniała się na tle pozostałych krajów także pod względem subiektywnej oceny ubóstwa. Wśród osób znajdujących się w dolnym kwintylu rozkładu dochodów w Grecji w 2015 roku, aż 67% doświadczało bardzo dużych trudności w wiązaniu końca z końcem, a jeśli uwzględnić też tych, którzy swoje trudności określili jako „duże”, to łącznie te dwie grupy stanowiły niemal 98% osób. W 2015 roku Grecja charakteryzowała się najwyższymi odsetkami mającymi trudności materialne w każdym kwintylu rozkładu dochodów ekwiwalentnych. Na drugim końcu spektrum znajdowała się Szwecja, gdzie w 2015 roku 39% najbiedniejszych deklarowało duże lub bardzo duże trudności wiązania końca z końcem. Grecja to także jedyny kraj, w którym ogólna sytuacja wszystkich grup kwintylowych uległa pogorszeniu w okresie 2006-2015.

5.2.4 Współwystępowanie różnych typów ubóstwa

Szczególnie dotkliwym aspektem ubóstwa jest współwystępowanie jego różnych typów, wskazujące na bardzo złe warunki materialne i potencjalnie niską zdolność radzenia sobie ze zdarzeniami wymagającymi poniesienia niespodziewanych wydatków. Z punktu widzenia polityki publicznej, grupa osób dotkniętych więcej niż jednym typem ubóstwa, a zwłaszcza wszystkimi trzema rozważanymi przez nas typami, jest szczególnie ważna.

We wszystkich krajach z wyjątkiem Czech i Szwecji większość osób ubogich dochodowo była też uboga subiektywnie – zwłaszcza w Grecji i Hiszpanii, a także w Polsce (tabela 5.5). Za to współwystępowanie ubóstwa dochodowego i majątkowego było relatywnie rzadkie. Tylko w Szwecji co drugi ubogi dochodowo był też ubogi majątkowo. Był to też jedyny kraj, w którym współwystępowanie ubóstwa dochodowego i majątkowego było częstsze niż współwystępowanie ubóstwa dochodowego i subiektywnego – niemniej jednak w kategoriach odsetka populacji i tak było to zjawisko rzadsze niż w większości analizowanych krajów. W pozostałych krajach mniej niż jedna trzecia osób ubogich dochodowo była też uboga majątkowo.

Odsetek osób dotkniętych wszystkimi trzema typami ubóstwa wynosił w 2015 roku od 2,1% w Czechach do 8,1% w Hiszpanii. We wszystkich krajach około 20-25% ubogich dochodowo doświadczało też pozostałych dwóch typów ubóstwa. Wśród osób ubogich jednocześnie dochodowo i majątkowo, ponad 2/3 było także ubogich subiektywnie (wyjątek stanowiła Szwecja, w której stosunek ten wynosił około 1/2).

Analiza korelatów jednoczesnego występowania ubóstwa dochodowego, majątkowego i subiektywnego potwierdza wnioski płynące z analizy każdego z typów osobno (tabela 5.9 w Lewandowski i Sałach, 2017). Na jednoczesne występowanie wszystkich trzech typów ubóstwa najsilniej narażone – w stosunku do emerytów oraz osób posiadających partnera-emeryta – były osoby bezrobotne oraz osoby zamieszkujące z bezrobotnym partnerem. Wykształcenie respondenta w każdym z krajów istotnie zmniejszało ryzyko współwystępowania wielu wymiarów ubóstwa. W każdym kraju oprócz Polski, sytuacja osób młodszych była gorsza od sytuacji osób starszych, a osoby o złym stanie zdrowia statystycznie częściej były ubogie niż osoby oceniające swoje zdrowie jako dobre.

