Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie

Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie"

Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Rzeczpospolita Polska

SHARE
SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE
50+ W EUROPIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Rzeczpospolita Polska

SHARE
SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE
50+ W EUROPIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie

Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie"

Redakcja merytoryczna:

prof. dr hab. Irena Kotowska, dr hab. Agnieszka Chłoń-Domińczak i Dorota Holzer-Żelażewska.

Warszawa, 2019 r.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

SGH

Autorzy:
dr Anita Abramowska-Kmon
dr Radosław Antczak
dr hab. Agnieszka Chłoń-Domińczak, prof. SGH
prof. dr hab. Irena E. Kotowska
Wojciech Łątkowski
dr hab. Iga Magda, prof. SGH
Monika Oczkowska
prof. dr hab. Tomasz Panek
dr hab. Jolanta Perek-Białas, prof. UJ
dr Anna Ruzik-Sierdzińska
Sylwia Timoszuk
dr hab. Wiktoria Wróblewska, prof. SGH
dr Jan Zwierzchowski

Projekt okładki, skład, łamanie:
STUDIO KONTRA, Beata Czapska

ISBN: 978-83-66333-10-9

Wydawca:
Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
www.gov.pl/rodzina

Niniejsze opracowanie powstało 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).

W publikacji zostały wykorzystane dane z badania SHARE z rund 2., 3., 4., 6. i 7. (DOI: 10.6103/SHARE.w2.700, 10.6103/SHARE.w3.700, 10.6103/SHARE.w4.700, 10.6103/SHARE.w6.700, 10.6103/SHARE.w7.700), 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., 6. i 7. rundy badania współfinansowana była ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oraz Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój). Pełna lista fundatorów badania SHARE znajduje się na stronie www.share-project.org.

Polska część bazy danych SHARE powstała dzięki zaangażowaniu bardzo wielu osób na różnych etapach realizacji badania. W imieniu polskiej grupy badawczej dziękujemy przede wszystkim uczestnikom kolejnych edycji badania SHARE, którzy poświęcili swój czas, aby dostarczyć niezbędnych informacji o warunkach życia populacji 50+ w Polsce. Realizacją badania SHARE w terenie w Polsce na wszystkich jego etapach zajmował się instytut badania opinii publicznej Kantar Polska S.A. Dziękujemy zespołowi Kantar Polska S.A. za organizację badania oraz wszystkim ankieterom, którzy byli zaangażowani w prowadzenie wywiadów 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

Streszczenie (Executive summary)....7

Wstęp....11

Rozdział 1. Uwarunkowania aktywności osób w wieku 50+....21

1.1 Wykluczenie z rynku pracy osób w wieku 50+ – analiza porównawcza....23

1.2 Warunki pracy osób w wieku 50+ w Polsce a ich chęć zakończenia aktywności zawodowej.... 29

1.3 Sprawowanie opieki i aktywność zawodowa osób w wieku 50+ – analiza porównawcza.... 40

1.4 Aktywność zawodowa małżonków: na emeryturę razem czy osobno?.... 46

1.5 Czy potencjał starszych osób w Polsce jest odpowiednio wykorzystywany?....55

Rozdział 2. Stan zdrowia i aktywność zawodowa osób w wieku 50+....67

2.1 Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów...69

2.2 Wykształcenie, status zawodowy i sytuacja ekonomiczna a występowanie problemów zdrowotnych....85

2.3 Jakość życia a zdrowie, aktywność zawodowa i wiek....94

Rozdział 3. Wykluczenie społeczne, potrzeba opieki nad osobami starszymi i relacje międzypokoleniowe...103

3.1 Wykluczenie społeczne osób 50+ w wybranych krajach europejskich....104

3.2 Opieka nad osobami starszymi w wybranych krajach Europejskich....113

3.3 Wpływ przebiegu życia w tym historii zawodowej oraz rodzinnej na relacje międzypokoleniowe....123

Podsumowanie – wnioski dla polityki publicznej 131

Lista skrótów

AAI	Wskaźnik aktywnego starzenia się	Active Ageing Index
ADL	Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego	Activities of Daily Living
BAEL/LFS	Badanie aktywności ekonomicznej ludności	Labour Force Survey
BMI	Wskaźnik masy ciała	Body Mass Index
CAPI	Badanie ankietowe wspomagane komputerowo	Computer Assisted Personal Interviewing
CASP	Miara jakości życia obejmująca cztery dziedziny: możliwości wpływania na swoje otoczenie (kontrola), samodzielnego podejmowania decyzji (autonomia), samorealizacji (samorealizacja) i czerpania przyjemności w życiu (przyjemność)	Quality-of-life measure comprising four domains ('control', 'autonomy', 'pleasure' and 'self-realization')
DFLE	Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu	Disability-free life expectancy
EFPS	Europejski Filar Praw Socjalnych	European Pillar of Social Rights
EURO-D	Skala występowania symptomów depresji	Symptoms scale for depression
EUROSTAT	Europejski Urząd Statystyczny	European Statistical Office
FL	Wskaźnik występowania ograniczeń funkcjonalnych	Functional Limitation
GALI	Wskaźnik występowania ograniczeń w codziennej aktywności	Global Activity Limitation Indicator
GS	Siła uścisku	Grip Strength
IADL	Skala oceny złożonych czynności dnia codziennego	Instrumental Activities of Daily Living
ISCED	Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Edukacji	The International Standard Classification of Education
MIMIC	Model wielu wskaźników i wielu przyczyn	Multiple indicators and multiple causes
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju	The Organization for Economic Co-operation and Development
OR	Iloraz szans	Odds Ratio
pp.	Punkty procentowe	Percentage points
SEM	Model równań strukturalnych	Structural equation model
SHARE	Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SHARELIFE	Wywiady historii życia	Retrospective questionnaire
SPH	Wskaźnik samooceny stanu zdrowia	Self-perceived health indicator
UE/EU	Unia Europejska	European Union
UNESCO	Organizacja Narodów Zjednoczonych dla Wychowania, Nauki i Kultury	The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Skróty nazw państw

AT	Austria
BE	Belgia
BG	Bułgaria
CH	Szwajcaria
CY	Cypr
CZ	Czechy
DE	Niemcy
DK	Dania
EE	Estonia
EL	Grecja
ES	Hiszpania
FI	Finlandia
FR	Francja
HR	Chorwacja
HU	Węgry
IE	Irlandia
IL	Izrael
IT	Włochy
LT	Litwa
LU	Luksemburg
LV	Łotwa
MT	Malta
NL	Holandia
PL	Polska
PT	Portugalia
RO	Rumunia
SE	Szwecja
SI	Słowenia
SK	Słowacja

Streszczenie (Executive summary)

Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE 50+ w Europie" w 2017 r. było przeprowadzone w 27 krajach. Ma ono na celu zgromadzenie wiedzy dotyczącej różnych aspektów życia i aktywności osób w wieku 50+, w tym ich stanu zdrowia, aktywności i procesów przechodzenia na emeryturę. Była to 7. runda badania, a w Polsce zostało ono przeprowadzone po raz piąty i objęło największą do tej pory grupę badanych – 4 500. osób. Badanie SHARE ze względu na swój zakres tematyczny oraz międzynarodowy charakter dostarcza wiedzy niezbędnej dla realizowania celów europejskich oraz krajowych dotyczących wspierania polityk na rzecz osób 50+ w Europie. Badanie to w szczególności wpisuje się w ideę europejskiego filaru praw socjalnych, poprzez odpowiednią diagnozę wspierając kształtowanie działań związanych z realizacją zasad EFPS we wszystkich trzech kategoriach: równych szans i dostępu do zatrudnienia, uczciwych warunków pracy, jak również ochrony socjalnej i integracji społecznej.

Aktywność osób 50+ i jej uwarunkowania

W raporcie oceniamy ryzyka związane z możliwościami utrzymania aktywności zawodowej osób w wieku 50+. Takim ryzykiem jest przede wszystkim utrata pracy, skutkująca bezrobociem, a także bierność zawodowa przed osiągnięciem wieku emerytalnego. W Polsce 42% osób bezrobotnych w wieku 50+ badanych w 2015 roku było wciąż bezrobotnych, dwa lata później zaś tylko 25% pracowało (z analizowanych krajów odsetek ten był wyższy jedynie w Hiszpanii i zbliżony w Niemczech). Oznacza to, że osoby te narażone są na ryzyko bezrobocia długotrwałego. Polacy w wieku 50+, bierni zawodowo chorzy i niepełnosprawni w 2015 r., w przeważającej części pozostali bierni (95%), natomiast wśród osób, które zajmowały się domem i nie pracowały, około 1/5 wróciła na rynek pracy – jest to wysoki odsetek w porównaniu do innych krajów.

Ponad połowa osób w wieku poniżej 60 lat, które pracują, deklaruje, że chce przejść na emeryturę jak najszybciej (w tym 55% mężczyzn i 61% kobiet). Odsetek ten zmniejszył się w porównaniu do 2015 r., co może być związane z przywróceniem wieku emerytalnego sprzed reformy w 2013 r. (w grupie kobiet w wieku 60+ jedynie 45% deklaruje taką potrzebę). Częściej z emerytury jak najszybciej chcą skorzystać osoby, które nie osiągnęły wyższego wykształcenia, a także te, które widzą ryzyko, że stracą pracę lub przejdą na emeryturę ze względu na swój stan zdrowia lub wiek. Niemal 60% osób w wieku 50+ pracuje na czas nieokreślony, a ponad 60% jest samozatrudnionych – ci ostatni częściej myślą o tym, że będą pracować dłużej.

Na chęć wczesnego skorzystania z emerytury wpływają również warunki pracy. Znaczna grupa badanych pracuje w warunkach, które mogą ich narażać na różnego typu dolegliwości. Jest to przede wszystkim wykonywanie prac wymagających powtarzalnych ruchów ręką, w pozycji stojącej, w bolesnej pozycji, a także pozycji siedzącej. Wykonywanie prac w bolesnej pozycji częściej deklarują osoby z wykształceniem poniżej wyższego i mężczyźni, co może być związane z wykonywaniem prac fizycznych. Osoby wykonujące prace w bolesnej pozycji mają większą chęć do jak najszybszego przejścia na emeryturę. Natomiast praca, w której osoby mają częste kontakty z klientami (52% osób w wieku 50+), ogranicza chęć do wczesnego odejścia na emeryturę. Dodatkowo, ponad 40% osób w wieku 50+ pracuje w hałasie, wysokich lub niskich temperaturach, a także jest narażonych na wibracje. Częściej w takich warunkach pracują mężczyźni z wykształceniem poniżej wyższego. Praca w wysokich temperaturach zwiększa potrzebę przechodzenia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe.

Decyzja o przejściu na emeryturę często podejmowana jest wspólnie. Wyniki analiz opartych o dane zbadania SHARELIFE wskazują, że prawie 12% par w Polsce przeszło na emeryturę razem (w tym samym roku). W Polsce na wspólną emeryturę przechodziły częściej osoby z wykształceniem podstawowym oraz mieszkające na wsi. Wyższe wykształcenie – szczególnie kobiety – obniża prawdopodobieństwo, że partnerzy przejdą razem na emeryturę. Wraz z rosnącym udziałem osób z wyższym wykształceniem w młodszych grupach wieku, możemy oczekiwać, że w przyszłości małżonkowie rzadziej będą przechodzić wspólnie na emeryturę.

Potencjał osób 50+ związany jest z ich aktywnością nie tylko zawodową, ale także społeczną, której możliwości zależą od stanu zdrowia i poczucia bezpieczeństwa tej części społeczeństwa, a także zdolności i przygotowania otoczenia do wykorzystywania potencjału starzejącej się populacji. To, na ile ten potencjał można wykorzystać, mierzy indeks Aktywnego Starzenia się (który odnosi się do populacji w wieku 55+). Analizy oparte na tym indeksie wskazują, że w 2017 r. w porównaniu do 2015 r. zwiększyła się aktywność zawodowa osób w tej grupie wieku, co potwierdza trend obserwowany nieprzerwanie od 2004 r. Jednak nadal około 40% osób w grupie wieku 55–59 lat nie pracuje, co stanowi wyzwanie dla kraju nie tylko w sferze polityki rynku pracy, ale i polityki zabezpieczenia społecznego. W przypadku aktywności poza rynkiem pracy osoby w wieku 55+ są najbardziej aktywne w opiece nad wnukami (ponad jedna trzecia). Znacznie rzadziej angażują się w pomoc innym (9% osób) i prace społeczne (5.4%), chociaż należy zauważyć, że udział w tych aktywnościach wzrósł w porównaniu do 2015 r. Natomiast, jeżeli Polacy w wieku 50+ już angażują się w opiekę osobistą nad innymi osobami oraz opiekę nad wnukami – to częściej robią to bardziej intensywnie niż jest to obserwowane w innych krajach. Kobiety częściej niż mężczyźni podejmują obowiązki opiekuńcze, co jest charakterystyczne dla mieszkańców wszystkich krajów objętych badaniem SHARE. Przebywanie na emeryturze sprzyja zaangażowaniu w opiekę nad wnukami, jednak przeprowadzone analizy nie pozwalają na określenie związku przyczynowo-skutkowego w tym zakresie.

Sytuacja materialna i dostęp do służby zdrowia nie utrudniają w Polsce realizacji idei zdrowego i aktywnego starzenia. Natomiast wyzwaniem jest zdecydowanie niska aktywność edukacyjna i fizyczna Polaków w wieku 50 lat i więcej. Wymaga to pilnych interwencji promujących, wspierających i organizujących możliwości zaangażowania w różne formy uczenia się czy też ćwiczenia fizyczne.

Stan zdrowia i aktywność zawodowa osób 50+

Wśród osób w wieku 50+ w Polsce powszechne jest występowanie różnych problemów ze zdrowiem i chorób przewlekłych utrudniających codzienne czynności funkcjonalne i mobilne, w tym także poważnych problemów zdrowotnych ograniczających samodzielne funkcjonowanie i wykonywanie podstawowych codziennych czynności, znacznie częściej niż w innych krajach Europy. Już co dziesiąta osoba w wieku 60–69 lat ma ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu na co dzień i związaną z tym konieczność korzystania z pomocy innych osób. W kolejnych grupach wieku narastanie udziału osób z problemami zdrowotnymi następuje w szybkim tempie, które nie jest obserwowane w innych krajach. Wyniki badania wskazują również na wysokie ryzyko otyłości.

Wysokie ryzyko występowania poważnych schorzeń oraz chorób przewlekłych może pociągać za sobą określone konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Wykorzystaniu potencjału osób 50+ mogą sprzyjać działania służące poprawie stanu zdrowia i pozostaniu na rynku pracy kobiet w wieku 55–64 lata, których stan zdrowia w Polsce jest znacząco gorszy niż w innych krajach. Mężczyźni, którzy pozostają aktywni zawodowo w wieku 60–69 lat w Polsce, charakteryzują się porównywalnym stanem zdrowia, jak Niemcy i Czesi, a gorszym niż mężczyźni z pozostałych krajów. Jednocześnie pracujący zawodowo mężczyźni w Polsce mają znacznie lepsze wskaźniki dotyczące stanu zdrowia niż przebywający na emeryturze. Osoby lepiej wykształcone wskazują na lepszą ogólną sprawność, w tym w radzeniu sobie z codziennymi zajęciami i kontaktem z otoczeniem. Zły stan zdrowia, w tym niepełnosprawność, skutkują trudnościami ekonomicznymi odczuwanymi przez gospodarstwa domowe.

Polacy w wieku 50+ oceniają swoją jakość życia porównywalnie, do całej populacji objętej badaniem w Europie, znacznie lepiej niż mieszkańcy Grecji, ale gorzej niż mieszkańcy Danii. W Polsce niższą jakość życia odczuwają osoby bezrobotne, o gorszym stanie zdrowia. Podobnie jak w Europie czynnikiem, który obniża ocenę jakości życia, jest występowanie symptomów depresji. Poprawa jakości życia w Polsce wymaga ograniczania ryzyka bezrobocia wśród osób w wieku 50 i więcej lat, a także podejmowania działań mających na celu poprawę zdrowia psychicznego i wczesnego identyfikowania ryzyka występowania depresji i jej przeciwdziałania.

Wykluczenie społeczne, potrzeba opieki nad osobami starszymi i relacje międzypokoleniowe

Istotnym zagrożeniem dla populacji w wieku 50+ w Polsce jest wykluczenie społeczne. Polska zajmuje w rankingu stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym trzecie miejsce, przy czym stopień tego zagrożenia jest znacznie wyższy niż w Czechach. Najwyższym stopniem zagrożenia wykluczeniem społecznym osób starszych w 2017 r. charakteryzują się Hiszpania i Grecja. Natomiast najniższy stopień zagrożenia wykluczenia społecznego jest w Szwecji i w Niemczech. Czynniki, które w znacznym stopniu wpływają na wykluczenie społeczne w Polsce, to materialne warunki życia oraz zdrowie.

Większość osób starszych w analizowanych krajach, w tym połowa osób starszych z co najmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu podstawowych lub złożonych czynności życiowych, nie otrzymywało żadnych usług opiekuńczych. Około jedna trzecia z osób odczuwających takie ograniczenia korzystała

z formalnych usług opiekuńczych (kobiety częściej niż mężczyźni), pozostałe osoby otrzymywały wsparcie nieformalne. W Polsce udział osób z co najmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu czynności życiowych otrzymujących opiekę nieformalną wyniósł 46%. We wszystkich krajach około połowy starszych respondentów z ograniczeniami przy wykonywaniu czynności nie uzyskiwało pomocy nieformalnej (luka opiekuńcza typu 1), a po uwzględnieniu formalnych usług opiekuńczych ten udział maleje do 40%. Dla Polski te wartości wyniosły odpowiednio 53,6% oraz 52,6%.

Przebieg historii rodzinnej i zawodowej ma znaczenie dla sytuacji osób w wieku 50+, w tym ich poziomu dochodów, relacji międzypokoleniowych i udzielania bądź otrzymywania wsparcia pomiędzy pokoleniami. W Polsce więcej kobiet (szczególnie z wyższym wykształceniem) wybrało ścieżkę pracy zawodowej w pełnym wymiarze czasu pracy. W szczególności dotyczyło to kobiet lepiej wykształconych. Podobnie sytuacja wygląda w Czechach. W krajach południowych częstym wyborem była dezaktywizacja zawodowa i pozostawanie w domu, a w krajach skandynawskich i Europy kontynentalnej znaczna część kobiet pracowała w niepełnym wymiarze. Znakomita większość (90%) kobiet 50+ w Europie utrzymuje częste kontakty ze swoimi dziećmi – w Polsce jest to 86%. Ponad połowa Polek w wieku 50+ mieszka w gospodarstwach domowych ze swoimi dziećmi, które w wielu przypadkach jeszcze nie wyprowadziły się z domu (podobnie jak to się dzieje w Europie południowej). Niezależnie od wybranej ścieżki zawodowej, interesująca nas częstotliwość korzystania ze wsparcia osób spoza gospodarstwa domowego była podobna. Polki, w porównaniu do kobiet z innych krajów, stosunkowo najrzadziej deklarują korzystanie ze wsparcia spoza gospodarstwa domowego, natomiast najczęściej udzielają bądź otrzymują wsparcie finansowe. Ponad 40% Polek udziela takiego wsparcia. Jest częstsze w przypadku kobiet, które pracowały w pełnym wymiarze, a najrzadsze wśród kobiet, które były (przeważnie) nieaktywne zawodowo. Z drugiej strony około 20% Polek w wieku 50+ deklaruje otrzymywanie wsparcia finansowego. Udział kobiet opiekujących się wnukami jest podobny jak w innych krajach.

Wstęp

Agnieszka Chłoń – Domińczak, Monika Oczkowska

Niniejszy raport przedstawia podsumowanie wybranych wyników 7. rundy Badania Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie" (z ang. *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE*).[1]Badanie to ma unikatowy na skalę europejską i światową charakter, co wynika z kilku powodów. Po pierwsze, jest to badanie panelowe, przeprowadzane częściowo na tej samej grupie osób w wieku 50 i więcej lat. Oznacza to, że istnieje możliwość oceny, jak zmienia się sytuacja tych osób wraz z upływem czasu. Po drugie, jest to badanie multidyscyplinarne, w którego realizację i analizę angażują się demografowie, epidemiolodzy, ekonomiści, psychologowie i socjologowie z wielu krajów Europy i świata. Po trzecie, jest to przedsięwzięcie międzynarodowe. Realizację badania rozpoczęto w 2004 r. w 12 europejskich krajach, do których na przestrzeni lat dołączały kolejne. W 2017 roku, w 7. edycji, badanie przeprowadzono 27 krajach. Badanie objęło zatem swoim zasięgiem niemal całą Unię Europejską (poza Holandią, Irlandią i Wielką Brytanią) oraz dodatkowo Izrael i Szwajcarię. Dzięki temu można w porównywalny sposób analizować wyniki dla wielu krajów. Wyniki badań opracowanych przez naukowców w oparciu o informacje zebrane w badaniu SHARE przyczyniają się do lepszego zrozumienia warunków życia populacji 50+ w krajach europejskich i coraz częściej stanowią podstawę zmian wprowadzanych w zakresie systemów społeczno-gospodarczych w różnych krajach.

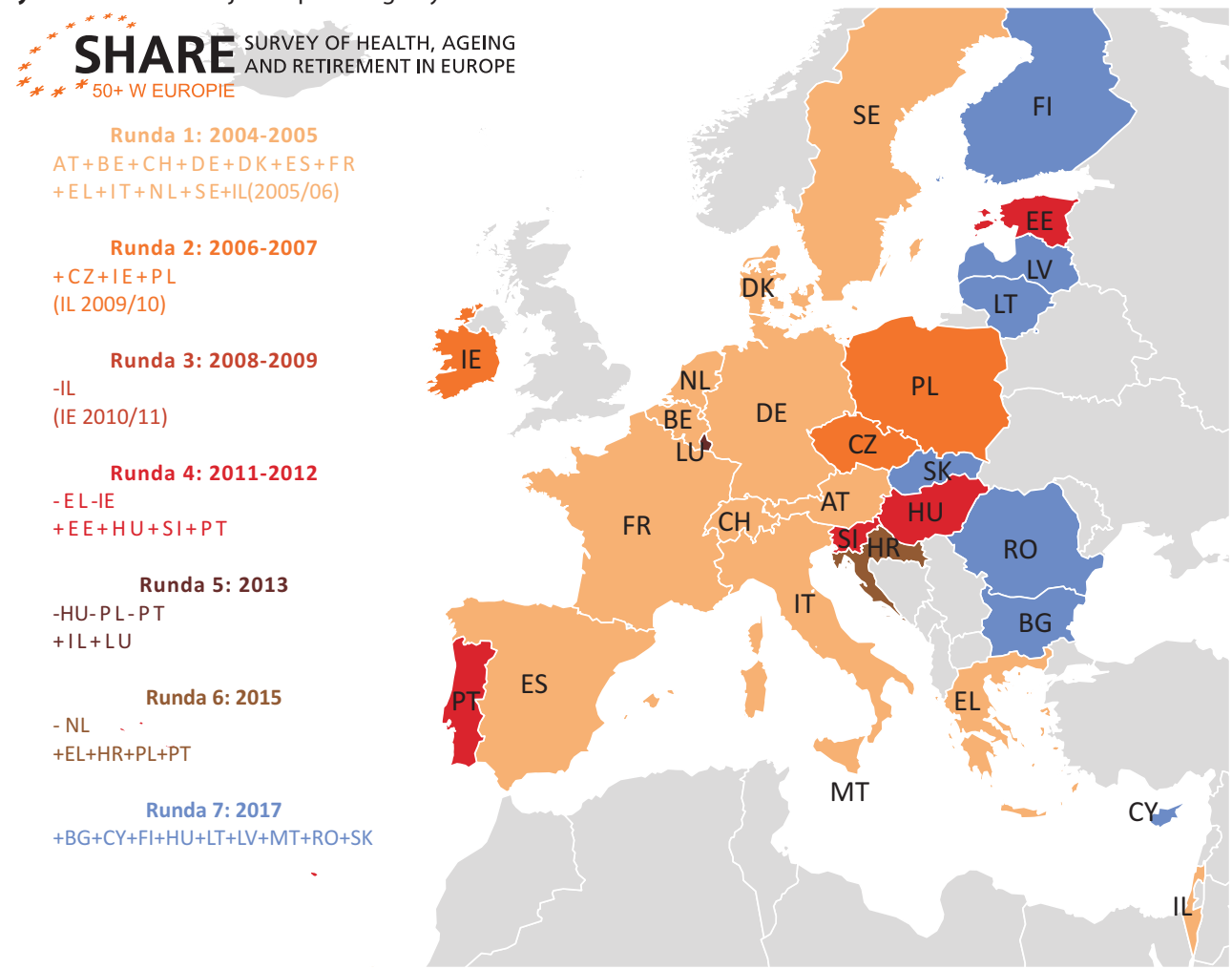
Rysunek A poniżej schematycznie pokazuje, na jakim etapie badania poszczególne kraje do niego dołączały i w których edycjach brały następnie udział. Polska wraz z Czechami dołączyła do 12 państw pierwotnie uczestniczących w badaniu w 2. edycji, w 2006 roku. Od tego czasu w Polsce zostały zrealizowane 4 rundy badania – na przełomie lat 2008–2009 oraz 2011–2012, a także w latach 2015 i 2017. Polska nie brała udziału jedynie w 5. rundzie badania w 2013 r. Kolejna, 8. runda badania jest realizowana na przełomie lat 2019 i 2020 w całej Europie.

W związku z panelowym charakterem badania SHARE, w jego kolejnych rundach dąży się do powrotu do osób, które wcześniej brały już w nim udział. Ze względu na naturalny proces starzenia się, grupa panelowych uczestników badania zmniejsza się jednak w kolejnych latach. Aby wyniki badania pozosta-

1 Szczegółowe informacje o badaniu i danych zawarte są m.in. w opracowaniach: Bergman, 2019, Börsch-Supan, 2019a, 2019b, 2019c, 2019d, 2019e; Börsch-Supan i Jürges, 2005; Börsch-Supan i in., 2008, 2013; Malter i Börsch-Supan, 2013, 2017; Schröder, 2011.

wały reprezentatywne dla całej populacji w wieku 50+ w danym kraju, próba panelowa jest w kolejnych rundach uzupełniana nowo dolosowanymi osobami. Z jednej strony do badania dolosowywane są osoby należące do najmłodszych roczników, których brakuje w badaniu na danym etapie, ponieważ nie osiągnęły jeszcze wieku 50 lat w momencie rozpoczęcia badania kilka lat wcześniej. Z drugiej strony, próba uzupełniana jest o przedstawicieli starszych roczników dla zapewnienia reprezentatywności tej części populacji. Wynika to z tego, że część wcześniejszych uczestników badania umiera lub ciężka choroba uniemożliwia im kontynuowanie udziału w badaniu. Aby ograniczyć liczbę tych ostatnich przypadków, w badaniu SHARE przewidziana została możliwość przeprowadzenia wywiadu za pomocą pełnomocnika, czyli dobrze poinformowanej osoby bliskiej, która może odpowiadać na pytania w imieniu respondenta. Natomiast dla uczestników badania SHARE, którzy zmarli do czasu kolejnej tury, z osobami bliskimi przeprowadzane są tzw. wywiady końca życia, dotyczące sytuacji w ostatnim roku życia, które stanowią ważne uzupełnienie wcześniej podanych informacji.

Rysunek A Udział krajów w poszczególnych turach badania SHARE w latach 2004–2017

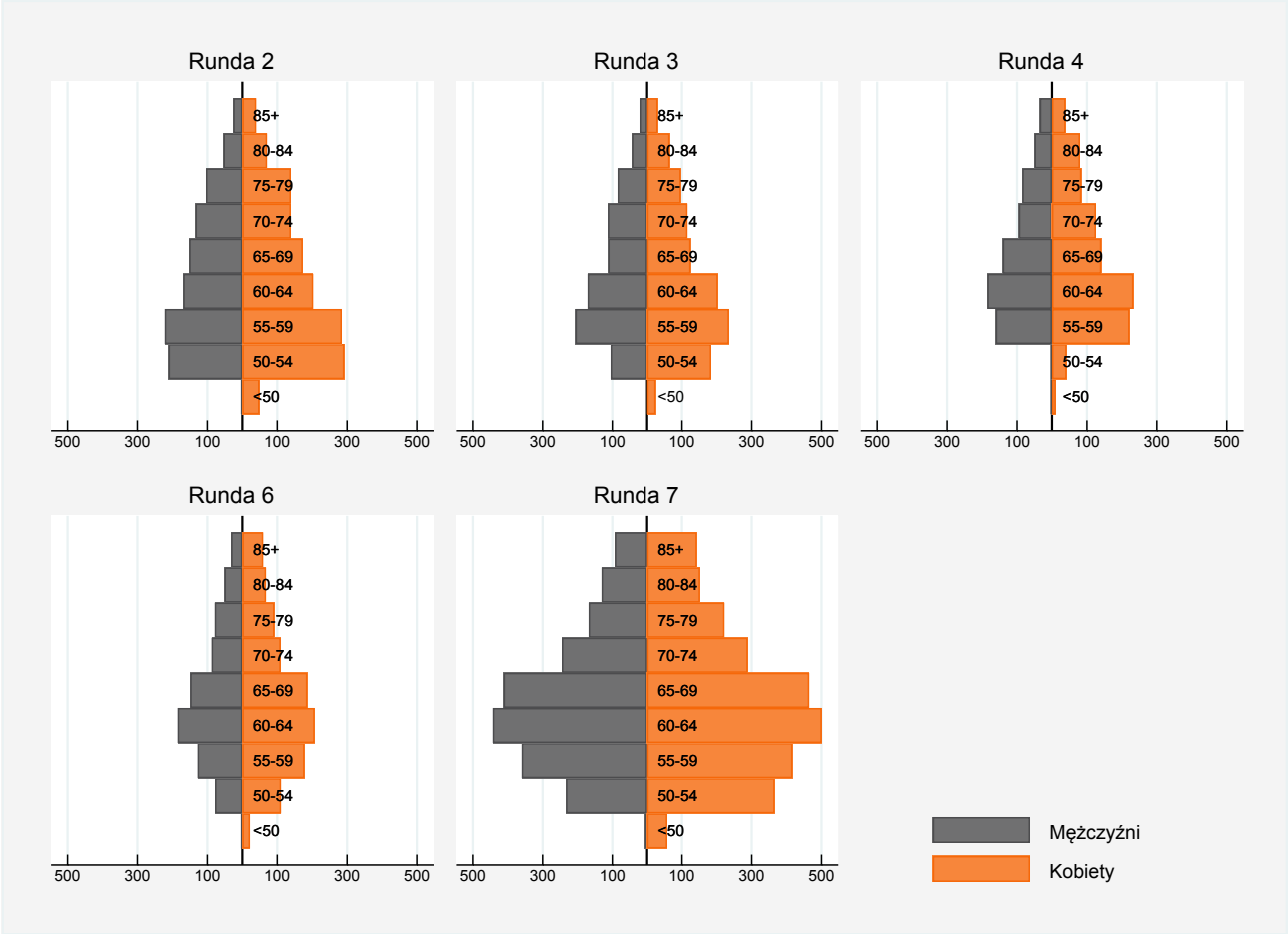


Uwagi: kolor odpowiada rundzie, w której dany kraj po raz pierwszy wziął udział w badaniu. Dalsze zmiany uczestnictwa w kolejnych rundach zostały uwzględnione w opisie po lewej stronie. Lata w opisie to przedziały czasowe, w których odbywały się wywiady w ramach danej rundy.

Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem EUROSTAT – Eurographics dla granic administracyjnych.

Na wykresie A przedstawiono zmiany wielkości próby uczestników badania SHARE w Polsce w kolejnych rundach zobrazowane jako piramidy wieku z podziałem na płeć. Od początkowej, 2. rundy, zrealizowanej w latach 2006–2007 Polska próba nie była uzupełniana o nowe osoby aż do przeprowadzonej w 2015 r. rundy 6., kiedy to do badania dolosowano brakującą, najmłodszą kohortę osób w wieku 50–58 lat. Natomiast na potrzeby zapewnienia pełnej reprezentatywności próby dla całej populacji osób w wieku 50+ w Polsce, w rundzie 7. do badania dołączono niemal 4500 nowych osób, zarówno z najmłodszej, brakującej grupy osób w wieku 50–52 lata, jak i reprezentujących osoby w wieku 53 lata i więcej.

Wykres A Piramidy wieku dla uczestników badania SHARE w Polsce w kolejnych rundach

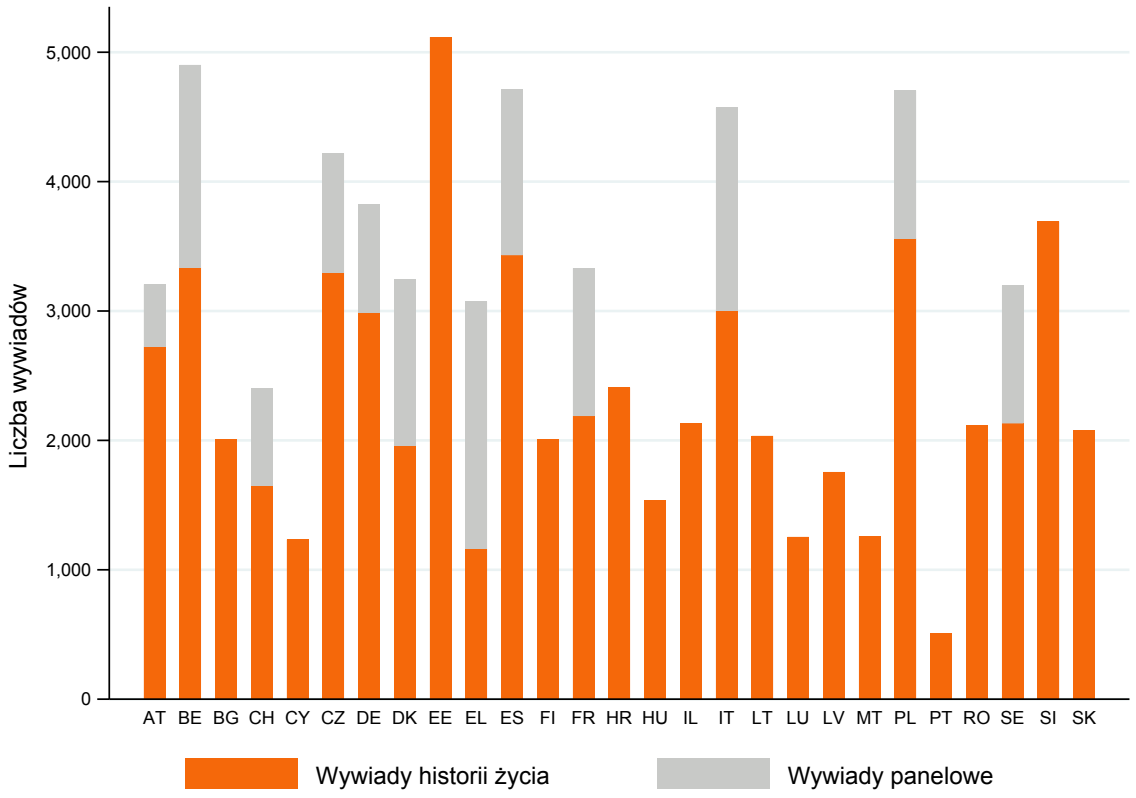


Uwagi: Docelową populacją badaną w SHARE są wylosowane osoby w wieku 50+ oraz mieszkający z nimi partnerzy bez względu na wiek. W związku z powyższym niewielki odsetek uczestników badania stanowią osoby, które nie ukończyły 50. lat.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE z rundy 2. (2006–2007), 3. (2008–2009), 4. (2011–2012), 6. (2015) i 7. (2017).

Badanie SHARE polega na przeprowadzeniu ankiety przez profesjonalnych ankieterów na komputerze w systemie CAPI (z ang. *Computer Assisted Personal Interviewing*). Informacje podawane przez uczestników są zanonimizowane. Tematyka wywiadów prowadzonych przez ankieterów w każdej rundzie badania SHARE dotyczyła bieżących aspektów życia osób w wieku 50+ – stanu zdrowia, korzystania z opieki zdrowotnej, sytuacji materialnej, aktywności na rynku pracy, przejścia na emeryturę, relacji rodzinnych i społecznych. Szczególnymi wyjątkami były wywiady prowadzone w rundzie 3. w latach 2008–2009, oraz

część wywiadów przeprowadzonych w ramach rundy 7. W 2017 r. Tematyka tych wywiadów poświęcona była historii całego życia uczestników – od czasów dzieciństwa do momentu przeprowadzania wywiadu (tzw. wywiady SHARELIFE). W związku z panelowym charakterem badania, część uczestników w rundzie 7. brała wcześniej udział w rundzie 3. i podała wówczas informacje dotyczące swojej historii życia. Aby ich nie powtarzać, osoby te w 7. turze badania odpowiadały na pytania takie jak w pozostałych rundach SHARE, czyli dotyczące ich bieżącej sytuacji życiowej. Z tego powodu część danych zebranych w 7. rundzie badania ma charakter historii życia uczestników (wywiady historii życia – SHARELIFE), a część – informacji, jak zmieniły się różne aspekty aktualnej sytuacji życiowej respondentów (wywiady panelowe). Na wykresie B przedstawiono liczbę wszystkich wywiadów zebranych w poszczególnych krajach, które uczestniczyły w 7. rundzie badania, w podziale na te dwa rodzaje wywiadów. Dodać należy, że osoby, które w badaniu w 2017 r. opowiadały historię swojego życia, proszone były dodatkowo o udzielenie kilku podstawowych informacji dotyczących aktualnych warunków życia na podstawie wybranych pytań z wywiadu panelowego (co oznacza, że ograniczona pula informacji o bieżącej sytuacji życiowej została zebrana w rundzie 7. dla wszystkich uczestników niezależnie od rodzaju wywiadu, w którym brali udział).

Wykres B Liczba wywiadów w rundzie 7. SHARE według krajów i rodzaju wywiadu



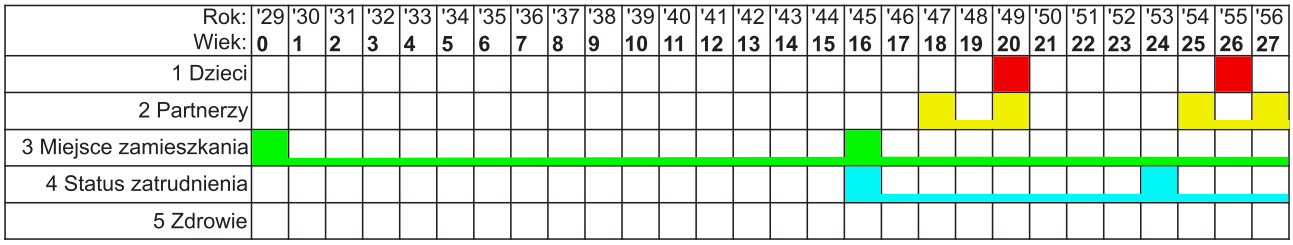
Uwaga: Kraje, które dołączyły do badania po 3. rundzie, zbierały w 7. rundzie wyłącznie wywiady historii życia.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE z rundy 7. (2017).

Podobnie jak w 3. rundzie badania, wywiad historii życia SHARELIFE realizowany w 7. Rundzie przeprowadzał uczestnika przez kolejne miejsca jego zamieszkania zarówno w kraju, jak i zagranicą, począwszy od miejsca, w którym mieszkał po urodzeniu, przez założenie własnego gospodarstwa domowego lub wyprowadzenie się z domu rodziców, aż do aktualnego miejsca zamieszkania. Kilka szczegółowych pytań dotyczyło sytuacji społeczno-ekonomicznej rodziny uczestnika, gdy miał 10 lat, oraz jego wyników szkolnych w tym okresie. W ramach wywiadu uczestnik opowiadał o wszystkich formalnych i nieformalnych związkach, w które był zaangażowany w życiu, oraz swoich biologicznych i adoptowanych dzieciach. Pytania o stan zdrowia i jego zmiany w ciągu życia dotyczyły zarówno chorób dziecięcych, dłuższych pobytów w szpitalu w dzieciństwie, jak i okresów niepełnosprawności lub poważnych schorzeń w późniejszym życiu. W kontekście korzystania z opieki zdrowotnej uczestnik pytany był przykładowo o okresy regularnego wykonywania podstawowych badań czy korzystania z opieki dentystycznej. Szereg pytań dotyczył specyficznych okresów, których uczestnicy mogli doświadczyć w życiu, jak np. okresu szczęścia, stresu czy głodu. Podczas wywiadu szczegółowo omawiane były sytuacje prześladowania, dyskryminacji lub wywłaszczenia, z którymi respondent lub członkowie jego rodziny mogli się spotkać na różnych etapach życia.

Dodatkowo, podczas wywiadu zbierane były szczegółowe informacje o karierze zawodowej, począwszy od zakończenia dziennej edukacji. Dla każdej pracy zapisywane były daty jej rozpoczęcia i zakończenia, wymiar etatu, branża, podstawowe charakterystyki miejsca pracy oraz wysokość pierwszego wynagrodzenia. Po przejściu przez całą historię zawodową uczestnik badania proszony był o wybranie spośród wcześniej podanych tej pracy, która stanowiła jego główną pracę w karierze zawodowej, a następnie o podanie dalszych szczegółowych informacji na temat tej pracy, charakteryzujących jakość miejsca pracy i otrzymywane płace. Uczestnicy opowiadali również o czasowych zwolnieniach chorobowych z pracy, jak i swojej sytuacji w okresach, kiedy nie pracowali ze względu na zajmowanie się domem, bezrobocie czy kontynuowanie edukacji. Jeśli uczestnik zakończył karierę zawodową do czasu wywiadu, proszony był o podanie szczegółowych informacji dotyczących przejścia na emeryturę i otrzymywanych z tego tytułu świadczeń publicznych.

Wraz z tym jak respondenci udzielali kolejnych informacji dotyczących różnych aspektów swojego życia – dzieci, miejsca zamieszkania czy aktywności na rynku pracy i określali w czasie różne kluczowe wydarzenia w ich przebiegu życia, na ekranie komputera ankietera wypełniał się schemat kalendarza życia dla danego uczestnika (rysunek B). Kalendarz ułatwiał uczestnikowi przypomnienie sobie dokładnych dat różnych zdarzeń z życia.

Rysunek B Wycinek kalendarza życia respondenta urodzonego w 1929 roku, wykorzystywanego podczas wywiadu SHARE w rundach 3. i 7.



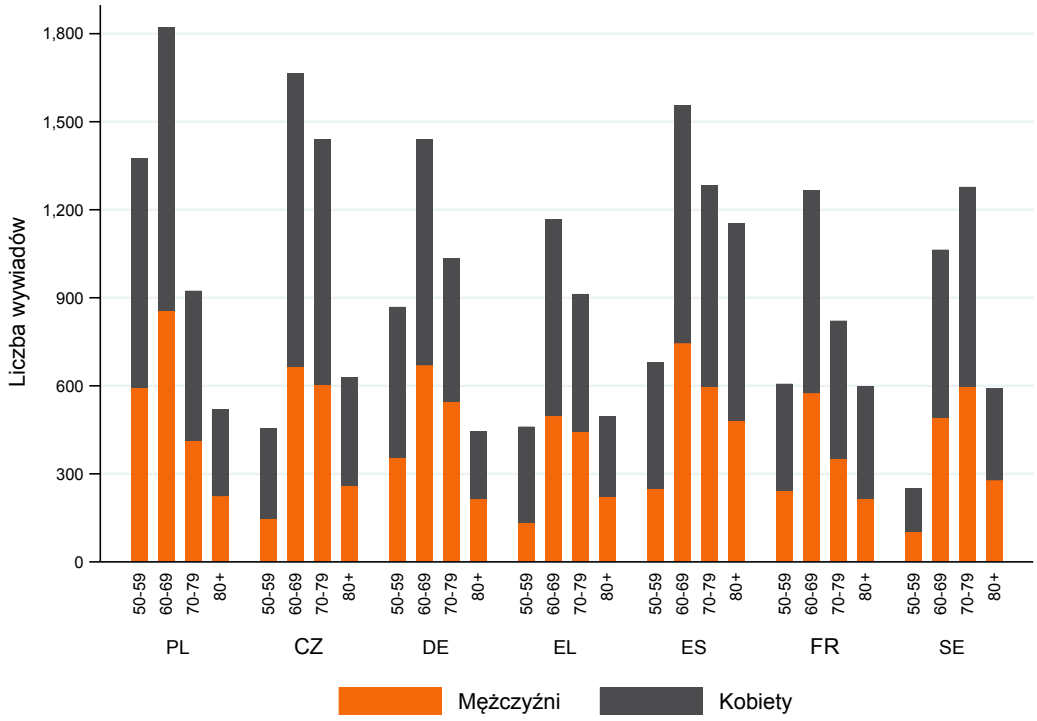
Źródło: program do prowadzenia wywiadu SHARE.

Dane zebrane w ramach wywiadów historii życia są danymi retrospektywnymi, przez co mogą być obarczone błędem wynikającym ze znacznego upływu czasu pomiędzy właściwym wydarzeniem a momentem relacjonowania tego wydarzenia przez uczestnika podczas wywiadu z ankieterem. Jednak w literaturze wielokrotnie potwierdzano wiarygodność danych retrospektywnych dotyczących wydarzeń kluczowych z punktu widzenia respondenta, również zestawiając je z danymi pochodzącymi ze źródeł administracyjnych (m. in. Beckett i in., 2001; Havari i Mazzonna, 2011; Smith i Thomas, 2003). Szereg opracowań potwierdził wartość naukową danych retrospektywnych pochodzących z historii życia zebranych w ramach badania SHARE, analizując powiązania pomiędzy wydarzeniami z przeszłości oraz charakterystykami dzieciństwa a różnymi aspektami późniejszego życia tych samych osób (m.in. Attanasio i in., 2014; Boersch-Supan i in., 2011; Kesternich i in., 2014).