Tabela 5.5 | Nakładanie się różnych rodzajów ubóstwa, runda 6. badania SHARE (% populacji)

	Wymiar ubóstwa			
	dochodowo	dochodowo i subiektywnie	dochodowo i majątkowo	dochodowo, majątkowo i subiektywnie
Polska	27,4	18,9	6,7	5,5
Czechy	14,8	6,7	3,2	2,1
Niemcy	16,1	8,1	7,5	5,0
Grecja	11,5	9,7	2,6	2,6
Hiszpania	29,5	22,0	9,4	8,1
Francja	25,5	14,4	8,5	6,3
Szwecja	14,0	6,2	7,7	4,1

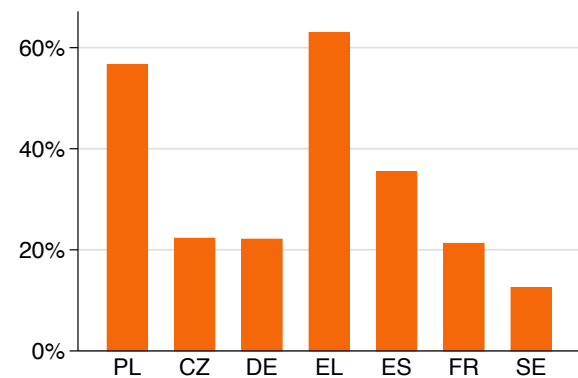
Uwagi: w każdym przypadku spójnik „i” oznacza część wspólną zbiorów; ubóstwo majątkowe to jednoczesne ubóstwo aktywów finansowych i niefinansowych.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

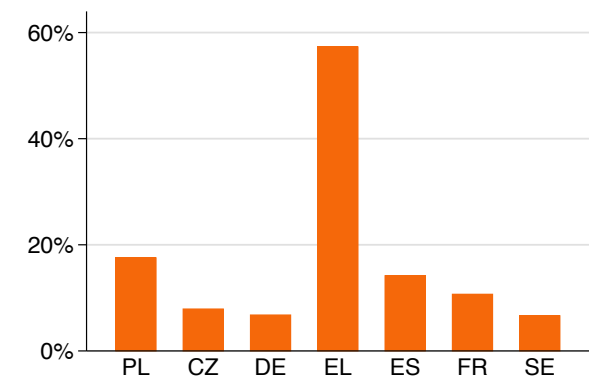
5.3 Wskaźniki deprywacji

Niedogrzewanie własnego mieszkania w celu oszczędzenia na ogrzewaniu, odkładanie wizyty u lekarza ze względu na jej koszt lub długi czas oczekiwania, niemożność pozwolenia sobie na niespodziewany wydatek bez pożyczania pieniędzy od innych i obawa przed zaistnieniem takiej konieczności – wszystkie te sytuacje wiążą się z trudnościami materialnymi, choć nie są w pełni „wyłapywane” przez tradycyjne wskaźniki ubóstwa, oparte na wysokości dochodu lub majątku. Wykorzystywanie w analizie ubóstwa wskaźników deprywacji pozwala uzyskać szerszy i głębszy obraz rzeczywistej sytuacji osób doświadczających różnego rodzaju trudności materialnych (Nolan i Whelan, 1996). Dla rundy 5. badania SHARE dogłębne badanie deprywacji przeprowadzili Adena i in. (2015). W niniejszej części rozdziału skupimy się na czterech wskaźnikach dostępnych w danych z rundy 6. Pokażemy, jaki odsetek osób w rozpatrywanych krajach utrzymuje w mieszkaniach temperaturę poniżej komfortu, odkłada wizyty u lekarza (ze względu na koszt lub czas oczekiwania) oraz nie może sobie pozwolić na niespodziewany wydatek.

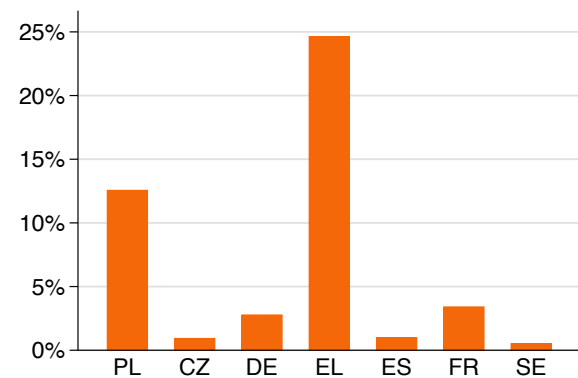
Wykres 5.7 | Odsetek osób niemogących sobie pozwolić na niespodziewany wydatek