Dane zebrane w ramach 7. rundy badania SHARE są wyjątkowe na tle pozostałych zbiorów z poprzednich edycji badania z dwóch względów. Pierwszym jest szczególny charakter zebranych w tej rundzie wywiadów historii życia oraz ich połączenie z wywiadami panelowymi dla części uczestników. Po drugie, w 7. rundzie do badania dołączyło 9 nowych krajów z Europy Środkowo-Wschodniej, dzięki czemu wyniki badania będą reprezentatywne dla populacji w wieku 50+ z niemal całej Europy.

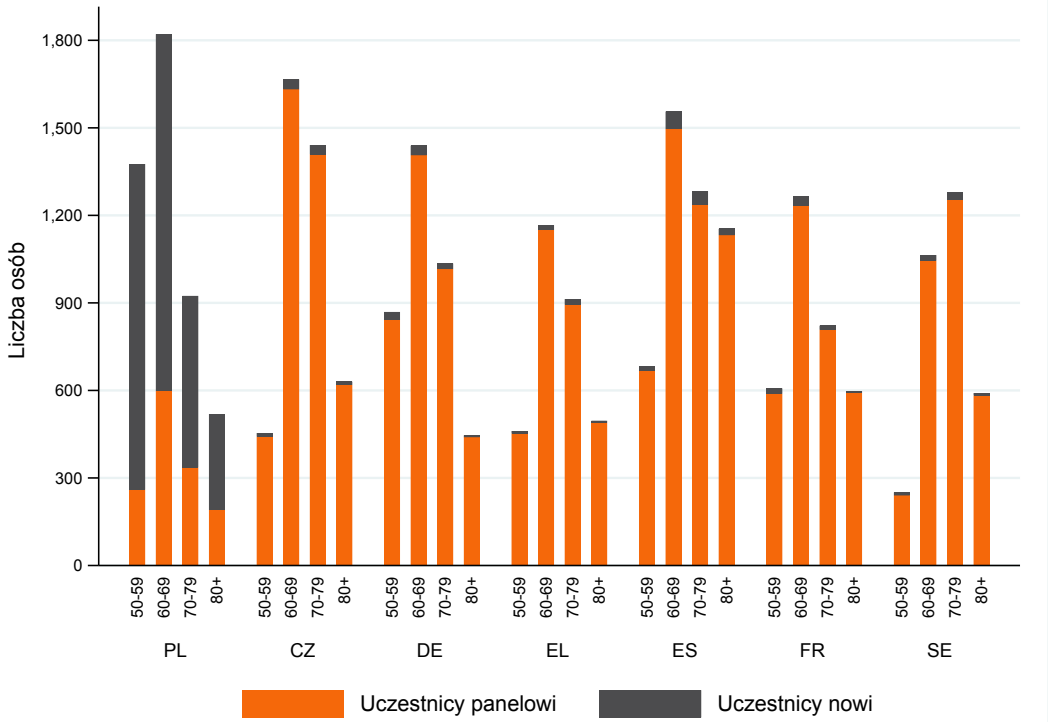
W prezentowanych analizach wyniki uzyskane dla Polski są porównywane, tam gdzie jest to możliwe, z wynikami osiągniętymi w innych krajach. W przypadku części analiz szczegółowe wyniki zostały zaprezentowane obok Polski dla sześciu wybranych krajów – Czech, Francji, Grecji, Hiszpanii, Niemiec i Szwecji. Wykres C poniżej przedstawia szczegółowy rozkład próby tych krajów w podziale na grupy wieku i według płci dla przybliżenia demograficznej charakterystyki ich przedstawicieli w 7. rundzie badania SHARE. Dodatkowo, wykres D prezentuje próby wybranych krajów według grup wieku oraz rozróżnienia, czy uczestnicy badania stanowili część panelu (brali udział w którejkolwiek z poprzednich rund badania), czy zostali nowo dolosowani w rundzie 7, aczkolwiek tylko polska próba została uzupełniona o znaczącą grupę nowych osób. Ze względu na specyfikę badania w 7. rundzie – przeprowadzenie wywiadów historii życia z większością uczestników – w części analiz nie można jeszcze w pełni porównać uzyskanych wyników ze wszystkimi krajami biorącymi udział w badaniu. Tego typu porównania będzie można prowadzić w oparciu o wyniki kolejnej, 8. rundy badania, której realizacja rozpoczęła się w końcu 2019 r.

Wykres C Charakterystyka próby wybranych krajów w rundzie 7. SHARE



Uwagi: uwzględniono zarówno osoby, które udzieliły wywiadów panelowych, jak i historii życia.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE z rundy 7. (2017).

Wykres D Podział uczestników z wybranych krajów w rundzie 7. SHARE na panelowych i nowych

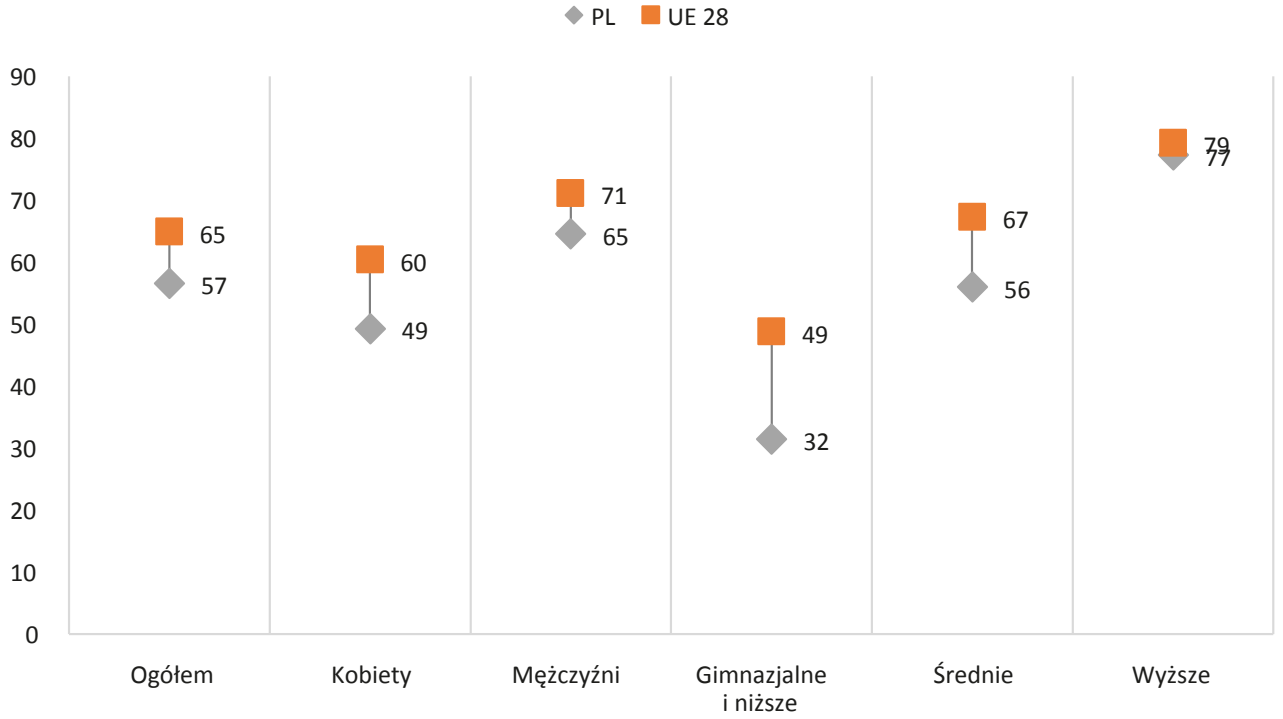


Uwagi: uwzględniono wszystkich uczestników 7. rundy. Uczestnicy panelowi to osoby, które wzięły udział w przynajmniej jednej z poprzednich rund badania. Wśród analizowanych krajów tylko Polska dolosowała w 7. rundzie nowe osoby do badania. Nowe osoby w krajach poza Polską to nowi partnerzy respondentów, którzy brali udział w poprzednich rundach.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE z rundy 7. (2017).

W trakcie lektury raportu warto wziąć pod uwagę ogólne kształtowanie się sytuacji osób w wieku 50+ na rynku pracy, a także uwarunkowania instytucjonalne. Wzrost zatrudnienia osób w wieku 50 i więcej lat jest jednym z celów strategicznych Unii Europejskiej. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata jest jednym ze wskaźników monitorowania sytuacji w drugiej kategorii europejskiego filaru praw socjalnych. W Polsce zatrudnienie osób w wieku 50–64 lata (a więc populacji objętej badaniem SHARE w wieku aktywności zawodowej), mierzone na podstawie badania aktywności ekonomicznej ludności, rośnie nieprzerwanie od 2004 r.[2] Oznacza to, że rok 2017 (rok badania) był 13. rok wzrostu wskaźnika zatrudnienia w znaczącej części populacji objętej badaniem. W tym roku w Polsce wskaźnik ten osiągnął wartość 56,6% i był niższy o około 8 pp od średniej unijnej – niższy wskaźnik zatrudnienia w tej grupie wieku był odnotowany w Chorwacji, Grecji, Luksemburgu, na Malcie i Węgrzech.

Różnica pomiędzy wskaźnikiem zatrudnienia osób w wieku 50–64 lata w Polsce i pozostałych krajach UE jest stabilna i dotyczy w większym zakresie kobiet niż mężczyzn, a także w większym stopniu osób z wykształceniem poniżej wyższego (poziomy ISCED 0–2, tj. wykształcenie gimnazjalne i niższe oraz poziomy ISCED 3–4 – wykształcenie zasadnicze zawodowe). Osoby w wieku 50–64 lata z wyższym wykształceniem (poziomy ISCED 5–8) w Polsce są zaangażowane na rynku pracy w niemal takim samym stopniu, jak osoby z takim wykształceniem w całej Unii Europejskiej (wykres E).

Wykres E Wskaźniki zatrudnienia osób w wieku 50–64 lata ogółem oraz według płci i poziomu wykształcenia w Polsce na tle średniej w krajach Unii Europejskiej w 2017 r.



Źródło: Eurostat.

2 Badanie aktywności ekonomicznej ludności (BAEL/LFS) daje bardziej precyzyjne szacunki wskaźników zatrudnienia w porównaniu do badania SHARE ze względu na znacznie większą liczbę respondentów tego badania w Polsce i w Europie, natomiast badanie to nie obejmuje innych obszarów, które objęte są badaniem SHARE. Wyniki badania aktywności ekonomicznej ludności pokazują na wyższe niż wynikające z badania SHARE zatrudnienie osób w analizowanej grupie wieku, co wynika z różnic w strukturze i wielkości prób w obu badaniach, przez co nie są one w pełni porównywalne. Niemniej jednak ze względu na powszechne stosowanie wskaźników EUROSTAT, traktujemy je jako punkt odniesienia do oceny aktywności zawodowej osób w wieku 50+. W dalszych analizach w raporcie, przy analizach wybranych aspektów funkcjonowania respondentów wodniesieniu do ich aktywności ekonomicznej, wykorzystywane są wyniki badania SHARE.

Oznacza to, że niezbędne jest wzmocnienie obserwowanych, korzystnych tendencji dotyczących zaangażowania osób w wieku 50+ na rynku pracy, aby zmniejszać obserwowaną lukę w relacji do poziomów obserwowanych w UE. Dotyczy to szczególnie kobiet oraz osób z niższymi poziomami wykształcenia. Rok przeprowadzenia 7. rundy badania SHARE to także rok, w którym został przywrócony ustawowy wiek emerytalny w Polsce do poziomu sprzed 2013 r., może wpływać na decyzje, opinie i odczucia respondentów dotyczące aktywności zawodowej i procesu przechodzenia na emeryturę.

Badanie SHARE ze względu na swój zakres tematyczny oraz międzynarodowy charakter dostarcza wiedzy niezbędnej dla realizowania celów europejskich oraz krajowych dotyczących wspierania polityk na rzecz osób 50+ w Europie. Badanie to w szczególności wpisuje się w ideę europejskiego filaru praw socjalnych, poprzez odpowiednią diagnozę wspierając kształtowanie działań związanych z realizacją zasad EFPS we wszystkich trzech kategoriach: równych szans i dostępu do zatrudnienia, uczciwych warunków pracy, jak również ochrony socjalnej i integracji społecznej.

W raporcie omawiającym wyniki 7. rundy badania poruszane są tematy dotyczące sytuacji osób w wieku 50+, powiązane z głównymi kategoriami europejskiego filaru praw socjalnych. Pierwszy rozdział odnosi się do kategorii równych szans i dostępu do zatrudnienia oraz warunków pracy, czyli dwóch pierwszych kategorii europejskiego filaru praw socjalnych. Analizowane jest zjawisko wykluczenia osób w wieku 50+ z rynku pracy, przede wszystkim na skutek utraty pracy. Następnie omówione są warunki wykonywanej pracy w kontekście chęci pracujących do wczesnego przejścia na emeryturę. Część ta uwzględnia wyniki otrzymane z dodatkowej ankiety przeprowadzonej w ramach badania SHARE dla Polski w 7. rundzie, w ramach której zebrane zostały informacje dotyczące warunków pracy osób biorących udział w badaniu – obecnie lub w ich ostatnim miejscu pracy. W dalszej części rozdziału pierwszego ocenione są uwarunkowania aktywności zawodowej z perspektywy sytuacji w gospodarstwie domowym i rodzinie, w tym angażowania respondentów w opiekę nad wnukami oraz dorosłymi członkami rodziny, przede wszystkim rodzicami, oraz z perspektywy wspólnego przechodzenia na emeryturę respondentów pozostających w związkach. Na końcu przedstawiona jest analiza aktywnego starzenia się osób w wieku 50+ i zmiany w tym zakresie od 2015 r.

Rozdziały drugi i trzeci raportu związane są z trzecią kategorią europejskiego filaru praw socjalnych. Rozdział drugi przedstawia stan zdrowia osób w wieku 50+, a także powiązanie stanu zdrowia i aktywności zawodowej. Analizowane jest również powiązanie stanu zdrowia i poziomu satysfakcji z życia, z użyciem miar wykorzystywanych w badaniu SHARE. W ostatnim rozdziale przeprowadzona jest ocena wykluczenia społecznego badanych osób, z uwzględnieniem wielowymiarowych aspektów tego zjawiska. Dalsze analizy dotyczą korzystania z opieki długoterminowej. W rozdziale tym omówione są ponadto relacje międzypokoleniowe kobiet w wieku 50+, w tym powiązania między typem kariery zawodowej a otrzymywaną i udzielaną pomocą innym osobom, zaangażowaniem w opiekę nad wnukami czy częstotliwością kontaktów z dziećmi.

W podsumowaniu przedstawione są podstawowe wnioski wynikające z przeprowadzonych analiz, mające na celu wskazanie możliwych kierunków rozwoju polityki publicznej sprzyjającej utrzymaniu aktywności zawodowej osób po 50-tym roku życia.

Bibliografia

Attanasio, O., Brugiavini, A., Trevisan, E., Weber, G. (2014). The consequences of financial hardship (and recessions) on income and welfare. W: Brugiavini A., Weber, G. (red.) Longer-term consequences of the great recession on the lives of Europeans. Oxford University Press.

Beckett, M., De Vanzo, J., Sastry, N., (2001). The Quality of Retrospective Data: An Examination of Long-Term Recall in a Developing Country. Journal of Human Resources 36 (3): 593–625.

Bergmann, M., Scherpenzeel, A., Börsch-Supan, A. (red.) (2019). SHARE Wave 7 Methodology: Panel Innovations and Life Histories. MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

Börsch-Supan, A. (2019a). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 2. Wersja publikacji: 7.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w2.700.

Börsch-Supan, A. (2019b). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 3 – SHARELIFE. Wersja publikacji: 7.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w3.700.

Börsch-Supan, A. (2019c). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4. Wersja publikacji: 7.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w4.700.

Börsch-Supan, A. (2019d). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Wersja publikacji: 7.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w6.700.

Börsch-Supan, A. (2019e). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Wersja publikacji: 7.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: 10.6103/SHARE.w7.700.

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, 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.

Börsch-Supan, A.,Jürges, H. (red.) (2005). The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hank, K., Schröder, M. (red.). (2011). The individual and the welfare state. Life histories in Europe. Springer.

Börsch-Supan, A., Brugiavini, 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).

Havari, E., Mazzonna, F. (2011). Can we trust older people's statements on their childhood circumstances? Evidence from SHARELIFE. SHARE Working Paper Series 05–2011.

Kesternich, I., Siflinger, B., Smith, J., Winter, J. (2014). The Effects of World War II on Economic and Health Outcomes across Europe. Review of Economics and Statistics 96(1): 103–118.

Malter, F., Börsch-Supan, A. (red.) (2013). SHARE Wave 4: Innovations & Methodology. MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

Malter, F. , Börsch-Supan, A. (red.) (2017). SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots. 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).

Smith, J., Thomas, D. (2003). Remembrances of Things Past: Test-Retest Reliability of Retrospective Migration Histories. Journal of the Royal Statistical Society A 166(1): 23–49.

Rozdział 1. Uwarunkowania aktywności osób w wieku 50+

W pierwszym rozdziale przedstawione są analizy dotyczące wybranych aspektów uwarunkowań aktywności zawodowej osób w wieku 50+. Wykorzystanie potencjału osób w tej grupie wieku na rynku pracy stanowi jedno z ważniejszych wyzwań dla polityki rynku pracy w Europie i w Polsce.

W pierwszych dwóch częściach omówione są czynniki mogące mieć wpływ na ograniczenie aktywności zawodowej osób 50+ o charakterze „wypychającym" z rynku pracy. Pierwszym z nich jest ryzyko wykluczenia z rynku pracy związane z utratą pracy bądź rezygnacją z niej przed uzyskaniem wieku emerytalnego. Jak pokazują analizy międzynarodowe, utrzymanie aktywności osób w tej grupie wieku jest znacznie łatwiejsze niż ponowna aktywizacja osób, które straciły pracę lub z różnych przyczyn zdecydowały się na wcześniejsze wycofanie z aktywności zawodowej. Analizy te pokazują na potrzebę prowadzenia działań zmierzających do szybkiego powrotu do zatrudnienia osób, które stały się bezrobotne w wieku 50+, a także wskazuje na kraje, które mogą być źródłem dobrych praktyk działań tym zakresie. W kolejnej części rozdziału omówione są warunki pracy osób w wieku 50+ oraz ich narażenie na czynniki ryzyka, a także inne charakterystyki miejsca pracy mogące wpływać na chęć respondentów do jak najszybszego przejścia na emeryturę. Przedstawiona jest również zmiana postaw osób objętych badaniem do jak najszybszego przechodzenia na emeryturę, a także wpływ indywidualnych cech na skłonność do przejścia na emeryturę jak najszybciej.

W następnych dwóch częściach rozdziału omówione są – w ujęciu międzynarodowym – uwarunkowania mogące stanowić czynniki „przyciągające" osoby w wieku 50+ do dezaktywizacji. Pierwszym z nich jest zaangażowanie osób w wieku 50+ w pomaganie innym, a także opiekę nad wnukami lub sprawowanie osobistej opieki na zależnymi osobami dorosłymi. Podejmowanie obowiązków opiekuńczych jest jednym z uwarunkowań, które mogą wpływać na decyzje o zakończeniu aktywności zawodowej. W tej części identyfikujemy, czy status na rynku pracy ma znaczenie w przypadku podejmowania różnego typu aktywności związanych z pomaganiem i opieką, oraz to, na ile cechy indywidualne związane są z częstością tych aktywności. W ostatnim podrozdziale omówione jest zjawisko wspólnego przechodzenia na emeryturę,

które pozwala na ocenę procesu przechodzenia na emeryturę z perspektywy gospodarstwa domowego, a także identyfikację tych cech osób, które sprzyjają podejmowaniu decyzji o zakończeniu pracy wspólnie z partnerem.

Rozdział kończy analiza potencjału populacji osób 50+ z perspektywy aktywnego starzenia się, na podstawie metodyki wskaźnika aktywnego starzenia (Active Ageing Index – AAI). Analiza ta również odnosi się do możliwości wykorzystania – obecnie i w przyszłości – danych gromadzonych w badaniu SHARE do szacowania wskaźnika aktywnego starzenia się dla Polski.

1.1 Wykluczenie z rynku pracy osób w wieku 50+ – analiza porównawcza

Anna Ruzik-Sierdzińska, Wojciech Łątkowski

Celem tej części rozdziału jest pokazanie sytuacji osób w wieku 50+ długo pozostających poza zatrudnieniem przed przejściem na emeryturę. Zaprezentowano wyniki analizy dla Polski na tle sytuacji sześciu innych krajów europejskich: Czech, Niemiec, Grecji, Hiszpanii, Francji i Szwecji.

W latach 2015–2017, czyli między 6. a 7. rundą badania SHARE, bezrobocie w Europie spadało jako efekt wzrostowej fazy cyklu koniunkturalnego. Według danych i metodyki Eurostat średnia stopa bezrobocia w krajach Unii Europejskiej w 2015 roku wynosiła 9,4%, a w 2017 roku – 7,6%. Także udział osób bezrobotnych dłużej niż 12 miesięcy spadał powoli od 48,1% w 2015 roku do 44,7% w 2017 roku, przy dużych różnicach między krajami. Przykładowo w Grecji 7 na 10 bezrobotnych szukało pracy ponad rok, podczas gdy w Szwecji odsetek ten wynosił 18%. Spośród krajów analizowanych w badaniu SHARE Grecja i Hiszpania miały najgorszą sytuację, zaś Czechy, Niemcy czy Polska relatywnie najlepszą, jeśli chodzi o ryzyko pozostawania bez pracy.

Jak na tle tych trendów wyglądała sytuacja starszych osób bezrobotnych? Których z nich możemy określić jako wykluczonych z rynku pracy? Wykluczenie z rynku pracy może być rozumiane jako utrata kontaktu ze środowiskiem osób pracujących, prowadzące w końcu do rezygnacji z poszukiwania nowego zatrudnienia, a nawet do strachu przed podjęciem pracy. Za miernik zakresu zagrożenia takim wykluczeniem badacze często przyjmują chroniczne bezrobocie, czyli pozostawanie bez pracy przez ponad dwa lata (czasem ponad rok), albo częste okresy bezrobocia przedzielane krótkimi okresami dorywczej pracy (zob. Sundaram, 2014, zaś dla Polski np. Kurowska i Szatur-Jaworska, 2010, Golinowska i in., 2007).

Utrata pracy w starszym wieku zwiększa ryzyko popadnięcia w bezrobocie długotrwałe, gdyż starsi pracownicy mają zwykle mniejsze szanse na szybkie znalezienie nowego zatrudnienia, są mniej skłonni do przeszkolenia się i zwiększania kwalifikacji, zaś pracodawcy mniej chętnie inwestują w rozwój pracowników w wieku kilka lat przed emeryturą. Potwierdzają to analizy danych dla Polski, które pokazują, że wśród bezrobotnych powyżej 50. roku życia dominują osoby poszukujące pracy dłużej niż dwa lata. W 2018 roku co czwarty bezrobotny zarejestrowany w urzędach pracy – niezależnie od wieku – był w ewidencji ponad dwa lata, ale już co trzeci bezrobotny starszy niż 50 lat (MRPiPS, 2019), statystyki te pozostają na tym samym poziomie od kilku lat. Na podstawie przeglądu badań czynników wpływających na sytuację osób w tym wieku na polskim rynku pracy (Niewiadomska, 2017) można wnioskować, że jedną z przyczyn bezro-

bocia chronicznego są niskie kompetencje bezrobotnych osób starszych, ale także ich dyskryminacja przy zatrudnianiu widoczna także w innych krajach (Drydakis i in., 2017, Stypińska i Turek, 2017).

Analiza zagrożenia wykluczeniem osób w wieku 50+ z rynku pracy

Do wyodrębnienia grup osób o różnym statusie na rynku pracy wykorzystano pytanie o obecny status na rynku pracy, zgodnie z deklaracją respondenta (EP005). W polskim badaniu brzmi ono następująco: (…) *„Ogólnie rzecz biorąc, która z wymienionych kategorii najlepiej opisuje Pana/Pani obecną sytuację w zakresie zatrudnienia?"*. Respondent mógł wybrać następujące odpowiedzi[3]:

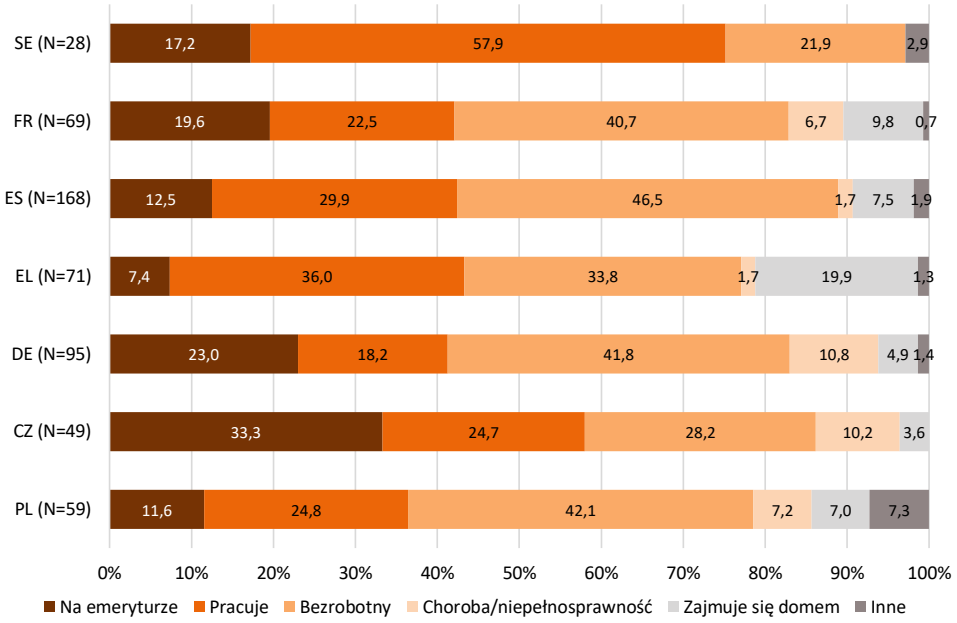
- na emeryturze,
- zatrudniony lub pracujący na własny rachunek (w tym również dla firmy rodzinnej),
- bezrobotny,
- trwale chory lub niepełnosprawny,
- zajmuje się domem,
- inny.

Poniżej przedstawiona jest ocena jak w 2017 r. w porównaniu do 2015 r. zmieniała się sytuacja na rynku pracy osób określających się w 2015 r. jako bezrobotne oraz bierne zawodowo, które nie były na emeryturze i nie pracowały. Są to osoby trwale chore lub niepełnosprawne oraz zajmujące się domem.

W pierwszym etapie analiz przyjęto, że jeśli osoba była bezrobotna w kolejnych dwóch rundach badania SHARE, można ją określić jako wykluczoną z rynku pracy. W Polsce spośród osób, które deklarowały się jako bezrobotne w 2015 roku, 42% nadal było bezrobotne dwa lata później, co czwarta pracowała, a 12% przeszło na emeryturę. W porównaniu do pozostałych analizowanych krajów jedynie w Hiszpanii trwałość bezrobocia była większa (47% wciąż bezrobotnych po dwóch latach), zaś w Niemczech i Francji zbliżona do Polski. W Czechach aż co trzecia osoba, która deklarowała się jako bezrobotna w 6. rundzie, w rundzie 7. była już na emeryturze, zaś w Grecji 20% takich osób w 2017 roku zajmowało się domem. Szwecja jest krajem, w którym największa część bezrobotnych (58%) powróciła po dwóch latach do zatrudnienia.

3 Warto tu podkreślić, że powyższe grupy różnią się od grup: pracujących, bezrobotnych i biernych zawodowo definiowanych na podstawie metodyki Eurostatu. M.in. jedynie niektórzy z bezrobotnych udzielają odpowiedzi na pytanie o to, czy poszukują pracy, nie wiadomo także, czy mogliby w krótkim czasie podjąć pracę, gdyby ją znaleźli.

Wykres 1.1 Status na rynku pracy w rundzie 7. osób bezrobotnych w rundzie 6.



Uwagi: N=539, próba ważona.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

W badanych krajach kobiety bezrobotne w rundzie 6. rzadziej niż bezrobotni mężczyźni deklarowały, że wciąż są bezrobotne w trakcie realizacji rundy 7., jednak rzadziej także podejmowały pracę. Niepracujące kobiety w wieku 50+ częściej przechodziły na emeryturę oraz zajmowały się domem, co może być skutkiem wcześniejszej decyzji o rezygnacji z poszukiwania pracy, również dzięki możliwości przejścia na emeryturę w niższym wieku niż mężczyźni.

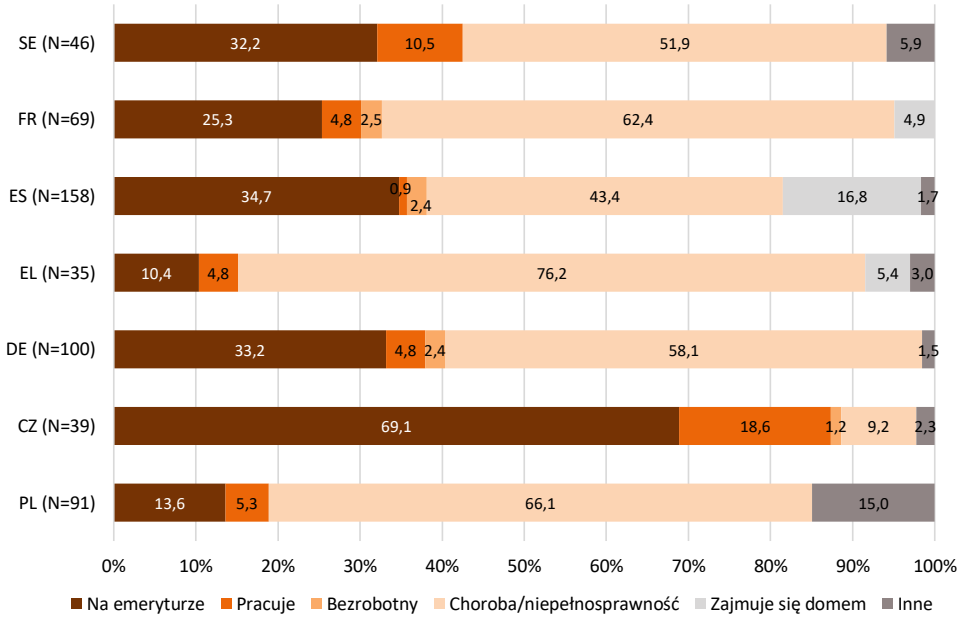
Tabela 1.1 Status na rynku pracy w rundzie 7. kobiet i mężczyzn bezrobotnych w rundzie 6. (siedem krajów łącznie oraz w Polsce jako % populacji)

Wszystkie kraje łącznie	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
Na emeryturze	15%	19%	17%
Pracuje	27%	22%	25%
Bezrobotny	46%	38%	42%
Choroba/niepełnosprawność	8%	3%	6%
Zajmuje się domem	2%	15%	7%
Inne	2%	3%	2%
Polska*	**Mężczyźni**	**Kobiety**	**Ogółem**
Na emeryturze	6%	23%	12%
Pracuje	25%	24%	25%
Bezrobotny	51%	24%	42%
Choroba/niepełnosprawność	11%	0%	7%
Zajmuje się domem	1%	18%	7%
Inne	5%	11%	7%

*Uwagi: N=539, *N=59, próba ważona.*
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Przewlekłe problemy zdrowotne oraz niepełnosprawność mogą powodować długoterminowe wykluczenie osób starszych z rynku pracy. Zdecydowana większość osób trwale chorych i niepełnosprawnych w rundzie 6. SHARE pozostała bierna zawodowo lub była na emeryturze w 7. rundzie. W Polsce tylko 5% osób w wieku 50+ niepracujących z powodów zdrowotnych pracowało dwa lata później. W pozostałych krajach odsetek osób, które podjęły pracę, jest podobny, przy czym pozytywnie wyróżniają się Czechy i Szwecja.

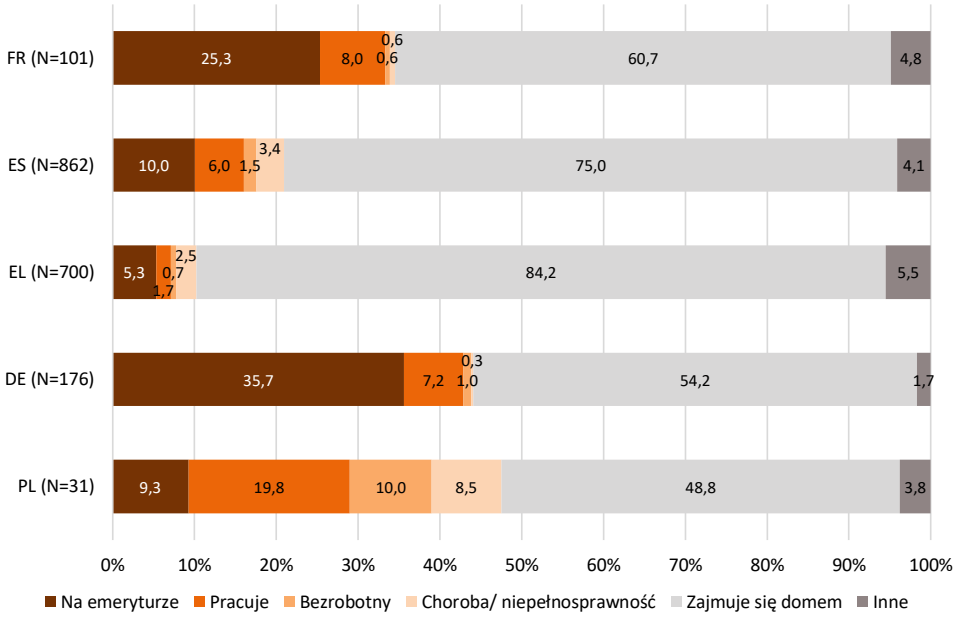
Wykres 1.2 Status na rynku pracy w rundzie 7. osób niepracujących z powodu niepełnosprawności w rundzie 6.



Uwagi: N=538, próba ważona
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Osoby bierne zawodowo z powodu obowiązków domowych w co drugim przypadku lub częściej pozostawały nieaktywne i w dalszym ciągu zajmowały się domem. W Polsce w badanym okresie nawet co piąta osoba zajmująca się domem powróciła na rynek pracy i podjęła zatrudnienie, co było najwyższym odsetkiem wśród siedmiu badanych krajów. W Grecji i w Hiszpanii dużo kobiet po 50-tym roku życia zajmuje się domem i jest trwale wykluczona z rynku pracy.

Wykres 1.3 Status na rynku pracy w rundzie 7. osób niepracujących z powodu zajmowania się domem/ obowiązków rodzinnych w rundzie 6.



Uwagi: N=1870, próba ważona, pominięto Czechy i Szwecję, ze względu na małe liczebności.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Analiza sytuacji dwóch grup osób biernych zawodowo i niebędących na emeryturze pokazuje, że miały one we wszystkich krajach mniejsze szanse na zatrudnienie w porównaniu do osób, które były bezrobotne. W Polsce po dwóch latach pracował co czwarty bezrobotny, co piąta osoba bierna z powodu obowiązków rodzinnych oraz co 20. z grupy biernych zawodowo z powodów zdrowotnych.

Podsumowanie

W niniejszej analizie wykorzystano deklaracje respondentów o ich sytuacji na rynku pracy w rundach 6. i 7. badania SHARE do pomiaru wykluczenia z rynku pracy osób w wieku 50 i więcej lat w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Dane wskazują, że utrata pracy w starszym wieku może prowadzić do wykluczenia z rynku pracy, rozumianego jako długie pozostawanie poza rynkiem pracy przed przejściem na emeryturę. W Polsce 42% bezrobotnych w wieku 50+ badanych w 2015 roku było wciąż bezrobotnych dwa lata później, zaś tylko 25% pracowało. Była to sytuacja podobna do tej w innych analizowanych krajach, z wyjątkiem Szwecji, gdzie badani znacznie częściej po 2 latach pracowali i tylko 22% było wciąż bezrobotnych.

Ponadto w Szwecji średni wiek osoby znajdującej nową pracę był najwyższy, wynosił ponad 61 lat, podczas gdy w pozostałych krajach było to poniżej 60 lat (w Polsce – prawie 58 lat).

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub niepełnosprawność w starszym wieku oznacza niską szansę na powrót na rynek pracy. Dotyczy to wszystkich badanych krajów. W Polsce tylko 5% biernych zawodowo w rundzie 6. z powodu choroby lub niepełnosprawności pracowała w rundzie 7.

Cechą pozytywnie wyróżniającą Polskę jest fakt, że co piąta z osób deklarujących bierność zawodową z powodu obowiązków domowych wraca do zatrudnienia. Jest to dwukrotnie większy odsetek w po-

równaniu do pozostałych krajów i sugeruje, że aktywizacja osób po 50 roku życia w naszym kraju może być skuteczna nie tylko w odniesieniu do bezrobotnych, ale też do przynajmniej niektórych osób biernych zawodowo.

Specyfika pytań zadawanych w badaniu SHARE nie pozwoliła na sprawdzenie, jaka część osób deklarujących się jako bezrobotne w rzeczywistości powinna zostać uznana za biernych zawodowo. Mogłyby to być osoby, które nie poszukują aktywnie pracy lub nie mogą w krótkim czasie podjąć zatrudnienia, gdyby je znalazły.

Bibliografia

Golinowska, S., Ruzik, A., Pieliński, B., Gandziarowska, J. (2007) *Praca lekarstwem na biedę i wykluczenie. Strategie wobec pracy.* IPiSS. Warszawa.

Kurowska, A., Szatur-Jaworska, B. (2010) „Badania wykluczenia społecznego w Polsce. Metody, perspektywy badawcze", w: Szarfenberg, R., Żołędowski, C., Theiss, M. (red.) *Ubóstwo* iwykluczenie *społeczne — perspektywa poznawcza*, Elipsa, Warszawa, s. 199–207.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) (2019) *Osoby powyżej 50 roku życia na rynku pracy w 2018 r.*, Warszawa.

Drydakis, N., MacDonald, P., Bozani, V., Chiotis, V. (2017) *Inclusive Recruitment? Hiring Discrimination against Older Workers*, IZA Discussion Paper nr 10957.

Niewiadomska, A. (2017) „Przyczyny wykluczenia osób starszych z rynku pracy w Polsce", *Ekonomia — Wroclaw Economic Review*, 23/4 (2017), s. 111–124.

Stypińska, J., Turek, K. (2017) "Soft and hard age discrimination – dual nature of workplace discrimination"*European Journal of Ageing*, 14(1), s. 49–61.

Sundaram, R., Hoerning, U., Falcao, N., De Andrade; Millan, N., Tokman, C., Zini, M. (2014) *Portraits of labor market exclusion (English)*. Washington, DC: World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/837771468246370480/Portraits-of-labor-market-exclusion

1.2 Warunki pracy osób w wieku 50+ w Polsce a ich chęć zakończenia aktywności zawodowej

Agnieszka Chłoń-Domińczak

Jednym z czynników mających znaczenie dla utrzymania aktywności zawodowej osób powyżej 50 roku życia są warunki pracy. Model zatrudnialności osób w wieku 50+, opracowany przez prof. J. Ilmarinena wyraźnie wskazuje, że otoczenie związane z wykonywaną pracą jest jednym z czynników mających wpływ na utrzymanie zatrudnienia wśród tych osób, a wspieranie aktywnego starzenia w miejscu pracy związane jest z odpowiednią organizacją warunków pracy, jak i ograniczaniem czynników ryzyka (Ilmarinen, 2005, 2012). Jest to również potwierdzone empirycznie w badaniach prowadzonych w Europie i na świecie. Wpływ na decyzje emerytalne mają zarówno warunki pracy, takie jak np. ciężka praca fizyczna, które w sposób skumulowany wpływają na stan zdrowia i skłonność do wcześniejszego zakończenia pracy, ale również organizacja pracy, w tym warunki i możliwości rozwoju czy podejście przełożonych odczuwane przez pracowników 50+ oraz poczucie kontroli dotyczące sposobu wykonywania pracy (Blekesaune i Solem, 2005; Lahelma i in., 2012; Van Solinge i Henkens, 2014; Westerlund i in., 2009). Metaanaliza opracowana przez (Topa, Moriano, Depolo, Alcover, i Morales, 2009) wskazuje, że zaangażowanie w pracę i satysfakcja z wykonywanej pracy mają stosunkowo duże znaczenie w wydłużaniu aktywności zawodowej. Badania prowadzone w Danii wskazują, że intencje dotyczące wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej mają również znaczenie przy podejmowaniu decyzji o przejściu na emeryturę, chociaż mogą być one opóźnione, jeżeli pracownicy pracują w środowisku pracy, które stawia im wyzwania, ale też wynagradza za efekty (Van Dam, Van Der Vorst i Van Der Heijden, 2009).

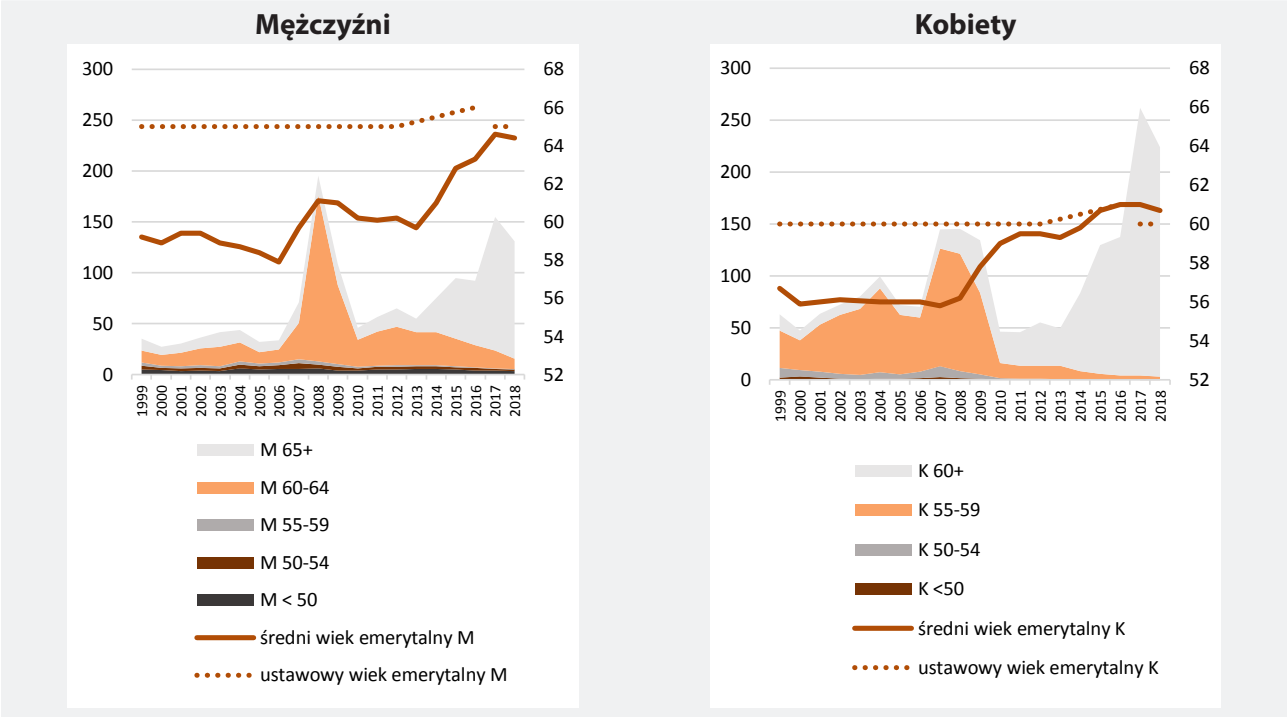
Wyniki analiz prowadzonych w 6. rundzie badania SHARE wskazywały, że znaczna część osób pracujących w wieku 50+ w Polsce jest niezadowolona z pracy, odczuwa zmęczenie fizyczne lub też zmęczenie wynikające z rutyny prowadzonych czynności zawodowych (Myck i in, 2017).

W niniejszej analizie uwzględniono różne aspekty pracy zawodowej tych osób: warunki pracy i narażenie na czynniki ryzyka, status zatrudnienia i typ umowy o pracę, subiektywną ocenę czynników kształtujących wykonywanie zawodu. Dokonano najpierw opisowej analizy tych aspektów pracy zawodowej, korzystając z danych dodatkowego kwestionariusza krajowego, a następnie przedstawiono próbę ustalenia, co wpływa na chęć wcześniejszego przejścia na emeryturę. Rozważania te poprzedza krótka analiza zmian chęci przejścia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe deklarowanych w czterech kolejnych rundach badania SHARE.

Chęć wczesnego przejścia na emeryturę a regulacje emerytalne

W badaniu SHARE respondenci są pytani o to, czy chcą przejść na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe. Analizowana w raporcie 7. runda badania była przeprowadzona w 2017 r. w którym zmienione zostały przepisy dotyczące wieku emerytalnego. Efektem tego był zwiększony od października 2017 r. napływ osób przechodzących na emeryturę. Znacząca grupa osób, które ukończyły wiek 60 lat (kobiety) i 65 lat (mężczyźni) zdecydowała się na skorzystanie ze świadczeń (wykres 1.4). Część z nich pozostawała już poza zatrudnieniem – były to osoby korzystające ze świadczeń przedemerytalnych czy bierne zawodowo. Obniżenie wieku emerytalnego, które zostało ogłoszone na początku 2017 r., mogło mieć znaczenie dla oceny oczekiwań osób pracujących dotyczących terminu ich przejścia na emeryturę.

Wykres 1.4 Liczba osób przechodzących na emeryturę według wieku i płci, ustawowy i rzeczywisty wiek emerytalny.

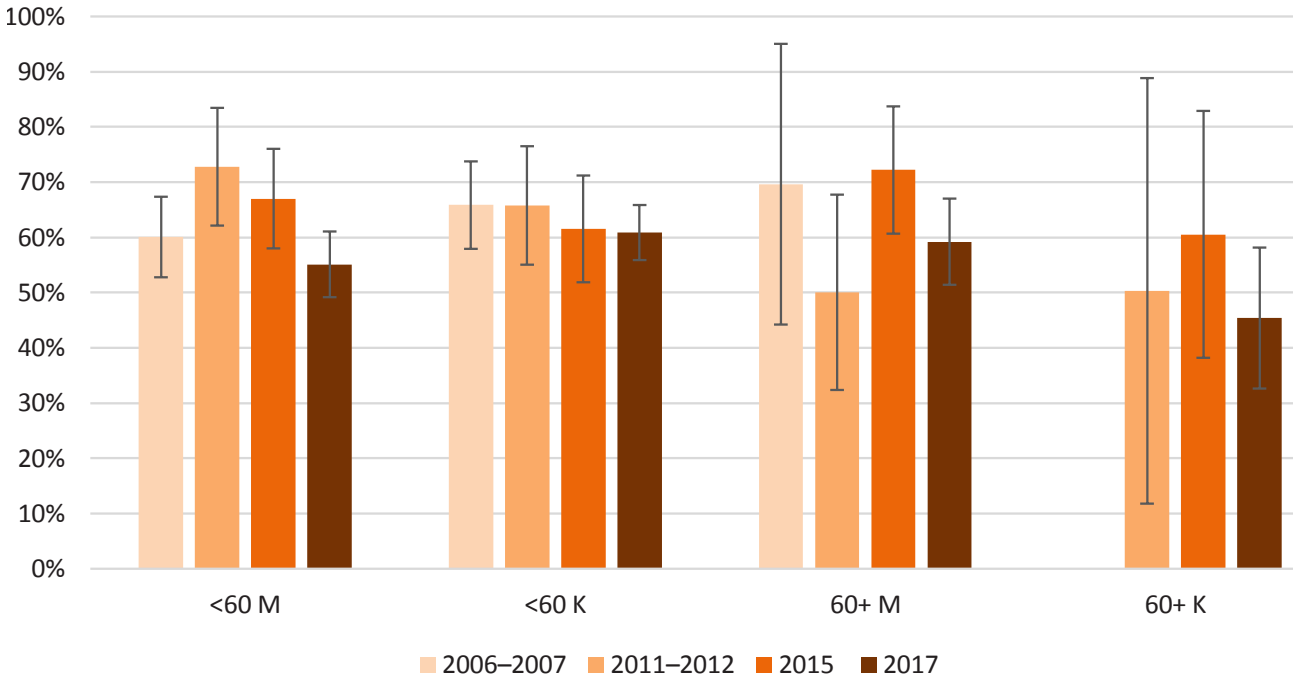


Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych ZUS.

Warto zatem prześledzić, jak w kolejnych rundach badania respondenci w Polsce odpowiadali na pytanie dotyczące terminu przejścia na emeryturę ze względu na zmiany ustawowego wieku emerytalnego. W czasie realizacji rundy 2. badania SHARE (lata 2006–2007) w Polsce nadal istniała możliwość przechodzenia na wcześniejszą emeryturę w ramach okresu przejściowego. Runda 4. była realizowana w latach 2011–2012, kiedy możliwości te zostały ograniczone, a wiek emerytalny wynosił 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Runda 6. miała miejsce w 2015 r., wówczas obowiązywały regulacje zakładające stopniowe podnoszenie wieku emerytalnego do 67 lat. Ostatnia, 7. Runda badania była zrealizowana w 2017 r., kiedy wiek emerytalny został obniżony ponownie do 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Oznacza to, że między rundami 2., 4. i 6. stopniowo podwyższano wiek emerytalny, natomiast między rundą 6. i 7. wiek emerytalny został obniżony, a część osób w badanej grupie wieku miała już możliwość przejścia na emeryturę lub planowała to w najbliższym czasie.

Wśród respondentów poniżej 60 roku życia widać wyraźnie dla mężczyzn spadek deklaracji chęci przechodzenia na emeryturę tak wcześnie, jak jest to możliwe, począwszy od 6. rundy badania. Kobiety w tej grupie rzadziej deklarowały takie chęci jedynie w rundzie 6. czyli w 2015 r. Wśród respondentów powyżej 60 roku życia zmiany są inne: w 4. rundzie 2011–2012 zmniejszyła się deklarowana chęć wycofania się z rynku pracy w porównaniu z rundą poprzednią, natomiast w rundzie 6 (2015 r.) deklarowano częściej taką chęć. Natomiast w 7. rundzie z 2017 r. ponownie widoczny jest spadek odsetka respondentów, którzy deklarują chęć przejścia na emeryturę tak szybko, jak to możliwe. Nadal jednak ponad połowa respondentów (z wyłączeniem kobiet powyżej 60. roku życia, które osiągnęły wiek emerytalny) deklaruje taką chęć.

Wykres 1.5 Odsetek osób deklarujących chęć przejścia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe w Polsce w latach 2006–2017 według wieku i płci



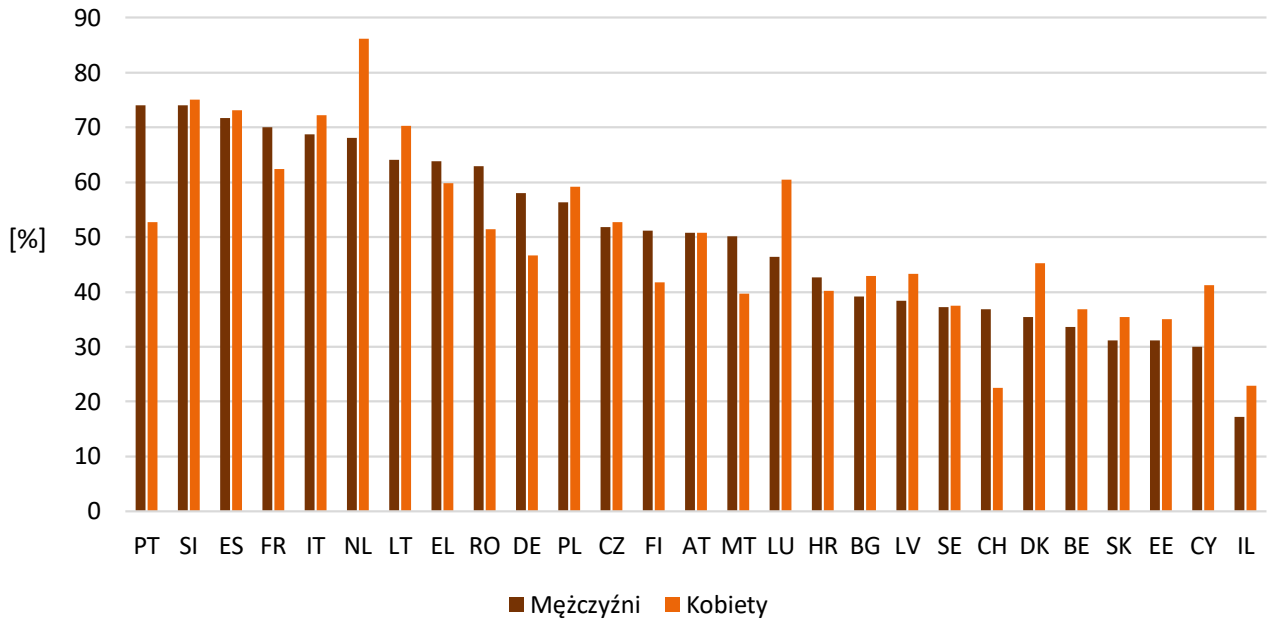
Uwaga: oszacowanie deklaracji dla kobiet w wieku 60+ w 2. rundzie nie było możliwe ze względu na małą wielkość próby pracujących kobiet w wieku 60+, linie pokazują błędy standardowe szacunku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy: 2.(2006–2007), 4. (2011–2012), 6. (2015 r.) i 7. (2017 r.).

Odsetek osób deklarujących chęć jak najszybszego przejścia na emeryturę w Polsce w 7. rundzie badania nie należy do najwyższych w Europie (wykres 1.6). Częściej niż Polacy chęć jak najszybszego przejścia na emeryturę deklarują Portugalczycy, Słoweńcy, Hiszpanie, Francuzi, Włosi, Holendrzy, Litwini, Grecy i Rumuni.

Warto również podkreślić różnice pomiędzy deklaracjami kobiet i mężczyzn – w wielu krajach kobiety częściej niż mężczyźni chcą szybciej przejść na emeryturę – różnice te są szczególnie widoczne w Portugalii, Francji, Rumunii, Niemczech, Finlandii, Malcie i Szwajcarii. Natomiast w Holandii, Luksemburgu, Danii czy Cyprze sytuacja jest odwrotna – więcej mężczyzn deklaruje taką potrzebę.

Wykres 1.6 Odsetek osób deklarujących chęć jak najszybszego przejścia na emeryturę w 2017 r. w krajach realizujących badanie SHARE



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Różne aspekty pracy zawodowej osób w wieku 50+

Wybrane aspekty warunków pracy i narażenie na czynniki ryzyka

W 7. rundzie badania SHARE respondenci nie odpowiadali na pytania dotyczące szczegółowych aspektów satysfakcji z pracy. Natomiast w dodatkowym kwestionariuszu krajowym w Polsce zadano pytania dotyczące tego, na ile obecna lub ostatnia wykonywana praca wiązała się z pozycjami lub wykonywaniem czynności, które mogą stanowić problem dla starszych pracowników, a także z narażeniem na różnego rodzaju czynniki ryzyka. Warunki wykonywania pracy mogą wpływać na zatrudnialność osób po 50-tym roku życia, a także chęć przechodzenia na emeryturę.

Pierwszą z grup czynników ujętych w kwestionariuszu krajowym były warunki pracy związane z organizacją stanowiska pracy, w tym pozycja zajmowana w pracy (siedząca lub stojąca, wykonywanie pracy w bolesnej, wymuszonej pozycji), wykonywanie pracy fizycznej, oświetlenie czy korzystanie z komputerów. Pytania dotyczyły w szczególności wymuszonej, bolesnej pozycji pracy, dźwigania ciężarów, stojącej lub siedzącej pozycji pracy oraz wykonywania powtarzalnych ruchów ręką. Nadmierne i niewłaściwe obciążenie układu ruchu związane z pracą zawodową jest przyczyną wielu urazów i dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego. Tego typu obciążenia mają bezpośredni wpływ na powstawanie różnego typu dolegliwości, przy czym to rodzaj i skala ich występowania zależy od charakteru wykonywanych czynności pracy. Inne obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego występuje na skutek wykonywania prac w pozycji siedzącej, a innego typu w pozycji stojącej. Podobnie inne obciążenie powodują prace powtarzalne, a inne prace wymagające stałego utrzymywania określonej pozycji ciała. Oznacza to, iż określony typ czynności pracy sprzyja określonemu typowi obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego i co za tym idzie sprzyja

powstawaniu określonego typu dolegliwości. Dominują dolegliwości takie jak zapalenie stawów, zapalenie pochewek ścięgnistych, zapalenie ścięgien, bóle mięśni, zwyrodnienie stawów kręgosłupa oraz zapalenie nerwów. Są to dolegliwości, które w badaniach są wskazywane jako takie, które mogą wpłynąć na stan zdrowia i zatrudnialność osób w wieku 50+.

Respondenci często lub bardzo często w obecnie lub ostatnio wykonywanej pracy mieli do czynienia z występowaniem powtarzalnych ruchów ręką (72,5%), pozycją stojącą (70,3%), bolesną pozycją 53,8%), pozycją siedzącą (52,9%). Respondenci rzadziej wskazywali na obciążenia, które były bardziej uciążliwe dla ich układu mięśniowo-szkieletowego (tabela 1.2).

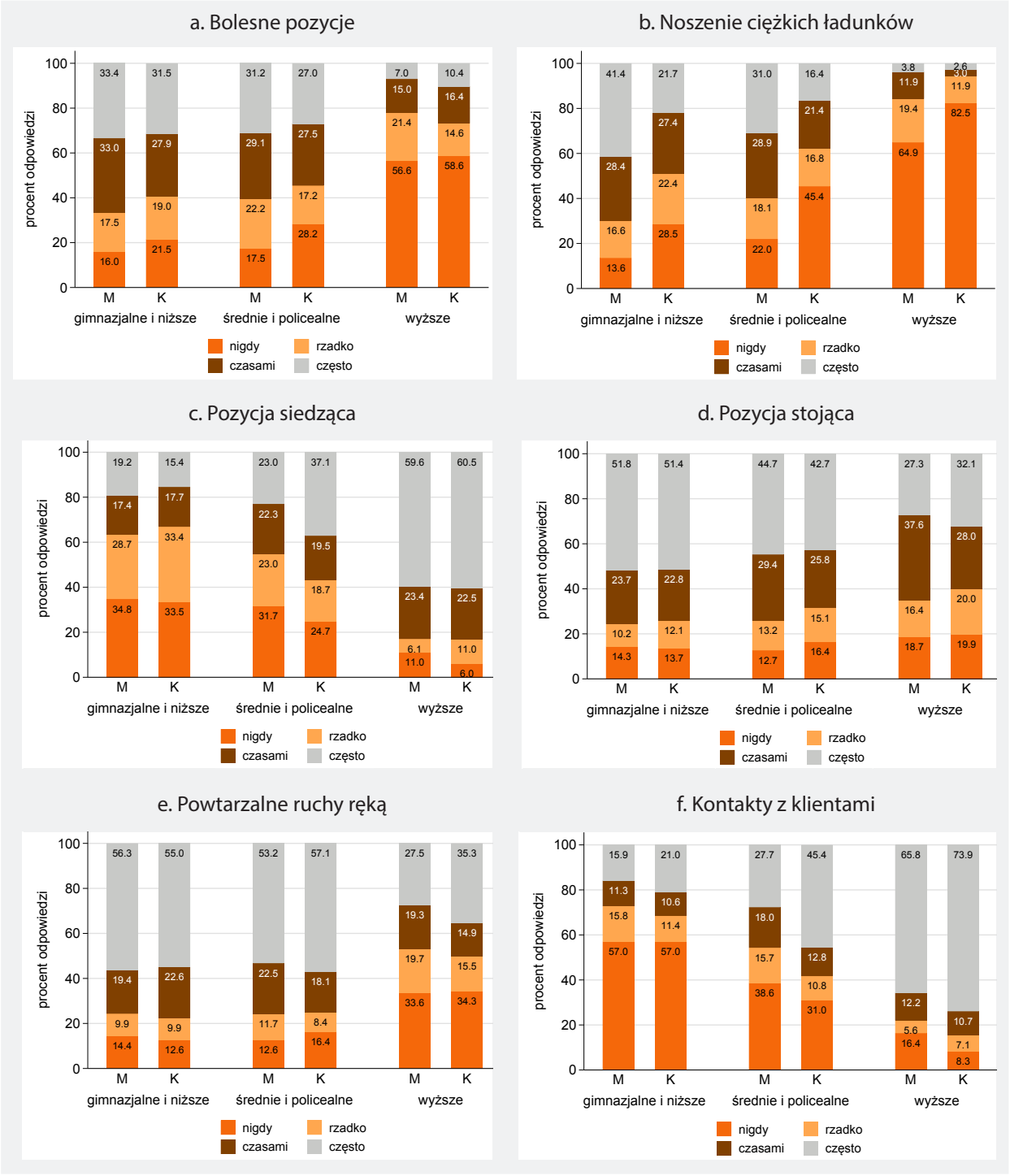
Tabela 1.2 Wybrane aspekty warunków pracy

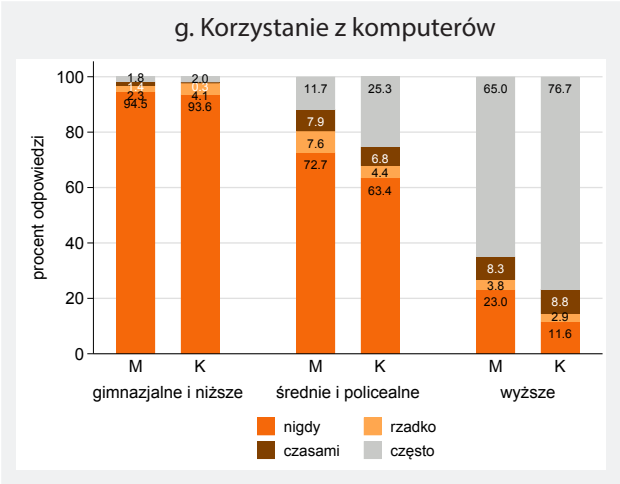
	nigdy (w %)	rzadko (w %)	czasami (w %)	często (w %)	Liczba odpowiedzi
powtarzalne ruchy ręką	16.8	10.7	19.7	52.8	2 793
pozycja stojąca	15.0	14.7	27.4	42.9	2 782
bolesne pozycje	27.8	18.4	26.3	27.6	2 816
pozycja siedząca	26.4	20.7	20.6	32.3	2 791
bezpośrednie kontakty z klientami	35.6	12.2	14.2	38.1	2 819
noszenie ciężkich ładunków	37.4	16.8	22.3	23.4	2 791
korzystanie z komputerów	66.8	5.0	6.4	21.8	2 816
niedostateczne oświetlone pomieszczenia	61.9	18.7	11.5	7.9	2 805
podnoszenie ciężkich przedmiotów	87.3	4.4	3.8	4.6	2 749

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

W niektórych przypadkach ekspozycja na wybrane warunki pracy zależy od płci i wykształcenia. Wyższe wykształcenie związane jest częściej z pracą z klientami, korzystaniem z komputerów czy wykonywaniem pracy siedzącej, osoby z niższym wykształceniem mają do czynienia z warunkami pracy częściej związanymi z pracą fizyczną. Kobiety rzadziej noszą ciężkie ładunki, za to częściej wykonują prace w pozycji siedzącej, mają częste kontakty z klientami i korzystają z komputerów (wykres 1.7).

Wykres 1.7 Wybrane warunki prac według płci i wykształcenia





Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Częstotliwość narażenia w trakcie pracy na typowe czynniki ryzyka jest znacznie niższa niż na niedogodne warunki pracy (tabela 1.3). Najczęściej badani wskazywali na wykonywanie pracy w hałasie (43,9% często lub czasami), w wysokich (41,2%) lub niskich (35%) temperaturach oraz wskazywali na występowanie wibracji (34,5%).

Tabela 1.3 Narażenie na czynniki ryzyka

	nigdy (w %)	rzadko (w %)	czasami (w %)	często (w %)	liczebność
hałas	41.5	14.6	20.2	23.7	2 809
wysokie temperatury	41.8	17.0	22.1	19.2	2 818
niskie temperatury	48.0	17.0	21.4	13.6	2 801
wibracje	54.5	11.0	15.5	19.0	2 821
narażenie na dym papierosowy	61.8	11.1	13.0	14.0	2 807
kontakt z niebezpiecznym sprzętem	64.6	9.8	12.0	13.6	2 802
wdychanie oparów rozpuszczalników	65.6	15.4	11.5	7.6	2 779
posługiwanie się substancjami chemicznymi	71.2	11.8	9.2	7.9	2 795
wdychanie dymu, oparów, kurzu i pyłu	74.3	12.6	7.7	5.4	2 798
posługiwanie się materiałami zakażonymi	86.1	5.4	4.0	4.4	2 798

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Podobnie jak w przypadku warunków pracy, narażenie na czynniki ryzyka uzależnione jest od takich cech jak płeć i poziom wykształcenia, mający wpływ na rodzaj wykonywanego zawodu. Grupą znacząco częściej narażoną na większość wyróżnionych czynników ryzyka są mężczyźni z wykształceniem poniżej wyższego. Dotyczy to szczególnie wykonywania prac, w których pracownicy narażeni są lub byli na wibracje, hałas, wysokie lub niskie temperatury, wdychanie dymu oraz kontakt z niebezpiecznym sprzętem.

Ponad 1/3 badanej populacji była w trakcie swojego życia zawodowego narażona na pracę w hałasie, co może skutkować ich późniejszym pogorszeniem słuchu. Częściej w hałasie pracowali mężczyźni, przede wszystkim ci z wykształceniem poniżej wyższego.

Status zatrudnienia i rodzaj umowy o pracę

W kwestionariuszu krajowym respondenci byli również pytani o to, jaką mają formę zatrudnienia. Ponad połowa osób w wieku 50+ pracuje jako pracownik najemny na czas nieokreślony, odsetek ten jest wyższy wśród kobiet. Praca na własny rachunek jest drugim co do częstości statusem zatrudnienia, choć odsetek tak pracujących jest znacznie większy dla mężczyzn niż kobiet. Mniej niż 10% badanej populacji ma umowę na czas określony (tabela 1.4).

Uzyskane informacje pokazują, że większość osób pracujących w wieku 50+ ma ustabilizowaną sytuację na rynku pracy, co również może mieć znaczenie dla ich oceny możliwości utrzymania dłuższej aktywności, czy też chęci przejścia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe. W dalszej części analizy to, jaki jest status zatrudnienia i forma umowy o pracę wykorzystane są do oceny chęci do jak najszybszego przejścia na emeryturę.

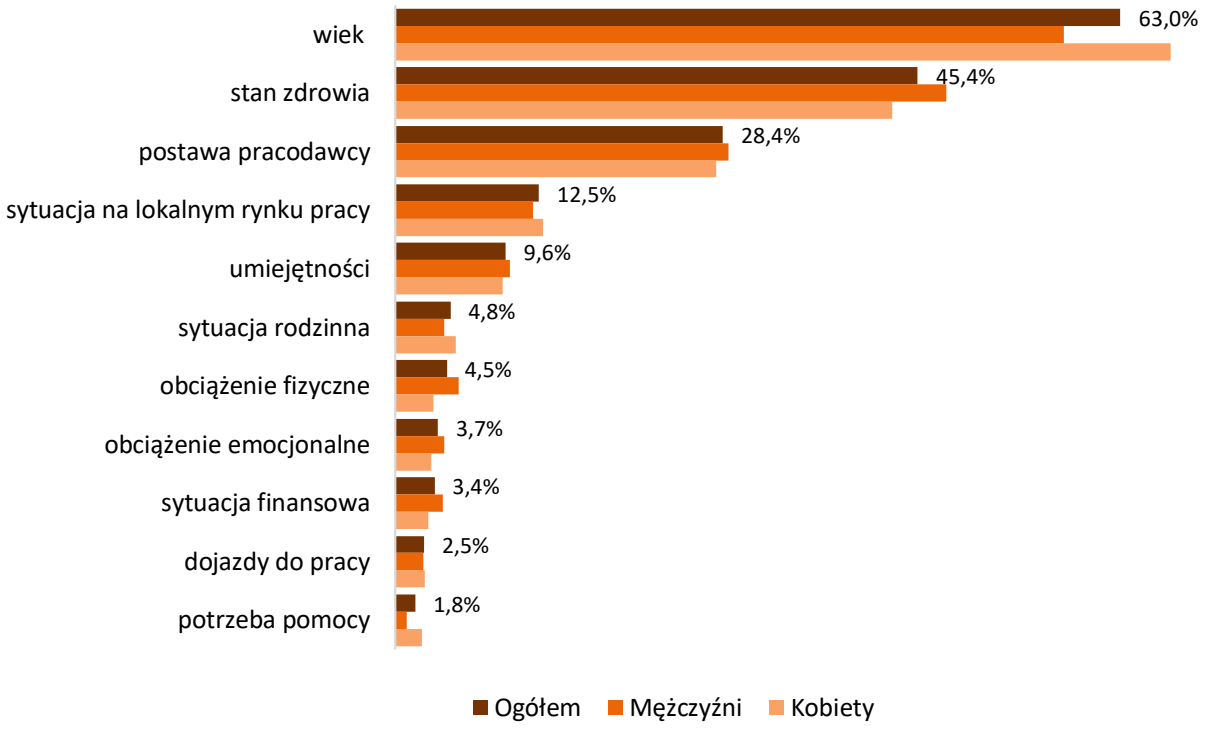
Tabela 1.4 Status zatrudnienia i forma umowy i pracę

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
czas nieokreślony	59,44	56,26	62,30
czas określony	8,42	9,00	7,90
samozatrudnienie	16,35	18,44	14,47
oddelegowany	1,73	1,30	2,11
inny	14,06	15,00	13,22
liczebność próby	3182	1443	1739

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).
Wpływ czynników otoczenia na potencjalne odejście z pracy (zwolnienie bądź przejście na emeryturę)

W ramach kwestionariusza krajowego respondenci byli pytani również o to, jakie czynniki mogą mieć wpływ na ich potencjalne zwolnienie z pracy lub przejście na emeryturę. Zestawienie odpowiedzi przedstawia wykres 1.8. Niemal dwie trzecie respondentów wskazało na wiek – znacznie częściej kobiety, niż mężczyźni, zaś 45% na stan zdrowia – tutaj częściej jest to czynnik, który może wpływać na odejście z pracy w przypadku mężczyzn. Postawa pracodawcy została uznana za ważny czynnik przez 28% respondentów. Sytuacja na lokalnym rynku pracy oraz umiejętności zostały wskazane przez odpowiednio 12% i 10% respondentów. Pozostałe czynniki były wymieniane przez co najwyżej 5% badanych. To, w jaki sposób osoby w wieku 50+ oceniają możliwości kontynuacji swojej pracy może mieć wpływ na ich skłonność do przejścia na emeryturę jak najwcześniej – dotyczy to przede wszystkim oceny stanu zdrowia, jak i postawy pracodawcy.

Wykres 1.8 Czynniki mające wpływ na kontynuację pracy w wykonywanym zawodzie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

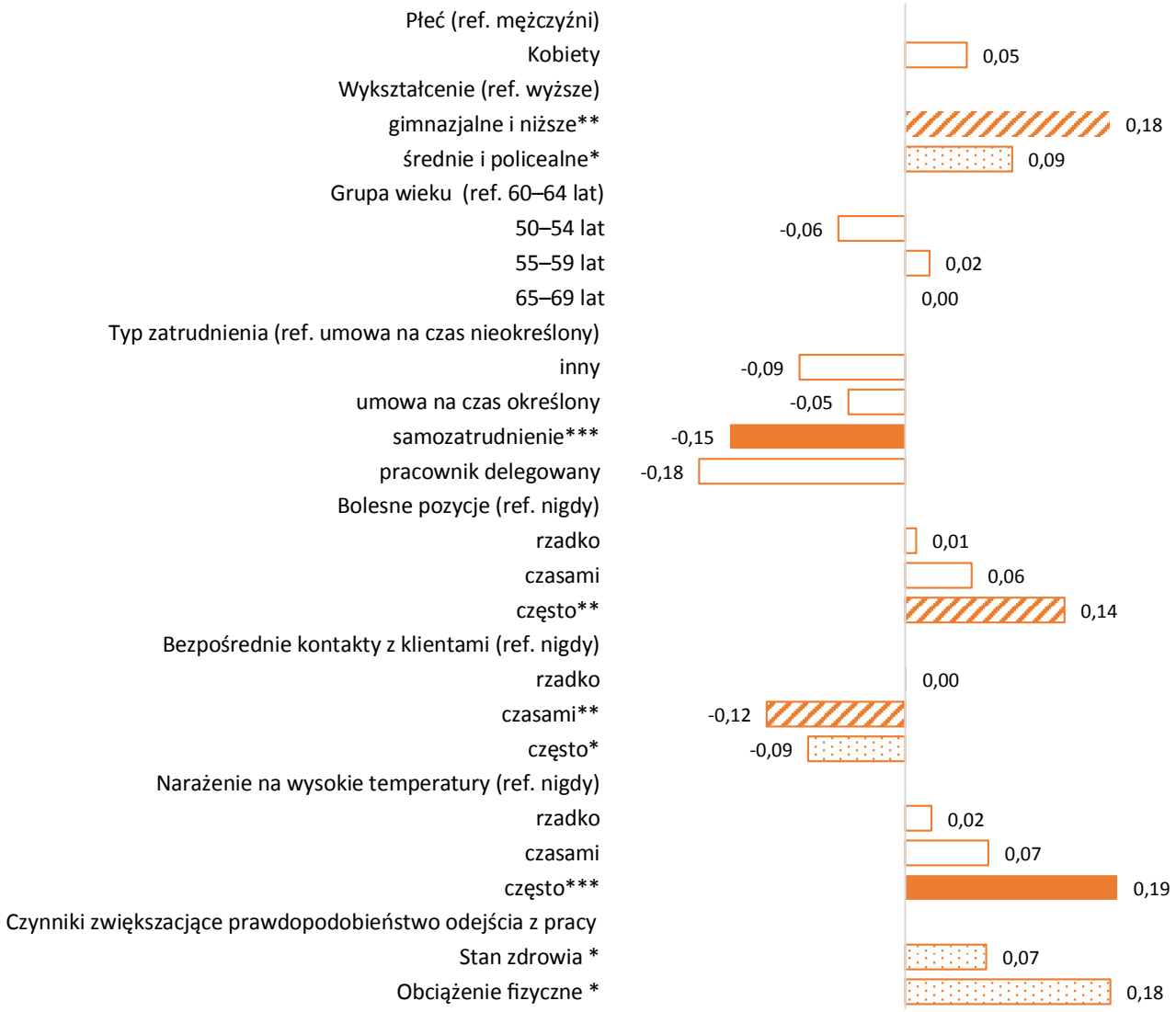
Co wpływa na chęć jak najszybszego przejścia na emeryturę?

Aby ocenić, jakie czynniki opisywane powyżej mają znaczenie z perspektywy chęci przejścia jak najszybciej na emeryturę Polaków w wieku 50+, oszacowany został model regresji logistycznej, w którym chęć przejścia na emeryturę jak najwcześniej jest wyjaśniana przez charakterystyki i opinie badanych osób. Należą do nich czynniki indywidualne, takie jak płeć, wiek czy poziom wykształcenia. Uwzględnione są również wybrane warunki pracy i czynniki ryzyka, status zatrudnienia i umowy o pracę, a także uwarunkowania, które mogą wpłynąć, według respondentów, na ich zwolnienie z pracy lub przejście na emeryturę.

W omówionym poniżej modelu uwzględniono wybrane aspekty warunków pracy i czynników mających znaczenie z perspektywy aktywności zawodowej, które w istotny sposób są powiązane z chęcią przejścia na emeryturę jak najszybciej. Do tych pierwszych należą: praca w wymuszonej pozycji, kontakty z klientami, ekspozycja na niskie temperatury. Zmienne w modelu związane z oceną czynników wpływających na możliwość zwolnienia z pracy lub przejścia na emeryturę, które okazały się istotne w modelu to stan zdrowia i obciążenie fizyczne występujące w miejscu w pracy.

Oszacowania efektów krańcowych tj. pokazujące o ile % zwiększa lub zmniejsza się chęć jak najwcześniejszego odejścia na emeryturę w zależności od danej cechy przedstawia wykres 1.9.

Wykres 1.9 Skłonność do przejścia na emeryturę jak najwcześniej – oszacowane efekty krańcowe



*Uwaga: * zmienna istotna na poziomie 10% (wypełnienie w kropki), ** zmienna istotna na poziomie 5% (wypełnienie w kreski), *** zmienna istotna na poziomie 1% (wypełnienie pełne), zmienne nieistotne: brak wypełnienia*
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Uzyskane wyniki pokazały, że skłonność do wczesnego przejścia na emeryturę nie zależy od płci (kiedy uwzględnimy wszystkie inne cechy badanych). Osoby z wykształceniem gimnazjalnym i niższym, a także ze średnim wykształceniem częściej deklarują potrzebę przejścia na emeryturę jak najszybciej w porównaniu do osób z wyższym wykształceniem. Nie znajdujemy natomiast istotnych różnic w ocenie chęci jak najwcześniejszego przejścia na emeryturę przez osoby w różnych grupach wieku.

Osoby pracujące na własny rachunek o 15% rzadziej niż ci, którzy pracują najemnie z umową na czas nieokreślony, deklarują chęć przejścia na emeryturę jak najszybciej. Również w przypadku innych form zatrudnienia deklaracje jak najszybszego przejścia na emeryturę są niższe niż w przypadku osób pracujących na czas określony, ale nie są istotne statystycznie.

Te osoby, które często pracują w bolesnej pozycji mają o 14% wyższą chęć jak najszybszego przejścia na emeryturę w porównaniu do tych, którzy nigdy w takiej pozycji nie pracują. W przypadku osób, które często były narażone na ryzyko niskich temperatur ta chęć jest wyższa nawet o 19%. Jak pokazują wyniki badania SHARE, stosunkowo duża grupa respondentów wskazuje, że często lub bardzo często są oni narażeni na takie warunki. Z kolei osoby mające w swojej pracy kontakt z klientami i innymi osobami często lub czasami, rzadziej mają potrzebę wczesnego przechodzenia na emeryturę (odpowiednio o 9% i 12%).

Osoby, w których opinii ich stan zdrowia, a także obciążenie fizyczne związane z wykonywaną pracą mogą doprowadzić do zwolnienia lub przejścia na emeryturę częściej deklarują przejście na emeryturę tak wcześnie, jak jest to możliwe (odpowiednio o 7% i 18%).

Podsumowując, działania zmierzające do poprawy warunków pracy, szczególnie przez ograniczenie pracy w bolesnej pozycji czy narażenia na wysokie temperatury, a także działania zmierzające do ograniczenia obciążenia fizycznego wykonywaną pracą wśród osób w wieku 50+ mogą sprzyjać ograniczaniu chęci do przechodzenia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe.

Bibliografia

Blekesaune, M., & Solem, P. E. (2005). Working conditions and early retirement: A prospective study of retirement behavior. *Research on Aging*, 27(1), 3–30. https://doi.org/10.1177/0164027504271438

Ilmarinen, J. (2005). *Towards a longer worklife. Ageing and the quality of worklife in the European Countries.* http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Towards+a+Longer+Worklife!#0

Ilmarinen, J. (2012). Wspieranie aktywnego starzenia si ę w miejscu pracy.

Lahelma, E., Laaksonen, M., Lallukka, T., Martikainen, P., Pietiläinen, O., Saastamoinen, P., Rahkonen, O. (2012). Working conditions as risk factors for disability retirement: A longitudinal register linkage study. *BMC Public Health*, 12(1). https://doi.org/10.1186/1471–2458–12–309

Myck, M., Oczkowska, M., Chłoń-Domińczak, A., Lewandowski, P., Magda, I., Morawski, L., i Najsztub, M. (2017). *Pokolenie 50+ w Polsce na tle Europy: aktywność, zdrowie i jakość życia. Wyniki na podstawie badania SHARE.* Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA. https://doi.org/10.6103/SHARE.w2.600

Topa, G., Moriano, J. A., Depolo, M., Alcover, C. M., i Morales, J. F. (2009). Antecedents and consequences of retirement planning and decision-making: A meta-analysis and model. *Journal of Vocational Behavior,* 75(1), 38–55. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.03.002

Van Dam, K., Van Der Vorst, J. D. M., i Van Der Heijden, B. I. J. M. (2009). Employees' intentions to retire early: A case of planned behavior and anticipated work conditions. *Journal of Career Development*, 35(3), 265–289. https://doi.org/10.1177/0894845308327274

Van Solinge, H., i Henkens, K. (2014). Work-related factors as predictors in the retirement decision-making process of older workers in the Netherlands. *Ageing and Society*, 34(9), 1551–1574. https://doi.org/10.1017/S0144686X13000330

Westerlund, H., Kivimäki, M., Singh-Manoux, A., Melchior, M., Ferrie, J. E., Pentti, J., … Vahtera, J. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *The Lancet*, 374(9705), 1889–1896. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61570-1

1.3 Sprawowanie opieki i aktywność zawodowa osób w wieku 50+ – analiza porównawcza

Agnieszka Chłoń-Domińczak

Jednym z ważnych uwarunkowań aktywności zawodowej osób po 50-tym roku życia są obowiązki związane z pomaganiem innym osobom, a także opieką nad wnukami, rodzicami lub innymi członkami rodziny, którzy wymagają wsparcia. Analizy prowadzone w krajach europejskich w oparciu o wcześniejsze rundy badania SHARE pokazują, że dziadkowe stosunkowo często w Europie angażują się w opiekę nad wnukami, przy czym opieka ta różni się w zależności od krajów. O ile np. w krajach skandynawskich czy Francji dziadkowie dość często deklarują, że opiekują się wnukami, to rzadziej jest to opieka intensywna (codziennie lub nie rzadziej niż raz w tygodniu), natomiast w krajach Europy południowej deklarowana częstość opieki jest rzadsza, ale jeżeli już babcie i dziadkowie opiekują się wnukami, to jest to intensywna czasowo opieka (Hank i Buber, 2009). Natomiast prowadzone analizy nie wskazują, czy posiadanie wnuków jest czynnikiem wpływającym bezpośrednio na podejmowanie decyzji o przechodzeniu na emeryturę. Na przykład (Lumsdaine i Vermeer, 2015) pokazują, że sam fakt posiadania wnuków nie stanowi czynnika, który ma znaczenie przy przechodzeniu na emeryturę, natomiast nieco częściej na taki krok decydują się osoby, którym właśnie urodziły się wnuki. Warto również zauważyć, że pomoc w opiece nad dziećmi przez dziadków wpływa na większe zaangażowanie matek na rynku pracy, na co wskazują m.in. (Aassve, Arpino i Goisis, 2012; Compton i Pollak, 2014; Kanji, 2018). Coraz częściej przedmiotem analiz jest również sprawowanie opieki osobistej nad osobami dorosłymi (Bauer i Sousa-Poza, 2015; Broese i Alice, 2016; Carmichael, Charles i Hulme, 2010; Leigh, 2010) – przy czym prowadzone analizy nie wskazują na występowanie zależności pomiędzy sprawowaniem osobistej opieki a rezygnacją opiekunów z pracy. Badania pokazują natomiast, że opiekę częściej sprawują kobiety, co w przyszłości, w konsekwencji postępującego zaawansowania starzenia się ludności może prowadzić do zwiększenia presji na sprawowanie opieki, pomimo zwiększenia zaangażowania kobiet na rynku pracy, a także łagodzenia postrzegania tradycyjnych ról płci. Prowadzone badania jednoznacznie wskazują, że pomimo zmian zachodzących w podziale ról w gospodarstwie domowym, kobiety częściej opiekują się wnukami, jak i dorosłymi. Analizy dotyczące łączenia opieki nad rodzicami i dziećmi, które na danych SHARE przeprowadziła Železná (2018) wskazują, że aktywność ta może mieć charakter kumulatywny, chociaż w przypadku zwiększonej potrzeby opieki nad rodzicami, opiekunowie (najczęściej kobiety) będą raczej rezygnować z opieki nad wnukami, aby zwiększyć zaangażowanie w opiekę nad rodzicami wymagającymi wsparcia. Celem tej części raportu jest przedstawienie, jak często Polacy

na tle osób z innych krajów angażują się w różne formy pomocy innym osobom (rodzinie, przyjaciołom, sąsiadom), w tym sprawowanie opieki osobistej, a także jak często opiekują się wnukami, włączając w to opiekę sprawowaną regularnie (co najmniej raz w tygodniu).

Ponadto, przeprowadzone zostały analizy, w jakim stopniu status ekonomiczny tych osób i inne cechy indywidualne (wiek, wykształcenie, stan zdrowia, zamieszkanie z partnerem, sytuacja dochodowa gospodarstwa domowego) powiązane są z ich aktywnością związaną z pomaganiem osobom spoza gospodarstwa domowego i opieką nad wnukami. Analiza obejmuje cztery wydzielone aktywności:

(1) pomaganie osobom spoza gospodarstwa domowego;
(2) sprawowanie osobistej opieki nad osobami spoza gospodarstwa domowego (w grupie osób deklarujących pomaganie innym osobom);
(3) opiekowanie się wnukami;
(4) regularne opiekowanie się wnukami (raz w tygodniu lub częściej).

Podstawą do analizy są zawarte w badaniu SHARE pytania dotyczące zaangażowania osób 50+ w pomaganie innym osobom spoza gospodarstwa domowego i opiekę nad wnukami. W pierwszym przypadku, respondenci są pytani o to, czy udzielają pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego – przy czym mogą to być zarówno członkowie rodziny, przyjaciele, sąsiedzi czy znajomi. Ponadto, jeżeli takiej pomocy udzielają, to dodatkowo zadawane są pytania, jakiego typu jest to pomoc, w szczególności, czy sprawowali osobistą opiekę związaną z pomocą w wykonywaniu codziennych czynności. Odrębnie zadawane jest również pytanie o opiekę nad wnukami – zarówno czy respondenci opiekują się wnukami, ale także jak często to robią.

Pomaganie osobom spoza gospodarstwa domowego (rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi), w tym opieka osobista

Ogółem w całej populacji objętej badaniem SHARE 30,4% osób deklarowało, że pomagało innym osobom, a spośród tej grupy 7,0% (tj. 23,3% osób pomagających) sprawowało osobistą opiekę nad innymi[4]. W Polsce odsetki te kształtowały się odpowiednio na poziomie 17,4% (pomaganie innym) i 5,9% (sprawowanie opieki przez 34,0% pomagających). Wskaźniki te wskazują, że Polacy ogólnie mniej angażują się w pomaganie innym (chociaż jeszcze mniej osób angażuje się w pomoc innym w Hiszpanii i Grecji, a podobny odsetek we Włoszech), natomiast jeżeli już się angażują, to znacznie częściej jest to sprawowanie opieki osobistej.

To, na ile osoby angażują się w pomaganie innym osobom i sprawowanie opieki osobistej, może zależeć od szeregu cech indywidualnych: płci, wieku, wykształcenia, sytuacji na rynku pracy, stanu zdrowia, pozostawania w związku, ale też istotne są czynniki kulturowe związane z danym krajem i modelem społecznym związanym z tym krajem. Aby ocenić, jak te charakterystyki wpływają na skłonność do pomagania, oszacowano modele regresji logistycznej, odrębnie wyjaśniające skłonność do pomagania innym osobom, a odrębnie wśród grupy opiekunów dla częstości sprawowania opieki osobistej[5].

Wyniki tych oszacowań pokazują, że cechami, które w statystycznie istotny sposób zmniejszają częstość udzielania pomocy, są: wiek powyżej 70 lat (w porównaniu do osób w wieku 60–64 lata, któ-

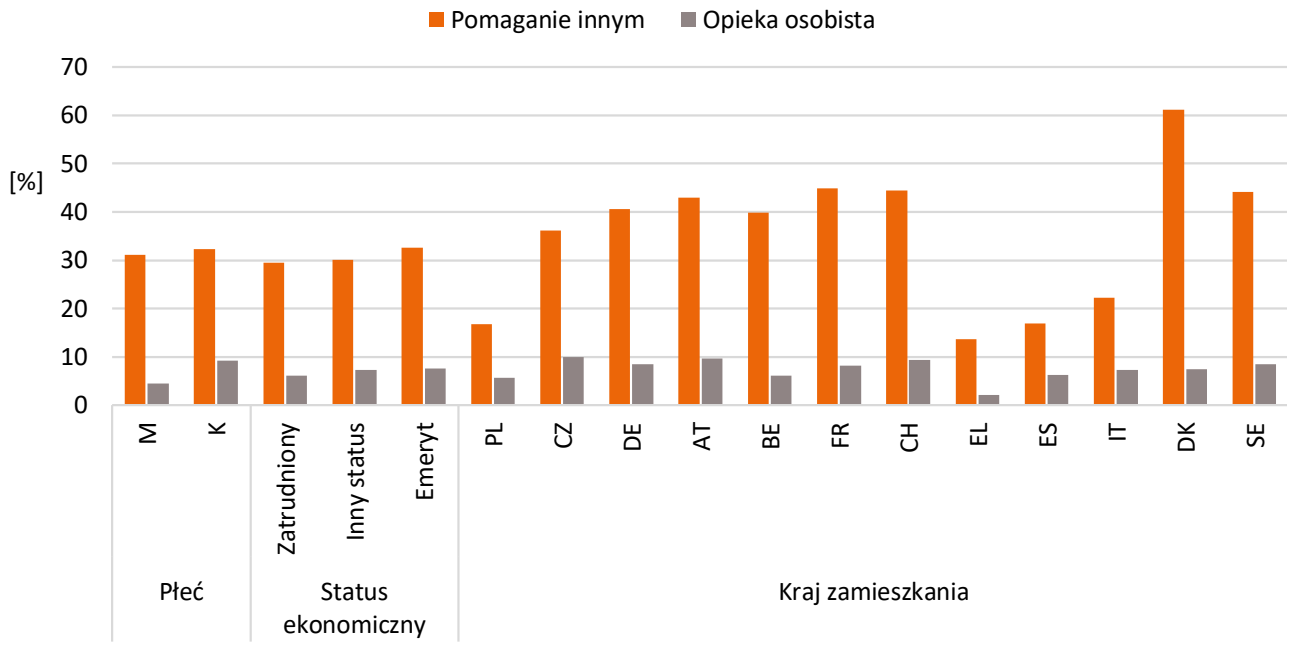
4 Spośród osób, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie.
5 W pierwszym modelu uwzględnione zostało 5 796 obserwacji, a w drugim 1 988 obserwacji (model oszacowany na grupie osób deklarujących pomaganie innym).

re najczęściej deklarują pomaganie innym), a także mieszkanie w Polsce, Hiszpanii, Grecji lub Włoszech (w porównaniu do osób mieszkających w Niemczech). Natomiast w statystycznie istotny sposób częściej pomocy udzielają osoby ze średnim i wyższym wykształceniem (w porównaniu do osób z wykształceniem gimnazjalnym, podstawowym lub niższym), a także mieszkające w Danii. Co ciekawe, przy uwzględnieniu opisanych powyżej charakterystyk płeć oraz status na rynku pracy nie są w istotny sposób związane z prawdopodobieństwem udzielania pomocy. W Polsce częściej pomagają innym osoby z wykształceniem średnim i wyższym, natomiast rzadziej taką pomoc deklarują osoby będące na emeryturze.