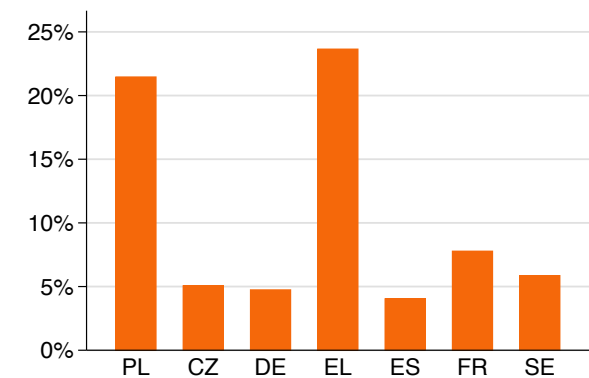
Wykres 5.8 | Odsetek osób znoszących zimno w celu oszczędzenia na wydatkach na ogrzewanie



Wykres 5.9 | Odsetek osób odkładających wizytę u lekarza ze względu na koszt



Wykres 5.10 | Odsetek osób odkładających wizytę u lekarza ze względu na czas oczekiwania



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Wśród rozpatrywanych wymiarów deprivacji, we wszystkich krajach najczęściej występowała niemożność poniesienia niespodziewanego wydatku.²² Udział w populacji w wieku 50+ osób, które w 2015 roku nie mogły sobie pozwolić na niespodziewany wydatek bez pożyczania pieniędzy od innych, był – ponownie – najwyższy w Grecji (63%, wykres 5.7) oraz w Polsce (57%). Dla tych dwóch krajów wszystkie wskaźniki deprivacji wskazały najwyższe wartości. Taki sam wniosek płynął – przypomnijmy – z analizy trudności w wiązaniu końca z końcem (część 5.2.3). Osoby po 50. roku życia w tych dwóch krajach radzą sobie gorzej niż ich rówieśnicy w innych rozpatrywanych krajach europejskich. Warto także zwrócić uwagę na Hiszpanię, która odnotowała zarówno wysoki odsetek osób ubogich dochodowo (wykres 5.3), jak i osób niemogących sobie pozwolić na niespodziewany wydatek (35%).

Decyzja o znoszeniu zimna w celu oszczędzenia na wydatkach na ogrzewanie ściśle wiąże się z ubóstwem energetycznym. Ubóstwo energetyczne rozumiane jest jako doświadczanie trudności w zaspokojeniu potrzeb energetycznych w miejscu zamieszkania za rozsądną cenę (Miazga i Owczarek, 2015). W badaniu SHARE można je przybliżyć właśnie odsetkiem osób niedogrzewających swoich mieszkań. Odsetek osób znoszących zimno w celu oszczędzenia na wydatkach był niższy niż odsetek osób niemogących ponieść niespodziewanego wydatku, ale był to drugi najczęściej występujący wymiar deprivacji. W 2015 roku odsetek osób go doświadczających był zdecydowanie najwyższy w Grecji (57% osób po 50. roku życia, wykres 5.8). W Polsce wynosił on 18%, w Hiszpanii 14%, we Francji 11% i poniżej 10% w pozostałych omawianych krajach.

W każdym z krajów mniej osób z pokolenia 50+ odkładało wizytę u lekarza ze względu na koszt niż oszczędzało na ogrzewaniu, niemniej jednak w niektórych krajach osób tych było dość dużo. W Grecji niemal co czwarta osoba nie poszła w 2015 roku do lekarza ze względu na koszt wizyty, w Polsce – co ósma (wykres 5.9). W pozostałych krajach problem dotyczył mniej niż co dwudziestej osoby. Odsetek osób odkładających wizyty u lekarza ze względu na czas oczekiwania również był najwyższy w Polsce (21%) i w Grecji (24%; wykres 5.10). W pozostałych krajach takie decyzje deklarowało wyraźnie mniej osób – we Francji problem dotyczył niecałych 8% osób, w Szwecji 6%, w Czechach 5% i jeszcze mniej w Niemczech i Hiszpanii. We wszystkich analizowanych krajach czas oczekiwania był jednak częstszą przyczyną odłożenia wizyty u lekarza niż koszt wizyty. Co więcej, odkładanie wizyt u lekarza ze względu na czas oczekiwania w żadnym kraju nie było skorelowane z ubóstwem dochodowym, podczas gdy odkładanie wizyt u lekarza ze względu na koszt było istotnie skorelowane z ubóstwem dochodowym we wszystkich krajach z wyjątkiem Szwecji i Hiszpanii (tabela 5.6).