Natomiast w przypadku sprawowania osobistej opieki nad innymi osobami cechami, które zwiększają częstość takiej opieki, są płeć (kobiety częściej podejmują się takich czynności niż mężczyźni), pozostawanie w związku (osoby w związku częściej są opiekunami), odczuwanie pewnych trudności w sytuacji finansowej gospodarstwa domowego (w odniesieniu do tych, co nie odczuwają żadnych trudności), zamieszkanie w Polsce i w Hiszpanii. Cechy, które zmniejszają częstość udzielania opieki, to wiek powyżej 65 lat, wykształcenie średnie, zamieszkanie w Danii. Wyniki te potwierdzają, że częściej opieki osobistej nad innymi podejmują się kobiety w wieku około 60 lat, często znajdujące się w trudniejszej sytuacji finansowej, co ogranicza możliwość ewentualnego zakupienia usług opiekuńczych.

Przeciętne częstotliwości pomagania innym, w tym sprawowania opieki osobistej, na podstawie oszacowanych modeli w zależności od wybranych cech przedstawia wykres 1.10.

Wykres 1.10 Średnie częstotliwości pomagania innym, w tym sprawowania opieki osobistej według płci, statusu na rynku pracy oraz kraju zamieszkania oszacowana na podstawie modeli logistycznych.



Uwagi: Dane skorygowane o strukturę wieku i cechy indywidualne, przeważone
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Opiekowanie się wnukami

Znacznie większa grupa osób w wieku 50+ deklaruje opiekowanie się wnukami. W całej populacji osób objętych badaniem SHARE opiekę nad wnukami deklaruje 57,9% osób, a regularną opiekę (raz w tygodniu lub częściej) – 34,0%. W Polsce odsetki te wynoszą odpowiednio 51,3% oraz 36,2%. Oznacza to, że o ile częstość opieki nad wnukami ogółem jest w Polsce niższa niż w wielu innych krajach objętych badaniem (jedynie w Grecji było to mniej – 40,2%), o tyle w przypadku regularnej opieki jest to poziom wyższy niż w większości krajów, bowiem wyższe odsetki osób opiekujących się regularnie wnukami odnotowano w Belgii (47,5%), Włoszech (47,0%) i Szwajcarii (42,0%).

Podobnie jak w przypadku pomagania innym osobom, częstość opieki nad wnukami może zależeć od szeregu cech indywidualnych, a także społeczno-ekonomicznych. Aby ocenić powiązanie tych cech z opiekowaniem się (w tym również regularnym) wnukami, oszacowane zostały modele regresji logistycznej[6].

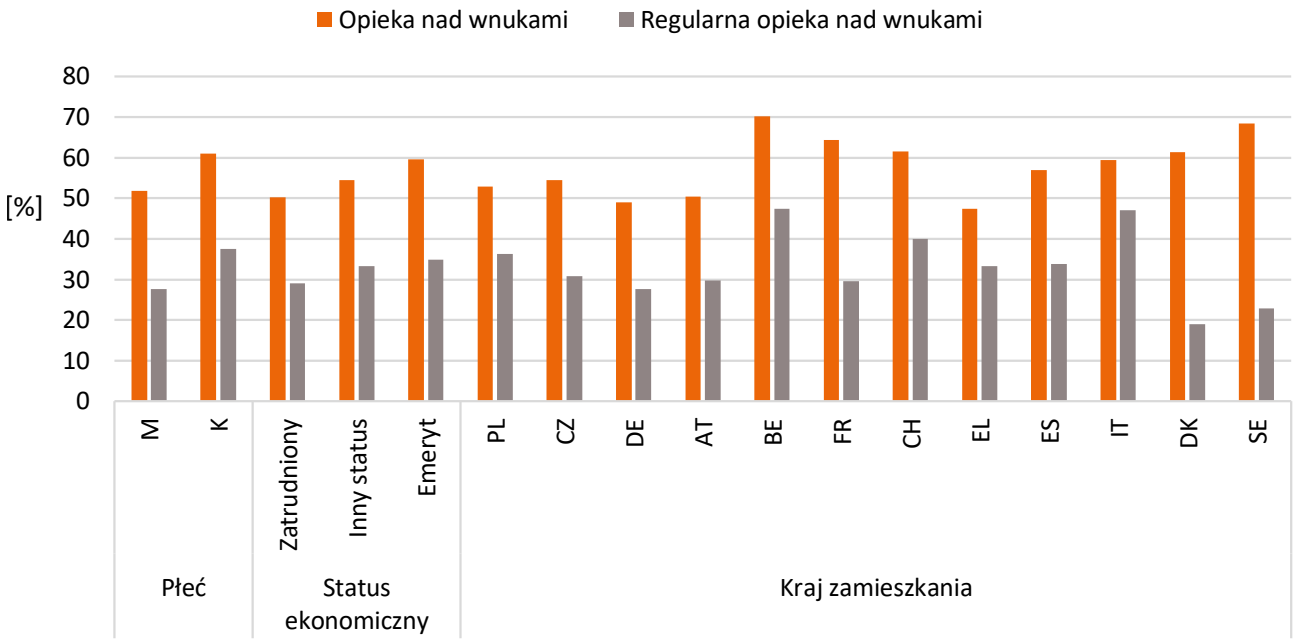
W przypadku deklarowania jakiejkolwiek opieki nad wnukami cechy, które w istotny statystycznie sposób zwiększają częstość takiej opieki, to płeć (kobiety częściej opiekują się wnukami), bycie na emeryturze, wyższe wykształcenie, pozostawanie w związku, a także zamieszkanie w Belgii, Francji, Szwajcarii, Danii i Szwecji (w porównaniu do mieszkańców Niemiec). Rzadziej natomiast opiekują się wnukami osoby w wieku 55–59 lat, a także te w wieku 65 lat i więcej, co może być związane również z tym, że osoby w wieku 60–64 lata najczęściej mają wnuki w wieku wymagającym opieki, również osoby, które mają gorszy stan zdrowia (wskazują na występowanie ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności) oraz osoby, które odczuwają trudności finansowe w gospodarstwie domowym. Również w Polsce częściej wnukami opiekują się kobiety.

Natomiast w przypadku regularnej opieki nad wnukami odnotowujemy częstsze sprawowanie takiej opieki przez kobiety, osoby pozostające w związku, osoby zamieszkałe w Polsce, Belgii, Hiszpanii, Szwajcarii i we Włoszech. Natomiast rzadziej regularnie opiekują się wnukami osoby po 70-tym roku życia, mające gorszy stan zdrowia i takie, które z dużą trudnością radzą sobie finansowo. Również rzadziej w regularną opiekę nad wnukami angażują się mieszkańcy Danii.

Przeciętne częstotliwości opiekowania się wnukami ogółem, w tym regularnej opieki (co najmniej raz w tygodniu), na podstawie oszacowanych modeli w zależności od wybranych cech przedstawia wykres 1.11.

6 Modele oszacowane na próbie 4 154 osób.

Wykres 1.11 Średnie częstotliwości opieki nad wnukami ogółem, w tym regularnej opieki według płci, statusu na rynku pracy oraz kraju zamieszkania oszacowana na podstawie modeli logistycznych



Uwagi: Dane skorygowane o strukturę wieku i cechy indywidualne, przeważone
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Podsumowując, osoby w wieku 50+ częściej angażują się w opiekę nad wnukami niż w pomaganie innym osobom spoza gospodarstwa domowego. W przypadku Polski możemy zauważyć, że z jednej strony osoby w wieku 50+ rzadziej niż w wielu innych krajach deklarują pomaganie innym i opiekę nad wnukami, natomiast, jeżeli już dochodzi do takiej aktywności, to częściej niż w innych krajach jest ona związana ze sprawowaniem osobistej opieki oraz regularnym (raz w tygodniu lub częściej) opiekowaniem się wnukami. Może to wskazywać, że opieka nieformalna przez osoby w wieku 50+ stanowi istotne uzupełnienie oferty usług opieki nad dziećmi czy opieki długoterminowej.

Status na rynku pracy jest istotny jedynie w przypadku opieki nad wnukami – osoby na emeryturze częściej opiekują się wnukami niż osoby pracujące, ale w Polsce (co może wynikać z małej próby osób, które udzielały odpowiedzi na pytania dotyczące opieki) zależność ta nie jest statystycznie istotna. Przy czym, podobnie jak to wynika z analiz prowadzonych wcześniej, trudno jest stwierdzić występowanie związku pomiędzy posiadaniem wnuków a sytuacją ekonomiczną na rynku pracy.

W przyszłości, wraz z postępującym starzeniem się ludności i wzrostem liczby osób w wieku 85 i więcej lat, można spodziewać się rosnącej grupy osób sprawujących osobistą opiekę nad osobami dorosłymi, co też może skutkować ograniczeniem zaangażowania w opiekowanie się wnukami.

Bibliografia

Aassve, A., Arpino, B. i Goisis, A. (2012). Grandparenting and mothers' labour force participation: A comparative analysis using the generations and gender survey. *Demographic Research*, 27(3), 53–84. https://doi.org/10.4054/DemRes.2012.27.3

Bauer, J. M. i Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *Population Ageing*, 8, 113–145. https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0

Broese, M. I. i Alice, V. G. (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*, 13(3), 271–279. https://doi.org/10.1007/s10433-016-0370-7

Carmichael, F., Charles, S. i Hulme, C. (2010). Who will care? Employment participation and willingness to supply informal care. *Journal of Health Economics*, 29, 182–190. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.11.003

Compton, J. i Pollak, R. A. (2014). Family proximity, childcare, and women's labor force attachment. *Journal of Urban Economics*, 79, 72–90. https://doi.org/10.1016/j.jue.2013.03.007

Hank, K., I Buber, I. (2009). Grandparents Caring for Their Grandchildren. Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues*, 30(1), 53–73.

Kanji, S. (2018). Grandparent Care: A Key Factor in Mothers' Labour Force Participation in the UK. *Journal of Social Policy*, 47(3), 523–542. https://doi.org/10.1017/S004727941700071X

Leigh, A. (2010). Informal care and labor market participation. *Labour Economics*, 17(1), 140–149. https://doi.org/10.1016/j.labeco.2009.11.005

Lumsdaine, R. L., i Vermeer, S. J. C. (2015). Retirement Timing of Women and the Role of Care Responsibilities for Grandchildren. *Demography*, 52, 433–454. https://doi.org/10.1007/s13524-015-0382-5

Železná, L. (2018). Care-giving to grandchildren and elderly parents: role conflict or family solidarity? *Ageing & Society*, 38, 974–994.

1.4 Aktywność zawodowa małżonków: na emeryturę razem czy osobno?

Anna Ruzik-Sierdzińska, Monika Oczkowska, Sylwia Timoszuk

Niniejszy podrozdział ma na celu przedstawienie zjawiska znanego w anglojęzycznej literaturze przedmiotu pod nazwą *joint retirement*. Jak dotąd wyrażenie to nie doczekało się swojego polskiego odpowiednika – poniżej używać będziemy zatem zamiennie terminów „synchronizacja przejścia na emeryturę" albo „wspólne przejście na emeryturę". Określenia te opisują sytuację, w której partnerzy (pozostający w związku małżeńskim albo kohabitacyjnym) podejmują decyzję, że przejdą na emeryturę w niewielkim odstępie czasu. Zazwyczaj badacze przyjmują, że wspólne przejście nastąpiło wówczas, gdy różnica między datami zakończenia aktywności zawodowej partnerów wyniosła nie więcej niż dwanaście miesięcy. Warto podkreślić, że przejście na emeryturę jest różnie definiowane w literaturze. W niniejszym opracowaniu – tak jak w większości artykułów naukowych dotyczących *joint retirement* – jak przejście na emeryturę rozumiemy trwałe opuszczenie przez osobę w wieku 50+ zasobów siły roboczej, a niekoniecznie uzyskanie świadczenia pieniężnego[7].

Już kilka dekad temu rozpoczęto badania nad decyzjami o podaży pracy podejmowanymi przez partnerów wspólnie, w tym o podaży pracy pod koniec kariery zawodowej. Przykładowo Hurd (1990) zauważył, że w niektórych parach małżeńskich partnerzy koordynują ze sobą moment przejścia na emeryturę. W zależności od państwa, danych i okresu objętego analizą, w literaturze ocenia się, że wspólne przejście na emeryturę dotyczy od 7% do 30% par (Blau 1998, Coile 2004, Gustman i Steinmeier 2004, Michaud i Vermeulen 2011, Ho i Raymo 2009, Johnson 2004, Gotlibovski i Weiss 2008, Pozzoli i Ranzani 2009, Hospido i Zamarro 2014, Hospido 2015, van Looy i Mortelmans 2015, Radl i Himmelreicher 2015, Legendre i in. 2018). Niektórzy badacze uważają przy tym, że w ostatnich latach udział ten spada (Bhatt 2017). Wspólne przechodzenie na emeryturę nie jest zjawiskiem marginalnym, mimo że w niektórych krajach obserwuje się tendencję spadkową. Jest to ważna informacja, zwłaszcza w przypadku państw takich jak Polska, w których większość osób w wieku okołoemerytalnym pozostaje w związkach. Zgodnie z danymi Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku 67% kobiet w wieku 55–64 lata była zamężna, natomiast 82% mężczyzn w wieku 60–69 lat było żonatych (*Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*)[8].

7 Lazear (1986) wymienia także inne definicje przejścia na emeryturę: znaczne ograniczenie liczby godzin pracy w porównaniu ze średnią w życiu z zamiarem niezwiększania liczby godzin pracy, taki stan aktywności, w którym znaczną część dochodu zapewnia emerytura, uznanie w statystykach pracodawcy lub instytucji ubezpieczeń społecznych danej osoby za emeryta.

8 Obliczenia własne na podstawie danych o stanie i strukturze ludności według wieku, płci i stanu cywilnego prawnego z bazy Narodowego Spisu Ludności i Mieszkań 2011 (plik Excel: Tablice wynikowe, tablica 11a, źródło: http://stat.gov.pl, dostęp: 2013/04/09). Dane odnoszą się do populacji w wieku 15+ lat i nie obejmują kategorii „Nieustalone" dla stanu cywilnego.

Wyniki badań wskazują także, że szanse na wspólne przejście na emeryturę rosną wraz z wiekiem partnerów, ale maleją ze wzrostem różnicy wieku między nimi. Płeć jest istotną determinantą decyzji o wspólnym przejściu na emeryturę. W porównaniu do mężczyzn, kobiety częściej koordynowały przejście na emeryturę z małżonkiem (Denaeghel, Mortelmans i Borghgraef 2011, Smith i Moen 1998). Ważny jest również minimalny wiek emerytalny określony w przepisach danego kraju, który determinuje, na ile elastycznie można wybrać moment odejścia z rynku pracy. Co więcej, w przypadku par heteroseksualnych istotna jest także różnica między kobietami i mężczyznami w ustawowym wieku uprawniającym do świadczenia emerytalnego. Innymi czynnikami wykazującymi związek z omawianym zjawiskiem są: stan zdrowia, zamożność, przynależność rasowa oraz wykształcenie, przy czym ten ostatni czynnik ma szczególne znaczenie. Osoby lepiej wykształcone rzadziej decydują się na przejście na emeryturę z partnerem, choć w niektórych badaniach wykształcenie było istotne tylko dla kobiet (Ho i Raymo2009).

Zaznajomienie czytelników w Polsce z omawianym zjawiskiem jest o tyle ważne, że pomimo swojego znaczenia, koordynowanie przechodzenia na emeryturę partnerów jest tematem nieobecnym w dyskusji publicznej dotyczącej systemu zabezpieczenia emerytalnego i podaży pracy. Zagadnienie to dostrzeżone zostało jedynie w środowisku akademickim – przy czym rzadko w odniesieniu do Polski. Jedynie w opracowaniach Hospido i Zamaro (2014) oraz Hospido (2015) uwzględniono dane dla naszego kraju.

Mimo wagi zagadnienia badanie wspólnego przechodzenia na emeryturę nie jest zadaniem prostym, przede wszystkim ze względu na niedostępność wystarczająco szczegółowych danych pozwalających na przeprowadzenie odpowiednich analiz. Baza danych zebranych w badaniu SHARE, a w ramach niej dane dotyczące historii życia (SHARELIFE), stanowi unikatowe źródło informacji umożliwiające przyjrzenie się temu zjawisku. Należy jednak mieć na uwadze, że dane z bazy SHARELIFE nie są wolne od ograniczeń, co zostało opisane szerzej w dalszej części opracowania. Z tego powodu przedstawione poniżej zestawienia należy traktować jako przegląd podstawowych charakterystyk par, w których partnerzy przechodzili na emeryturę w krótkim odstępie czasu.

Dane i metoda badawcza

Do analiz posłużyły informacje zebrane dla uczestników 3. i 7. rundy badania SHARE, którzy wypełnili wywiad historii życia (SHARELIFE). Wybrano pary, w których informacje z tego wywiadu dostępne były dla obu osób. W ankiecie SHARELIFE zbierane były szczegółowe informacje dotyczące najważniejszych wydarzeń w życiu uczestników, od dzieciństwa do momentu przeprowadzania wywiadu z ankieterem. Jedną z głównych części wywiadu stanowiła historia zatrudnienia i właśnie ta część posłużyła do przygotowania poniższych analiz. Uczestnicy badania udzielili informacji między innymi o podejmowanych przez siebie pracach w ciągu kariery zawodowej, roku ich rozpoczęcia i zakończenia oraz swoim statusie na rynku pracy w okresach, kiedy nie pracowali i po zakończeniu ostatniej pracy. Informacje o roku przejścia na emeryturę niezbędne do niniejszych analiz otrzymano na podstawie odpowiedzi respondentów na pytania o ich sytuację po zakończeniu ostatniej zadeklarowanej pracy (o ile osoba badana zakończyła karierę zawodową na dzień przeprowadzania wywiadu).

Do analiz wybrano pary (małżeństwa i związki nieformalne) mieszkające w jednym gospodarstwie domowym, w których oboje partnerzy kiedykolwiek pracowali i co najmniej jedna osoba przeszła już na emeryturę. Wzięto pod uwagę tylko te osoby, które odeszły z rynku pracy po 40. roku życia, zakładając, że opuszczenie rynku pracy w młodszym wieku stanowi rzadkość i najczęściej wynika z innych powodów niż dobrowolne przejście na emeryturę (choć należy pamiętać, że krajowe regulacje w tym zakresie mogą dopuszczać przyznanie uprawnień do emerytury we wcześniejszym wieku w wyjątkowych przypadkach, jak przykładowo emerytury mundurowe w Polsce). Jak pokazano w tabeli 1.5, w sumie otrzymano informacje dla 5075 par (10150 osób) z siedmiu wybranych krajów, z czego 771 par pochodziło z Polski. W tabeli 1.5 przedstawiono ponadto wyciąg z przepisów dotyczących ustawowego regularnego i wcześniejszego wieku emerytalnego obowiązujących w poszczególnych krajach w 2018 roku (najnowsze dostępne dane), dla zasygnalizowania różnic w tym zakresie pomiędzy wybranymi państwami. Różnice te mogą mieć przełożenie na interpretację wyników analiz wspólnego przechodzenia na emeryturę przedstawione poniżej, chociaż oczywiście analizowane pary przechodziły na emeryturę wcześniej, kiedy wiek emerytalny mógł się różnić od obecnie obowiązującego.

Tabela 1.5 Informacja o wieku emerytalnym według stanu na 2018 rok oraz wielkość próby w bazie SHARE dla wybranych krajów

	REGULACJE KRAJOWE		DANE SHARE
	Wiek emerytalny	**Wcześniejszy wiek emerytalny**	**Liczba par w analizach**
Czechy	Kobiety: 62 lata 8 m-cy (niższy za każde dziecko); Mężczyźni: 63 lata 4 m-ce; Dla wszystkich rośnie stopniowo do 65 lat.	Do 3 lat poniżej ustawowego wieku emerytalnego dla osób z dłuższym stażem pracy.	1 186
Francja	Równy dla kobiet i mężczyzn, od 60 do 62 lat w zależności od roku urodzenia.	Od 57 do 60 lat dla osób z długim stażem (zależnie od roku urodzenia). Od 55 do 61 lat, jeśli osoba jest niepełnosprawna.	724
Grecja	67 lat przy 15-letnim stażu ubezpieczeniowym i 62 lata przy 40-letnim stażu.	62 lata dla osób, które zaczęły pracę przed 1993 r.	386
Hiszpania	65 lat dla osób ze stażem min. 36 lat 6 m-cy i 65 lat i 6 m-cy dla pozostałych.	Do 4 lat przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Dla osób niepełnosprawnych – 52 lub 56 lat (zależnie od stopnia niepełnosprawności).	510
Niemcy	Równy dla kobiet i mężczyzn, od 65 do 67 lat (najwyższy dla urodzonych po 1963 r.)	Między 62 (obniżona emerytura) a 65 lat.	771
Polska	Kobiety: 60 lat; Mężczyźni: 65 lat.	Dla osób ur. przed 1949 r. i niektórych urodzonych w latach 1949–1968 wcześniejsza emerytura 5 lub 10 lat przed zwykłym wiekiem emerytalnym. Górnicy: emerytura bez względu na wiek po 25 latach pracy górniczej.	771
Szwecja	Elastyczny wiek od 61 do 65 lat.	Brak wcześniejszych emerytur.	745

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy MISSOC i danych SHARELIFE: runda, 3. (2008–2009) i 7. (2017).

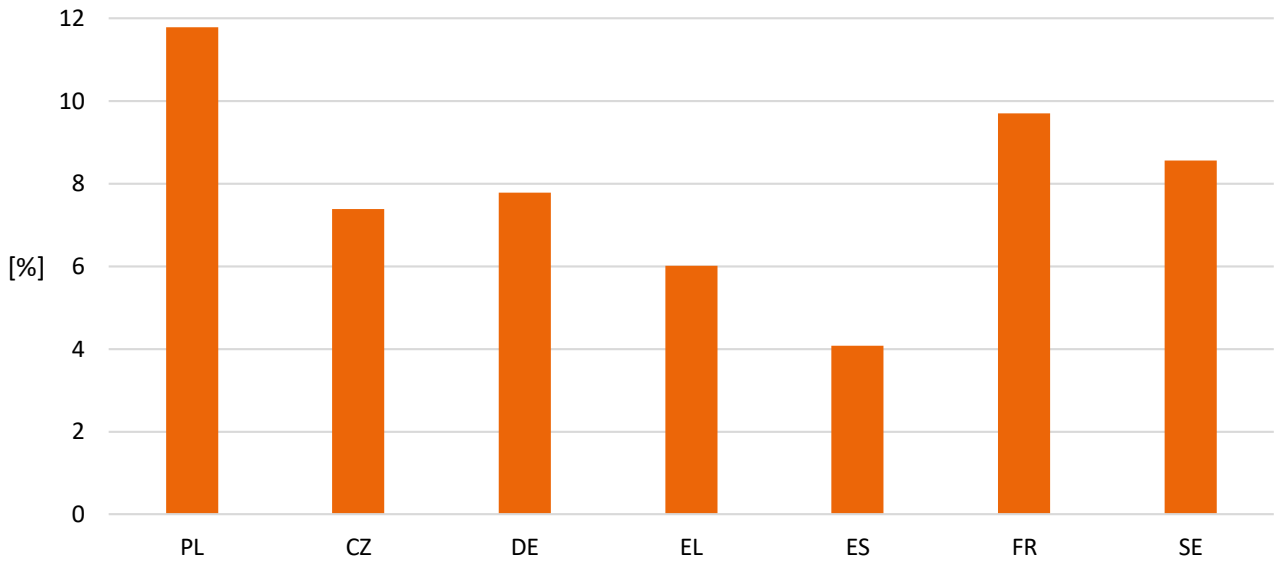
W związku z tym, że w wywiadzie historii życia uczestnicy określali moment danego zdarzenia w latach, nie dysponujemy dokładną datą przejścia na emeryturę, a jedynie rokiem, w którym miało to miejsce. Na potrzeby analiz za pary przechodzące na emeryturę wspólnie zostały uznane te, w których oboje partnerzy podali ten sam rok przejścia na emeryturę. Oznacza to, że zaprezentowane poniżej odsetki par odchodzących z rynku pracy w podobnym czasie można uznać za oszacowanie dolne. Nie uwzględnia ono sytuacji, w której jeden z partnerów odchodzi z rynku pracy w ostatnich miesiącach roku, a drugi w pierwszych miesiącach roku następnego. Kolejnym ograniczeniem z punktu widzenia przedstawionych poniżej analiz jest nieuwzględnienie sytuacji, w której drugi partner nie przejdzie nigdy na emeryturę, bo nie będzie miał uprawnień.

Wszystkie zaprezentowane poniżej zestawienia opierają się na próbie przeważonej za pomocą wag przekrojowych obliczonych osobno dla uczestników rundy 3. i rundy 7. badania SHARE. Procedura zastosowania wag w analizach pozwala nam przynajmniej częściowo zmierzyć się z problemem selektywnych odmów udziału, powszechnym w badaniach społecznych.

Wspólne przejście na emeryturę – zarys zjawiska

W państwach objętych analizą udział par, w których partnerzy przeszli w tym samym roku na emeryturę, wśród wszystkich par, w których przynajmniej jedna osoba przeszła na emeryturę, jest wyraźnie zróżnicowany (wykres 1.12). W Polsce odsetek ten jest największy i wynosi prawie 12%. Jest to niemal o 8 punktów procentowych (pp.) więcej niż w przypadku Hiszpanii, w której udział rozważanych par był najniższy.

Wykres 1.12 Udział par, w których partnerzy wspólnie przeszli na emeryturę w wybranych krajach



Uwagi: Wielkość próby: 5075 par, dane przeważone na poziomie indywidualnym.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARELIFE: runda 3. (2008–2009 r.) i 7. (2017 r.).

Różnice w wynikach dla analizowanych państw zaprezentowanych na wykresie 1.12 mogą być efektem szeregu czynników takich jak m.in. konstrukcja systemów zabezpieczeń emerytalnych czy kontekst kulturowy. Przykładowo, w Grecji i Hiszpanii, dla których obserwujemy najniższe udziały par wspólnie przechodzących na emeryturę, w starszych kohortach wiele kobiet nigdy nie podjęło pracy zawodowej – odsetek takich kobiet był znacząco wyższy niż w pozostałych państwach objętych analizą (por. Hospido i Zamarro 2014). Konsekwencją niskiego poziomu aktywności zawodowej w grupie starszych kobiet w Hiszpanii i Grecji jest mniejsza populacja par, które mogłyby przejść razem na emeryturę, niż np. w przypadku Szwecji, gdzie większość kobiet w wieku produkcyjnym była aktywna na rynku pracy.

Konstrukcja systemu emerytalnego określająca ustawowy i wcześniejszy wiek emerytalny (tabela 1.5) ma znaczenie dla różnic w wysokości udziałów par przechodzących wspólnie na emeryturę obserwowanych w poszczególnych państwach. Nie bez znaczenia jest również zróżnicowanie wieku emerytalnego ze względu na płeć, jak przykładowo w Polsce i Czechach – aczkolwiek w tym drugim przypadku różnica wysokości wieku emerytalnego jest znacznie mniejsza). Biorąc pod uwagę różnicę wieku pomiędzy partnerami w związku (najczęściej związki starszych mężczyzn z młodszymi kobietami – *World Population Ageing 2013*), w przypadku krajów o systemie z równym wiekiem emerytalnym dla kobiet i mężczyzn, synchronizacja przejścia na emeryturę jest bardziej problematyczna. Jednakowy wiek emerytalny wymusza bowiem, aby w parach, w których występuje różnica wieku, decyzja o wspólnym przejściu na emeryturę była powiązana z pozostaniem jednego partnera dłużej na rynku pracy lub wcześniejszym odejściem drugiego, np. przez skorzystanie z prawa do wcześniejszej emerytury, jeśli taka opcja jest dostępna. Przez analogię zatem, w państwach o różnym wieku emerytalnym można spodziewać się wyższego odsetka par wspólnie przechodzących na emeryturę (*ceteris paribus*), jak w przypadku Polski.

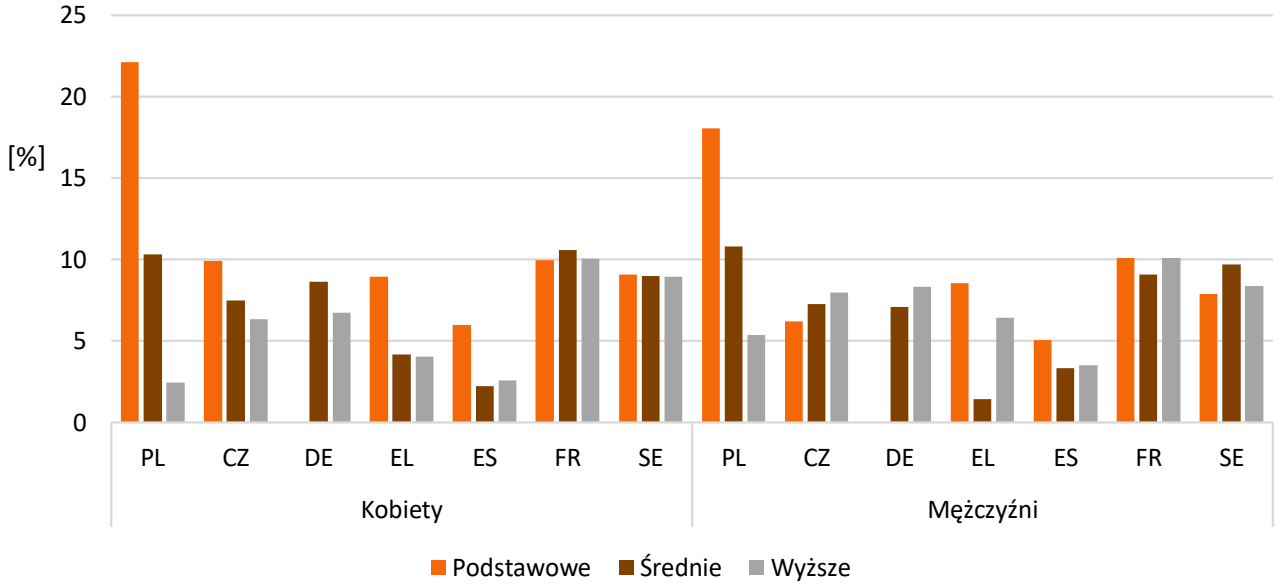
Na wykresie 1.13 przedstawiono rozkład różnicy wieku między mężczyznami i kobietami w parach, które wspólnie przeszły na emeryturę w omawianych krajach. W państwach, w których wiek emerytalny nie jest zróżnicowany ze względu na płeć, jak Francja, Grecja, Hiszpania czy Szwecja, wśród par, które razem przeszły na emeryturę, dominują takie, w których partnerzy byli w podobnym wieku. Jedynie w Niemczech, mimo uniwersalnego wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn, rozkład różnicy wieku charakteryzuje się znacznie słabszą asymetrią. W przypadku Polski, gdzie różnica w wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn wynosi pięć lat, partnerzy synchronizujący moment przejścia na emeryturę znacznie częściej byli w różnym wieku. Podobne zjawisko można zaobserwować w Czechach, gdzie kobiety, które urodziły dzieci, obowiązuje niższy wiek emerytalny w porównaniu do mężczyzn. Inną przyczyną obserwowanego w Polsce rozkładu różnicy wieku w parach wspólnie przechodzących na emeryturę mogą być obowiązujące do 2009 roku regulacje, umożliwiające kobietom z przynajmniej 30-letnim stażem pracy wcześniejsze przejście na emeryturę.

Wykres 1.13 Rozkład różnicy wieku mężczyzny i kobiety w parach, w których partnerzy wspólnie przeszli na emeryturę

Uwagi: Wielkość próby: 5075 par, dane przeważone na poziomie indywidualnym.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARELIFE: runda 3. (2008–2009 r.) i 7. (2017 r.).

Wyniki analiz na podstawie badania SHARE przedstawione na wykresie 1.14 potwierdzają, że edukacja formalna partnerów ma istotne znaczenie dla decyzji o wspólnym przejściu na emeryturę, przy czym generalnie wyższy poziom wykształcenia przekłada się na rzadsze koordynowanie momentu odejścia z rynku pracy. Jest to szczególnie widoczne w Polsce, gdzie osoby z wykształceniem podstawowym znacznie częściej przechodziły na emeryturę wspólnie z partnerem, zaś im wyższy poziom wykształcenia, tym skłonność do takich decyzji malała. Jak pokazano na wykresie 1.14, jedynie 2,5% kobiet i 5,4% mężczyzn z wyższym wykształceniem przeszło na emeryturę w tym samym roku co partner. Innym czynnikiem demograficznym, bezpośrednio powiązanym z wykształceniem, według którego można różnicować częstość podejmowania wspólnie decyzji o przejściu na emeryturę, jest miejsce zamieszkania. Porównanie odsetka par, które wspólnie przeszły na emeryturę, mieszkających na wsi i w dużych miastach przedstawiono na wykresie 1.15. Wśród analizowanych państw wyróżnia się Polska i Hiszpania, ze względu na znacząco wyższy odsetek par mieszkających obecnie na wsi, wśród par, które wspólnie przeszły na emeryturę.

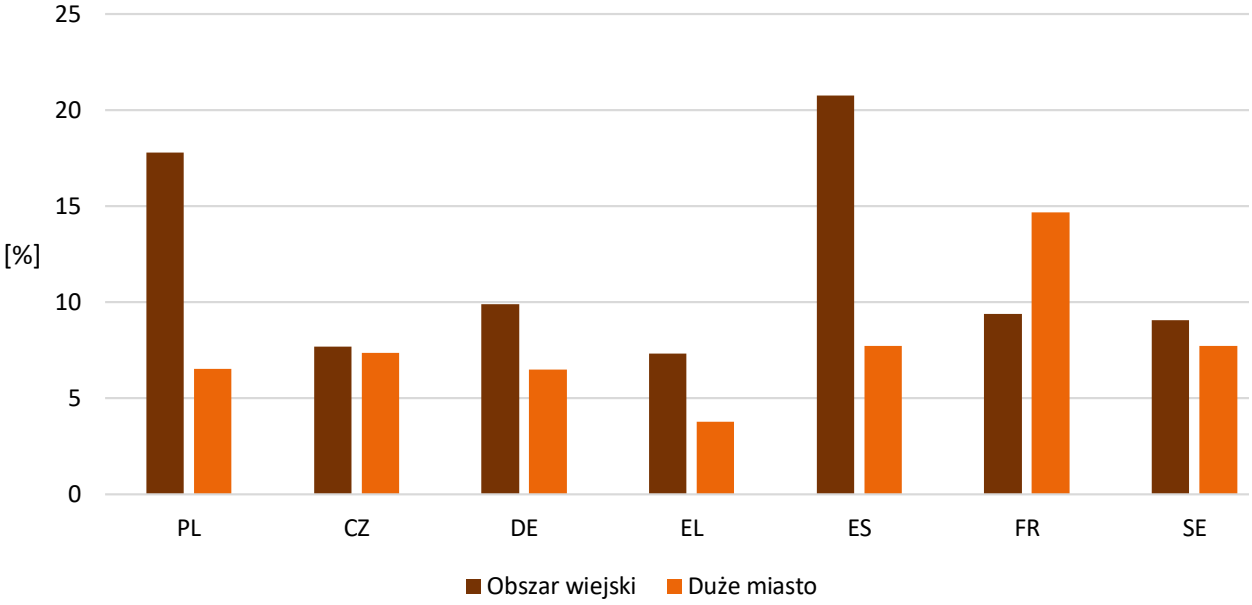
Wykres 1.14 Częstość wspólnego przechodzenia na emeryturę według wykształcenia respondenta



Uwagi: Niski odsetek osób z wykształceniem podstawowym w Niemczech wynika z dopasowania poziomu wykształcenia w Niemczech do międzynarodowego systemu klasyfikacji ISCED, stosowanego w badaniu SHARE – szczegóły metodologiczne wraz z potwierdzeniem powyższej obserwacji dla danych z mikrospisu w Schneider 2008. Wielkość próby: 5075 par, dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARELIFE: runda 3. (2008–2009 r.) i 7. (2017 r.).

Wykres 1.15 Udział par mieszkających w momencie badania na wsi oraz w dużych miastach, w których partnerzy wspólnie przeszli na emeryturę



Uwagi: Pod uwagę wzięto aktualne miejsce zamieszkania respondentów (w czasie wywiadu), nie zaś to, gdzie mieszkali, kiedy jedno z nich lub oboje przeszli na emeryturę. Kategorie miejsc zamieszkania: duże miasto, przedmieścia lub peryferie dużego miasta, miasto, miasteczko, obszar wiejski lub wieś. Wielkość próby: 5075 par, dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARELIFE: runda 3. (2008–2009 r.) i 7. (2017 r.).

Podsumowanie

W tej części raportu przybliżone zostało zjawisko wspólnego przechodzenia na emeryturę przez partnerów pozostających ze sobą w związku małżeńskim bądź kohabitacyjnym. Jak wskazują wyniki analiz opartych o dane z badania SHARELIFE, prawie 12% par w Polsce przeszło na emeryturę razem (w tym samym roku). Ponadto, w Polsce – w porównaniu do innych państw wybranych do analiz – na wspólną emeryturę przechodziły częściej osoby z wykształceniem podstawowym i mieszkające na wsi. Ponieważ wyższe wykształcenie – szczególnie kobiety – obniża prawdopodobieństwo, że partnerzy przejdą razem na emeryturę, trend lepszego wykształcenia kolejnych kohort sugeruje, że w przyszłości w Polsce małżonkowie będą przechodzić wspólnie na emeryturę rzadziej niż obecnie.

Jest to jedna z pierwszych publikacji podejmujących zagadnienie wspólnego przechodzenia na emeryturę w polskiej literaturze. Wiedza o skali zjawiska może się okazać cenna z punktu widzenia kształtowania zarówno polityki emerytalnej, jak i polityki rynku pracy. W szczególności może być ona przydatna w szacowaniu zmian wielkości podaży pracy w reakcji na zmiany wieku emerytalnego. W tradycyjnym podejściu polityka emerytalna kształtowana jest bowiem głównie przez określanie warunków nabywania uprawnień do emerytury przez indywidualną osobę. W perspektywie tej nie uwzględnia się decyzji partnerów w wieku przedemerytalnym o zakończeniu aktywności zawodowej w podobnym momencie. Zjawisko wspólnego przechodzenia na emeryturę oznacza z kolei, że wszelkie zmiany wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn wpływają jednocześnie na podaż pracy obu płci – a nie tylko tej, dla której wiek ten jest podnoszony.

Na koniec warto wspomnieć o możliwych obszarach pogłębionych dalszych analiz, np. wpływie na decyzje o wspólnym odejściu z rynku pracy pogorszenia się stanu zdrowia partnera albo zbadanie, kto (partnerka czy partner) częściej opóźnia przejście na emeryturę lub korzysta z innych świadczeń, aby zakończyć aktywność zawodową razem z drugą osobą.

Bibliografia

Bhatt, V. (2017) "Cohort Differences in Joint Retirement: Evidence from the Health and Retirement Study". *Journal of Labor Research*, *38*(4), 475-495.

Coile, C. (2004) "Retirement incentives and couples' retirement decisions". *Topics in Economic Analysis & Policy*, *4*(1).

De Preter, H., D. Van Looy and D. Mortelmans (2015) "Retirement timing of dual-earner couples in 11 European countries? A comparison of cox and shared frailty models". *Journal of Family and Economic* 36 (3): 396–407

Denaeghel, K., Mortelmans, D., Borghgraef, A. (2011) "Spousal influence on the retirement decisions of single-earner and dual-earner couples." *Advances in life course research*, *16*(3), 112-123.

Gotlibovski, C. and Y. Weiss. (2008) "Retirement decisions of married couples". *Social Security* 76: 73-96.

Gustman, A. L., Steinmeier, T. L. (2004) "Retirement in dual-career families: a structural model". *Journal of Labor Economics*, *18*(3), 503-545.

Ho, J. H., Raymo, J. M. (2009) "Expectations and realization of joint retirement among dual-worker couples". *Research on Aging*, *31*(2), 153-179.

Hospido, L. (2015) *Pension reform and couples' joint retirement decisions*. IZA World of Labor (142).

Hospido, L., Zamarro G. (2014) "Retirement patterns of couples in Europe". *IZA Journal of European Labor Studies* 3(12)

Hurd, M. D. (1990) "The joint retirement decision of husbands and wives", w: *Issues in the Economics of Aging* (s. 231-258). University of Chicago Press, 1990.

Johnson, R. W. (2004) *Do spouses coordinate their retirement decisions?* (No. 19). Trustees of Boston College, Center for Retirement Research.

Lazear, E. P. (1986) "Retirement from the Labor Force", w: Ashenfelter, O., Layard, R. (red.) *Handbook of Labor Economics* (North-Holland, Amsterdam), str. 305-355.

Legendre, B., Pedrant, A.-C., Sabatier M. (2018) "Should I stay or should I go? An econometric analysis of retirement decisions by couples". *Applied Economics*, 50:53, 5814-5829

Michaud, P. C., Vermeulen, F. (2011) "A collective labor supply model with complementarities in leisure: Identification and estimation by means of panel data". *Labour Economics*, *18*(2), 159-167.

Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, zasób internetowy, http://stat.gov.pl,(data dostępu: 09/04/2013).

Pozzoli, D. Ranzani, M. (2009) *Old European couples' retirement decisions: The role of love and money.* Department of Economics, Working Paper (09-2). University of Aarhus.

Radl, J., Himmelreicher, R.K. (2015) "The Influence of Marital Status and Spousal Employment on Retirement Behavior in Germany and Spain". *Research on Aging* 37(4): 361-387.

Schneider, S. (2008) "Applying the ISCED-97 to the German educational qualifications". w: S. Schneider (red.) *The International Standard Classification of Education: An Evaluation of Content and Criterion Validity for 15 European Countries*, MZES, University of Mannheim, pp.76-102.

Smith, D. B., Moen, P. (1998) "Spousal influence on retirement: His, her, and their perceptions". *Journal of Marriage and the Family*, 734-744.

World Population Ageing 2013, United Nation, Department of Economic and Social Affairs. Population Division (UNDESA), New York 2013, ST/ESA/SER.A/348, s. 35–36, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf (11/01/2016).

1.5 Czy potencjał starszych osób w Polsce jest odpowiednio wykorzystywany?

Jolanta Perek-Białas, Jan Zwierzchowski

Dyskusja, w jakim zakresie osoby w wieku 50+ mogą pełnić istotną i ważną rolę dla społeczeństwa (w tym dla gospodarki), może opierać się na idei „aktywnego starzenia" (OECD, 1998, WHO, 2002, Walker, 2002, Perek-Białas, i inni, 2005). Jedną z definicji, która często była przywoływana w literaturze, było zrozumienie aktywnego starzenia jako: „(…) zdolność ludzi do tego, by mimo upływu lat wieść produktywne życie w sferze społecznej i gospodarczej. Oznacza to, że potrafią oni dokonywać elastycznych wyborów w zarządzaniu swoim czasem na przestrzeni życia – czasem poświęconym na naukę, pracę, odpoczynek i zapewnienie opieki innym" (OECD, 1998, p. 84). Przez wiele lat próbowano badać, czy i w jakim zakresie realizowana jest idea aktywnego starzenia, ale dopiero rok 2012 (Europejski Rok Aktywnego Starzenia i Solidarności Międzypokoleniowej) przyniósł przełom. Wówczas w wyniku prac ekspertów z *European Centre for Social Welfare Policy and Research* z Wiednia, Komisji Europejskiej oraz Komisji Ekonomicznej dla Europy Organizacji Narodów Zjednoczonych zaproponowano **wskaźnik aktywnego starzenia**. Wskaźnik miał być narzędziem mierzącym niewykorzystany potencjał osób starszych w realizacji aktywnego i zdrowego starzenia w porównaniach między krajami w Europie. Miał także pokazywać zakres, w jakim starsze osoby w danym kraju mogą prowadzić niezależne życie dzięki samodzielnemu funkcjonowaniu, pracy zarobkowej, ale też aktywności społecznej oraz uwarunkowania realizacji idei aktywnego starzenia w danym społeczeństwie.

Niniejszy rozdział pokazuje możliwości analizy i oceny wykorzystania potencjału starszej populacji w Polsce na różnych polach działalności w 2017 r, w porównaniu z 2015 rokiem. Na początku przedstawiono koncepcję wskaźnika aktywnego starzenia opisując zasady konstrukcji wskaźnika, na podstawie których opracowano prezentowane wyniki. Następnie zaprezentowane są możliwości wykorzystania wskaźnika, na przykładzie oceny aktywności Polaków w obszarach uwzględnionych w analizie zjawiska aktywnego starzenia. W dalszej kolejności przedstawiono metodologię zastosowaną w analizach z badania SHARE wraz z opisem jej wyników. Rozdział kończy się podsumowaniem.

Wskaźnik aktywnego starzenia – ujęcie teoretyczne

Wskaźnik aktywnego starzenia[9] (ang. *Active Ageing Index* – AAI) dla krajów europejskich zaproponowano po raz pierwszy jako odpowiedź na potrzeby decydentów chcących określić potencjał osób starszych, przekładający się na ich rolę i wpływ dla społeczeństwa i gospodarki (Zaidi i in., 2013; Zaidi, Stanton, 2015). Wskaźnik ma pokazywać, w jakim stopniu wykorzystywany jest potencjał osób starszych w pracy zarobkowej (ang. *employment*) i pracy nieodpłatnej (na przykładzie opieki, z ang. *care*). Uwzględnia też aktywność społeczną, w tym wolontariat (ang. *social participation*), a także pozwala wskazać, na ile osoby starsze mogą funkcjonować niezależnie, bezpiecznie i zgodnie ze zdrowym stylem życia (ang. *independent, healthy and secure living*) nie będąc obciążeniem dla innych. Ponadto wskaźnik bierze pod uwagę, czy w konkretnym kraju istnieją możliwości realizacji polityki aktywnego starzenia się. Wskaźnik aktywnego starzenia się (AAI) jest więc narzędziem służącym do monitorowania aktywnego starzenia na szczeblu krajowym oraz do opisywania niezrealizowanego potencjału osób starszych w zakresie aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym i społecznym, co może być pomocne w promowaniu aktywnej roli tych osób (Karpińska, Dykstra, 2014, 2015). Wskaźnik może też być narzędziem oceny efektów polityk publicznych w zakresie polityki senioralnej (Perek-Białas, 2016).

AAI zbudowany jest z 22 pojedynczych wskaźników, które są przypisane do czterech następujących obszarów:

1) zatrudnienie (aktywność zawodowa),
2) aktywność społeczna,
3) zdrowe, bezpieczne i niezależne od innych życie, oraz
4) zdolność oraz przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału osób starszych.

Szczegółowe wskaźniki AAI wykorzystane w opisie tych obszarów prezentuje tabela 1.6[10] oraz Aneks 1.

Tabela 1.6 Prezentacja oryginalnej koncepcji wskaźnika aktywnego starzenia wraz ze szczegółowymi wskaźnikami

Obszar	Wskaźniki
Zatrudnienie/Aktywność zawodowa	*Wskaźnik zatrudnienia 55–59*
	Wskaźnik zatrudnienia 60–64
	Wskaźnik zatrudnienia 65–69
	Wskaźnik zatrudnienia 70–74
Uczestnictwo w życiu społecznym/ Aktywność społeczna	*Wolontariat*
	Opieka nad dziećmi
	Opieka nad osobami dorosłymi
	Zaangażowanie polityczne

9 https://www.unece.org/population/aai.html (październik 2019)

10 W tabeli 1.6 zaprezentowano skrócone nazwy wskaźników, rozszerzone opisy wskaźników znajdują się w opracowaniach m.in.: Zaidi i in. 2013; UNECE/European Commission 2017; Perek-Białas, Mysińska 2013; Perek-Białas, Zwierzchowski 2014, Perek-Białas, Zwierzchowski, 2015 oraz UNECE/European Commission, 2019.

Obszar	Wskaźniki
Niezależność, zdrowie i bezpieczeństwo	*Aktywność fizyczna*
	Dostęp do opieki medycznej
	Niezależne mieszkanie (75+)
	Relacja mediany dochodów (65+/do osób w wieku mniej niż 65+)
	Brak zagrożenia ubóstwem (65+)
	Brak deprywacji materialnej
	Bezpieczeństwo w miejscu zamieszkania
	Uczenie się przez całe życie
Zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału starzejącego się społeczeństwa	*Średnie dalsze trwanie życia w wieku 55*
	Relacja lat w zdrowiu do średniej oczekiwanej długości życia dla osoby w wieku 55
	Zdrowie psychiczne (w oparciu o podejście WHO)
	Korzystanie z Internetu
	Więzi społeczne
	Wykształcenie (co najmniej średnie)

Uwaga: jeśli nie zaznaczono inaczej, to dana wartość wskaźnika dotyczy osób w wieku 55+
Źródło: opracowanie własne m.in. por Perek-Białas, 2015, UNECE / European Commission (2019).

Pierwsze trzy obszary bezpośrednio odnoszą się do doświadczeń w realizacji idei aktywnego starzenia (*actual experiences of active ageing*), a ostatni obszar dotyczy możliwości aktywnego starzenia (*capacity for actively age*).

Wskaźniki cząstkowe (w oryginalnym ujęciu) dające możliwości porównań między krajami były szacowane na podstawie wielu badań, m.in. z wykorzystaniem badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), badania dochodów i warunków życia (EU–SILC), badania Europejskiego Sondażu Społecznego (ESS), badania jakości życia (EQLS) oraz z danych Eurostatu.

Wskaźnik aktywnego starzenia – doświadczenia polskie

W pierwszej edycji prezentacji wskaźnika, tj. w 2012 r., Polska zajęła ostatnie miejsce w UE, co było też powodem uruchomienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS, Uchwała nr 137, Uchwała nr 237).

Oszacowania wskaźnika dla Polski zostały dokonane z uwzględnieniem płci oraz w ujęciu regionalnym (Perek-Białas, Mysińska, 2013, Perek-Białas, Zwierzchowski, 2014 i 2015). Dodatkowo w 2017 r. obliczono wartości wskaźnika aktywnego starzenia dla Polski w latach 2007–2015 dla różnych grup społeczno-ekonomicznych (nie tylko w podziale na płeć, ale też wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację dochodową, UNECE/EC, 2017).

Wskaźnik aktywnego starzenia został uwzględniony w *Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju* do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) w przyjętej Uchwale nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. i był przedmiotem debaty podczas Konwentów Marszałków, który miał miejsce w Krakowie w kwietniu 2017 r.

Możliwości oceny realizacji idei aktywnego starzenia w oparciu o badanie SHARE

Mimo tego, że w analizach dotyczących aktywnego starzenia wykorzystuje się różne badania (m.in. badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności), to także badanie SHARE (Börsch-Supan, 2019) można zastosować do oceny różnych aktywności osób starszych w Polsce w odwołaniu się do koncepcji aktywnego starzenia (przykład Arpino, Bordone, 2018). W niniejszym rozdziale, wykorzystując dane z badania SHARE, określone zostanie, w jakim stopniu starzejąca się polska populacja angażuje się w różne działania (nie tylko na rynku pracy czy społecznie, ale też w zakresie aktywności edukacyjnej czy fizycznej) i tym samym realizuje idee aktywnego starzenia. Uwzględnione zostaną różnice między kobietami i mężczyznami, a także ze względu na miejsce zamieszkania (wieś, miejscowości do 100 tys. mieszkańców, miejscowości powyżej 100 tysięcy mieszkańców) czy wykształcenie (podstawowe, średnie, wyższe). Ze względu na niższą liczebność próby w 6. rundzie nie zostały oszacowane wskaźniki dla osób z wykształceniem podstawowym[11].

Im wyższe wartości poszczególnych wskaźników cząstkowych, wskaźników dla określonych obszarów oraz wskaźnika aktywnego starzenia ogółem, tym osoby starsze pełniej wykorzystują swój potencjał (zakres wskaźników jest od 0 do 100).

Analiza wartości wskaźnika AAI pozwala więc odpowiedzieć na następujące pytania:

- Czy osoby starsze w Polsce wykorzystują swój potencjał i w jakim zakresie?
- W jakich formach aktywności przejawia się ten potencjał i na ile otoczenie wspiera osoby starsze w realizacji aktywności?
- Jak zmieniła się w czasie (na przestrzeni kilku ostatnich lat) aktywność osób starszych?

Analiza zawarta w raporcie, przeprowadzona na podstawie danych z 7. rundy badania SHARE, odnosi się do części wskaźników cząstkowych wchodzących w skład wskaźnika AAI. Niniejszy rozdział ma za zadanie zaprezentowanie wybranych aspektów idei aktywnego starzenia się z wykorzystaniem metodologii wskaźnika aktywnego starzenia za rok 2017 oraz porównanie z wynikami uzyskanymi na podstawie wcześniejszej rundy badania (tj. runda 6., 2015 rok).

Wyniki analizy dotyczącej idei aktywnego starzenia

Aktywność w życiu zawodowym

Obecność na rynku pracy, niezależnie od faktu przejścia na emeryturę, jest pierwszym obszarem, który jest uwzględniony w analizie możliwości wykorzystania potencjału osób starszych. W naszych analizach dokonaliśmy oceny wartości wskaźnika dla Polski według określonych grup wieku (tabela 1.7) zgodnie

11 Oszacowanie obarczone byłoby zbyt dużym błędem.

z metodyką wskaźnika opisaną w tabeli 1.6, z wyjątkiem wskaźnika zatrudnienia osób w wieku powyżej 70+, z powodu małej liczby osób w tym wieku aktywnych zawodowo w badanej próbie.

Tabela 1.7 Oszacowania wskaźników zatrudnienia wchodzących do obszaru aktywności zawodowej wskaźnika aktywnego starzenia, Polska, runda 6. oraz runda 7.

		Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55–59 lat		Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60–64 lat		Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 65–69 lat	
		2015	2017	2015	2017	2015	2017
	Ogółem	54,6	57,5	19,3	25,8	4,5	5,5
Płeć	*Kobiety*	53,5	54,3	11,4	15,5	0,9	2,9
	Mężczyźni	55,7	60,6	27,4	37,6	9,7	8,5
Miejsce zamieszkania	*Wieś*	42,5	50,9	17,2	26,3	2,3	5,5
	Miejscowości < 100,000 mieszk.	61,1	63,3	15,7	24,1	2,8	4,6
	Miejscowości > 100,000 mieszk.	64,7	65,8	22,5	25,6	6,3	5,7
Wykształcenie	*Podstawowe*	×	17,0	×	12,7	×	6,8
	Średnie	53,4	56,2	18,6	24,6	3,9	3,6
	Wyższe	76,1	77,5	20,7	42,5	15,5	19,1

Uwaga: ze względu na małą liczebność próby nie są oszacowane wskaźniki dla osób z wykształceniem podstawowym w 6. rundzie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) oraz runda 7. (2017 r.).

Na podstawie analiz z badania SHARE dotyczących aktywności zawodowej osób do 59 lat ze względu na miejsce zamieszkania można zaobserwować wyraźnie niższe wartości dla osób mieszkających na wsi w porównaniu do miast. Nie zaobserwowano natomiast różnic pomiędzy wskaźnikami dla mieszkańców miast liczących do 100 tys. i powyżej 100 tys. mieszkańców. Zgodnie z oczekiwaniami wyższe wskaźniki zatrudnienia są powiązane z wyższym poziomem wykształcenia. Osoby w wieku 55+ posiadające wyższe wykształcenie charakteryzują się wyższymi wskaźnikami zatrudnienia. Warto zwrócić uwagę, że wśród osób z wyższym wykształceniem aktywność zawodowa utrzymuje się również na stosunkowo wysokim poziomie wśród osób w wieku 65–69 lat, a więc powyżej granicy ustawowego wieku emerytalnego. W porównaniu z wynikami rundy 6. z 2015 r. wskaźniki w tym obszarze w 2017 r. okazały się wyższe.

Analizy wskazują, że sytuacja pomiędzy rundą 6 i 7 poprawiła się, a wskaźniki zatrudnienia wzrosły. Najsilniejszy wzrost odnotowano wśród osób w wieku 60–64 lata. Pomimo tej poprawy wciąż relatywnie duża grupa osób w wieku przedemerytalnym pozostaje poza zatrudnieniem, w szczególności osoby zamieszkujące na obszarach wiejskich i z niższym poziomem wykształcenia. Na pewno interesujące będzie sprawdzenie w przyszłości, czy wejście w wiek 55+ kolejnych roczników osób, które charakteryzują się lepszym wykształceniem, może dawać nadzieję na dalszy wzrost wskaźnika zatrudnienia.

Uczestnictwo w życiu społecznym

Obok aktywności zawodowej w ocenie wykorzystania pełnych możliwości osób 55+ istotne znacznie ma także skala aktywności społecznej. Ma ona taką samą wagę w całościowej ocenie realizacji idei aktywnego starzenia jak aktywność zawodowa. W analizie uwzględniliśmy pracę społeczną (wolontariat), opiekę nad wnukami oraz pomaganie w opiece osobistej. Wskaźniki obliczone na podstawie danych z 7. rundy badania SHARE z 2017 roku zostały porównane do danych z badania z 6. rundy badania SHARE z 2015 roku.

Tabela 1.8 Oszacowania wskaźników pracy społecznej, opieki nad wnukami i pomoc w opiece osobistej nad osobami starszymi wchodzących do obszaru aktywności społecznej wskaźnika aktywnego starzenia, Polska, runda 6. oraz runda 7.

		Praca społeczna (55+)		Opieka nad wnukami (55+)		Pomoc w opiece osobistej (55+)	
		2015	2017	2015	2017	2015	2017
	Ogółem	3,0	5,4	36,5	35,7	6,8	9,0
Płeć	*Kobiety*	2,8	5,9	39,2	36,8	7,7	10,7
	Mężczyźni	3,4	4,8	30,3	32,8	5,8	6,4
Miejsce zamieszkania	*Wieś*	1,9	4,3	31,4	31,1	7,2	7,1
	Miejscowości < 100,000 mieszk.	4,2	8,4	33,4	43,6	10,0	12,5
	Miejscowości > 100,000 mieszk.	3,6	6,0	44,9	41,5	5,9	10,1
Wykształcenie	*Podstawowe*	×	1,8	×	24,1	×	10,2
	Średnie	3,6	4,6	43,0	46,5	6,9	8,5
	Wyższe	8,5	18,0	58,9	42,1	5,7	7,0

Uwaga: ze względu na małą liczebność próby nie są oszacowane wskaźniki dla osób z wykształceniem podstawowym w 6. rundzie.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) oraz runda 7. (2017 r.).

Obecne wyniki (z rundy 7.) wskazują, że zaangażowanie w pracę społeczną starszych Polaków nie jest duże, ale wzrosło od poprzedniej rundy (wtedy około 3,0% osób starszych deklarowało taką aktywność). Jedynie 5,4% osób powyżej 55 roku życia angażuje się w prace społeczne w ramach prac w organizacjach społecznych. Odsetek ten jest zauważalnie wyższy wśród osób z wykształceniem wyższym i wykazuje rosnącą zmianę dla tej aktywności (średnio około 18% takich osób w 2017 roku deklarowało taką aktywność, a w 2015 roku jedynie około 8,5% osób).

Osoby w wieku 55+ najczęściej angażują się w opiekę nad wnukami przynajmniej raz w tygodniu. Prawie 36% osób w wieku 55+ w 2017 r. angażowało się w opiekę nad wnukami przynajmniej raz w tygodniu i jest to wynik porównywalny z wartością dla tego wskaźnika dla 2015 roku. Zarówno w rundzie 6. jak i 7. nieznacznie więcej kobiet niż mężczyzn deklarowało opiekę nad wnukami. Wzrosło zaangażowanie w ten rodzaj aktywności dla mieszkańców mniejszych miejscowości, podczas gdy zmalało dla mieszkańców dużych miast. To można wytłumaczyć, że w miastach mogło być więcej dostępnych możliwości zorganizowanej opieki nad dzieckiem, z której można było skorzystać, niekoniecznie angażując osoby w wieku 55+ do takiej aktywności, a usługi te są jeszcze słabiej dostępne w mniejszych miejscowościach. Znaczące różnice w skali opieki nad wnukami widocz-

ne są w 2017 r. ze względu na poziom wykształcenia: osoby z wykształceniem podstawowym dwa razy rzadziej angażują się w opiekę nad wnukami w porównaniu do osób z wykształceniem wyższym lub średnim.

Oceniając, jak osoby starsze angażują się w pomoc innym w opiece osobistej, ustalono, że, ogółem tylko 9% osób w wieku 55+ w Polsce wskazało, że oferuje takie wsparcie. Jest to wzrost w porównaniu z rundą 6. o prawie 1/3, kiedy około 6,8% osób w wieku 55+ zadeklarowało taką aktywność[12]. Wśród kobiet między 2015 i 2017 r. obserwujemy spadek zaangażowania w opiekę nad wnukami, przy jednoczesnym wzroście zaangażowania w pomoc w opiece osobistej nad osobami starszymi, co może wskazywać na konkurencyjność tych dwóch aktywności, co wymaga dalszego monitorowania i analiz, biorąc pod uwagę starzenie się ludności i rosnący udział osób starszych wymagających opieki.

Podsumowując, wyniki uzyskane na podstawie badania SHARE w tej części wskazują, że osoby powyżej 55 roku życia w Polsce są bardziej aktywne w opiece nad wnukami (prawie 36% osób aktywnych) niż w opiece nad innymi osobami czy w pracach społecznych.

Niezależne, bezpieczne i zdrowe życie

W trzecim obszarze koncepcji aktywnego starzenia dodatkowo ocenia się, na ile osoby starsze mogą realizować ideę niezależnego, bezpiecznego i zdrowego życia dzięki określonym warunkom takim jak aktywność fizyczna, brak zagrożenia ubóstwem, aktywność edukacyjna i inne. Wyniki 7. rundy badania SHARE z 2017 roku umożliwiają oszacowanie kilku wskaźników wykorzystywanych i rekomendowanych (w ramach oryginalnego podejścia) w tym obszarze.

Tabela 1.9 Oszacowania wybranych wskaźników wchodzących do obszaru niezależne, bezpieczne i zdrowe życie wskaźnika aktywnego starzenia, Polska, runda 6. oraz runda 7.

		Uprawianie sportu (55+)		Dostęp do opieki zdrowotnej (55+)		Niezależne samodzielne mieszkanie (75+)		Brak zagrożenia ubóstwem (65+)		Uczenie się/ kształcenie (55+)	
		2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017	2015	2017
	Ogółem	27,2	20,7	×	95,1	37,9	37,2	91,3	89,7	3,8	5,3
Płeć	*Kobiety*	21,9	16,8	×	94,9	45,0	46,3	89,1	88,7	4,7	6,4
	Mężczyźni	34,1	27,3	×	95,3	23,8	19,1	94,9	91,2	2,7	4,0
Miejsce zamieszkania	*Wieś*	31,9	21,2	×	95,8	31,5	31,3	85,8	86,2	1,5	3,1
	Miejscowości < 100,000 mieszk.	20,5	19,4	×	96,2	45,2	49,5	94,0	92,3	3,3	5,4
	Miejscowości > 100,000 mieszk.	24,9	20,2	×	93,9	40,5	41,2	96,7	92,8	6,3	7,6
Wykształcenie	*Podstawowe*	×	15,3	×	98,3	×	38,3	×	84,6	×	×
	Średnie	32,8	24,2	×	94,4	37,5	37,7	95,0	90,6	3,8	3,1
	Wyższe	28,7	27,7	×	94,3	34,0	26,6	97,2	97,0	11,1	25,1

Uwaga: ze względu na małą liczebność próby nie są oszacowane wskaźniki dla osób z wykształceniem podstawowym w 6. rundzie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) oraz runda 7. (2017 r.).

12 Aspekt ten jest szerzej analizowany w podrozdziale 1.3.

Najwyższe wartości w omawianym obszarze uzyskał wskaźnik, który określa, jaki jest odsetek osób w wieku 55+, które nie były zmuszone zrezygnować z wizyty u dentysty, lekarza lub zakupu leku w ostatnim roku. W całej populacji odsetek ten został oszacowany na około 95% i nie różni się pomiędzy grupami osób wyróżnionymi ze względu na cechy społeczno-demograficzne[13].

Dane z rundy 7 badania SHARE wskazują także, że mniej niż 10% osób w wieku 55+ w Polsce jest zagrożonych ubóstwem (na podstawie jednego z rekomendowanych wskaźników ubóstwa w koncepcji wskaźnika aktywnego starzenia[14]). Wartości obliczonych wskaźników są zbliżone we wszystkich wyróżnionych grupach za wyjątkiem osób mieszkających na wsi jak i osób z wykształceniem podstawowym. Wśród osób z wykształceniem wyższym, odsetek zagrożonych ubóstwem jest najmniejszy (około 3%), co wynika z wyższych dochodów oraz większej aktywności zawodowej tej grupy. Wyniki uzyskane z rundy 7. były porównywalne do tych z rundy 6.

W oryginalnej koncepcji wskaźnika aktywnego starzenia przyjęto, że jeśli osoba w wieku 75+ mieszka samotnie i jest niezależna od innych, to oznacza, że jest w stanie aktywnie funkcjonować bez pomocy i wsparcia innych osób. W 2017 roku około 38% osób w wieku 75+ zamieszkiwało w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Występują tu zauważalne różnice według płci (więcej kobiet – prawie połowa – mieszka samotnie), co jest związane – między innymi – z ich dłuższym trwaniem życia. Trzeba dodać, że znaczenie mają też różnice w przebiegu życia kobiet i mężczyzn, w tym mniejsze szanse formowania kolejnego związku po rozpadzie poprzedniego. W mniejszych miastach (do 100 tys. mieszkańców) samotne zamieszkiwanie zdarza się częściej niż na wsi, gdzie jest większy udział wspólnych gospodarstw wielopokoleniowych. Odsetek osób mieszkających samotnie jest niższy w dużych miastach (około 42%) w porównaniu do małych miast (prawie 50% osób 75+ mieszkało samodzielnie w 2017 roku). Co więcej, w małych miastach udział osób w wieku 55+ mieszkających samotnie wzrósł między 2015 a 2017 r.

Niestety gorzej wypada w 2017 niż w 2015 roku aktywność fizyczna osób 55+. W przypadku uprawiania sportu częściej niż raz w tygodniu jedynie około jednej piątej osób w wieku 55+ wskazywało na taką aktywność sportową w 2017. Sport uprawiało więcej mężczyzn niż kobiet. Osoby z wyższym wykształceniem częściej uprawiały sport niż osoby z niższymi poziomami wykształcenia.

Najniższe wartości w tym obszarze uzyskano dla aktywności edukacyjnej. Wartości wskaźnika odnoszącego się do uczestnictwa w różnych formach uczenia się (udział w kursie edukacyjnym w ciągu ostatniego roku) potwierdzają niską aktywność edukacyjną Polaków po 55-tym roku życia (około 5,3% ogółem). W porównaniu z rundą 6. nastąpił wzrost. Jedynie w grupie osób z wyższym wykształceniem ponad 25% uczestniczyło w jakiejkolwiek formie edukacji w okresie badania (ponad dwukrotnie więcej niż w rundzie 6.).

Podsumowując, można stwierdzić, że o ile sytuacja materialna czy dostęp do służby zdrowia nie przeszkadza w realizacji idei zdrowego i aktywnego starzenia, to zdecydowanie **niska aktywność edukacyjna i fizyczna starszych Polaków** wymagają pilnych interwencji promujących, wspierających i organizujących możliwości tych działań.

13 Dla rundy 6. dokładnie tak samo zdefiniowany wskaźnik nie był możliwy do wyliczenia.

14 Tj. brak zagrożenia ubóstwem jest rozumiany jako odsetek osób w gospodarstwach domowych, w których poziom dochodów był wyższy niż 50% mediany dochodów ogółu gospodarstw domowych (zgodnie z definicją Eurostat).

Warunki sprzyjające realizacji idei aktywnego starzenia

Ostatni obszar, który uwzględnia uwarunkowania i sprzyjające otoczenie do realizacji idei aktywnego starzenia (inaczej z angielskiego *capacity to actively age*) obejmuje wskaźniki, z których nie wszystkie mogły być bezpośrednio mierzone na podstawie danych z badania SHARE (tj. zgodnie z oryginalną metodyką wskaźnika zaprezentowaną na początku rozdziału). Jedynie dwa wskaźniki zostały wyliczone na podstawie wyników 7. rundy badania SHARE z 2017 roku: odsetek osób korzystających z Internetu oraz odsetek osób z wykształceniem co najmniej średnim.

Tabela 1.10 Oszacowania dwóch wskaźników uwzględnianych w ocenie warunków sprzyjających realizacji idei aktywnego starzenia, Polska, runda 6. oraz runda 7.

		Odsetek osób w wieku 55+, które korzystały z Internetu w ciągu ostatniego tygodnia		Wykształcenie osób starszych 55+ co najmniej średnie (włączając zawodowe)	
		2015	2017	2015	2017
	Ogółem	30,5	28,5	75,3	76,4
Płeć	*Kobiety*	29,5	28,2	71,9	74,6
	Mężczyźni	31,6	29,0	79,1	78,5
Miejsce zamieszkania	*Wieś*	17,3	15,2	63,6	67,3
	Miejscowości < 100,000 mieszk.	33,0	27,4	82,0	81,2
	Miejscowości > 100,000 mieszk.	44,2	42,0	85,1	85,6
Wykształcenie	*Podstawowe*	×	4,3	×	×
	Średnie	33,4	35,2	×	×
	Wyższe	69,1	56,6	×	×

Uwaga: ze względu na małą liczebność próby nie są oszacowane wskaźniki dla osób z wykształceniem podstawowym w 6. rundzie.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) oraz runda 7. (2017 r.).

Wskaźnik dotyczący korzystania z Internetu w ciągu ostatniego tygodnia był porównywalny w 2017 r. z wyliczonym z badania SHARE dla 2015 r. Płeć nie różnicuje w sposób istotny stopnia korzystania z Internetu. Natomiast im większa miejscowość oraz wyższe wykształcenie częstość korzystania z Internetu wzrasta. Stopień korzystania z Internetu jest powiązany z faktem lepszej dostępności Internetu w większych miejscowościach i miastach.

Drugim oszacowanym wskaźnikiem w omawianym obszarze jest odsetek osób w wieku 55+ z wykształceniem co najmniej średnim. Wyższy poziom wykształcenia sprzyja aktywowaniu potencjału osób, co pokazują chociażby analizy przeprowadzone w ramach niniejszego rozdziału. Ogółem w Polsce ponad 76% osób w wieku 55+ posiada wykształcenie co najmniej średnie (uwzględniając zasadnicze zawodowe i średnie bez matury) i pomiędzy rundą 6. i 7. nie nastąpiła znacząca zmiana wartości wskaźnika.

Podsumowanie

Wyniki analiz oparte na badaniu SHARE w latach 2015 i 2017 (podobnie jak przede wszystkim wykorzystywane do analizy rynku pracy badania BAEL) potwierdzają większą niż w poprzedniej rundzie badania aktywność zawodową osób 55+. Najbardziej aktywne były osoby z wyższym wykształceniem, najmniej osoby z wykształceniem podstawowym, jak i mieszkające na terenach wiejskich. Jeśli chodzi o uczestnictwo w różnych formach aktywności społecznej, mocną stroną starszych generacji w Polsce (na co wskazują wyniki badania SHARE) jest duże zaangażowanie w opiekę nad wnukami. Pozytywnym wynikiem w kontekście oceny możliwości realizacji idei aktywnego starzenia jest także to, że większość osób starszych w Polsce (wskaźniki około 95%) nie musiało rezygnować z usług zdrowotnych, jak i nie było zagrożonych ubóstwem. Najniższe wartości wskaźników odnotowano w obszarze aktywności edukacyjnej i społecznej (wolontariat) i fizycznej. Są to jednocześnie obszary aktywności, które sprzyjają utrzymaniu zdrowia i opóźnieniu efektów procesów starzenia się organizmu osób starszych.

Na zakończenie trzeba wskazać, że idea aktywnego starzenia nie jest koncepcją bez wad, stąd można spotkać się z krytyką istoty założeń i samej metodyki dotyczącej wskaźnika aktywnego starzenia (de São José, i inni, 2017). Mimo to wskaźnik aktywnego starzenia ogółem, jak i wykorzystane w jego analizie wskaźniki cząstkowe umożliwiają prezentację miar pozwalających na wskazanie, jak starzeje się społeczeństwo, w których obszarach osoby starsze realizują swoje potrzeby i gdzie ich aktywność jest realizowana oraz jak sytuacja w tym obszarze zmienia się.

Bibliografia

Arpino B., Bordone V. (2018) Active Ageing Typologies: A Latent Class Analysis of the Older Europeans. w: Zaidi A., Harper S., Howse K., Lamura G., Perek-Białas J. (red.) Building Evidence for Active Ageing Policies. Palgrave Macmillan, Singapore

Börsch-Supan, A. (2019). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 7.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w7.700

Karpińska, K. i Dykstra, P.A. (2014). The Active Ageing Index and its extension to the regional level: Discussion Paper. W: European Commission Peer Review. Brussels: European Commission.

Karpińska, K. i Dykstra, P.A. (2015). The Active Ageing Index and its extension to the regional level. Synthesis Report. Brussels: European Commission.

OECD (1998). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, Paris.

Perek-Białas, J. (2016). Tradycyjne i uzupełniające podejścia do ewaluacji efektów polityki senioralnej w Polsce. *Problemy Polityki Społecznej*.

Perek-Białas, J. i Mysińska, E. (2013). Indeks aktywnego starzenia się w ujęciu regionalnym. *Ekspertyza dla Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, MPiPS, Warszawa*.

Perek-Białas, J. i Worek, B. (2005). Aktywne starzenie się. Aktywna starość-określenie pojęć,[w:] Aktywne starzenie się. Aktywna starość. Wyd. Aureus, Kraków.

Perek-Białas, J. i Zwierzchowski, J. (2014). Wskaźnik aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym – edycja 2014. *Ekspertyza dla Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, MPiPS, Warszawa*.

Perek-Białas, J. i Zwierzchowski, J. (2015). Wskaźnik aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym – edycja 2014. *Ekspertyza dla Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, MPiPS, Warszawa*.

de São José, J. M., Timonen, V., Amado, C. A. F., & Santos, S. P. (2017). A critique of the Active Ageing Index. *Journal of aging studies*, *40*, 49-56.

UNECE/European Commission (2017) *Criteria-specific analysis of the Active Ageing Index at the national level in Poland: 2007–2015*. Report prepared by Jolanta Perek-Białas, Jan Zwierzchowski, Radosław Antczak and Tomasz Panek, of the Warsaw School of Economics, Poland, under contract with United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by the European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (Brussels).

UNECE/European Commission (2019) "*2018 Active Ageing Index: Analytical Report*", Report prepared by Giovanni Lamura and Andrea Principi under contract with the United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by the European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (Brussels).

Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International social security review,* 55(1), 121-139.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). Geneva: World Health Organization.

Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M. M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R. i Zolyomi, E. (2013). Active ageing index 2012 concept, methodology and final results.

Zaidi, A. i Stanton, D. (2015). Active ageing index 2014: Analytical report. *http://www1. unece. org/stat/platform/download/attachments/76287849/AAI Report LOW RES. PDF (Accessed: April 20, 2015). Comparative analysis of national and regional models*.

Rozdział 2. Stan zdrowia i aktywność zawodowa osób w wieku 50+

Wydłużający się systematycznie czas trwania życia w Europie Zachodniej, notowany także od blisko trzech dekad w Polsce i innych krajach Europy Środkowej, łączy się z wydłużeniem czasu życia w dobrym stanie zdrowia oraz w wieku aktywności zawodowej i na emeryturze (OECD/EU 2018; Jagger i in. 2008). W 2016 roku średnie dalsze trwanie życia osób w wieku 65 lat wynosiło w krajach UE 21,6 roku dla kobiet oraz 18,2 roku dla mężczyzn (w Polsce było to odpowiednio 20,5 i 16 lat, a np. w Szwecji: 21,5 i 19,1). Trwanie życia w zdrowiu (DFLE)[15] było o blisko 10 lat krótsze i wynosiło dla kobiet 10,2 roku oraz 9,8 roku dla mężczyzn (w Polsce odpowiednio 8,9 oraz 8,2, a w Szwecji 16,6 i 15,1). Oznacza to, że znaczna część dalszego życia osób, które dożyły 65 roku życia, przeżywana jest z różnymi dolegliwościami i chorobami. Warto dodać, że analiza stanu zdrowia populacji, w tym lata życia bez poważniejszych chorób i lata z obciążeniami zdrowotnymi, jest ważna nie tylko dla zdrowia publicznego i systemu wsparcia społecznego, ale także dla polityki dotyczącej rynku pracy i zasobów siły roboczej (Schuring i in.2007; Börsch-Supan i in. 2009).

W tym rozdziale raportu dokonano charakterystyki stanu zdrowia osób w wieku przedemerytalnym (50–64 lata) oraz starszych (w wieku 65 lat i więcej) w Polsce i innych krajach Europy. Do analizy obok Polski włączone zostały kraje Europy Południowej (Hiszpania, Grecja), kontynentalnej (Francja, Niemcy), Północnej (Szwecja) oraz Czechy (z regionu Europy Środkowo-Wschodniej). W drugiej części rozdziału przedstawione zostały wyniki porównania wskaźników stanu zdrowia osób aktywnych zawodowo oraz emerytów w Polsce i analizowanych krajach, odrębnie dla mężczyzn i kobiet.

15 DFLE jest definiowane jako czas trwania życia bez ograniczeń funkcjonalnych i niepełnosprawności. Dane dotyczące dalszego trwania życia osób w wieku 65 lat oraz poziomu DFLE pochodzą z bazy danych Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp320/default/table?lang=en

W kolejnej części omówiono wyniki pogłębionych analiz statystycznych, których celem jest pokazanie możliwego powiązania charakterystyk społecznych i ekonomicznych respondentów z ryzykiem występowania negatywnych wskaźników zdrowia w Polsce. Analizy opisowe dokonano na danych ważonych, zatem pozwalają na uogólnienie otrzymanych wskaźników na całą populację poszczególnych krajów[16].

Ostatnia część rozdziału przedstawia ocenę jakości życia osób w wieku 50+ w Polsce w porównaniu do sytuacji w Europie, Danii (kraju o najwyższej przeciętnej jakości życia) oraz Grecji (kraju o najniższej przeciętnej jakości życia) z uwzględnieniem takich cech jak płeć, wykształcenie, wiek, status ekonomicznych oraz stan zdrowia fizycznego i psychicznego.

16 Tylko w przypadku grupy wieku 50–54 lata ze względu na niewielkie liczebności respondentów w badaniu w Szwecji, Hiszpanii i Czechach, wyniki mogą nie oddawać rzeczywistego poziomu analizowanych wskaźników w populacji tych krajów.

2.1 Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów

Wiktoria Wróblewska, Radosław Antczak

Pomiar wybranych wymiarów stanu zdrowia

Dane badania SHARE umożliwiają wyznaczenie wielu możliwych miar i wskaźników pozwalających na ocenę stanu zdrowia osób w wieku 50 lat i więcej w różnych jego wymiarach, między innymi ogólną ocenę stanu zdrowia, występowanie chorób przewlekłych, ograniczenia w mobilności i codziennej aktywności. W rozdziale tym do opisu stanu zdrowia wykorzystano: wskaźnik samooceny stanu zdrowia (*Self-perceived health,* SPH), wskaźnik występowania ograniczeń w codziennej aktywności (*Global Activity Limitation Indicator,,* GALI), występowanie chorób przewlekłych (rodzaje i liczba chorób przewlekłych), częstość objawów depresji (skala Euro-D), występowanie ograniczeń funkcjonalnych (*Functional Limitation*, FL), pomiar siły uścisku (*Grip Strength,* GS w kg), ocenę podstawowych czynności życiowych (*Activities of daily living,* ADL), ocenę złożonych czynności życia codziennego (*Instrumental Activities of Daily Living,* IADL). Zastosowane wskaźniki stanu zdrowia, dostarczają porównywalnych wyników, mierzą różne aspekty funkcjonowania danej osoby oraz mogą wskazywać na ich wzajemne powiązania w procesie pogarszania stanu zdrowia.

Wskaźnik samooceny stanu zdrowia (SPH) jest powszechnie stosowaną w badaniach społecznych miarą stanu zdrowia, a wyniki wielu badań potwierdzają, że uzyskane oceny są powiązane z funkcjonowaniem fizycznym, występowaniem chorób i niepełnosprawnością (np. Martikainen i in. 1999). W badaniu SHARE respondent wskazywał jedną z pięciu kategorii oceny zdrowia: znakomite, bardzo dobre, dobre, umiarkowane, złe (tzw. skala amerykańska). W zestawieniach prezentowane są wyniki zagregowane do dwóch kategorii: oceny bardzo dobre (bardzo dobry i doskonały stan zdrowia) oraz oceny gorsze niż bardzo dobre (dobry, umiarkowany, lub zły stan zdrowia), a także oceny co najmniej dobre i poniżej dobrej.

Do ogólnych wskaźników miar stanu zdrowia należy GALI. Wskaźnik ten określa częstość występowania ograniczeń w wykonywaniu czynności (które zwykle ludzie wykonują). W badaniu SHARE pytanie dotyczyło występowania ograniczeń trwających przynajmniej sześć miesięcy.

Informacje o występowaniu chorób przewlekłych w badaniu SHARE dotyczą chorób zdiagnozowanych przez lekarza. Choroby przewlekłe i długotrwałe problemy zdrowotne obejmują ponad dwadzieścia zestawów chorób i dolegliwości. Zalicza się do nich: choroby układu krążenia i choroby metaboliczne

(m.in. zawał lub atak serca, udar mózgu, inne choroby serca, nadciśnienie, cukrzyca), choroby układu mięśniowo-szkieletowego (choroby zwyrodnieniowe, reumatoidalne zapalenie stawów, złamania szyjki kości udowej i inne złamania), zaburzenia afektywne i choroby układu nerwowego (choroba Alzheimera, demencja, zaburzenia afektywne, choroba Parkinsona), choroby nowotworowe (rak lub nowotwór złośliwy, włączając białaczkę i chłoniaka) oraz inne choroby. Analizowano częstość występowania poszczególnych chorób oraz liczbę zdiagnozowanych schorzeń (dwa lub więcej). Występowanie chorób przewlekłych ma silny związek z niepełnosprawnością, a wzrost częstości ich występowania sprzyja pojawianiu lub nasilaniu się ograniczeń funkcjonalnych, szczególnie w przypadku osób starszych (Guccione i in. 1994).

Predyktorem niesprawności i ograniczeń funkcjonalnych może być siła uścisku (Rantanen i in. 1999). W badaniu SHARE jest ona mierzona w kilogramach za pomocą podręcznego dynamometru. Do analizy wybierano maksymalny wynik z czterech pomiarów (po dwa każdej ręki). Wyniki zostały ujęte w postaci średniej, wyznaczonej odrębnie dla mężczyzn i kobiet.

Do pomiaru niepełnosprawności w badaniu SHARE stosowane są dwa wskaźniki: podstawowych czynności życiowych (ADL) i złożonych czynności dnia codziennego (IADL).

Wskaźnik ADL (podstawowych czynności życiowych) pozwala na ocenę możliwości samodzielnego funkcjonowania i obejmuje codzienne czynności, które każdy podejmuje (sam lub z pomocą kogoś innego). Są to: ubieranie się, chodzenie, samodzielna kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka i korzystanie z toalety. Występowanie jednego lub więcej z tych ograniczeń świadczy o trudnościach w samodzielnym funkcjonowaniu na co dzień i konieczności korzystania z pomocy. W opracowaniu występowanie jednego lub więcej ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności przyjęte zostało jako wskaźnik niepełnosprawności (za Mackenbach i in. 2005).

Aktywności ujęte we wskaźniku IADL (złożone czynności dnia codziennego) odnoszą się do codziennego życia i wymagają umiejętności nie tylko fizycznych, ale także poznawczych. Były to: przygotowanie ciepłego posiłku, dokonywanie zakupów, wychodzenie z domu i korzystanie z transportu publicznego, wykonywanie telefonów, zażywanie leków, zarządzanie pieniędzmi (np. opłacanie rachunków), pranie i możliwość wykonywania prac w domu lub ogrodzie. Wskaźnik IADL pozwala na ocenę zdolności podstawowego funkcjonowania w otoczeniu i na zobiektywizowanie potrzeby pomocy i wsparcia instrumentalnego.

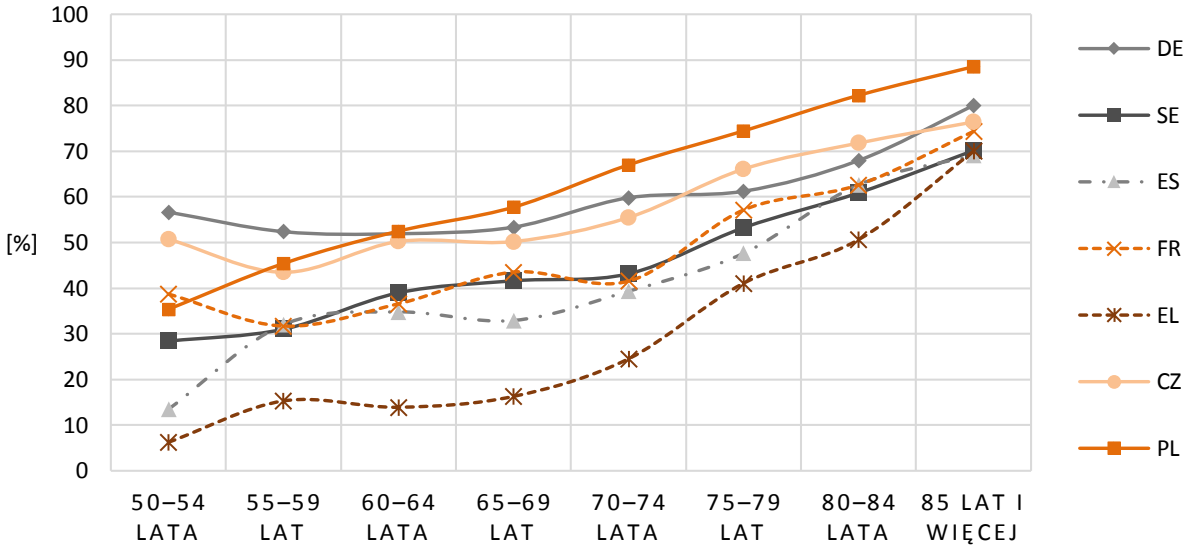
Jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności oraz jednym z najczęstszych problemów zdrowia psychicznego u osób starszych jest depresja (OECD/UE, 2016). Dorośli z zaburzeniami depresyjnymi lub objawami depresji gorzej funkcjonują społecznie, mają gorsze wskaźniki zdrowia fizycznego oraz więcej ograniczeń funkcjonalnych niż inne osoby w tym samym wieku bez depresji (Guccione 1994). Liczba symptomów depresyjnych w badaniu SHARE była mierzona za pomocą skali Euro-Depression (od 0 do 12), a liczba symptomów powyżej 3 została przyjęta jako wskazująca na występowanie depresji (za Dewey & Prince 2005). 1994).

Analiza porównawcza wybranych wskaźników stanu zdrowia

Poniżej przedstawione zostały wyniki analiz poszczególnych wskaźników stanu zdrowia osób w wieku 50 + w rozważanej grupie krajów. Wykresy liniowe prezentują odsetki osób w 5-letniej grupie wieku i kraju z analizowaną trudnością czy oceną stanu zdrowia.

Odsetek osób wskazujących na problemy ze zdrowiem, które mogą utrudniać codzienne czynności (GALI), w całej populacji badanych w wieku 50 lat i więcej wynosił od 26% w Grecji do 57% w Polsce i w Niemczech. W grupie wieku 50–64 lata już blisko co druga osoba w Polsce, Czechach i Niemczech miała takie problemy, podczas gdy w pozostałych krajach była to co trzecia, a w Grecji – co siódma. Różnice w poziomie wskaźnika GALI między krajami ulegają zmniejszeniu w najstarszych grupach wieku, pozostają jednak najwyższe dla seniorów w Polsce (wykres 2.1).

Wykres 2.1 Odsetek osób z problemami zdrowotnymi (GALI) według grup wieku i kraju (w %)



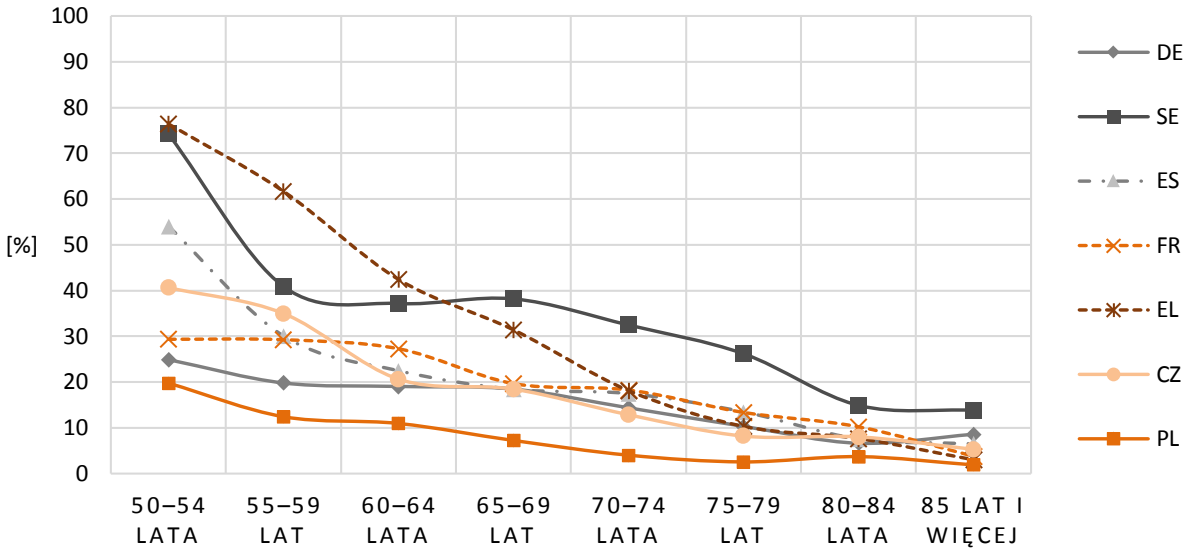
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Na wykresie 2.2 przedstawione są odsetki respondentów SHARE w poszczególnych krajach, którzy oceniali swoje zdrowie jako bardzo dobre lub doskonałe. Według subiektywnej oceny najzdrowsi są Szwedzi oraz Grecy (w młodszych grupach wieku 50–64 lata). Zdecydowanie najmniej zdrowi czują się Polacy. We wszystkich grupach wieku odsetek Polaków uznających swoje zdrowie za bardzo dobre jest najniższy i wynosi od 20% w wieku 50–54 do 2% w wieku 85 lat i więcej. W Niemczech, gdzie wyniki są najbardziej zbliżone do uzyskanych dla Polski, odsetek oceniających bardzo dobrze swoje zdrowie w wieku 50–54 lata wynosił 25%, a w wieku 85 lat i więcej – ponad 8%. Dla Szwecji było to odpowiednio: 74% i 14%, a dla Grecji: 76% i 3%. Spadek bardzo dobrych ocen stanu zdrowia w Polsce następuje w kolejnych grupach wieku do 74 lat niemal liniowo. Szczególnie duże różnice w porównaniu do innych krajów dotyczą ocen stanu zdrowia Polaków w wieku przedemerytalnym (50–64 lata). Udział Polaków w tym wieku o bardzo dobrym stanie zdrowia jest od 20 p.p. (punktów procentowych) do 40 p.p. niższy niż w pozostałych krajach.

Interpretując występujące różnice w ocenach stanu zdrowia uzyskanych za pomocą wskaźnika SPH, trzeba pamiętać, że są to oceny subiektywne i uwarunkowane nie tylko stanem zdrowia, ale także innymi czynnikami. Uzyskane wyniki mogą odzwierciedlać, między innymi, kontekst środowiskowy respondentów, ich uwarunkowania kulturowe, stopień postrzegania choroby, wrażliwość. Na ograniczony wymiar porównawczy tego wskaźnika mogą rzutować także różnice językowe i konotacje poszczególnych kate-

gorii, w szczególności określenie „doskonały" i „bardzo dobry". Na przykład w Niemczech „doskonały" ma znaczenie ironiczne w odniesieniu do stanu zdrowia (Jürges 2005), a w Polsce określenia takie rzadko są stosowane w odniesieniu do stanu zdrowia, o którym mówi się raczej „dobre" albo „czuję się dobrze" niż „bardzo dobrze" lub „doskonale".