Wszystkie trzy wymiary deprivacji związane z ponoszeniem wydatków, zwłaszcza niemożność poniesienia niespodziewanego wydatku, w każdym z krajów silnie korelowały z ubóstwem dochodowym (tabela 5.6). W Hiszpanii, Szwecji i Grecji osoby ubogie dochodowo doświadczały ponad trzykrotnie wyższego ryzyka znalezienia się w sytuacji niemożności pozwolenia sobie na niespodziewany wydatek niż osoby nieubogie. Powszechnym korelatem ubóstwa dochodowego była także konieczność oszczędzania na wydatkach na ogrzewanie – jedynie w Szwecji zjawisko to nie zależało od ubóstwa dochodowego.

Tabela 5.6 | Korelacje pomiędzy ubóstwem dochodowym a wskaźnikami deprivacji

	Polska	Czechy	Niemcy	Grecja	Hiszpania	Francja	Szwecja
Niedogrzewanie mieszkania	2,14***	1,45**	3,22***	2,17***	2,35***	2,28***	1,1
Wizyta u lekarza – koszt	1,82***	2,27***	1,83**	1,41***	1,19	2,42***	1,38
Wizyta u lekarza – czas oczekiwania	0,99	1,18	1,43	1,21	1,3	1,23	0,65*
Niespodziewany wydatek	2,43***	1,78***	3,92***	3,05***	3,23***	2,51***	3,13***

Uwagi: w tabeli ujęto oszacowania ilorazów szans przy zmiennej binarnej „ubogi dochodowo” (1 = respondent ubogi dochodowo) w regresjach logistycznych ze stałą; pozostałe zmienne kontrolne: grupy wieku, płeć, liczba lat edukacji, sytuacja zawodowa respondenta, sytuacja zawodowa partnera oraz samoocena stanu zdrowia; pełne oszacowania regresji dostępne w Lewandowski i Sałach, 2017; *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

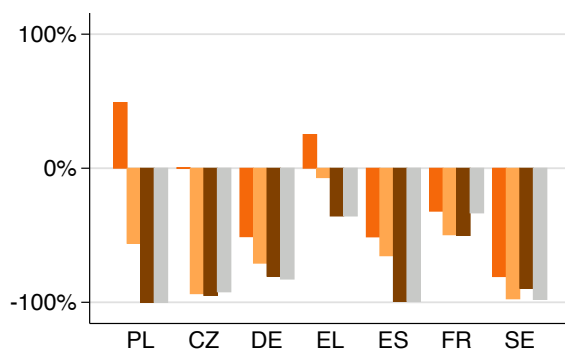
Badanie SHARE pokazuje, że wśród osób w wieku 50 i więcej lat najbardziej zagrożone ubóstwem i deprivacją materialną były mieszkające samotnie osoby bez pracy, samotni emeryci oraz gospodarstwa domowe sklasyfikowane jako „inne”. Z drugiej strony, niższe niż przeciętnie stopy ubóstwa i deprivacji dotyczyły dwu- i jednoosobowych gospodarstw pracowniczych, dwuosobowych gospodarstw domowych z jedną osobą pracującą oraz gospodarstw domowych złożonych z dwojga emerytów lub z emeryta i innej osoby. Ilustruje to wykres 5.11 (oraz w rozszerzonej wersji wykres 5.12 w Lewandowski i Sałach, 2017), który przedstawia współzależności pomiędzy aktywnością zawodową osób 50+ a relatywnym odchyleniem od średnich stóp ubóstwa i średnich wskaźników deprivacji. Tabela 5.12 (w Lewandowski i Sałach, 2017) potwierdza te wnioski – nawet po uwzględnieniu wpływu innych czynników (edukacja, wiek, itp.), w porównaniu z dwuosobowym gospodarstwem emeryckim, dwuosobowe gospodarstwa osób pracujących miały mniejsze ryzyko wpadnięcia w ubóstwo dochodowe lub majątkowe (w obu ujęciach), choć w przypadku ubóstwa subiektywnego nie miało to miejsca.

W Polsce i w Grecji gospodarstwa pracownicze (z jedną lub dwiema osobami pracującymi) były częściej niż przeciętnie narażone na występowanie ubóstwa dochodowego oraz (w przypadku jednej osoby pracującej) dochodowego i subiektywnego łącznie (wykres 5.11). Osoby z gospodarstw z jedną osobą pracującą (jedno- lub dwuosobowych) również częściej niż przeciętnie odkładały wizytę u lekarza ze względu na czas oczekiwania i rzadziej mogły sobie pozwolić na niespodziewany wydatek. W dwuosobowych gospodarstwach domowych z jedną osobą pracującą częstsze było również niedogrzewanie mieszkania.

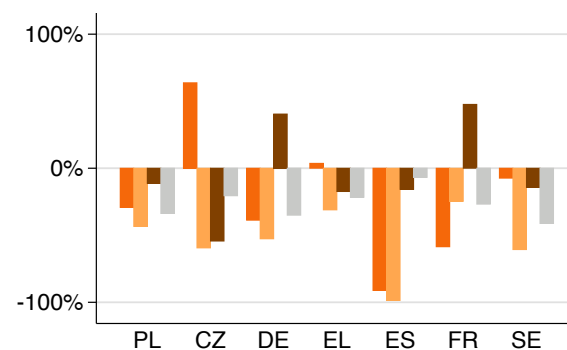
²² Wysokość tych wydatków w każdym kraju określona została w odniesieniu do miesięcznej wartości progu ubóstwa dla gospodarstwa jednoosobowego.

Wykres 5.11 | Relatywne odchylenia średnich stóp ubóstwa oraz średnich wskaźników deprywacji w wybranych typach gospodarstw domowych (w % średniej krajowej danego wskaźnika)

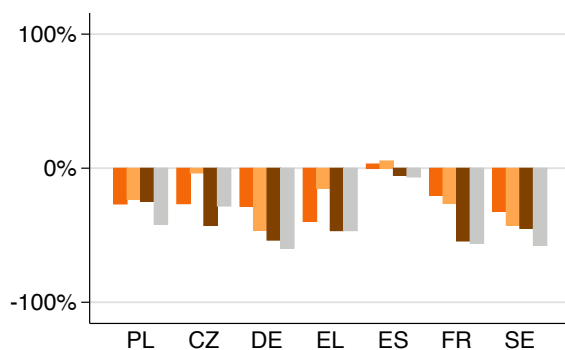
Odchylenia stóp ubóstwa w gospodarstwach domowych z dwojgiem zatrudnionych osób



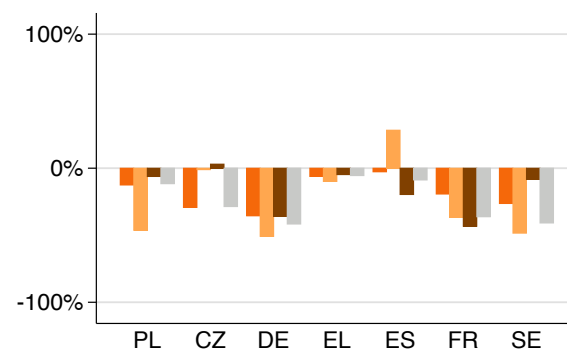
Odchylenia wskaźników deprywacji w gospodarstwach domowych z dwojgiem zatrudnionych osób



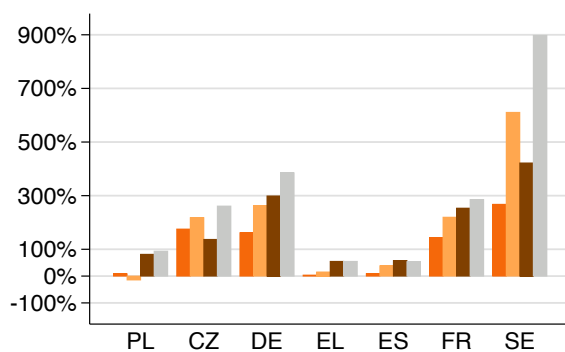
Odchylenia stóp ubóstwa w gospodarstwach domowych z dwojgiem emerytów lub emerytem i inną osobą (niezatrudnioną)