Wykres 2.2 Odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako bardzo dobre lub doskonałe (SPH) według grup wieku i kraju (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Przy zastosowaniu innego podziału kategorii zmiennych SPH na: co najmniej dobry stan zdrowia (dobre, bardzo dobre i doskonałe) oraz poniżej dobrego (umiarkowane i złe), uzyskane wyniki są bardziej korzystne dla Polski niż opisane wyżej dla kategorii „bardzo dobre" i „doskonałe". Ogółem blisko połowa respondentów w Polsce oceniła swój stan zdrowia jako co najmniej dobry. Udziały tych ocen malały wraz z wiekiem, od 72% w wieku 50–54 lata do 22% w wieku 85+ (tabela 2.1). Wyniki dla całej populacji osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce były tylko nieco gorsze niż w Hiszpanii i Niemczech. Udziały ocen pozytywnych stanu zdrowia były jednak znacznie niższe niż w Szwecji, Grecji i Czechach. Niepokojące są wyniki samooceny stanu zdrowia osób w wieku okołoemerytalnym (60–64 lata) i w grupie wieku 65–69 lat. W Polsce tylko połowa z tych osób oceniła swój stan zdrowia jako co najmniej dobry (53% w wieku 60–64 i 48% w wieku 65–69). Oznacza to, że co druga osoba w tym wieku odczuwa problemy zdrowotne. W Grecji, Szwecji i Czechach udział ocen pozytywnych w grupie wieku 60–64 lata był na poziomie bliskim 80% oraz powyżej (np. 83% w Grecji), a w grupie wieku 65–69 lat wynosił powyżej 75%, czyli były wyższe niż w Polsce o blisko 30 p.p. Trochę mniej pozytywnie oceniają swoje zdrowie Hiszpanie i Niemcy. Jednakże odsetki ocen co najmniej dobrych dla osób w wieku 65–69 lat w tych krajach były na poziomie powyżej 60%, czyli były wyższe niż w Polsce o ponad 10 p.p.

Tabela 2.1 Odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako co najmniej dobre (dobre, bardzo dobre i doskonałe) według grup wieku i kraju (w %)

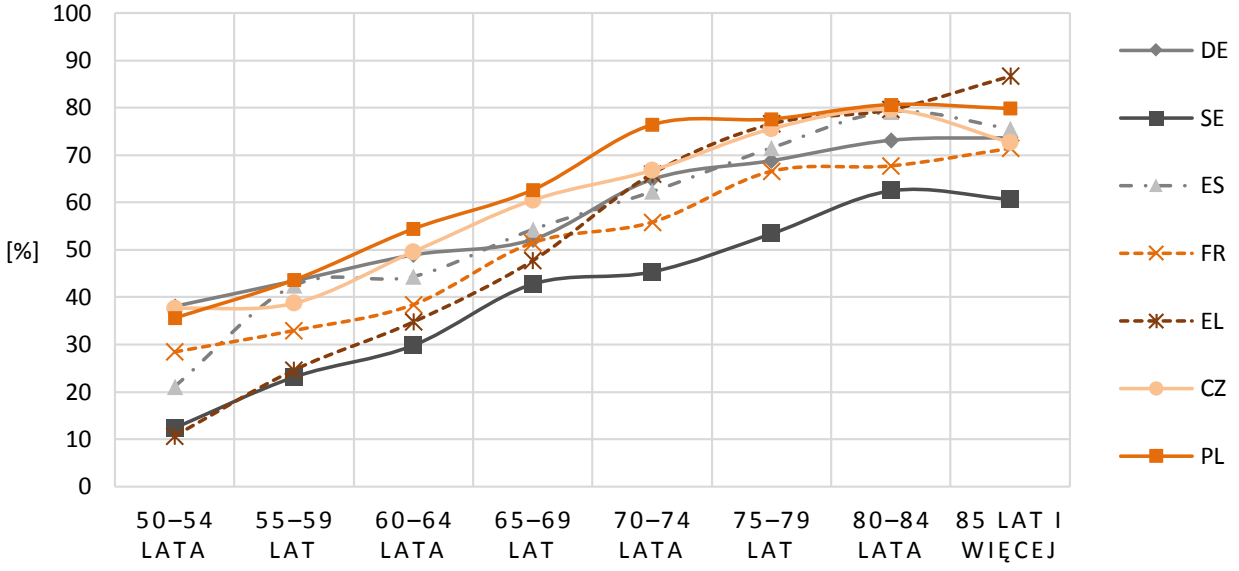
Grupa wieku	Niemcy	Szwecja	Hiszpania	Francja	Grecja	Czechy	Polska
50 – 54	70,4	85,4	78,0	64,8	94,7	77,4	72,3
55 – 59	65,5	79,8	71,2	72,0	87,6	76,8	61,5
60 – 64	63,0	78,6	66,8	72,0	83,0	76,1	53,4
65 – 69	60,9	75,2	64,1	67,3	77,5	74,4	48,2
70 – 74	51,1	70,1	56,3	60,7	65,7	67,8	37,8
75 – 79	49,8	65,3	48,7	58,3	47,5	59,4	29,6
80 – 84	37,5	52,9	38,2	46,9	36,2	46,8	26,9
85+	33,5	46,7	28,2	39,9	23,6	47,5	22,4
Ogółem	56,8	68,6	55,1	62,4	66,9	67,5	49,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Blisko 40% Polaków w wieku 50–59 lat, 55% w wieku 60–64 lata i 63% w wieku 65–69 lat oraz ponad trzy czwarte w wieku 70–79 lat i 80% w wieku 80 lat i więcej miało zdiagnozowane dwie lub więcej choroby przewlekłe. Występowanie chorób przewlekłych u Polaków w wieku 50+ jest zasadniczo częstsze niż w innych krajach. W stosunku do Szwecji różnice częstości występowania osób z dwoma i więcej chorobami przewlekłymi w grupach wieku od 65 r.ż. do 79 r.ż. sięgają powyżej 20 p.p. W grupach wieku do 64 lat zbliżone odsetki do Polski notowane są dla Niemiec, a dla wieku powyżej 75 lat dla Czech i Grecji (wykres 2.3)

Średnia liczba zdiagnozowanych chorób przypadająca na osobę w wieku 50–64 lata w Polsce wynosi 1,7 i jest zbliżona do notowanej w Niemczech i Czechach. W Szwecji średnia ta była znacznie niższa i wynosiła nieco poniżej 1. Wśród osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) średnia liczba chorób przewlekłych była wyższa i wynosiła blisko trzy (2,8), podczas gdy w innych krajach średnia ta nie przekroczyła 2,5, a w Szwecji wynosiła 1,8.

Wykres 2.3 Odsetek osób z dwoma lub więcej zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi według grup wieku i kraju (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE runda 7. (2017 r.).

Najczęściej zgłaszanymi chorobami przewlekłymi były choroby układu krążenia, choroby metaboliczne oraz choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Na co najmniej jedną z chorób układu krążenia wskazało najwięcej Czechów (66%) oraz Polaków, Niemców, Greków i Hiszpanów (około 60%), a także blisko połowa Francuzów i Szwedów. Dominowało tu nadciśnienie, które notowano często już w wieku 50–64 lata: u 45% Czechów i blisko 50% Niemców i Polaków. Zawał lub atak serca wskazał blisko co dziesiąty Polak i Czech w tej grupie wieku, podczas gdy w Szwecji takich osób w wieku 50–64 lata było niespełna 3%. Wśród osób wieku 65+ najwyższy odsetek tych, którzy doświadczyli ataku lub zawału serca, był we Francji (18%). W pozostałych krajach odsetki te oscylowały wokół 15%. W tej samej grupie wieku cukrzyca została zdiagnozowana częściej niż u co piątego respondenta w tym wieku w Czechach, Polsce i Hiszpanii, a we Francji i Szwecji u 13%. Wśród osób młodszych (50–64 lata) chorobę tę wskazywała już co dziesiąta osoba w Polsce, Czechach, Hiszpanii i Niemczech. Bardzo częstymi schorzeniami są również choroby zwyrodnieniowe i reumatoidalne zapalenia stawów, które występują najczęściej w populacji Francuzów, Polaków i Niemców (blisko 40%), a rzadziej w Grecji (25%), Szwecji (28%) i Hiszpanii (31%). Choroba Alzheimera dotyka osoby starsze. W wieku 65+ odsetek osób chorujących był w analizowanych krajach na zbliżonym poziomie i wynosił blisko 3–4% (w Hiszpanii, gdzie był najwyższy, wynosił 8%). Różne zaburzenia afektywne, do których należą, między innymi, epizody depresji, choroby afektywne, uporczywe zaburzenia nastroju występowały zarówno w grupie wieku 50–64 lata (od 3% w Grecji do 13% w Niemczech) jak i u osób w wieku 65+ (od 5% w Czechach do 12% w Hiszpanii). W Polsce było to odpowiednio 6% i 9%. Blisko co dwudziesta osoba w wieku 50 lat i więcej w Polsce, Czechach i Francji chorowała na nowotwór, nieznacznie rzadziej w Szwecji, Hiszpanii i Grecji, a najwięcej żyjących osób z chorobą nowotworową było w Niemczech (7%). W przypadku tej choroby uzyskane ogólne odsetki są obciążone czasem przeżycia i diagnostyką, stąd też są trudno porównywalne.

Wśród osób w wieku 50+ dość powszechne są ograniczenia w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej. Co najmniej jedno z 10 ograniczeń wskazała ponad połowa Polaków, Czechów, Greków oraz

Niemców, a także blisko jedna trzecia Szwedów i ponad 40% Hiszpanów i Francuzów. Średnia liczba ograniczeń funkcjonalnych była najwyższa w Polsce i wynosiła 2,2, następnie w Grecji (1,9), Hiszpanii (1,8), Czechach (1,7), we Francji i Niemczech (1,6), a najniższa w Szwecji (1,0). Najczęściej wskazywane były takie trudności, jak wchodzenie po schodach na kilka pięter bez odpoczynku, pochylanie się i klęczenie oraz podnoszenie cięższych przedmiotów (tabela 2.2). W wieku 50–64 lata trudności te występowały już u jednej czwartej respondentów w Polsce, a w wieku 65 lat i więcej u częściej niż co drugiego. Podobną skalę występowania wskazanych wyżej ograniczeń funkcjonalnych odnotowano tylko w Grecji i Czechach. W pozostałych krajach występowanie tych ograniczeń było rzadsze. W przypadku innych sprawności, takich jak przejście 100 metrów, dłuższe siedzenie na krześle, wyciąganie ręki i sięganie, podniesienie małej monety ze stołu – za wyjątkiem wstania z krzesła po jednej godzinie siedzenia i wejścia na jedno piętro bez odpoczynku – odsetki dla Polski nie przekraczały 20% i były zbliżone do wyników w innych krajach.

Tabela 2.2 Częstotliwość występowania trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej w dwóch grupach wieku (50–64 i 65 lat i więcej) oraz kraju (w %)

	Niemcy		Szwecja		Hiszpania		Francja		Grecja		Czechy		Polska	
	50–64 lata	65 lat i więcej	50–64 lata	65 lat i więcej	50–64 lata	65 lat i więcej	50–64 lata	65 lat i więcej	50–64 lata	65 lat i więcej	50–64 lata	65 lat i więcej	50–64 lata	65 lat i więcej
Trudności w wykonywaniu codziennych czynności														
Przejście 100 metrów	5,1	18,0	2,9	8,9	3,7	20,2	3,9	18,3	3,7	12,8	7,5	13,2	4,5	20,3
Siedzenie przez około 2 godziny	10,2	10,6	4,5	7,9	3,9	11,1	10,2	10,0	4,0	10,3	9,4	10,1	9,8	18,7
Wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas	18,7	26,0	7,6	15,7	9,7	27,4	10,5	20,4	6,4	26,4	16,0	24,5	11,9	30,7
Wejście na kilka pięter po schodach bez odpoczynku	14,3	31,2	10,0	22,6	12,2	39,9	16,9	36,1	29,2	68,1	25,3	45,6	26,0	54,2
Wejście na jedno piętro po schodach bez odpoczynku	4,3	14,8	2,7	8,2	5,5	25,4	5,9	17,6	8,4	33,4	6,0	15,2	6,8	28,1
Schylanie się, klękanie lub kucanie	27,4	44,2	15,6	32,0	18,1	42,1	18,7	40,9	16,7	51,4	21,1	41,0	24,8	50,4
Sięganie lub wyciąganie rąk ponad poziom ramienia	7,8	12,6	3,1	6,8	7,4	16,1	8,0	13,5	2,5	8,7	5,1	10,9	7,2	19,9
Ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów takich jak fotel	7,1	16,5	5,3	8,3	16,0	31,1	9,2	19,4	5,7	27,8	9,9	20,2	13,0	39,9
Podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg	13,0	24,7	8,3	17,2	15,8	33,8	12,7	28,1	9,8	33,4	10,8	24,5	23,9	50,8
Podniesienie małej monety ze stołu	3,9	8,4	3,1	5,0	1,2	8,6	2,2	6,6	0,6	3,9	3,1	5,4	1,8	7,1

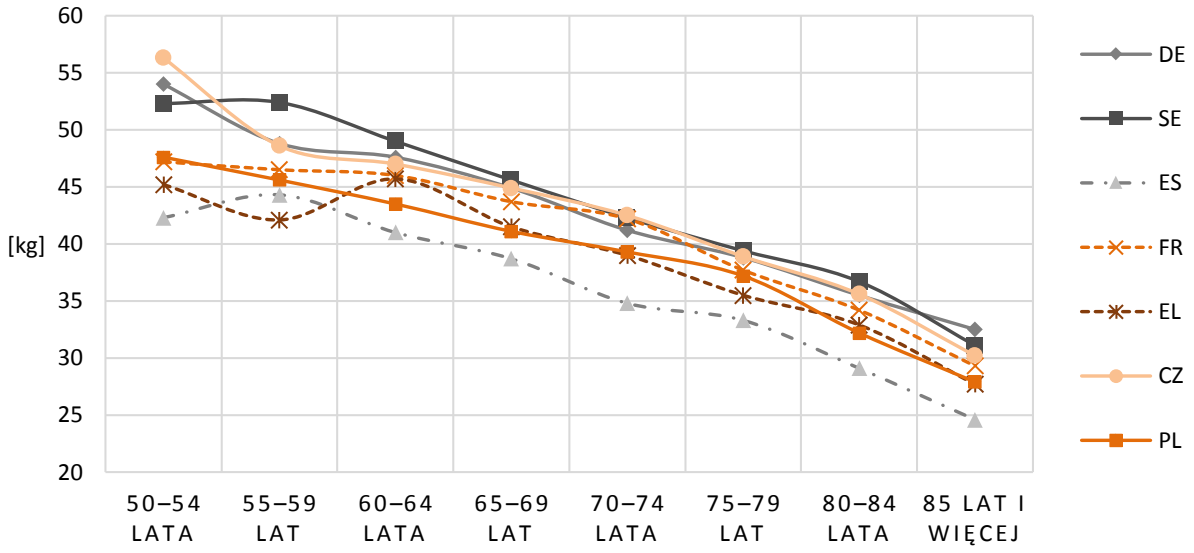
> 40%	30,01–40%	20,01–30%	10,01–20%	5,01–10%	do 5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

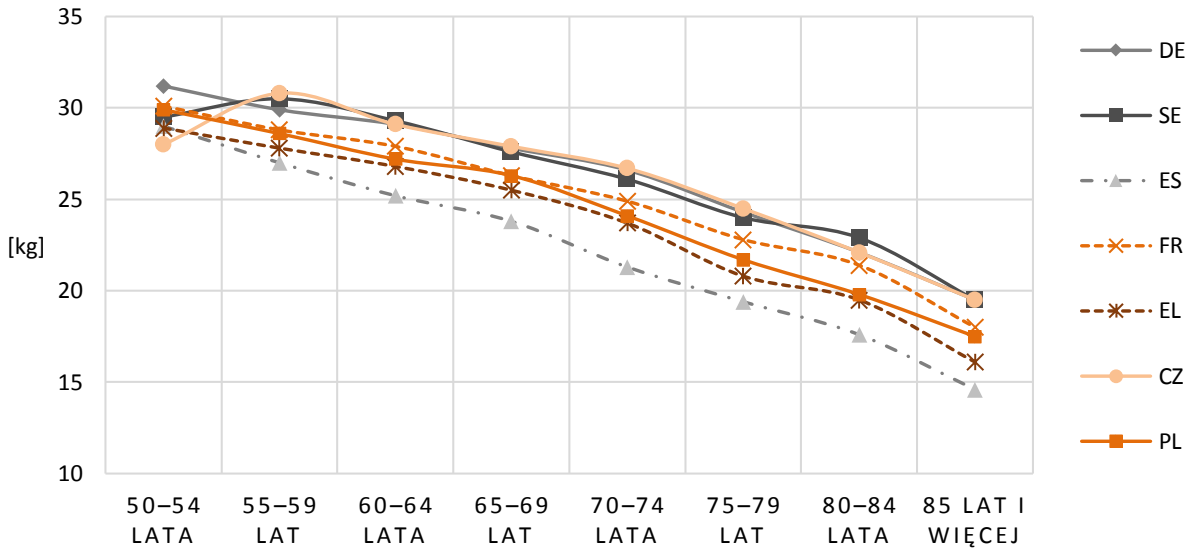
Tylko w przypadku siły chwytu dłoni wyniki dla Polski nie odbiegały (niekorzystnie) od uzyskanych dla populacji innych krajów. Średnia wartość maksymalnej siły chwytu w Polsce wynosiła dla mężczyzn 41 kg (45 kg w wieku 50–64 lata i 38 kg w wieku 65+) i dla kobiet 26 kg (odpowiednio w grupach wieku 28 i 23). Najwyższe wyniki uzyskano dla respondentów Szwecji, Niemiec i Czech, a najniższe w Hiszpanii i Grecji (wykres 2.4). Na przykład, mężczyzn w Szwecji w wieku 50–64 lata charakteryzowała siła uścisku na poziomie 51 kg, a w Grecji 43 kg. Różnice między krajami potwierdzają występowanie gradientu północ--południe, tzn. wyższe wartości w krajach Europy Północnej, a niższe w Europie Południowej, który może mieć inne źródła niż różnice w stanie zdrowia (Mackenbach i in. 2005).

Wykres 2.4 Maksymalna siła uchwytu według grup wieku i kraju (średnia w danej grupie wieku, w kg).

A. MĘŻCZYŹNI



B. KOBIETY

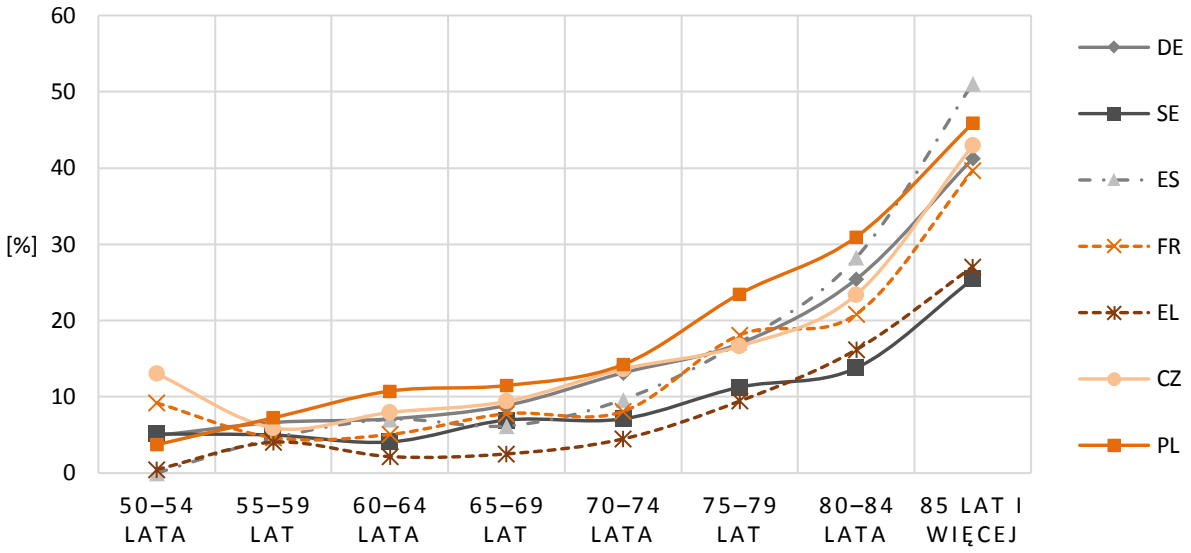


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Analiza kształtowania się wskaźnika ADL potwierdza zły stan zdrowia osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce. Już 7% osób w wieku 55–59 lat oraz co dziesiąta osoba w wieku 60–64 lata ma ograniczenia w samodzielnym wykonywaniu co najmniej jednej z podstawowych czynności, takich jak: ubieranie się, chodzenie, kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka, korzystanie z toalety. W kolejnych grupach wieku występowanie tych ograniczeń szybko wzrasta: w grupie wieku 75–79 lat dotyczy już co czwartej, a w wieku 80–84 lata już blisko co trzeciej osoby.

Począwszy od 60 r.ż., we wszystkich grupach wieku w Polsce, częstość występowania niepełnosprawności mierzonej wskaźnikiem ADL jest znacznie wyższa niż wśród osób w podobnym wieku w innych krajach objętych analizą (wykres 2.5). Charakterystyczny jest także szybki wzrost występowania tych trudności w kolejnych grupach wieku w Polsce w tempie, które nie jest obserwowane w innych krajach. Na przykład, wśród respondentów w Grecji i Szwecji udział deklarujących jedno lub więcej ograniczeń utrzymywał się na poziomie nie przekraczającym 10% aż do wieku 79 lat, a w Hiszpanii i Francji do wieku 74 lat. Tylko w Niemczech i Czechach odsetek osób niepełnosprawnych wieku 70–74 lat jest zbliżony do Polski, a w Hiszpanii w wieku 80–84 lata i starszych.

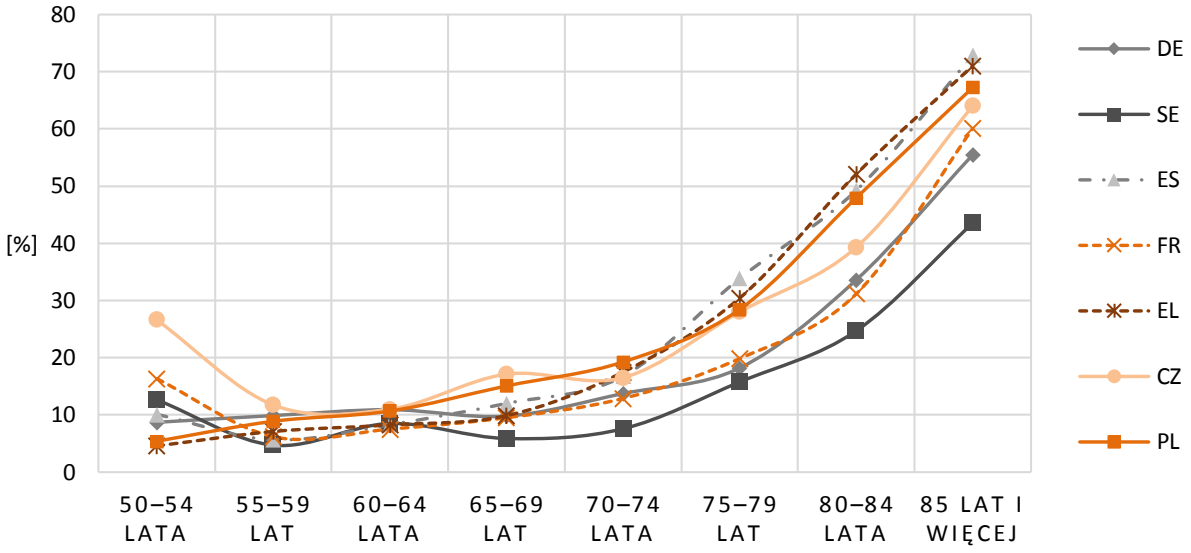
Wykres 2.5 Ograniczenia w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności (ADL). Odsetek deklarujących co najmniej jedno ograniczenie według wieku i kraju



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Trudności ujęte we wskaźnik IADL, które dotyczą występowania ograniczeń w podejmowaniu zwykłych aktywności codziennego życia pozwalających na prowadzenie domu, utrzymanie kontaktu z otoczeniem, robienie zakupów itd., notowane są nieco częściej niż dla wskaźnika ADL. Odsetek osób deklarujących jedną lub więcej trudność objętą wskaźnikiem IADL w Polsce jest dość wysoki i zbliżony do notowanego w Czechach (we wszystkich grupach wieku), a także w Hiszpanii (od 65 r.ż.) i w Grecji (od wieku 70 r.ż.). Znacznie korzystniejsze niż w Polsce są wyniki dla Szwecji oraz Francji, a także w starszych grupach wieku w Niemczech (wykres 2.6).

Wykres 2.6 Trudności w wykonywaniu czynności ujętych we wskaźniku IADL. Odsetek deklarujących co najmniej jedną trudność według wieku i kraju



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Na podstawie wyników dotyczących częstości występowania negatywnych ocen stanu zdrowia można stwierdzić, że Polacy będący w wieku przedemerytalnym oraz starsi charakteryzują się na ogół znacznie gorszym stanem zdrowia niż mieszkańcy innych krajów objętych naszą analizą. W stosunku do Szwecji, która może być krajem odniesienia o najlepszych wskaźnikach stanu zdrowia zasadniczo we wszystkich grupach wieku, dystans Polski jest bardzo duży. Tylko dla niektórych analizowanych miar stanu zdrowia, np. odsetek osób chorujących przewlekle, ograniczenia instrumentalne, a także siła uścisku dłoni wyniki dla Polski były zbliżone do notowanych w krajach sąsiednich, takich jak Niemcy i Czechy oraz Grecja (dla najstarszych grup wieku).

Duże różnice widoczne w poziomie wskaźników związanych z cięższymi stanami zdrowia, np. niesprawności mierzonej ADL, pozwalają przypuszczać, że w Polsce większe są także niż w innych krajach konsekwencje społeczne i ekonomiczne występowania poważnych problemów zdrowotnych. Wyższe ryzyko poważnych schorzeń oraz chorób przewlekłych, to wyższe koszty opieki zdrowotnej oraz koszty pośrednie z powodu spadku zatrudnienia, obniżenia wydajności pracy (OECD/UE 2016). Dodatkowo, w odniesieniu do rynku pracy i systemu opieki istotne jest, że znaczny wzrost udziału osób z problemami zdrowotnymi oraz największe różnice w porównaniu do innych krajów występują dla osób od 60 roku życia., czyli w wieku okołoemerytalnym.

Analiza porównawcza wybranych wskaźników stanu zdrowia według statusu respondentów na rynku pracy

Poniżej przedstawione zostały wyniki dotyczące stanu zdrowia osób w wieku okołoemerytalnym w Polsce oraz w innych krajach Europy ze względu na status zawodowy respondentów. W związku z różnicami w wieku przechodzenia na emerytury mężczyzn i kobiet, szczególnie w przeszłości, kiedy część respondentów przechodziła na emeryturę, analizy prowadzone były odrębnie dla płci oraz w dwóch różnych grupach wieku: dla kobiet dotyczą wieku 55–64 lat, a w przypadku mężczyzn – wieku 60–69 lat. Ze względu na stosunkowo małe udziały osób w poszczególnych kategoriach, w szczególności emerytów w wieku 55–59 lat wśród mężczyzn oraz aktywnych zawodowo kobiet w wieku 65–69 lat, dokonano analizy dla 10-letniej grupy wieku (bez wyodrębniania grup 5-letnich). Wybór grupy wieku dostosowano do wieku uprawniającego do przejścia na emeryturę mężczyzn i kobiet w Polsce.

Do kategorii osób aktywnych zawodowo włączone zostały osoby zatrudnione lub pracujące na własny rachunek, w tym również pracujący dla firmy rodzinnej, a także osoby bezrobotne. Udział osób bezrobotnych był nieznaczny i wahał się w granicach od 2% do 4% ogółu mężczyzn i kobiet w analizowanych grupach wieku. W grupie emerytów znajdują się osoby będące na emeryturze i nieaktywne zawodowo (włączając to wczesne emerytury) oraz osoby łączące pobieranie emerytury z pracą[17]. Osoby bierne zawodowo, z wyjątkiem emerytów, tworzą grupę określoną jako „pozostali niepracujący". Grupa ta jest najbardziej niejednorodna i obejmuje zarówno osoby niepełnosprawne i trwale chore, w tym przebywające na rencie, jak też zajmujące się domem oraz wszystkie pozostałe osoby niepasujące do innych kategorii, na przykład otrzymujące rentę rodzinną po współmałżonku (tabela 2.3). Udział poszczególnych kategorii w grupie „pozostali niepracujący" jest bardzo zróżnicowany między krajami, stąd wyniki dotyczące stanu zdrowia osób w tej grupie są trudne do porównań. W szczególności uwaga ta dotyczy kobiet w wieku okołoemerytalnym. Na przykład, wśród kobiet niepracujących i niebędących na emeryturze w wieku 55–64 lata w Grecji, Hiszpanii i Niemczech dominowały kobiety zajmujące się domem (odpowiednio blisko 100%, 80% i 70%), podczas gdy w Szwecji i Francji udział tej grupy kobiet był bardzo nieznaczny. W tych krajach przeważały osoby niepełnosprawne i trwale chore. W Polsce proporcje poszczególnych kategorii kobiet, zajmuących się domem, niepełnosprawnych oraz niepracujących z innych przyczyn, były zbliżone do siebie. Warto zauważyć, że udział kobiet niepracujących oraz niebędących na emeryturze wśród ogółu w wieku 55–64 lata jest bardzo zróżnicowany pomiędzy krajami. W Czechach była to co trzydziesta, w Szwecji co dziesiąta, w Niemczech co piąta, w Polsce częściej niż co piąta, w Hiszpanii częściej niż co trzecia, a w Grecji blisko co druga kobieta w tym wieku. W przypadku mężczyzn w wieku 60–69 lat udział osób w kategorii „pozostali niepracujący" jest stosunkowo niewielki i w takich krajach jak Francja, Grecja, Czechy, Szwecja oraz Niemcy jest to rzadziej niż co dwudziesty mężczyzna. W tych krajach są to na ogół osoby trwale chore lub niepełnosprawne. W Polsce i Hiszpanii udział mężczyzn w wieku 60–69 lat, którzy nie pracują i nie są na emeryturze, jest wyższy i wynosi odpowiednio blisko 22% oraz 14%. W Polsce 70% tej grupy stanowią mężczyźni, którzy mają poważne problemy zdrowotne, a w Hiszpanii niepracujący z innych przyczyn (blisko 60%).

17 Respondenci w badaniu SHARE wskazują swój główny status ekonomiczny, dlatego nie jest możliwe wydzielenie grupy osób, które pracują będąc na emeryturze i uwzględnienie ich w grupie osób aktywnych zawodowo.

Struktura respondentów w analizowanych krajach jest także znacznie zróżnicowana ze względu na udział osób z dwóch pozostałych wyróżnionych grup: aktywnych zawodowo oraz będących na emeryturze. Wśród kobiet w wieku 55–64 lata najwięcej aktywnych zawodowo było w Szwecji (82%) i Niemczech (72%) oraz we Francji i Hiszpanii (60%), a najmniej w Grecji (36%) i w Polsce (38%). Jednocześnie w Polsce i w Czechach, częściej niż w innych krajach, kobiety w tym wieku przebywają na emeryturze. Stosunkowo mało jest emerytek w wieku 55–64 lata w Hiszpanii, Szwecji i Niemczech (poniżej 10%). W przypadku mężczyzn co drugi Szwed (53%) i blisko co drugi Grek (46%) był aktywny zawodowo w wieku 60–69 lat. W Polsce odsetek aktywnych zawodowo mężczyzn w tej grupie wieku wynosił 29% i był zbliżony do poziomu notowanego dla mężczyzn w Hiszpanii, a nieco wyższy niż w Czechach i Francji. W większości krajów, z wyjątkiem Francji i Czech, blisko połowa mężczyzn w wieku 60–69 lat przebywała na emeryturze.

Tabela 2.3 Struktura respondentów według statusu na rynku pracy i kraju. Zestawienie dla kobiet w wieku 55–64 lata oraz mężczyzn w wieku 60–69 lat

	KOBIETY w wieku 55–64 lata			MĘŻCZYŹNI w wieku 60–69 lat		
	aktywne zawodowo	emeryci	pozostałe niepracujące	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący
Niemcy	72,3%	9,5%	18,2%	42,1%	52,8%	5,1%
Szwecja	82,3%	6,6%	11,1%	53,4%	42,9%	3,7%
Hiszpania	59,3%	3,7%	37,0%	31,4%	54,5%	14,1%
Francja	59,7%	24,5%	15,8%	20,7%	75,5%	3,7%
Grecja	36,2%	16,0%	47,9%	46,2%	51,8%	2,1%
Czechy	54,3%	42,6%	3,1%	25,3%	70,4%	4,2%
Polska	37,6%	39,0%	23,4%	29,1%	49,2%	21,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

W analizie wyników dotyczących miar zdrowia przedstawionych w Tabeli 2.4 skupiono się na uzyskanych wskaźnikach stanu zdrowia osób, które przestały pracować i przeszły na emeryturę oraz osób, które w tym samym wieku pozostają jeszcze aktywne na rynku pracy. Ze względu na duże różnice w strukturze osób biernych zawodowo w grupie „pozostali niepracujący" wyniki dla tej grupy nie są szczegółowo omawiane w dalszej analizie.

Do oceny stanu zdrowia aktywnych zawodowo oraz emerytów wykorzystano te same wskaźniki, które były przedmiotem analizy stanu zdrowia osób w wieku 50+. W szczególności są to:

- wskaźnik samooceny stanu zdrowia, udział ocen bardzo dobrych i doskonałych,
- występowanie ograniczeń w codziennej aktywności (GALI, udział osób z takimi ograniczeniami),
- ocena podstawowych czynności życiowych (występowanie trudności w co najmniej jednej z czynności ujętych w skali ADL),
- ocena złożonych czynności życia codziennego (występowanie trudności w co najmniej jednej z czynności ujętych w skali IADL)
- występowanie chorób przewlekłych (co najmniej dwie choroby przewlekłe).

Analizując wskaźniki stanu zdrowia według statusu na rynku pracy kobiet w Polsce w wieku 55–64 lata można dostrzec kilka istotnych różnic w odniesieniu do wyników dla innych krajów.

Po pierwsze, stan zdrowia kobiet aktywnych zawodowo jest tylko nieznacznie lepszy niż kobiet przebywających na emeryturze. Występujące różnice pomiędzy tymi dwiema grupami kobiet w Polsce są znacznie mniejsze niż notowane w innych krajach. Na przykład, oceny stanu zdrowia jako bardzo dobry lub doskonały w Polsce są tak samo rzadkie wśród kobiet pracujących jak i na emeryturze (12% i 10%). Kobiety przebywające na emeryturze trochę częściej niż pracujące zawodowo wskazywały na występowanie ograniczeń w codziennej aktywności spowodowanych stanem zdrowia (54% i 41%) oraz chorób przewlekłych (56% i 46%). Częstość występowania co najmniej jednego ograniczenia w podstawowych oraz złożonych czynnościach życiowych (wskaźniki ADL i IADL) jest także trochę wyższa dla kobiet na emeryturze w porównaniu do aktywnych zawodowo.

Jednocześnie uzyskane wskaźniki świadczą o gorszym stanie zdrowia kobiet pracujących zawodowo w wieku 55–64 lata w Polsce w porównaniu do stanu zdrowia kobiet ocenianego na podstawie tych samych wskaźników w wielu innych krajach. Szczególnie niekorzystnie przedstawia się wynik samooceny stanu zdrowia, a także ADL oraz częstość występowania chorób przewlekłych. W takich krajach jak Grecja, Szwecja i Hiszpania odsetek kobiet aktywnych zawodowo oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry i doskonały wyniósł powyżej 40%, a w Grecji blisko 54%. Niepokojąco wysoki jest udział kobiet pracujących zawodowo w Polsce z trudnościami w podstawowych czynnościach życiowych, który wynosi blisko 6%, podczas gdy w innych krajach oscyluje wokół 2%. Kobiety aktywne zawodowo w Polsce blisko dwukrotnie częściej mają ograniczenia w codziennej aktywności oraz chorują przewlekle niż kobiety w takich krajach jak Grecja, Hiszpania i Francja. Najbardziej zbliżone wyniki do uzyskanych dla kobiet aktywnych zawodowo (w wieku 55–64 lata) w Polsce odnotowano dla kobiet w Czechach i Niemczech.

W przypadku kobiet przebywających na emeryturze wyniki większości wskaźników stanu zdrowia, poza oceną subiektywną, nie różnią się znacząco dla Polski od wyników w innych krajach. Ponadto, w przypadku niektórych miar, są korzystniejsze. Wśród emerytek w wieku 55–64 lata w Polsce jest znacznie mniej osób z niepełnosprawnością określoną na podstawie wskaźnika ADL oraz z ograniczeniami instrumentalnymi (IADL) w porównaniu do Niemiec i Szwecji, a także Czech i Hiszpanii (tylko w przypadku IADL). Rzadziej kobiety na emeryturze w Polsce wskazywały także na występowanie ogólnych ograniczeń w codziennej aktywności (GALI), a podobnie często chorowały na choroby przewlekłe (co najmniej dwie). Zdecydowanie najlepsze wyniki stanu zdrowia w zakresie analizowanych wymiarów uzyskano dla kobiet na emeryturze (w wieku 55–64 lata) w Grecji i Francji.

Tabela 2.4 Wskaźniki stanu zdrowia według statusu respondentów na rynku pracy i kraju, kobiety w wieku 55–64 lata, mężczyźni w wieku 60–69 lat (W odsetkach danej grupy)

	KOBIETY w wieku 55–64 lata														
	Samoocena zdrowia[a]			GALI			ADL 1+			IADL 1+			Choroby przewlekłe 2+		
	aktywne zawodowo	emeryci	pozostałe niepracujące	aktywne zawodowo	emeryci	Pozostałe niepracujący	aktywne zawodowo	emeryci	pozostałe niepracujące	aktywne zawodowo	emeryci	pozostałe niepracujące	aktywni zawodowo	emeryci	pozostałe niepracujące
DE	20,7	14,7	13,2	46,4	71,2	64,8	2,7	18,2	13,9	7,7	23,8	19,2	38,2	65,5	52,9
SE	45,3	18,6	7,6	32,8	66,9	79,8	1,5	18,8	22,4	4,5	23,7	38,8	18,4	51,6	61,5
ES	40,7	27,1	16,1	19,9	42,0	52,1	2,5	9,9	9,6	5,7	14,9	9,5	30,0	51,2	61,3
FR	33,7	26,9	16,6	26,0	37,4	62,0	1,7	1,9	16,5	3,8	5,2	29,6	28,9	37,1	49,7
EL	54,3	37,1	46,9	14,8	13,5	13,8	4,0	1,6	1,9	7,2	5,9	12,8	22,6	35,3	31,4
CZ	31,4	19,0	6,3	45,4	56,8	79,4	1,7	9,1	7,8	5,6	23,4	22,3	39,5	52,1	80,2
PL	12,0	9,6	6,2	41,2	54,3	60,2	5,5	8,6	10,4	4,5	8,9	13,9	46,3	55,5	56,8

	MĘŻCZYŹNI w wieku 60–69 lat														
	Samoocena zdrowia[a]			GALI			ADL 1+			IADL 1+			Choroby przewlekłe 2+		
	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący
DE	27,0	16,0	2,6	43,8	53,3	79,0	2,9	9,8	24,5	2,3	10,2	41,5	45,4	49,6	75,0
SE	42,7	33,0	21,8	27,0	40,3	70,8	2,4	7,0	30,6	3,4	3,8	23,1	24,3	43,1	73,5
ES	25,9	17,2	20,1	20,8	32,3	65,1	0,2	4,3	18,3	5,9	5,9	20,6	25,3	56,0	66,3
FR	25,6	24,4	18,6	28,5	40,4	62,1	5,9	6,2	17,4	5,2	6,9	17,3	28,5	48,1	40,9
EL	51,9	36,1	10,0	5,7	16,1	55,7	0,4	1,7	24,4	2,2	6,7	48,4	26,6	47,3	74,0
CZ	23,3	16,8	0,0	46,6	53,4	66,1	4,8	10,1	27,6	2,5	12,9	31,0	40,9	58,5	64,3
PL	16,7	9,8	4,2	38,4	50,0	79,5	5,8	10,2	27,4	4,8	11,8	28,5	41,4	54,6	68,0

[a] Odsetek bardzo dobrych i doskonałych ocen stanu zdrowia.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Mężczyźni w wieku 60–69 lat w Polsce, którzy są aktywni zawodowo, charakteryzują się znacznie lepszym stanem zdrowia niż mężczyźni przebywający na emeryturze. Różnice uzyskanych wskaźników stanu zdrowia między tymi dwoma grupami są bardzo wyraźne i dotyczą wszystkich analizowanych mierników. W przypadku niepełnosprawności mierzonej wskaźnikami ADL oraz IADL odsetki mężczyzn z ograniczeniami w podstawowych oraz złożonych czynnościach życiowych na emeryturze są dwukrotnie wyższe niż wśród pracujących. Mniejsze stosunkowo różnice dotyczą występowania chorób przewlekłych, które były zdiagnozowane u ponad 40% aktywnych zawodowo i 55% emerytów. Na występowanie ograniczeń zdro-

wotnych w codziennej aktywności wskazuje 38% pracujących i połowa emerytów, a bardzo dobrze lub doskonale ocenia swoje zdrowie odpowiednio tylko 17% i 10% mężczyzn w tych grupach.

W porównaniu do stanu zdrowia mężczyzn w innych krajach tylko według oceny subiektywnej (SPH) mężczyźni w Polsce rzadziej czują się w pełni zdrowi, czyli częściej deklarują stan zdrowia poniżej bardzo dobrego. W przypadku pozostałych miar można wskazać kraje, w których odsetek występowania negatywnych wskaźników stanu zdrowia jest podobny do notowanego dla mężczyzn w Polsce, zarówno pracujących jak i emerytów. Podobnie wysokie udziały mężczyzn obciążonych długotrwałymi dolegliwościami zdrowotnymi, chorobami i niepełnosprawnościami występują w Czechach (w obydwu grupach, pracujących i emerytów) oraz wśród emerytów w Niemczech. Trudności w podstawowych czynnościach życiowych mierzone wskaźnikiem ADL oraz w czynnościach złożonych (IADL) występują podobnie często jak w Polsce u mężczyzn aktywnych zawodowo we Francji. W grupie wieku 60–69 lat najlepszym stanem zdrowia charakteryzują się aktywni zawodowo Grecy i Hiszpanie. Ponad połowa aktywnych zawodowo Greków ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry i doskonały, tylko 6% doświadcza ograniczeń zdrowotnych w codziennej aktywności, a odsetek z niepełnosprawnością mierzoną wskaźnikiem ADL jest znikomy. Podobnie jak w Szwecji, Hiszpanii i Francji tylko co czwarty z mężczyzn w Grecji ma zdiagnozowane co najmniej dwie choroby przewlekłe.

W podsumowaniu tej części wyników dotyczących statusu na rynku pracy i stanu zdrowia warto podkreślić, że aktywne zawodowo kobiety w Polsce w wieku 55–64 lata charakteryzują się gorszym stanem zdrowia niż te w innych rozważanych krajach Europy. Różnice są znaczące, a negatywne wskaźniki nawet dwukrotnie wyższe niż w Grecji, Hiszpanii czy Francji. Na problemy zdrowotne tej grupy kobiet w wieku okołoemerytalnym, której zdecydowaną większość stanowią kobiety pracujące, wskazuje także fakt, że ich stan zdrowia jest tylko nieznacznie lepszy niż stan zdrowia kobiet przebywających na emeryturze w tym wieku. Świadczy to o konieczności prowadzenia działań w wymiarze ochrony zdrowia, dostępu do usług medycznych i leczenia dla kobiet pracujących zawodowo. Działania takie będą mogły przyczynić się zarówno do dłuższego pozostawania kobiet na rynku pracy, jak i zapobiegać odchodzeniu z pracy z przyczyn zdrowotnych.

Mężczyźni, którzy pozostają aktywni zawodowo w wieku 60–69 lat w Polsce, charakteryzują się podobnym stanem zdrowia do Niemców i Czechów, a gorszym niż mężczyźni w pozostałych rozważanych krajach (w wieku 60–69 lat). Jednocześnie aktywni zawodowo mężczyźni w Polsce mają znacznie lepsze wskaźniki dotyczące stanu zdrowia niż przebywający na emeryturze w tym wieku. W przypadku oceny wyników dotyczących stanu zdrowia mężczyzn w wieku 60–69 lat należy mieć na uwadze wciąż jeszcze wysoką przedwczesną umieralność mężczyzn w Polsce. Pozornie „poprawia" ona wyniki dla mężczyzn w naszym kraju, a „pogarsza" dla takich krajów jak Francja czy Szwecja, gdzie trwanie życia mężczyzn jest znacznie dłuższe, w tym także osób obciążonych chorobami i ograniczeniami funkcjonalnymi, co widoczne jest, między innymi, w gorszych wynikach stanu zdrowia dla ogółu mężczyzn w tych krajach.

W dalszych pracach na danych dla Polski z badania SHERE ważna byłaby pogłębiona analiza dla osób w wieku okołoemerytalnym, które nie pracują i nie są na emeryturze, także pod kątem możliwości wykorzystania i pobudzenia ich potencjału w zakresie aktywności na rynku pracy. W szczególności uwaga ta dotyczy osób, które nie są niepełnosprawne i trwale chore, ani też nie zajmują się domem, a stanowią znaczny odsetek osób biernych zawodowo w Polsce.