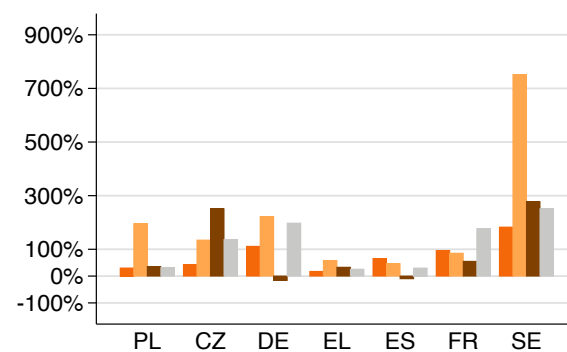
Odchylenia wskaźników deprywacji w gospodarstwach domowych z dwojgiem emerytów lub emerytem i inną osobą (niezatrudnioną)



Odchylenia stóp ubóstwa w jednoosobowych gospodarstwach domowych osób bez pracy



Odchylenia wskaźników deprywacji w jednoosobowych gospodarstwach domowych osób bez pracy



- ubóstwo dochodowe
- ubóstwo dochodowe i subiektywne
- ubóstwo dochodowe i majątkowe
- ubóstwo dochodowe, majątkowe i subiektywne
- niedogrzewanie mieszkania
- wizyta u lekarza - koszt
- wizyta u lekarza - czas oczekiwania
- niespodziewany wydatek

Uwagi: na wykresach przedstawiono procentową różnicę pomiędzy średnią dla danego wskaźnika w danym typie gospodarstwa domowego a średnią ogółem (dla każdego kraju osobno) dla tego wskaźnika.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

5.4 Podsumowanie

Sytuacja materialna osób starszych w poszczególnych krajach europejskich była zauważalnie zróżnicowana. Przedstawione w niniejszym rozdziale wyniki wskazują, że najlepsza była ona w krajach najzamożniejszych (Szwecja, Niemcy, Francja), za którymi plasowały się Hiszpania i Czechy, a w najgorszej sytuacji materialnej były osoby starsze w Polsce i Grecji. Dwa kraje wyłamują się od ogólnej zależności poziomu życia osób starszych i wysokości PKB per capita danego kraju – Czechy in plus oraz Grecja in minus. W Czechach stopy ubóstwa (zarówno dochodowego, jak i majątkowego) były niskie. Miary te mają charakter relatywny, co wskazuje na dość niskie zróżnicowanie sytuacji materialnej zarówno wśród osób starszych, jak i na tle populacji ogółem (stosowany przez nas próg ubóstwa dochodowego zdefiniowany jest dla populacji ogółem). Wskaźniki deprywacji również wskazują na dość dobrą sytuację osób starszych w Czechach. Jedynie z punktu widzenia subiektywnego poczucia statusu materialnego, czyli trudności wiązania końca z końcem, Czechy wypadały nie najlepiej. Z drugiej strony, niskie stopy ubóstwa wśród osób starszych w Grecji są złudne. Należy uznać, że są one efektem małych różnic w warunkach materialnych osób starszych i osób w wieku do 50 lat w następstwie głębokiego kryzysu gospodarczego w tym kraju. Zarówno miary subiektywne, jak i miary deprywacji wskazują na złą sytuację osób starszych w Grecji.

Wyniki badania SHARE wskazują, że sytuacja materialna osób starszych w Polsce jest nie najlepsza. Stopa ubóstwa dochodowego wśród osób w wieku 50+ jest dość wysoka, choć spadła między okresem 2006-2007 a rokiem 2015. Odsetek osób starszych, które ani razu nie doświadczyły ubóstwa tylko nieznacznie przekraczał 50%, a wskaźniki deprywacji były dość wysokie – jedynie Grecja charakteryzowała się wyższymi. Od pozostałych krajów Polskę odróżniały jednak też wzorce powiązań między aktywnością zawodową a sytuacją materialną osób starszych. O ile w większości krajów gospodarstwa pracujące, zwłaszcza z dwiema osobami pracującymi, były generalnie w lepszej sytuacji materialnej niż gospodarstwa emeryckie, to w Polsce gospodarstwa pracownicze (z jedną lub dwiema osobami pracującymi) były częściej niż przeciętnie narażone na występowanie ubóstwa dochodowego, a gospodarstwa z dwiema osobami na emeryturze – rzadziej. Gospodarstwa z tylko jedną osobą pracującą częściej niż przeciętnie doświadczały też deprywacji materialnej. Równocześnie, gospodarstwa pracujące rzadziej doświadczały ubóstwa subiektywnego niż gospodarstwa emeryckie, oraz miały nieco niższe wskaźniki deprywacji, co może wskazywać na różnice potrzeb między gospodarstwami pracującymi i emeryckimi. Niemniej jednak różnice dochodów gospodarstw emeryckich oraz dochodów gospodarstw pracujących w wieku 50+ były w Polsce mniejsze niż w innych

krajach. W najgorszej sytuacji materialnej znajdowały się osoby pozbawione stałego źródła dochodu – bezrobotne lub utrzymujące się z innych źródeł.

W krajach objętych badaniem SHARE powszechnym korelatem złej sytuacji materialnej były też niski poziom edukacji oraz zły stan zdrowia. Jest to zgodne z wnioskami Benfielda (2008), mówiącymi, że różne wymiary ubóstwa lub deprywacji charakteryzują się podobnymi korelatami. Niski poziom wykształcenia wiąże się z niskimi dochodami w cyklu życia, których efektem są trudności materialne w wieku starszym. W przypadku złego stanu zdrowia warto jednak zwrócić uwagę, że wiąże się on nie tylko z poczuciem subiektywnego ubóstwa i deprywacją (niemożnością poniesienia różnych wydatków), lecz także z niskimi dochodami. Na podstawie danych SHARE nie można rozstrzygnąć o kierunkach przyczynowości między trudnymi warunkami materialnymi a stanem zdrowia – możliwe, że zły stan zdrowia utrudniał osiągnięcie wyższych dochodów, które przełożyłyby się na wyższe świadczenia, zwłaszcza emerytalne, ale możliwe też, że trudne warunki materialne w cyklu życia prowadzą do problemów zdrowotnych w wieku 50 i więcej lat. Niemniej jednak uzyskane przez nas wyniki wskazują, że osoby starsze w złym stanie zdrowia powinny być priorytetowym adresatem działań polityki społecznej. ●

Bibliografia

- Adena, M., Myck, M. (2014). Poverty and transitions in health in later life. *Social Science & Medicine* 116: 202-210.
- Adena, M., Myck, M., Oczkowska, M. (2015). Material deprivation items in SHARE Wave 5 data: a contribution to a better understanding of differences in material conditions in later life. W: Börsch-Supan, A., Kneip, T., Litwin, H., Myck, M., Weber, G. (red). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. De Gruyter.
- Ayllón, S., Fusco, A. (2017). Are income poverty and perceptions of financial difficulties dynamically interrelated? *Journal of Economic Psychology* 61: 103-114.
- Benfield, W. (2008). Determinants of poverty and subjective well-being. *Social and Economic Studies* 57(3&4): 1-51.
- Christelis, D., Jappelli, T., Padula, M. (2008). Real and Financial Assets in SHARE Wave 2. W: Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*. MEA.
- Cook, F., Settersten, R. (1995). Expenditure patterns by age and income among mature adults: Does age matter? *The Gerontologist* 35: 10-23.
- Deaton, A. (2010). Price indexes, inequality, and the measurement of world poverty. *American Economic Review* 100(1): 5-34.
- Huisman, M., Kunst, A., Mackenbach, J. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science & Medicine* 57(5): 861-873.
- Litwin, H., Sapir, E. (2009). Perceived Income Adequacy Among Older Adults in 12 Countries: Findings From the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *The Gerontologist* 49(3): 397-406.
- Lewandowski, P., Sałach, K. (2017). Aktywność zawodowa a warunki materialne wśród osób w wieku 50+. *Analityczny Raport Uzupełniający Nr 5/2017*, www.share50plus.org.
- Miazga, A., Owczarek, D. (2015). Dom zimny, dom ciemny – czyli ubóstwo energetyczne w Polsce. IBS Working Paper 16/2015, Instytut Badań Strukturalnych.

- Nolan, B., Whelan, C. (1996). Measuring poverty using income and deprivation indicators: alternative approaches. *Journal of European Social Policy* 6(3): 225-240.
- Salverda, W., Nolan, B., Checchi, D., Marx, I., McKnight, A., Tóth, I., van de Werfhorst, H. (2014). *Changing Inequalities in Rich Countries: Analytical and Comparative Perspectives*. Oxford University Press.
- Stoller, M., Stoller, E. (2003). Perceived income adequacy among elderly retirees. *Journal of Applied Gerontology* 22: 230-251.