Bibliografia

Börsch-Supan A., Brugiavini 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.

Dewey ME. & Prince MJ. (2005). Mental Health. In: A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), *Health, ageing and retirement in Europe—First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 108–117). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.

Guccione AA, Felson DT, Anderson JJ, Anthony JM, Zhang Y & Wilson PW. (1994).The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham S tudy. *American Journal of Public Health*, 84, 351–358.

Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J-M., EHLEIS Team. (2008). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross national meta-regression analysis. *The Lancet*, 372(9656), 2124-2131.

Jürges H. (2005). Cross-Country Differences in General Health. In: A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), *Health, ageing and retirement in Europe—First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 108–117). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.

Mackenbach J., Avendano M., Andersen-Ranberg K & Aro AR. (2005)Physical Health. In: A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), *Health, ageing and retirement in Europe—First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 82–88). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.

Martikainen MG., Aromaa A., Heliovaara M., Dlaukka T., Knekt P., Maatele J. & Lahelma E. (1999), Reliability of perceived health by sex and age, *Social Science and Medicine,* 48(8): 1117–1122.

OECD/EU (2016), The labour market impact of ill-health, In: *Health at a Glance: Europe*, OECD Publishing, Paris.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018*: State of Health in the EU Cycle. OECD

Rantanen T., Guralnik JM, Foley D, Masaki K, Leveille S, Curb JD, & White L. (1999). Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *Journal of the American Medical Association* 281, 558–560.

Schuring M., Burdorf A, Kunst A., Mackenbach J. (2007). The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 597–604.

2.2 Wykształcenie, status zawodowy i sytuacja ekonomiczna a występowanie problemów zdrowotnych

Wiktoria Wróblewska, Radosław Antczak

W tej części raportu przedstawione zostały wyniki analiz dokonanych na podstawie modeli ekonometrycznych, które pozwalają na określenie stopnia i kierunku oddziaływania wybranych charakterystyk społeczno-ekonomicznych na wskaźniki stanu zdrowia osób objętych 7. rundą badania SHARE w Polsce. Do opisu stanu zdrowia użyto: wskaźnika samooceny stanu zdrowia, występowanie chorób przewlekłych, występowania ograniczeń w codziennej aktywności (GALI), występowania chorób przewlekłych, wskaźnika podstawowych czynności życiowych (ADL) oraz wskaźnika złożonych czynności życia codziennego (IADL)[18], a do opisu sytuacji społeczno-ekonomicznej respondentów wykorzystano takie zmienne jak: poziom wykształcenia, status zawodowy oraz ocenę sytuacji materialnej gospodarstwa domowego.

Wybór tych zmiennych podyktowany był wcześniejszymi wynikami badań dotyczących stanu zdrowia, które wskazują na występujące w wielu krajach Europy nierówności związane z sytuacją społeczną i ekonomiczną opisywaną przez poziom wykształcenia, status zawodowy i dochody (m.in. Crimmins i Cambois 2003; Mackenbach i in., 2008; Majer i in. 2011; Mäki i in. 2014; Marmot i Nazroo 2001). Nierówności społeczne i ekonomiczne w stanie zdrowia notowane były w większości analizowanych krajów, a oddziaływanie poszczególnych czynników zależy od szerszego kontekstu uwarunkowań, w tym stylu życia. Na przykład w krajach Europy Środkowej i Południowej czynniki kulturowe i związane ze stylem życia, takie jak otyłość, brak aktywności fizycznej i palenie papierosów w interakcji ze zmiennymi społeczno-ekonomicznymi wykazują znaczny wpływ na występowanie chorób i niesprawności (Mackenbach i in. 2008; Mäki i in. 2014). Mniej zbadane jest oddziaływanie zmiennych społeczno-ekonomicznych na stan zdrowia osób w starszych grupach wieku, gdy następują naturalne procesy starzenia się. Badanie SHARE umożliwia tego typu analizy. Na przykład Crespo i in. (2014) na podstawie danych z wcześniejszej fali badania SHARE (fali 3) pokazują, że dodatkowy rok nauki zmniejsza prawdopodobieństwo depresji w wieku podeszłym o 6,5% oraz znacząco polepsza zdolności kognitywne. Wśród osób starszych może występować istotna zależność pomiędzy stanem zdrowia a samotnością. Poczucie samotności łączy się ze zwiększonym ryzykiem występowania symptomów depresji i ograniczeń funkcjonalnych, ma wpływ na samoocenę stanu zdrowia, a także ryzyko zgonu (m.in. Luo i in. 2012, Wilson i in. 2007). Badania wy-

18 Szerszy opis każdego z tych wskaźników stanu zdrowia jest przedstawiony w rozdziale 2.1.

kazały także silny wpływ wysokiego BMI na zachorowalność i niepełnosprawność osób w wieku 50 lat i starszych (Andreyeva i in. 2007).

Poniżej przedstawiamy, jak zostały ujęte w naszych analizach zmienne charakteryzujące sytuację społeczno-ekonomiczną respondentów.

Poziom wykształcenia – zmienna została zbudowana zgodnie z klasyfikacją ISCED[19]. W analizie zastosowano grupowanie sześciu poziomów wykształcenia do trzech kategorii: (1) wykształcenie podstawowe ukończone lub nieukończone (ISCED 0, 1) oraz zasadnicze zawodowe (ISCED 2)[20]; (2) średnie ogólnokształcące lub średnie zawodowe (ISCED 3, 4); (3) wyższe (ISCED 5, 6) – kategoria referencyjna.

Określenie statusu na rynku pracy bazuje na rozróżnieniu między osobami, które pracują lub nie pracują, ale chcą pracować i szukają pracy (aktywni zawodowo), oraz osobami, które nie pracują i nie szukają pracy (bierni zawodowo). W związku z tym, że głównym celem tej części analiz jest ocena występujących różnic w stanie zdrowia osób aktywnych zawodowo oraz będących na emeryturze (w tych samych grupach wieku) wyróżniono trzy kategorie osób: (1) aktywni zawodowo – kategoria referencyjna, (2) emeryci; (3) inni niepracujący, w tym zajmujący się gospodarstwem domowym, trwale chorzy lub niepełnosprawni. Przy analizie wyników dla pozostałych osób biernych zawodowo (kategoria 3) należy pamiętać, że grupa ta jest bardzo niejednorodna i obejmuje osoby o różnym statusie zdrowotnym, m.in. zajmujące się domem, niepełnosprawne, będące na rencie.

Ocena sytuacji materialnej była oceną subiektywną respondenta, który odpowiadał na pytanie: „Czy gospodarstwo domowe wiąże koniec z końcem". Zmienna przyjmuje cztery kategorie: (1) z dużą trudnością; (2) z pewną trudnością: (3) dość łatwo; (4) z łatwością – kategoria referencyjna.

Strukturę respondentów według analizowanych zmiennych przedstawia tabela 2.5.

Oprócz tych zmiennych, zasadniczych do proponowanej analizy, do modelu włączone zostały także inne zmienne, tzw. kontrolne, które mają wpływ na stan zdrowia i różnicują oddziaływanie analizowanych zmiennych społeczno-ekonomicznych. Były to takie zmienne jak: wiek, płeć, BMI oraz liczba osób w gospodarstwie domowym.

Tabela 2.5 Struktura respondentów według poziomu wykształcenia, statusu zawodowego i oceny sytuacji materialnej gospodarstwa domowego (w %[a])

Zmienna i kategorie		Grupa wieku		Ogółem
		50–64	65 lat i więcej	
Poziom wykształcenia				
podstawowe ukończone lub nieukończone oraz zasadnicze zawodowe	%	15,8	41,9	29,3
średnie	%	71,2	47,7	59,0
wyższe	%	12,9	10,0	11,4
Status zawodowy				
emeryci	%	23,6	89,0	57,4

19 Międzynarodowa klasyfikacja kierunków kształcenia ISCED, opracowana przez UNESCO, to system służący do gromadzenia, zestawiania i analizowania statystyk dotyczących edukacji, porównywalnych na szczeblu międzynarodowym

20 Połączenie kategorii wykształcenia podstawowego oraz zasadniczego zawodowego wynikało z dużych różnic w udziale respondentów według tych grup wykształcenia wśród osób w wieku do 65 lat i powyżej oraz małych liczebności (odpowiednio podstawowego i poniżej w grupie młodszej oraz zasadniczego zawodowego w grupach starszych).

Zmienna i kategorie		Grupa wieku		Ogółem
		50–64	65 lat i więcej	
aktywni zawodowo	%	53,7	3,2	27,6
inny niepracujący	%	21,8	7,0	14,2
Ocena sytuacji materialnej *Czy gospodarstwo domowe wiąże koniec z końcem?*				
z dużą trudnością	%	15,6	15,3	15,5
z pewną trudnością	%	38,2	40,2	39,2
dość łatwo	%	31,4	30,9	31,2
z łatwością	%	13,3	12,1	12,7
Razem	%	100,0	100,0	100,0
	n	2250	2401	4651

[a)] W zestawieniu pominięto braki danych stąd podane odsetki mogą nie sumować się do 100,0
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Zróżnicowanie częstości występowania problemów zdrowotnych ze względu na poziom wykształcenia, status na rynku pracy i sytuację materialną analizowano za pomocą wielowymiarowych modeli regresji logistycznej w dwóch grupach wieku 50–64 lata oraz 65 lat i więcej. Przedstawione na wykresach 2.7a do 2.7e słupki prezentują iloraz szans (odds ratio, OR) wystąpienia negatywnych ocen stanu zdrowia w danej grupie (np. emerytów) w relacji do ich występowania w grupie przyjętej jako referencyjna (np. pracujący). Jeśli współczynnik OR dla danej kategorii zmiennej jest większy od 1, to oznacza, że występowanie tej kategorii łączy się z większym ryzykiem negatywnej oceny stanu zdrowia w porównaniu do kategorii przyjętej jako referencyjna (OR=1). Jeśli jest mniejszy od 1, to może świadczyć o tym, że kategoria ta zmniejsza występowanie problemów zdrowotnych. Dla zmiennych „poziom wykształcenia" oraz „status na rynku pracy" przedstawiono wyniki oszacowania uzyskane w modelu M1 bez zmiennej charakteryzującej sytuację materialną oraz w modelu M2, do którego włączono tę zmienną. Przykładowo, na wykresie 2.7b dla osób w wieku 50–64 lata w gospodarstwach domowych, które z pewną trudnością wiążą koniec z końcem słupek jest bliski wartości 3,0. Wynik ten oznacza, że w tej grupie osób jest blisko trzykrotnie większe ryzyko wystąpienia niepełnosprawności określonej na podstawie wskaźnika ADL niż w grupie osób, których sytuacja materialna jest dobra (gospodarstwo domowe z łatwością wiąże koniec z końcem, kategoria referencyjna). Różnice pomiędzy tymi grupami są istotne statystycznie, a fakt uwzględnienia w modelu zmiennych kontrolnych, takich jak wiek, płeć, liczba osób w gospodarstwie i BMI powoduje, że wyniki OR są skorygowane ze względu na te cechy. To znaczy, że oddziaływanie tych zmiennych (kontrolnych) jest uwzględnione w uzyskanej wartości OR dla badanej relacji: sytuacja ekonomiczna i występowanie niepełnosprawności mierzonej wskaźnikiem ADL.

Uzyskane wyniki wskazują na występowanie znacznych różnic w stanie zdrowia Polaków w wieku 50+ ze względu na wykształcenie oraz status na rynku pracy. Jednakże oddziaływanie tych zmiennych jest ściśle związane z sytuacją materialną, która okazała się czynnikiem najsilniej różnicującym występowanie negatywnych ocen i wskaźników stanu zdrowia. Widoczne są także różnice w występowaniu nierówności w stanie zdrowia ze względu na analizowane cechy społeczne i ekonomiczne zależnie od tego, czy są to osoby w wieku okołoemerytalnym czy osoby starsze (65+). Stopień wpływu poszczególnych zmiennych na analizowane wskaźniki stanu zdrowia zależy także od tego jaki wskaźnik jest wzięty pod uwagę.

Występowanie niepełnosprawności określonej na podstawie wskaźnika ADL[21] bardzo silnie łączy się z sytuacją materialną osób, a słabo jest powiązane ze statusem na rynku pracy i poziomem wykształcenia. Dla osób w wieku 50–64 lata, które mają duże trudności w wiązaniu końca z końcem oraz radzących sobie słabo występuje wielokrotnie wyższe ryzyko bycia osobą niepełnosprawną niż dla osób mieszkających w gospodarstwach domowych bez takich trudności. Wśród osób starszych (65+) także odnotowano większe ryzyko niepełnosprawności w przypadku występowania dużych trudności materialnych. Należy nadmienić, że mówimy tu o współwystępowaniu trudności ekonomicznych i poważnych ograniczeń w stanie zdrowia, a nie o zależności przyczynowej, która może być bardzo złożona. Z jednej strony osoby z problemami zdrowotnymi żyjące w gospodarstwach domowych w lepszej sytuacji materialnej mają większe możliwości uzyskania efektywniejszej pomocy medycznej i rehabilitacyjnej, która może pomóc w procesie leczenia i opóźniać proces pogarszania się stanu zdrowia. Z drugiej strony, występowanie niepełnosprawności, która powoduje ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu może generować trudności w uzyskaniu zatrudnienia lub niemożność wykonywania pracy, co przekłada się na niższy status materialny. Na taką relację wskazują np. wyniki dla osób niepracujących, w grupie których znajdują się osoby będące na rencie (OR powyżej 3,0). Mniejsze ryzyko niepełnosprawności wystąpiło wśród osób starszych (w wieku 65+) posiadających wyższe wykształcenie w porównaniu do osób z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym. Jednakże różnice dla statusu na rynku pracy i wykształcenia obserwowane są tylko wówczas, gdy nie jest brana pod uwagę sytuacja materialna gospodarstw domowych.

Zbliżone relacje do opisanych dla wskaźnika ADL uzyskano dla samooceny stanu zdrowia. Duże trudności materialne łączą się z 5-krotnie większym ryzykiem subiektywnej oceny stanu zdrowia poniżej dobrego niż w sytuacji, gdy takie trudności nie występują. Pozostawanie na emeryturze lub bycie osobą niepracującą (z innych przyczyn) także łączy się z większym ryzykiem wystąpienia gorszych ocen stanu zdrowia, a różnice te są znaczące statystycznie nawet po skorygowaniu przez sytuację materialną. Poziom wykształcenia (średni i wyższy) istotnie różnicuje samoocenę stanu zdrowia tylko wśród osób starszych.

Ryzyko występowania ograniczeń, które obejmują bardziej złożone czynności potrzebne do podejmowania zwykłych aktywności codziennego życia, prowadzenia domu czy utrzymania kontaktu z innymi (IADL co najmniej 1) jest najwyższe dla osób w trudnej sytuacji materialnej oraz osób niepracujących w wieku 50–64 lata (szczególnie jeśli nie byli to emeryci) oraz wśród osób starszych z wykształceniem co najwyżej podstawowym lub zasadniczym zawodowym.

Poziom wykształcenia nie różnicuje ryzyka występowania ogólnych ograniczeń w zdrowiu (GALI) oraz występowania chorób przewlekłych (co najmniej dwóch) wśród osób w wieku 50–64 lata, ale jest istotny, gdy uwzględnimy występowanie trudności materialnych. Może to wynikać z silnego powiązania, które występuje pomiędzy zmiennymi wykształcenie i sytuacja materialna.

Ryzyko występowania chorób przewlekłych oraz ogólnych ograniczeń dotyczących stanu zdrowia (wskaźnik GALI) nie jest związane z sytuacją zawodową respondentów (z wyjątkiem osób wieku 50–64 lata niepracujących z innych przyczyn niż bycie na emeryturze). Natomiast trudna sytuacja materialna różnicuje ryzyko w zakresie występowania tych dwóch wskaźników stanu zdrowia, szczególnie w grupie osób w wieku okołoemerytalnym – u osób, które deklarują duże lub pewne trudności w wiązaniu końca

21 Niepełnosprawność została określona jako występowanie jednego lub więcej ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, które są ujęte we wskaźniku ADL (ubieranie się, chodzenie, samodzielna kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka i korzystanie z toalety).

z końcem ryzyko wystąpienia ograniczeń stanu zdrowia oraz ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych jest znacznie wyższe niż dla osób, które z łatwością wiążą koniec z końcem.

Podsumowując powyższe analizy dotyczące występowania negatywnych wskaźników stanu zdrowia w Polsce w powiązaniu ze zmiennymi charakteryzującymi sytuację społeczną i ekonomiczną, należy wskazać na podstawowe znaczenie sytuacji materialnej gospodarstwa określonej w badaniu przez stopień trudności w wiązaniu końca z końcem. Duże trudności materialne gospodarstwa domowego są szczególnie znaczące dla występowania gorszej oceny stanu zdrowia na podstawie rozpatrywanego zestawu wskaźników wśród osób wieku okołoemerytalnym (50–64 lata).

Poziom wykształcenia jest także ważnym czynnikiem determinującym stan zdrowia, ale jako zmienna *proxy* (pośrednicząca), tzn. oddziałująca pośrednio na zdrowie przez inne zmienne. Silne powiązanie uzyskanego poziomu wykształcenia z innymi zmiennymi powoduje, że oddziaływanie tej zmiennej nie jest rejestrowane bezpośrednio w uzyskanych oszacowaniach, ale ujawnia się poprzez wyniki dla innych zmiennych. W naszych analizach była to zmienna opisująca sytuację materialną gospodarstwa domowego. Wyraźne pozytywny „samodzielny" efekt posiadania wyższego poziomu wykształcenia widoczny jest tylko w przypadku niektórych wskaźników stanu zdrowia dla osób starszych (w wieku 65 +). Dotyczy to przede wszystkim wskaźnika IADL, a także GALI, czyli miar wskazujących na lepszą ogólną sprawność, w tym w radzenie sobie z codziennymi zajęciami i kontaktem z otoczeniem.

Warto też zauważyć, że występowanie chorób przewlekłych nie jest różnicowane przez uzyskany poziom wykształcenia. Może to wynikać z jednej strony z powszechności pojawiania się chorób wraz z procesem starzenia się, ale także z częstszej diagnostyki tych chorób przez osoby lepiej wykształcone. Zagadnienie to wymagałoby dalszych analiz, np. uzupełnienia o informacje dotyczące częstości korzystania z usług medycznych przez osoby o różnym wykształceniu.

Pozostawanie aktywnym zawodowo sprzyja występowaniu pozytywnych ocen stanu zdrowia, szczególnie wśród osób młodszych (w wieku 50–64 lata). Widoczne jest to w lepszych wynikach w zakresie sprawności instrumentalnej (wskaźnik IADL) oraz subiektywnej ocenie stanu zdrowia. Wyniki dotyczące ogólnej oceny stanu zdrowia wskazują na to, że osoby pracujące rzadziej oceniają swój stan zdrowia jako pozostający poniżej dobrego niż emeryci w tym samym wieku. Może to pośrednio świadczyć o pozytywnym oddziaływaniu aktywności zawodowej na subiektywne postrzeganie swojego stanu zdrowia, ale może też wynikać z tego, iż na rynku pracy pozostają osoby w lepszej kondycji zdrowotnej.

Wyniki analizy dla grupy osób niepracujących z innych przyczyn niż emerytura potwierdzają znacznie większe ryzyko występowania oceny stanu zdrowia jako gorszego niż wśród pozostałych dwóch grup osób, zarówno aktywnych zawodowo jak i emerytów. Niewątpliwie wynik ten jest związany ze znacznym udziałem rencistów w tej grupie osób. Duża niejednorodność sytuacji życiowej osób tworzących tę grupę (została ona bliżej opisana w rozdziale 2.1) utrudnia wnioskowanie w zakresie analizowanych tu zależności i wymaga dalszego rozpoznania.

Osoby z wysokim poziomem BMI (wskazującym na występowanie otyłości) mają wyższe ryzyko występowania problemów i ograniczeń zdrowotnych wśród osób w wieku 50+. Ponadto większe znaczenie problemu otyłości dla stanu zdrowia uwidoczniło się wśród osób młodszych (50–64 lata). Wyniki te potwierdzają wagę działań w obszarze promocji zdrowego stylu życia oraz programów mających na celu

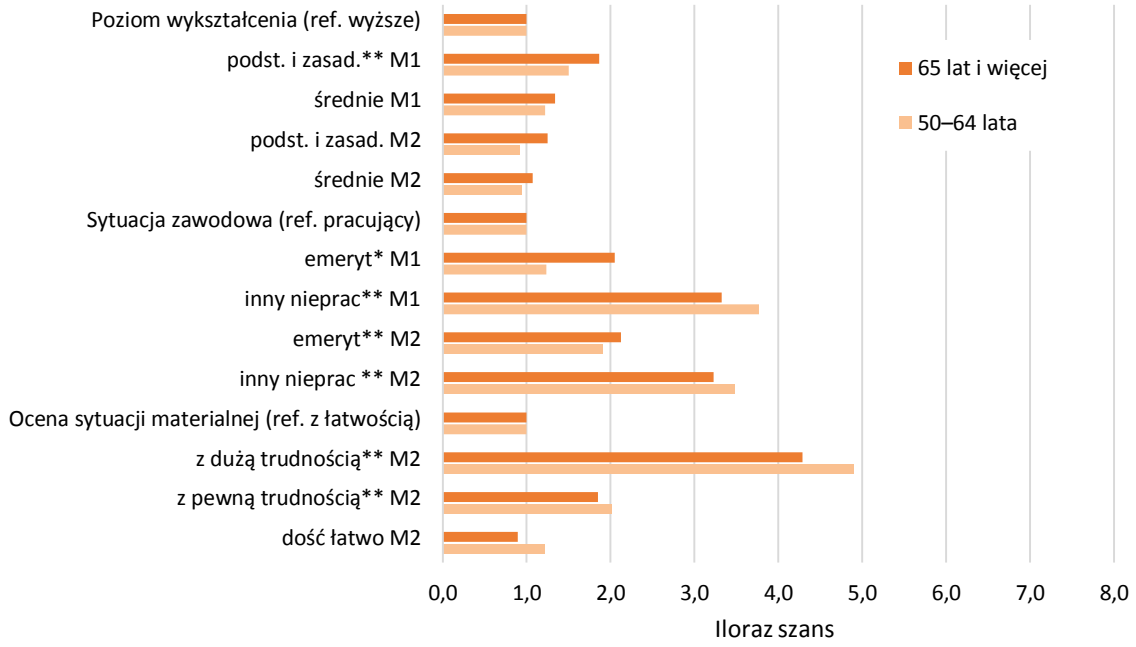
ograniczenie występowania otyłości w populacji osób w wieku okołoemerytalnym. Nie można też wykluczyć związku pomiędzy występowaniem wysokiego poziomu BMI oraz trudnościami sytuacji materialnej i niższym poziomem wykształcenia.

Wyniki dla zmiennej charakteryzującej liczbę osób w gospodarstwie domowym nie świadczą o zwiększonym ryzyku złych ocen stanu zdrowia i występowania problemów zdrowotnych wśród osób tworzących jednoosobowe gospodarstwa domowe. Wyniki analiz, które okazały się istotne dla grupy osób starszych (w wieku 65+), mogą natomiast wskazywać na współwystępowanie problemów zdrowotnych w gospodarstwach domowych z większą liczbą osób (4 i więcej) oraz mających trudności ekonomiczne.

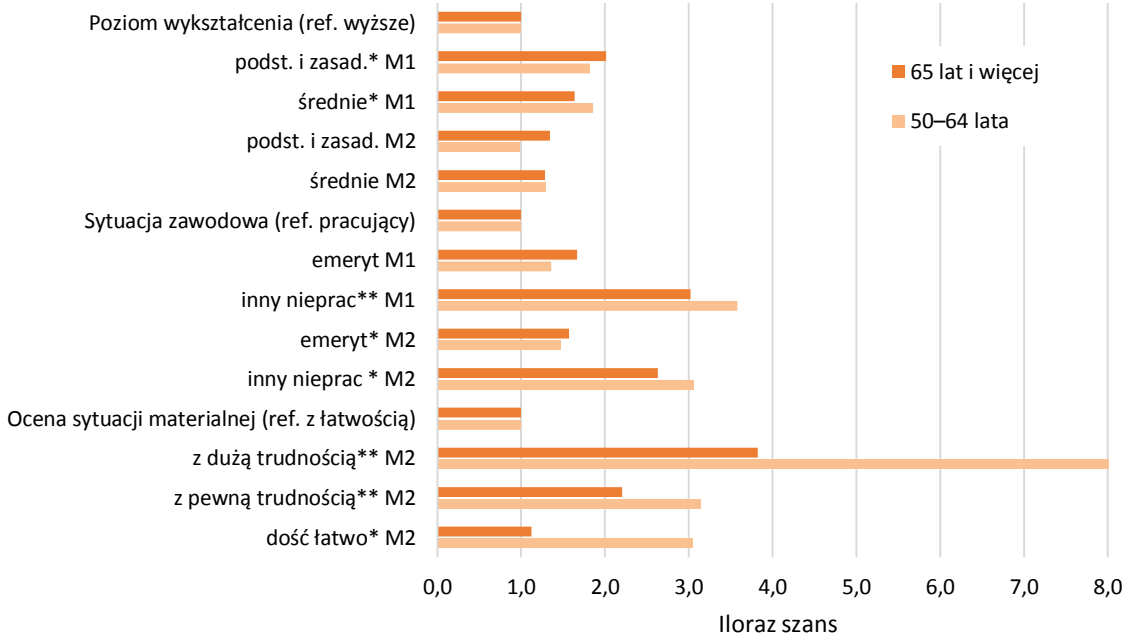
Mimo trudności w określeniu kierunku relacji przyczynowej między występowaniem problemów zdrowotnych oraz trudności wynikających z sytuacji ekonomicznej, można stwierdzić, że poprawa warunków ekonomicznych gospodarstw domowych oraz wzrost udziału osób z wyższym wykształceniem w kolejnych generacjach wchodzących w wiek 50+ będą niewątpliwie sprzyjać zmniejszaniu się ryzyka występowania negatywnej oceny stanu zdrowia. Innymi słowy, te zmiany struktury społeczno-ekonomicznej populacji mogą zmniejszać nierówności społeczne w zdrowiu w przyszłości.

Wykres 2.7 Iloraz szans (OR) występowania negatywnej oceny stanu zdrowia osób w wieku 50–64 lata oraz 65 lat i więcej według grup wykształcenia, sytuacji zawodowej oraz sytuacji materialnej gospodarstwa domowego. Wyniki analizy dla dwóch grup wieku 50–64 lata oraz 65 lat i więcej oraz pięciu wskaźników stanu zdrowia (a–e)

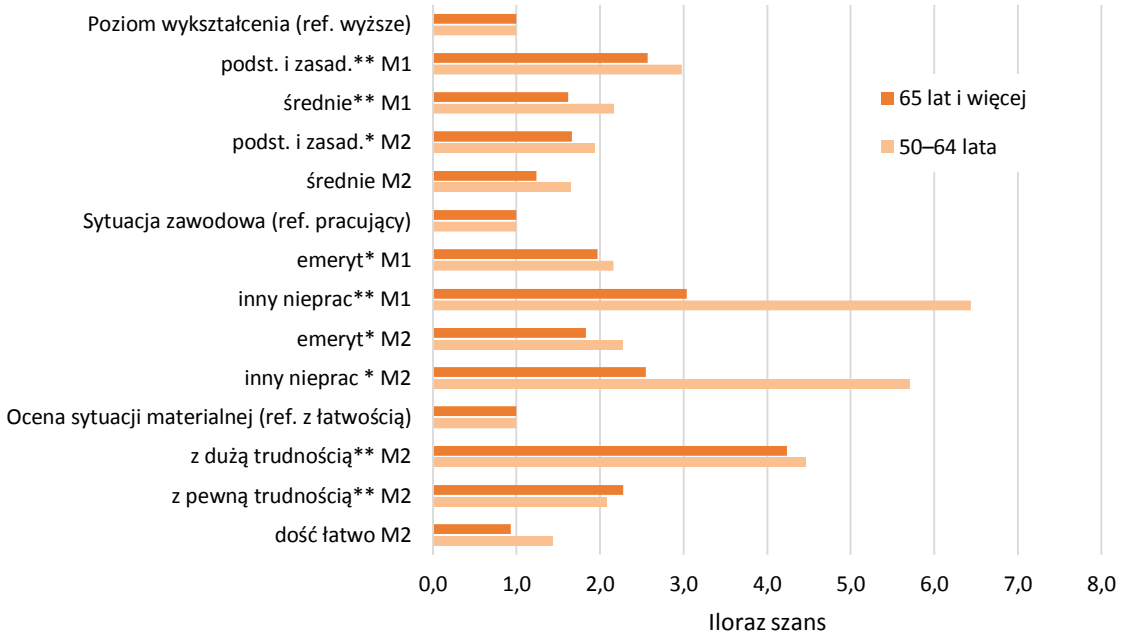
a. OR występowania samooceny stanu zdrowia: przeciętny lub zły stan zdrowia)



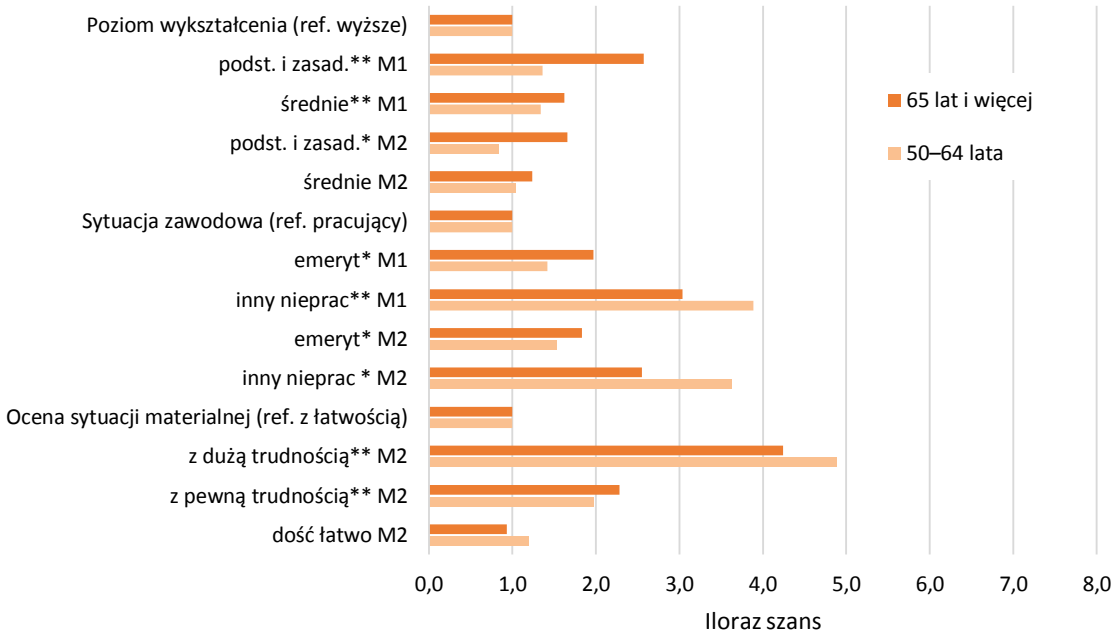
b. OR występowania jednego lub więcej ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (wskaźnik ADL)



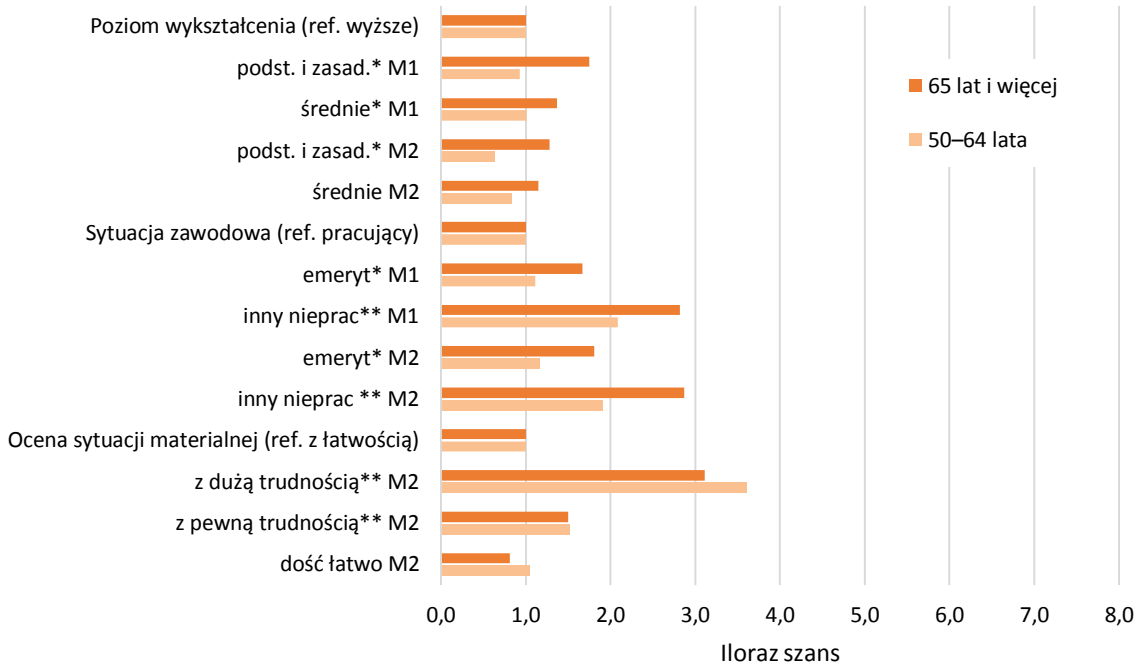
c. OR występowania jednego lub więcej ograniczeń w złożonych czynnościach dnia codziennego (wskaźnik IADL)



d. OR występowania ograniczeń w codziennych czynnościach spowodowanych problemami zdrowotnym (wskaźnik GALI)



e. OR występowania chorób przewlekłych (zdiagnozowane dwie lub więcej choroby przewlekłe lub długotrwałe problemy zdrowotne)



Uwagi: Ryzyko istotne statystycznie (P<0,01): (*) w jednej grupie wieku, (**) w obu grupach wieku
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Bibliografia

Andreyeva T., Michaud P. i Van Soest A. (2007). Obesity and health in Europeans aged 50 years and older, *Public Health*, 121, 497–509.

Crespo L., Lopez-Noval B. & Mira P. (2014). Compulsory schooling, education, depression and memory. *Economics of Education Review*, 43, 36–46.

Crimmins E.M. i Cambois E. (2003). Social inequalities in health expectancy. In: Robine J.M., Jagger, C., Mathers, C., Crimmins, E., and Suzman, R. (eds.). *Determing health expectancies*. Chichester: John Wiley & Sons, 111–126.

Luo Y., Hawkley L., Linda W. i Cacioppo J. (2012). Loneliness, Health, and Mortality in Old Age: A National Longitudinal Study. *Social Science & Medicine*,74(6), 907–914.

Mackenbach J.P, Stirbu I, Roskam A.J., i in. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine* 358(23), 2468–2481.

Majer I.M., Nusselder W.J., Mackenbach J.P., Kunst A.E.. (2011) Socioeconomic inequalities in life and health expectancies around official retirement age in 10 Western-European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(11), 972–979.

Marmot M.G. i Nazroo J.Y. (2001) Social inequalities in health in an ageing population. *European Review,* 9, 445–460.

Mäki N.E., Martikainen P.T., Eikemo T, Menvielle G, Lundberg O, i Östergren O.I. (2014). The potential for reducing differences in life expectancy between educational groups in five European countries: the effects of obesity, physical inactivity and smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 68, 635–640.

Wilson R.S., Krueger K.R., Arnold S.E., Schneider J.A., Kelly J.F., Barnes L.L., i in. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 64(2), 234–240.

2.3 Jakość życia a zdrowie, aktywność zawodowa i wiek

Agnieszka Chłoń-Domińczak

Jednym z ważnych obszarów badania SHARE jest ocena jakości życia. W badaniu SHARE do tego celu wykorzystywany jest miara CASP, opracowana w celu badania jakości życia osób w grupie wieku objętej badaniem, która opiera się na teorii potrzeb Maslowa. Miara ta oszacowana jest na podstawie 12 pytań, które pozwalają na ocenę jakości życia w zależności od poziomu realizacji potrzeb w dziedzinach istotnych dla pozytywnego doświadczania starszego wieku, w tym możliwości wpływania na swoje otoczenie (*Control*), samodzielnego podejmowania decyzji (*Autonomy*), samorealizacji (*Self-realisation*) i czerpania przyjemności w życiu (*Pleasure*). Ten sposób pomiaru jakości życia został zaproponowany przez (Martin Hyde, Wiggins, Higgs i Blane, 2003) i od ponad dekady jest coraz powszechniej stosowany jako wiarygodna miara jakości życia w badaniach międzynarodowych (M. Hyde, Higgs, Wiggins i Blane, 2015).

Ocena jakości życia, szczególnie wśród osób starszych, zgodnie z badaniami przeprowadzanymi w Europie i na świecie zależy w dużym stopniu od bieżącej sytuacji tych osób. Jednym z kluczowych czynników wpływających na postrzeganie jakości życia jest bieżąca sytuacja zdrowotna, szczególnie zdrowie psychiczne, a także ograniczenia odczuwane ze względu na stan zdrowia (Blane, Higgs, Hyde, i Wiggins, 2004; David Blane, Netuveli i Bartley, 2007; David Blane, Netuveli i Montgomery, 2008; Cheng, Green, Wolpert, Deighton, & Furnham, 2014; Faragher, Cass, & Cooper, 2005; Read, Grundy i Foverskov, 2016). Przeprowadzone analizy wykazują również, że na ocenę jakości życia wpływa również akumulowanie trudności w przebiegu życia, w tym częstość korzystania ze świadczeń społecznych. Sytuacja na rynku pracy, w szczególności pozostawanie bezrobotnym również przekłada się na pogorszenie oceny jakości życia.

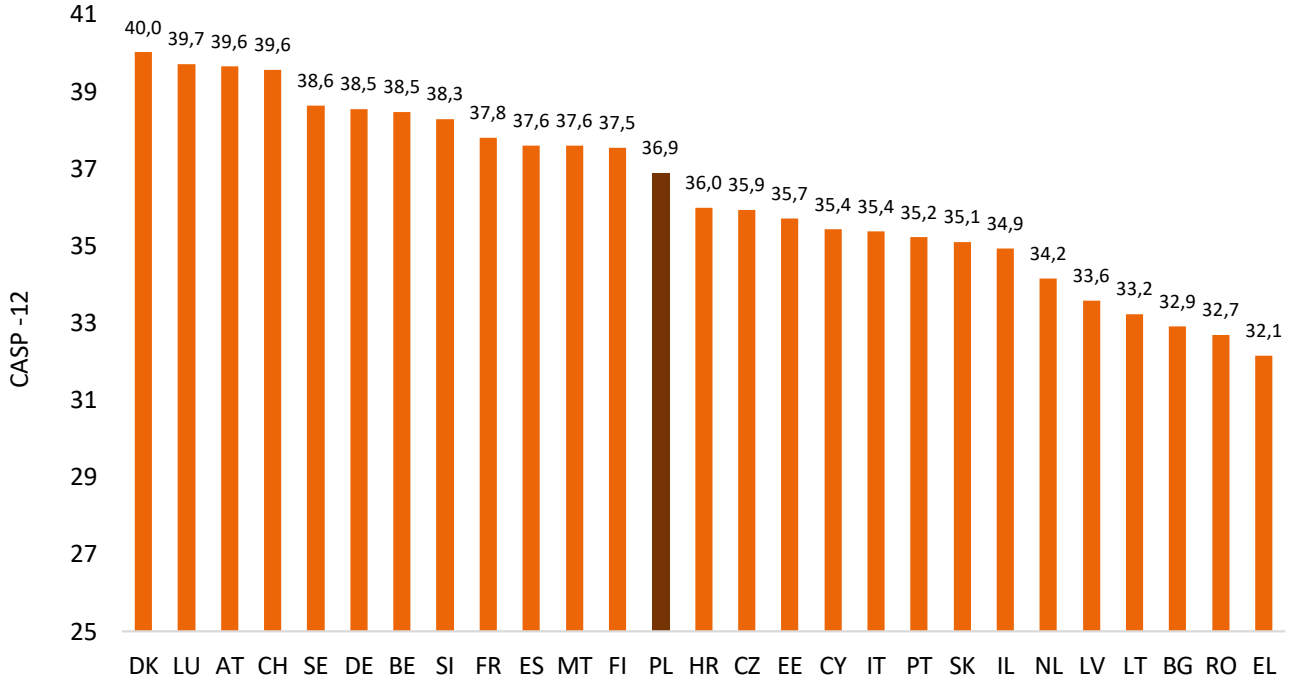
Analiza jakości życia z wykorzystaniem miary CASP–12, przeprowadzona na podstawie wyników 6. rundy badania SHARE (Myck i in., 2017) pokazała, że przeciętna jakość życia mierzona w ten sposób w Polsce wynosi około 36, przy czym ze względu na niewielką próbę respondentów, jak i mniejszą grupę krajów biorących udział w badaniu, trudno było ocenić, jak jakość życia w Polsce jest oceniona na tle innych krajów Europejskich.

Większa próba w 7. rundzie badania pozwala na bardziej precyzyjną ocenę jakości życia osób w wieku 50+ w Polsce w porównaniu z poprzednimi edycjami badania, a zwiększenie liczby krajów objętych badaniem SHARE umożliwia dokonanie porównań tej oceny w odniesieniu do większej liczby krajów. Przeprowadzona analiza dotyczy osób w wieku 50–90 lat.

Celem tej części raportu jest prezentacja oceny jakości życia osób w wieku 50+ w Polsce w porównaniu do sytuacji w Europie, Danii (kraju o najwyższej przeciętnej jakości życia) oraz Grecji (kraju o najniższej przeciętnej jakości życia), z uwzględnieniem takich cech jak płeć, wykształcenie, wiek, status ekonomicznych oraz stan zdrowia fizycznego i psychicznego.

Uwzględniając wszystkie kraje objęte badaniem w rundzie 7., Polska znajduje na 13 miejscu spośród 27 krajów objętych badaniem ze względu na ocenę jakości życia wyrażanej za pomocą miary CASP–12. Przeciętna jakość życia oceniona miarą CASP–12 w Polsce wyniosła 36,9, czyli nieznacznie wzrosła w porównaniu do poprzedniej rundy badania. Spośród krajów Europy Środkowo-Wschodniej jedynie mieszkańcy Słowenii mają większą wartość tej miary, czyli wyżej oceniają jakość życia. Gorzej od Polaków oceniają jakość życia mieszkańcy części krajów Europy Południowej (Włochy, Portugalia, Grecja) i większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej (wykres 2.8).

Wykres 2.8 Oszacowanie przeciętnej jakość życia populacji 50+ według krajów na podstawie miary CASP–12



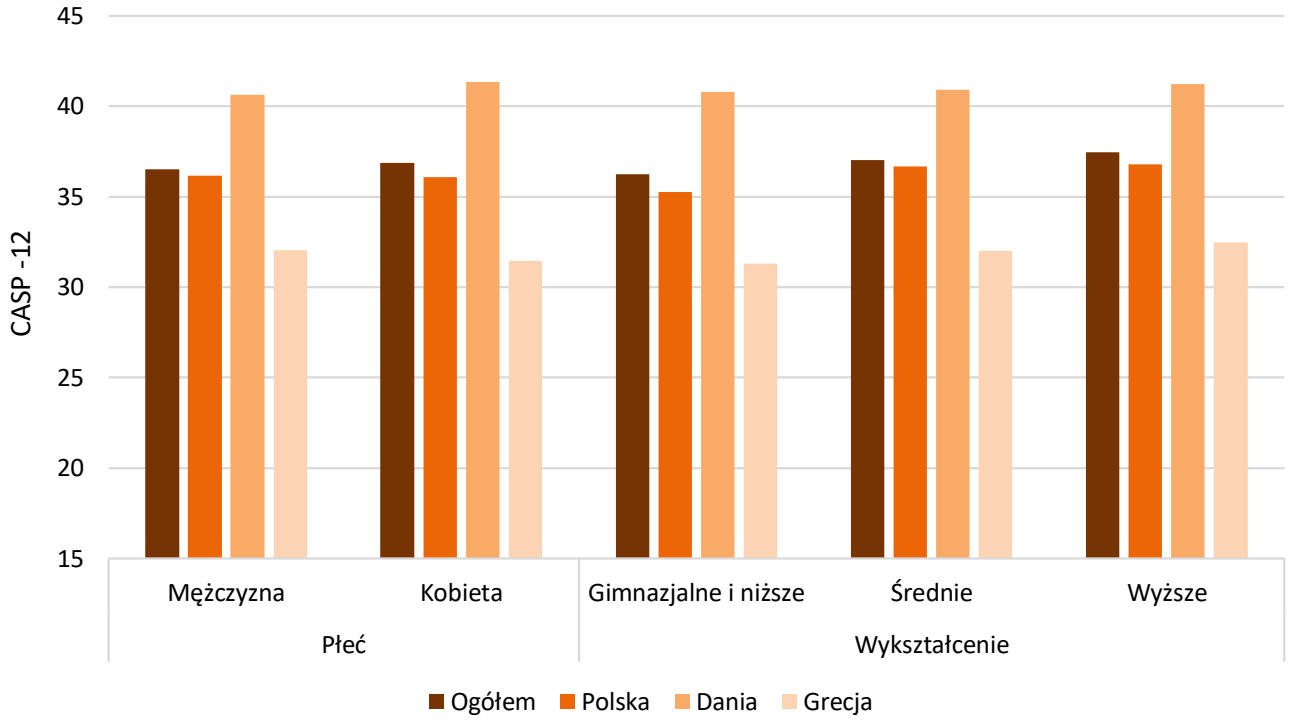
Uwagi: Dane skorygowane o strukturę wieku i cechy indywidualne, dane ważone
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Analizy kształtowania się tej miary przeprowadzone na podstawie modelu regresji pokazały, że ocena jakości życia zależy istotnie od cech społeczno-ekonomicznych respondentów. Ze względu na to, że część krajów nie była objęta w rundzie 7. badaniem w zakresie zagrożenia depresją, analizy zostały przeprowadzone dla 12 krajów, dla których dane o zagrożeniu depresją są dostępne[22]. W modelu jako zmienne objaśniające uwzględnione zostały takie cechy respondentów jak płeć, wiek (tutaj oszacowania współczynników modelu są istotne dla najstarszych grup wieku), wykształcenie, stan zdrowia fizycznego (występowanie chorób przewlekłych, ograniczenia wykonywanie czynności codziennych) oraz psychicznego (zagrożenie depresją), status na rynku pracy, jak również kraj zamieszkania (z wyjątkiem Hiszpanii).

22 Są to: Austria, Niemcy, Szwecja, Hiszpania, Włochy, Francja, Dania, Grecja, Szwajcaria, Belgia, Czechy i Polska.

Uzyskane wyniki wskazują, że kobiety nieznacznie lepiej niż mężczyźni oceniają jakość życia (wynik statystycznie istotny ogółem, w Grecji i Danii, ale nieistotny w Polsce), przeciętna ocena jakości życia rośnie wraz z poziomem wykształcenia (te oszacowania są istotne dla populacji ogółem, w Grecji i w Polsce). Na tle 12 krajów uwzględnionych w analizie, przeciętna ocena jakości życia w Polsce jest nieznacznie niższa dla wszystkich wydzielonych grup, natomiast różnice między Polską, Danią i Grecją są porównywalne dla każdej z grup (wykres 2.9).

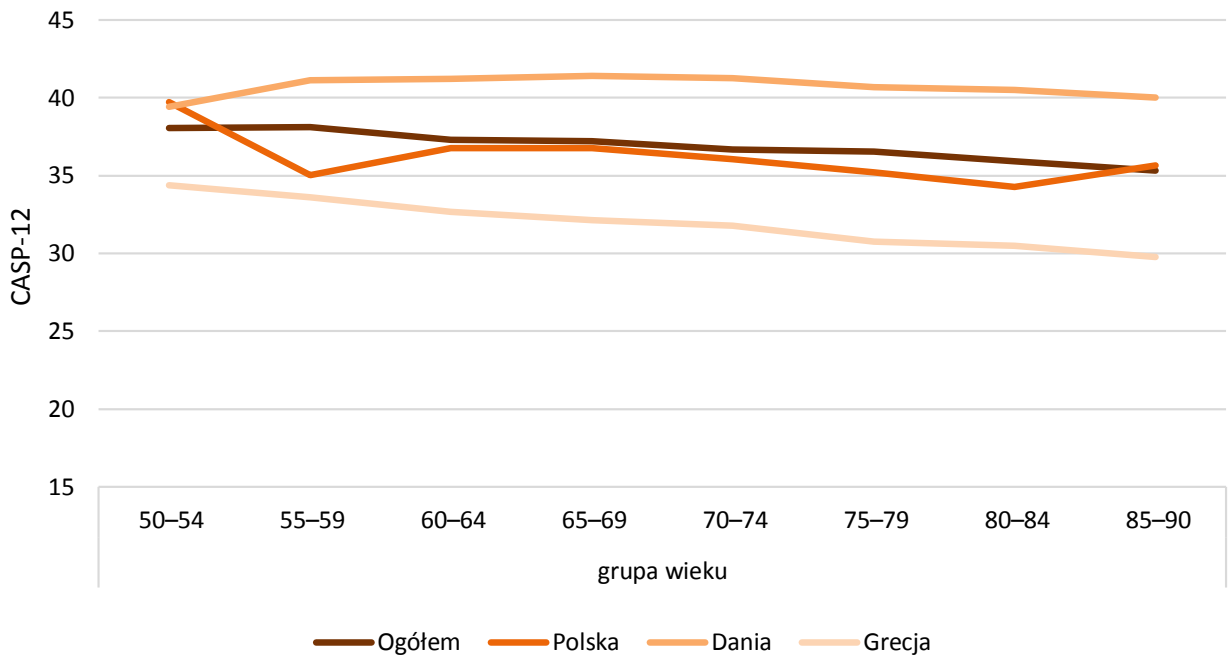
Wykres 2.9 Oszacowanie przeciętnej jakości życia na podstawie CASP–12 według płci i wykształcenia – ogółem, Polska, Dania i Grecja



Uwagi: Dane skorygowane o strukturę wieku i cechy indywidualne, dane ważone
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Kolejną cechą różnicującą ocenę jakości życia jest wiek. W całej populacji SHARE statystycznie gorzej swoją jakość oceniają osoby po 80-tym roku życia, a w Polsce i w Grecji – osoby po 70-tym roku życia. Dodatkowo, w Polsce obserwujemy różnice również dla osób w grupie wieku 55–59 lat. W Danii wiek nie różnicuje w istotny sposób oceny jakości życia. Na tle całej populacji wyniki uzyskane dla Polski są nieco odmienne (wykres 2.10).

Wykres 2.10 Oszacowanie przeciętnej jakości życia na podstawie CASP według wieku – ogółem, Polska, Dania i Grecja

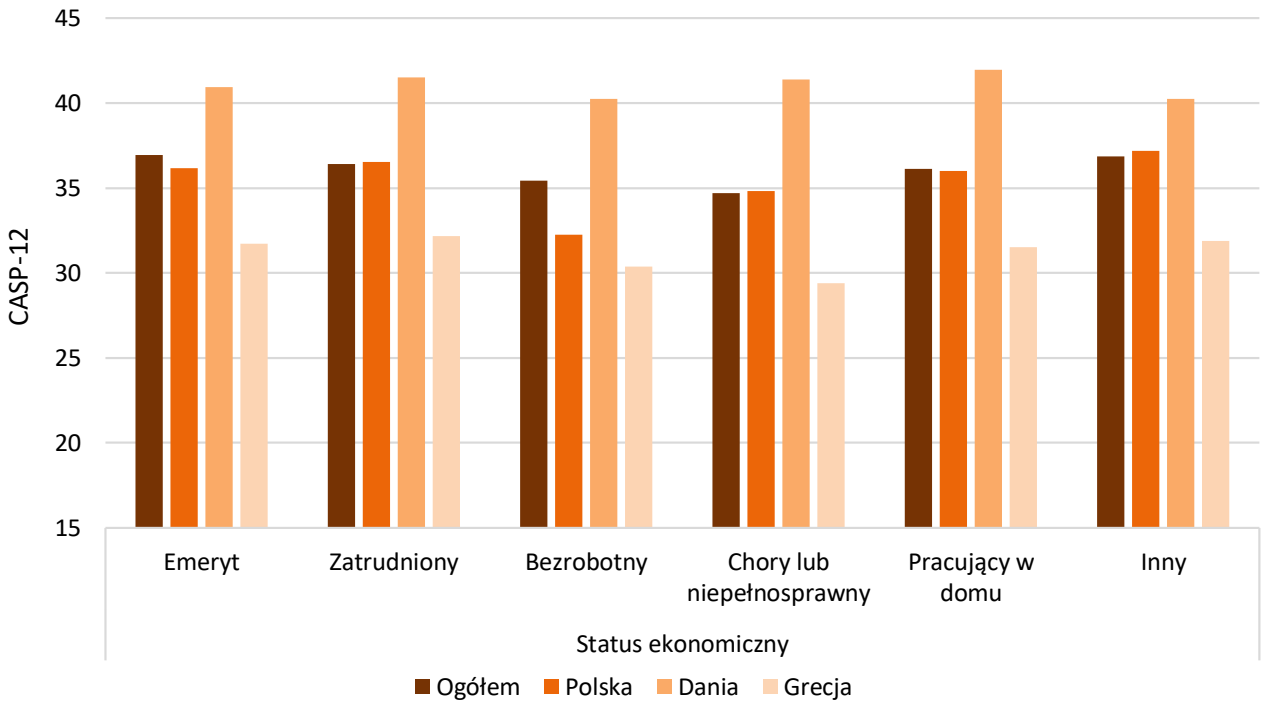


Uwagi: Dane skorygowane o strukturę wieku i cechy indywidualne, dane ważone
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

O ile osoby w wieku 50–54 lata w Polsce oceniają jakość życia przeciętnie lepiej niż mieszkańcy pozostałych 12 krajów, o tyle w przypadku osób w wieku 55–59 lat (a więc w wieku okołoemerytalnym) ta ocena wypada dużo gorzej. W starszych grupach wieku różnica (na korzyść pozostałych krajów) jest niewielka, natomiast osoby najstarsze w Polsce oceniają jakość życia nieco lepiej niż w pozostałych krajach. Uzyskany wynik, szczególnie dla osób w wieku 55–59 lat, wskazuje, że w przypadku Polski istotne są działania mające na celu poprawę jakości życia Polaków, którzy zbliżają się do końca okresu aktywności zawodowej. W porównaniu do Polaków w każdej grupie wieku obserwujemy niższą jakość życia w Grecji, natomiast wyższą w Danii, a w najstarszych grupach wieku ocena jakości życia coraz bardziej różnicuje się pomiędzy krajami.

Status ekonomiczny również różnicuje ocenę jakości życia (wykres 2.11). W całej populacji objętej badaniem emeryci oceniają swoją jakość życia istotnie statystycznie lepiej niż osoby o innym statusie ekonomicznym, najgorsze oceny jakości życia mają osoby bezrobotne oraz chore lub z niepełnosprawnościami. W Polsce gorzej niż przeciętnie w 12 analizowanych krajach swoją jakość życia oceniają emeryci, a także osoby bezrobotne. Ocena jakości życia osób bezrobotnych jest istotnie niższa niż emerytów. Z kolei osoby pracujące w Polsce postrzegają swoją jakość życia nieznacznie lepiej niż w innych krajach. W Grecji osoby chore lub niepełnosprawne oceniają jakości życia jest istotnie gorzej niż pozostałe osoby, natomiast w Danii lepiej niż inni oceniają jakość życia osoby pracujące.

Wykres 2.11 Oszacowanie przeciętnej jakości życia na podstawie CASP według statusu ekonomicznego – ogółem, Polska, Dania i Grecja

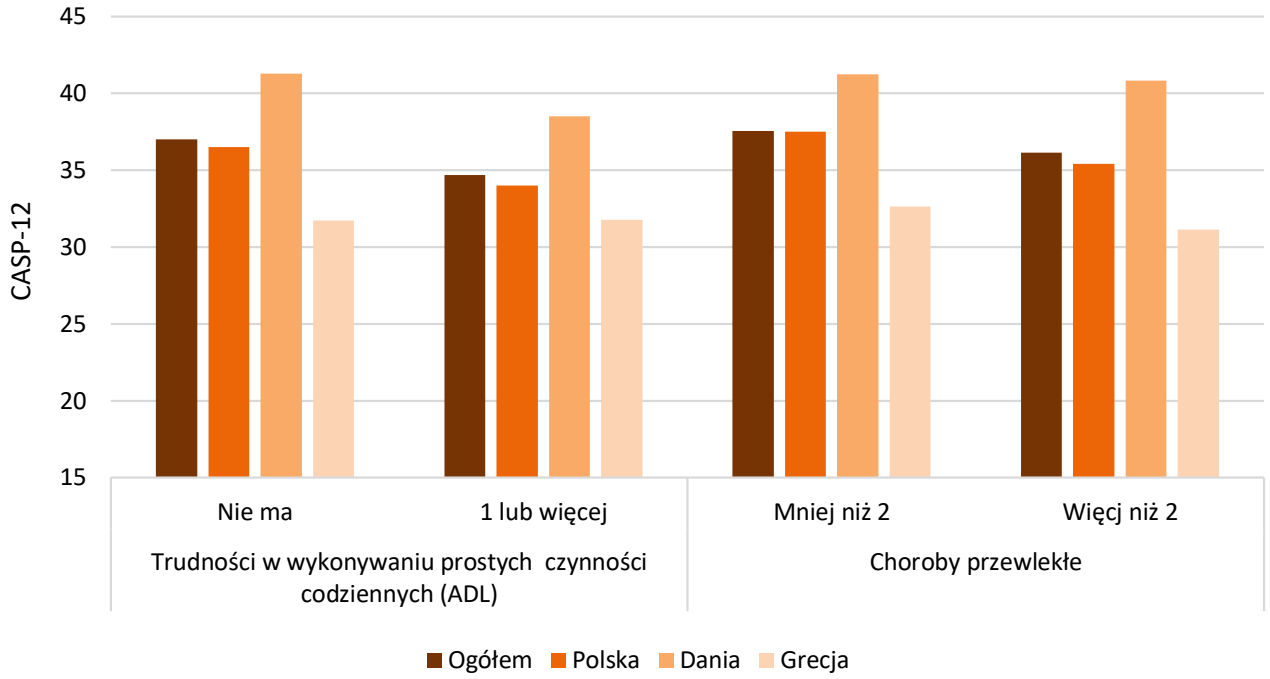


Uwagi: Dane skorygowane o strukturę wieku i cechy indywidualne, dane ważone
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Uzyskany wyniki może wskazywać, że szczególnie istotne dla oceny jakości życia przez osoby w wieku 50 i więcej lat w Polsce jest podejmowanie działań mających na celu ograniczenie ryzyka bezrobocia i związanego z nim pogorszenia odczuwanej jakości życia.

Charakterystyką, która znacząco wpływa na ocenę jakości życia, jest stan zdrowia, co jest spójne z wynikami badań międzynarodowych oraz analiz prowadzonych na podstawie wyników 6. rundy badania SHARE. W analizie uwzględnione zostały dwie miary związane ze stanem zdrowia – trudności w wykonywaniu prostych czynności codziennych według tzw. skali ADL (*Activities of Daily Living*) oraz występowanie chorób przewlekłych (wykres 2.12). Uzyskane wyniki wskazują, że występowanie trudności w wykonywaniu czynności codziennych na skutek stanu zdrowia, a także występowanie chorób przewlekłych w statystycznie istotny sposób wpływają na obniżenie odczuwanej wśród osób w wieku 50+ jakości życia (wyjątkiem są osoby odczuwające trudności w wykonywaniu prostych czynności codziennych w Grecji, gdzie różnice nie są istotne statystycznie). Wyniki dla Polski są nieznacznie niższe niż dla populacji zbadanych w 12 krajach i plasują się między wynikami odnotowanymi w Danii i w Grecji. Warto zaznaczyć, że występowanie problemów zdrowotnych skutkuje znacznie niższą oceną jakości życia w porównaniu do osób nieodczuwających tych problemów w Polsce niż jest to obserwowane w Grecji i w Danii.

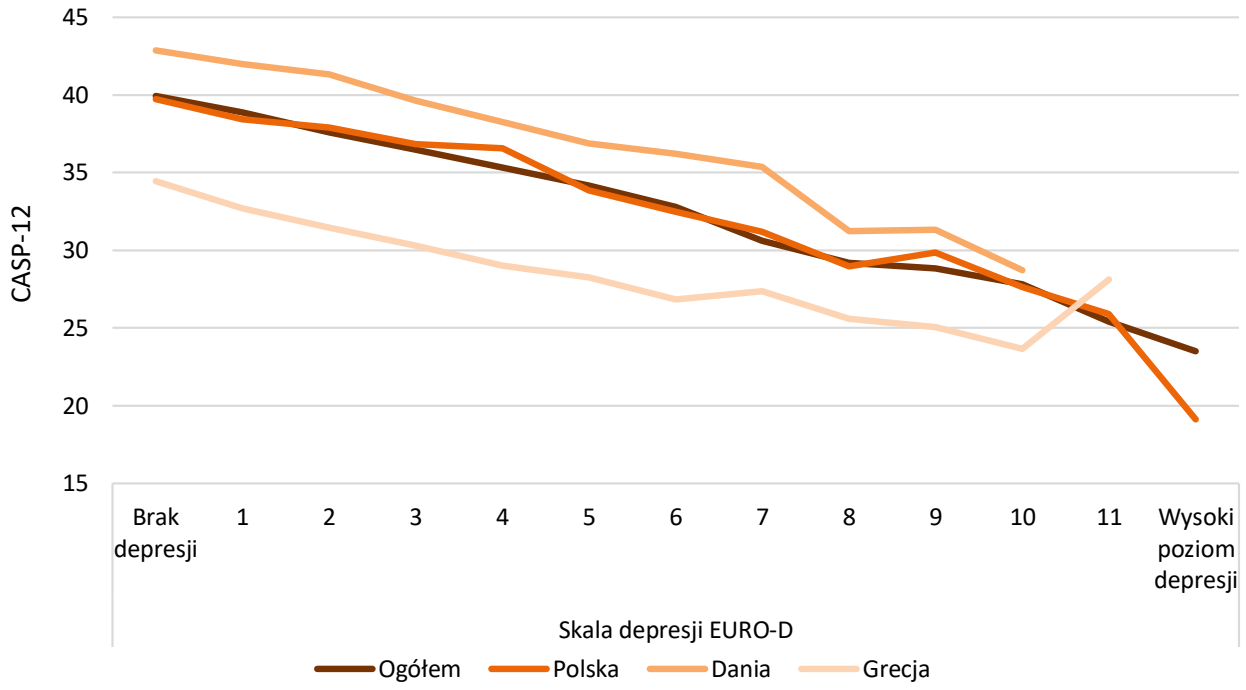
Wykres 2.12 Oszacowanie przeciętnej jakości życia na podstawie CASP według wybranych aspektów oceny stanu zdrowia (ADL i choroby przewlekłe) – ogółem, Polska, Dania i Grecja



Uwagi: Dane skorygowane o strukturę wieku i cechy indywidualne, dane ważone
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Ocena jakości życia jest również silnie związana z symptomami depresji. W analizie uwzględniono 12-stopniową skalę występowania symptomów depresji EURO–D, która jest oceniana w badaniu SHARE (wykres 2.13). Zdrowie psychiczne jest jednym czynników, który najsilniej i w statystycznie istotny sposób w przypadku całej populacji objętej badaniem, a także mieszkańców Polski, Danii i Grecji oddziałuje na poczucie jakości życia. Osoby, u których liczba symptomów depresji w skali EURO–D jest wysoka, mają znacznie niższy poziom jakości życia mierzony CASP. Wyniki dla Polski wskazują, że ocena ta jest szczególnie niska wśród osób, u których występuje największa liczba symptomów depresji.

Wykres 2.13 Oszacowanie przeciętnej jakości życia na podstawie CASP a odczuwanie symptomów depresji – ogółem, Polska, Dania i Grecja



Uwagi: Dane skorygowane o strukturę wieku i cechy indywidualne, dane ważone
Oszacowania ze względu na małe liczebności niemożliwe dla najwyższej liczby symptomów depresji w Grecji i Danii
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Podsumowując, ocena jakości życia w Polsce kształtuje się na przeciętnym poziomie w porównaniu z innymi krajami w Europie. W Polsce niższą jakość życia odczuwają osoby bezrobotne, o gorszym stanie zdrowia, w tym również zdrowia psychicznego. Poprawa jakości życia w Polsce wymaga zatem działań mających na celu ograniczenie ryzyka bezrobocia wśród osób w wieku 50 i więcej lat, a także podejmowania działań mających na celu poprawę zdrowia psychicznego i wczesnego identyfikowania ryzyka występowania depresji i jej przeciwdziałaniu.

Bibliografia

Blane, D., Higgs, P., Hyde, M., i Wiggins, R. D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science and Medicine*, 58(11), 2171–2179. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.028

Blane, David, Netuveli, G., i Bartley, M. (2007). Does quality of life at older ages vary with socio-economic position? *Sociology*, 41(4), 717–726. https://doi.org/10.1177/0038038507078927

Blane, David, Netuveli, G., i Montgomery, S. M. (2008). Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Social Science and Medicine*, 66(7), 1579–1587. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.021

Cheng, H., Green, A., Wolpert, M., Deighton, J., i Furnham, A. (2014). Factors influencing adult quality of life: Findings from a nationally representative sample in the UK. *Personality and Individual Differences*, 68, 241–246. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.026

Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105–112. https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734

Hyde, M., Higgs, P., Wiggins, R. D., & Blane, D. (2015). A decade of research using the CASP scale: Key findings and future directions. *Aging and Mental Health*, 19(7), 571–575. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1018868

Hyde, Martin, Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP–19). *Aging and Mental Health*. https://doi.org/10.1080/1360786031000101157

Myck, M., Oczkowska, M., Chłoń-Domińczak, A., Lewandowski, P., Magda, I., Morawski, L., & Najsztub, M. (2017). *Pokolenie 50+ w Polsce na tle Europy: aktywność, zdrowie i jakość życia. Wyniki na podstawie badania SHARE*. Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA. https://doi.org/10.6103/SHARE.w2.600

Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: A systematic narrative review. *Aging and Mental Health*, 20(5), 529–542. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766

Rozdział 3. Wykluczenie społeczne, potrzeba opieki nad osobami starszymi i relacje międzypokoleniowe

W rozdziale trzecim odnosimy się do kategorii III europejskiego filaru spraw socjalnych, analizując aspekty wykluczenia społecznego i opieki długoterminowej. W pierwszej części rozdziału przedstawiona jest analiza wykluczenia społecznego osób 50+, opracowana w oparciu o teorię możliwości. Wykluczenie analizowane jest z uwzględnieniem kilku domen: materialnych warunków życia, aktywności ekonomicznej, zdrowia, edukacji i relacji społecznych.

W drugiej części przedstawione są analizy dotyczące otrzymywania opieki długoterminowej przez respondentów, a także luka opiekuńcza, która wskazuje na skalę niezbędnych działań, aby zrealizować zasadę prawa do przystępnych cenowo i dobrej jakości usług opieki długoterminowej, w szczególności opieki w domu i usług środowiskowych.

Ponadto analizujemy również relacje międzypokoleniowe, obserwowane między osobami 50+ a ich dziećmi w kontekście przebiegu wcześniejszej historii zawodowej, ale też w zależności od miejsca zamieszkania. Analiza obejmuje otrzymywane i przekazywane transfery pieniężne, a także pomoc niematerialną. Ponadto, uwzględniona jest częstość kontaktów z dziećmi, jak również zaangażowanie w opiekę nad wnukami.

3.1 Wykluczenie społeczne osób 50+ w wybranych krajach europejskich

Tomasz Panek, Jan Zwierzchowski

Wykluczenie społeczne i ubóstwo są niezwykle istotnymi strukturalnymi problemami współczesnych społeczeństw. Oddziałują one negatywnie na jakość kapitału ludzkiego, ograniczają aktywność, przedsiębiorczość i innowacyjność oraz generują koszty funkcjonowania państwa.

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i ubóstwu jest jednym z najważniejszych celów polityki społecznej Unii Europejskiej. W obliczu postępującego starzenia się ludności krajów Europy coraz większe wyzwanie dla krajów UE stanowi walka z wykluczeniem społecznym osób starszych.

Walka z wykluczeniem społecznym i ubóstwem była również jednym z głównych filarów Strategii Lizbońskiej. Także w zrewidowanej wersji Strategii Lizbońskiej obszar ten, związany z procesem integracji społecznej, pozostaje ważnym elementem działań strategicznych Unii Europejskiej. W 2010 r. Rada Europy ustaliła 5 głównych celów Strategii Europa 2020. Jeden z nich dotyczył promocji integracji społecznej, w szczególności poprzez redukcję ubóstwa (Copeland i Daly, 2012). Prawo do ochrony socjalnej, wspieranie bezrobotnych i minimalny dochód są również ważnymi zasadami europejskiego filaru praw socjalnych.

Definicja wykluczenia społecznego

Kategoria wykluczenia społecznego jest złożona oraz wielopłaszczyznowa i może być definiowana w różny sposób (Silver, 1994, 1995; Burchard, Le Grand i Piachaud 2002; Levitas, 2006). W większości definicji wykluczenie społeczne jest określane w kategoriach niemożności uczestniczenia w istotnych aspektach życia społecznego, gospodarczego, politycznego i kulturalnego danego społeczeństwa. Według przyjętego podejścia, niemożność ta nie jest wynikiem wyboru jednostki, lecz przeszkód, jakie ona napotyka. W tym kontekście zwraca się uwagę na wielowymiarowość wykluczenia społecznego obejmującą swym zakresem nie tylko brak zasobów materialnych, ale także inne ograniczenia niepozwalające jednostce żyć na poziomie akceptowalnym w danym kraju, oraz jego dynamikę – traktującą wykluczenie jako proces wywołujący deprywację (naruszającą więzi rodzinne i społeczne oraz prowadzącą niekiedy nawet do utraty tożsamości). Poszczególne wymiary wykluczenia często nakładają się na siebie, pogłębiając tym samym marginalizację jednostek.

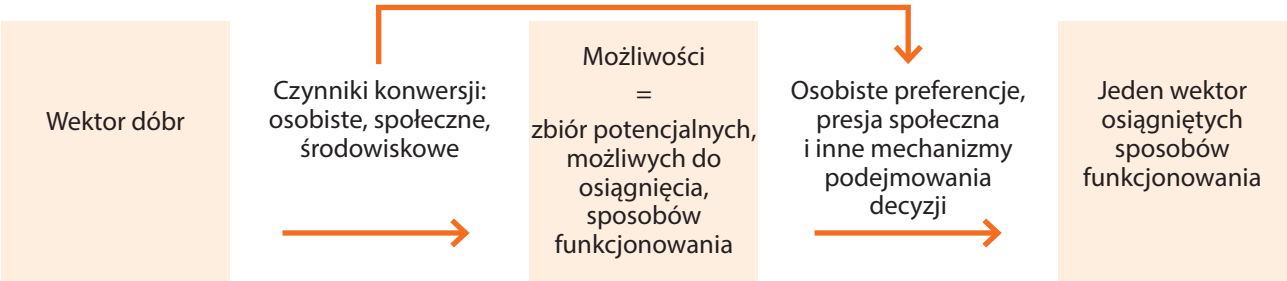
Analiza wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości

Koncepcja możliwości (*capability approach*) została sformułowana przez A. Sena (1980, 1982, 1985, 1993) dla opisania sposobu pomiaru dobrobytu (jakości życia) jednostki. Koncepcja ta opiera się na założeniu, że same dobra (towary i usługi) nie są kluczowe w osiągnięciu wysokiej jakości życia, lecz ich właściwości umożliwiające osiągnięcie pożądanych stylów życia (sposobów funkcjonowania – *functionings*) przez poszczególne jednostki.

Zbiór możliwości (*capabilities*) – potencjalnych, możliwych do osiągnięcia przez jednostkę różnych sposobów funkcjonowania przy danych jej zasobach – tworzy wyjściową przestrzeń potencjalnego funkcjonowania jednostki, dając jej sposobność wyboru preferowanego przez nią stylu życia. Może ona wybierać spośród poszczególnych sposobów funkcjonowania, wskazując tym samym preferowany przez nią styl życia w ramach zbioru różnych, możliwych do osiągnięcia przez nią, stylów życia.

Sposoby funkcjonowania (*functionings*) oznaczają tym samym osiągnięty przez jednostkę status życiowy jak np. bycie zdrowym czy też wykształconym, podczas gdy możliwości (*capabilities*) wyrażają potencjalne możliwości osiągnięcia takiego statusu, tzn. możliwości życia w zdrowiu, czy też bycia zdolnym do osiągnięcia danego poziomu edukacji. Zróżnicowanie warunków życia, zależne od etapów rozwoju, jak i zwyczajów społeczeństw, w których żyją, oraz cech charakterologicznych jednostek, celów i systemów wartości oraz umiejętności korzystania z dóbr powoduje, że dla zapewnienia tych samych możliwości jednostek niezbędne są różne wiązki dóbr. Przekształcenie dóbr w potencjalne, możliwe do osiągnięcia przez jednostki sposoby funkcjonowania wymaga wprowadzenia pojęcia czynników konwersji o charakterze osobistym (np. metabolizm, kondycja fizyczna, płeć czy poziom inteligencji), społecznym (normy społeczne, polityki społeczne, hierarchie społeczne) oraz środowiskowych (stan środowiska) (Robeyns, 2005). Czynniki konwersji tworzą zbiór różnorodnych charakterystyk uruchamiających proces transformacji dóbr, którymi dysponuje jednostka, w potencjalne sposoby funkcjonowania (*capabilities*), możliwe do osiągnięcia przez nią.

Rysunek 3.1 Schemat badania jakości życia w ramach podejścia możliwości (*capability approach*)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: I. Robeyns, 2003.

Na wybór przez jednostkę ze zbioru potencjalnych, możliwych do osiągnięcia przez nią, konkretnych sposobów funkcjonowania (sposobu/stylu życia) wpływają jej osobiste preferencje, presja społeczna i inne mechanizmy podejmowania decyzji.

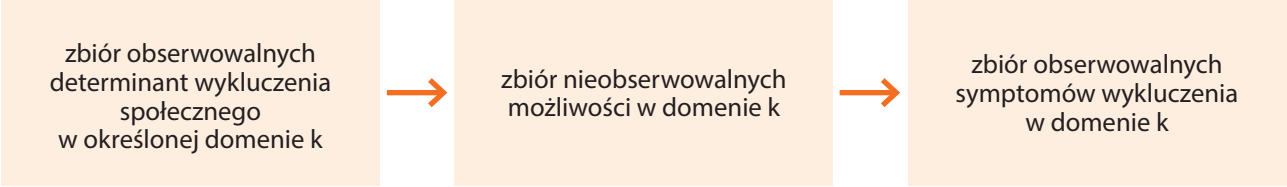
Nawiązując do koncepcji możliwości, wykluczenie społeczne możemy zdefiniować jako proces prowadzący do deprywacji możliwości (*capability deprivation*) jednostki, czyli braku możliwości osiągnięcia

przez nią pewnych istotnych dla niej sposobów funkcjonowania (Sen, 2000). Tym samym proces wykluczenia społecznego prowadzi do stanu wykluczenia społecznego, który może być interpretowany jako kombinacja deprywacji pewnych istotnych sposobów funkcjonowania.

Operacjonalizacja pomiaru stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym w ramach podejścia możliwości

Do operacjonalizacji pomiaru wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości *(capability approach)* zastosowano model wielu wskaźników i wielu przyczyn (*multiply indicators and multiple causes*, MIMIC), który stanowi szczególny przypadek modelu równań strukturalnych (*structural equation model*, SEM), (Bollen, 1989; Konarski, 2009; Brown i Moore, 2012). Model ten dla każdej z domen/wymiarów wykluczenia społecznego można przedstawić w sposób ogólny w ramach koncepcji możliwości w postaci diagramu (rysunek 3.2).

Rysunek 3.2 Postać modelu MIMIC dla poszczególnych domen wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości



Źródło: opracowanie własne.

Domenami wykluczenia społecznego są w przeprowadzonym badaniu. materialne warunki życia, aktywność ekonomiczna i warunki pracy, zdrowie, edukacja i umiejętności cywilizacyjne, relacje społeczne. Symptomy wykluczenia reprezentują w modelu rzeczywiste, zdeprywowane sposoby funkcjonowania jednostek, które odzwierciedlają deprywację możliwości, a tym samym wykluczenie społeczne. Natomiast charakterystyki jednostek są czynnikami wzmacniającymi lub osłabiającymi stopień wykluczenia tych jednostek.

Pomiar stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym przy wykorzystaniu teorii zbiorów rozmytych

Do pomiaru stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym zostało zastosowane podejście wielowymiarowe oparte na matematycznej teorii zbiorów rozmytych przedstawionej przez L. Zadeha (1965), a następnie rozwiniętej przez D. Duboisa i H. Prade (1980). Wykluczenie społeczne nie jest tutaj definiowane w kategoriach przynależności czy też braku przynależności do zbioru wykluczonych społecznie, lecz określany jest stopień przynależności jednostek do zbioru wykluczonych społecznie (stopień ich zagrożenia wykluczeniem społecznym). Obok jednostek wykluczonych wyróżniona jest ich pośrednia grupa jednostek o różnym stopniu zagrożenia wykluczeniem społecznym.

W analizie zdefiniowano funkcję przynależności do zbioru wykluczonych społecznie, stosując podejście rozmyte i absolutne (Panek, 2006, 2011). Osoby, dla których wartość wskaźnika stopnia zagrożenia wykluczeniem w danej domenie była niższa od wartości progowej minimum tego wskaźnika, nie były wykluczone w tej domenie – wartość funkcji przynależności do zbioru wykluczonych równała się 1. Osoby, dla

których wartość wskaźnika stopnia zagrożenia wykluczeniem w danej domenie była wyższa od wartości progowej maksimum tego wskaźnika, były całkowicie wykluczone w tej domenie – wartość funkcji przynależności do zbioru wykluczonych wynosiła 0. Natomiast osoby, dla których wartość wskaźnika stopnia zagrożenia wykluczeniem w danej domenie znajdowała się pomiędzy wartościami progowymi minimum i maksimum tego wskaźnika, były w różnym stopniu zagrożone wykluczeniem w tej domenie.

Analiza porównawcza stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w 2017 r.

Zakres i założenia analizy

Ocena stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym została przeprowadzona na podstawie danych 7. rundy badania SHARE dla Niemiec, Szwecji, Hiszpanii, Francji, Grecji, Czech i Polski. W ramach tej analizy dokonano najpierw oceny stopnia tego zagrożenia w wybranych domenach wykluczenia społecznego. przeprowadzono ocenę stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznego dla wyróżnionych jego domen łącznie.

Zakres opisu domen uwzględnionych w analizie wynikał z zakresu dostępnych danych w badaniu SHARE. W celu pomiaru stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym wyznaczono dla poszczególnych jego domen, symptomy wykluczenia (wskaźniki cząstkowe, tabela 3.1).

Tabela 3.1 Cząstkowe wskaźniki symptomów wykluczenia społecznego

Domeny	Wskaźniki (symptomy wykluczenia)	Sposób konstrukcji wskaźników i źródło danych z SHARE
1. Materialne warunki życia	**1.1. Ubóstwo monetarne**	Osoba należąca do gospodarstwa domowego o ekwiwalentnym dochodzie netto, w przeciętnym miesiącu w roku niższym, niż granica ubóstwa w danym kraju; granica ubóstwa – 60% mediany rozkładu ekwiwalentnego dochodu do dyspozycji w danym kraju [hh17].
	1.2. Deprywacja materialna	Uwzględniono następujące symptomy deprywacji materialnej:
		– brak możliwości pokrycia z własnych środków nieoczekiwanych wydatków (co206),
		– brak możliwości jedzenia mięsa, drobiu, ryb (lub wegetariańskich odpowiedników) co drugi dzień [br028],
		– brak możliwości ogrzewania mieszkania odpowiednio do potrzeb [br033],
		– zaleganie z opłatami lub spłatami kredytów i pożyczek związanych z mieszkaniem [ho010, ho082],
		– rezygnacja z opieki medycznej z powodów finansowych [rh026d1, rh050d1, rh782, rh783].
	1.3. Samoocena sytuacji dochodowej	Samoocena możliwości „wiązania końca z końcem" przy aktualnych dochodach [co007].

Domeny	Wskaźniki (symptomy wykluczenia)	Sposób konstrukcji wskaźników i źródło danych z SHARE
2. Aktywność ekonomiczna i warunki pracy	**2.1. Aktywność ekonomiczna**	Wskaźnik uwzględniał następujące stany aktywności ekonomicznej:
		– zatrudniony lub pracuje na własny rachunek [ep005],
		– bezrobotny lub emeryt [ep005],
		– trwale bezrobotny [ep005, ep128,],
		– pozostali bierni zawodowo [ep129, ep130].
	2.2. Zadowolenie z pracy	Stopień zadowolenia ze swojej pracy [ep005].
	2.3. Zadowolenie z zarobków	Stopień zadowolenia ze swoich zarobków [ep033].
3. Zdrowie	**3.1. Samoocena stanu zdrowia**	Samoocena stanu zdrowia [ph003].
	3.2. Problemy zdrowotne	Problemy w wykonywaniu czynności ze względu na stan zdrowia [ph005].
	3.3. Długotrwałe problemy zdrowotne	Przewlekłe lub długotrwałe problemy zdrowotne [ph004].
4. Edukacja i umiejętności cywilizacyjne	**4.1. Niski poziom wykształcenia**	Ukończone gimnazjum lub niższy poziom wykształcenia [dn010].
	4.2. Kształcenie ustawiczne	Uczestnictwo w kursie edukacyjnym lub szkoleniu [ac035].
	4.3. Obsługa komputera	Samoocena umiejętności obsługi komputera [it003].
5. Relacje społeczne	**5.1. Poczucie samotności**	Stopień odczuwania samotności [loneliness].
	5.2. Kontakty z rodziną	Częstotliwość kontaktowania się z rodziną (rodzice i dzieci) [dn032_1, dn032_2, ch_contact – 1 doch_*do*contact_19].
	5.3. Udzielanie pomocy	Udzielanie pomocy rodzinie i sąsiadom [SP008].
	5.4. Aktywności	Aktywności (wolontariat, edukacja, sport, organizacje, itd.) [ac035].

Źródło: opracowanie własne.

Wszystkie symptomy wykluczenia społecznego zostały zdefiniowane jako stymulanty – im wyższa wartość wskaźnika, tym silniejszy stopień wykluczenia. Wykaz wskaźników stanowiących determinanty wykluczenia społecznego (cech osób i ich gospodarstw domowych) zawiera tabela 3.2.

Tabela 3.2 Determinanty wykluczenia społecznego

Determinanty	Sposób konstrukcji
1. Status na rynku pracy	
1.1. Bezrobotny	1 – bezrobotny; 0 – pozostali
1.2. Emeryt	1 – emeryt; 0 – pozostali
1.3. Zatrudniony lub pracujący na własny rachunek	1 – zatrudniony lub pracujący na własny rachunek; 0 – pozostali
1.4. Bierny zawodowo	1 – bierny zawodowo; 0 – pozostali
2. Wiek	Wiek w latach
3. Płeć	1 – kobieta; 0 – mężczyzna
4. Klasa miejscowości zamieszkania	1 – Bardzo duże miasta, 2 – Przedmieścia bardzo dużych miasta, 3 – Duże miasta, 4 – Małe miasta, 5 – Wieś
5. Ograniczenia w wykonywaniu czynności	1 – występują poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności ze względu na stan zdrowia, 2 – występują ograniczenia, ale nie poważne, 3 – nie występują ograniczenia
6. Problemy zdrowotne	1 – występują problemy zdrowotne lub niepełnosprawność ograniczające rodzaj lub ilość pracy zarobkowej, 0 – nie występują problemy
7. Liczba osób	Liczba osób w gospodarstwie domowym
8. Poziom wykształcenia	0 – wykształcenie poniżej szkoły podstawowej, 1 – wykształcenie podstawowe lub pierwszy etap edukacji podstawowej, 2 – wykształcenie średnie (niższy poziom) lub drugi etap edukacji podstawowej, 3 – wykształcenie średnie (wyższy poziom), 4 – wykształcenie powyżej średniego (nie wyższe), 5 – Pierwszy etap kształcenia wyższego (nie prowadzący bezpośrednio do zaawansowanych kwalifikacji badawczych), 6 – Drugi etap wykształcenia wyższego (prowadzący do zaawansowanych kwalifikacji badawczych)
9. Sytuacja finansowa rodziny respondenta w wieku 10 lat	1 – dobra, 2 – przeciętna, 3 – zła
10. Liczba osób w gospodarstwie domowym respondenta w wieku 10 lat	
11. Liczba książek w gospodarstwie domowym respondenta w wieku 10 lat	
12. Wykształcenie ojca respondenta w wieku 10 lat	
13. Wykształcenie matki respondenta w wieku 10 lat	

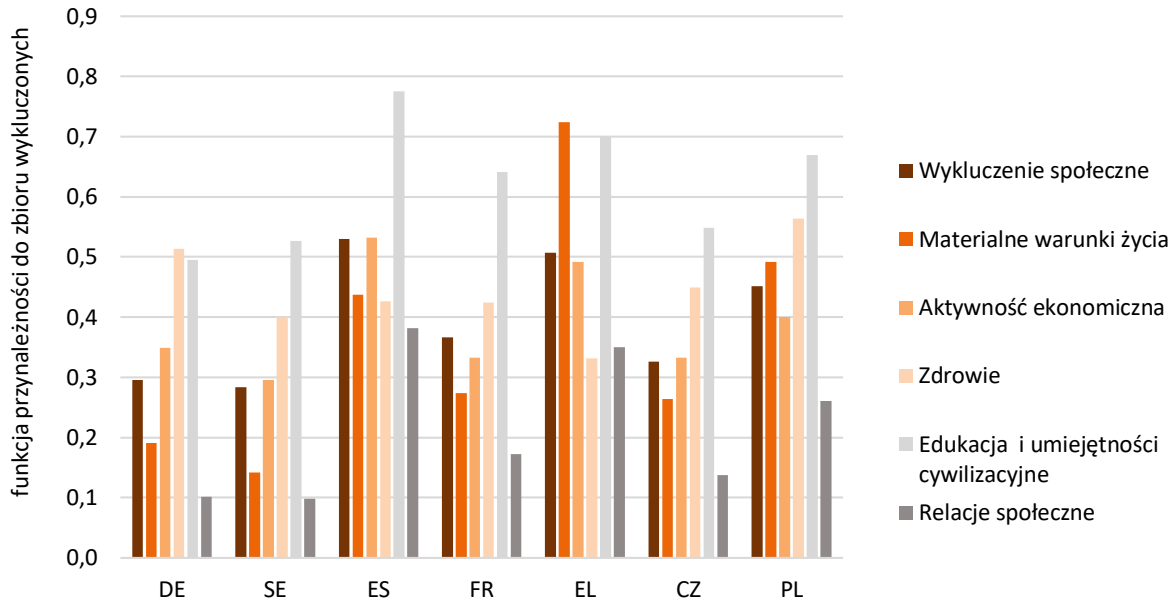
Źródło: opracowanie własne.

Zagrożenie wykluczeniem społecznym populacji osób w wieku 50 lat i więcej w wybranych dziedzinach

Stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym w krajach poddanych analizie został zilustrowany na wykresie 3.1. Czym wyższa wartość funkcji przynależności do zbioru wykluczonych, tym wyższy stopień zagrożenia wykluczeniem. Zdecydowanie najwyższy stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym w dziedzinie materialnych warunków życia obserwujemy w 2017 r. w Grecji, a następnie w Polsce oraz w Hiszpanii

(funkcja stopnia przynależności do sfery wykluczenia przyjęła odpowiednio wartości 0,72, 0,49 oraz 0,44), a najniższy w Szwecji i w Niemczech (wartości funkcji przynależności wyniosły odpowiednio 0,14 i 0,19). Na uwagę zasługuje podobny stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym w obszarze materialnych warunków życia w „nowym" państwie UE, czyli Czechach niż w „starym" kraju unijnym Francji (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,26 i 0,27). Rozpiętości stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym pomiędzy krajami są w dziedzinie materialnych warunków życia wyraźnie większe niż w pozostałych analizowanych domenach.

Wykres 3.1 Stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym osób w wieku 50+ w wybranych dziedzinach wykluczenia i wybranych krajach europejskich w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 7. (2017 r.).

Stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym w dziedzinie aktywności ekonomicznej kształtuje się w badanych krajach na relatywnie niskim poziomie w porównaniu z innymi dziedzinami wykluczenia. Stopień tego zagrożenia był najwyższy w Hiszpanii i Grecji (wartości funkcji przynależności do sfery wykluczenia odpowiednio 0,53 i 0,49), a najniższy w Szwecji (wartości funkcji przynależności 0,30). Różnice w stopniu zagrożenia wykluczeniem w pozostałych krajach objętych analizą nie są zbyt duże, chociaż w Polsce stopień tego zagrożenia jest wśród nich najwyższy (wartości funkcji przynależności 0,40).

Rozpiętości pomiędzy stopniem zagrożenia wykluczeniem w grupie analizowanych krajów w dziedzinie zdrowia były w 2017 r. relatywnie niewielkie. Najwyższe wartości funkcji przynależności do sfery wykluczenia wystąpiły w Polsce i Niemczech (odpowiednio 0,56 i 0,51). Za pewną niespodziankę należy uznać najniższy stopień zagrożenia wykluczeniem w Grecji (funkcja przynależności przyjęła wartość 0,33).

Najwyższym stopniem zagrożenia wykluczeniem społecznym osób 50+ we wszystkich domenach łącznie w 2017 r. charakteryzują się Hiszpania i Grecja (funkcja przynależności do sfery wykluczenia społecznego przyjęła dla tych krajów odpowiednio wartości 0,53 i 0,51). Natomiast najniższy stopień zagrożenia wykluczenia społecznego obserwujemy w Szwecji i w Niemczech (wartości funkcji przynależności

odpowiednio 0,28 i 0,30). Polska zajmuje w rankingu stopnia zagrożenia wykluczeniem społecznym trzecie miejsce, przy czym stopień tego zagrożenia jest znacznie wyższy niż w Czechach (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,45 i 0,33).

Analiza rankingu krajów ze względu na stopień wykluczenia w 2017 r. w poszczególnych dziedzinach wykluczenia wskazuje, że krajami najczęściej zajmującymi dwie pierwsze pozycje w tym rankingu była Grecja (czterokrotnie) oraz Hiszpania (trzykrotnie). Natomiast krajami, które najczęściej plasowały się na jednym z dwóch ostatnich miejsc w powyższym rankingu były Szwecja (pięciokrotnie) oraz Niemcy (trzykrotnie). Polska dwukrotnie (w obszarze materialnych warunków życia i zdrowia) znalazła się wśród dwóch krajów o największym stopniu zagrożenia wykluczeniem.

Symptomy wykluczenia społecznego

Zmiany stopnia zagrożenia wykluczeniem w domenie materialnych warunków życia (zmiennej ukrytej) są najsilniej odzwierciedlane przez zmiany stopnia deprywacji materialnej, a następnie przez zmiany w samoocenie sytuacji dochodowej gospodarstwa domowego przez respondenta.

Wysoki stopień wykluczenia społecznego w domenie aktywności ekonomicznej i satysfakcji z pracy dotyczy przede wszystkim osób biernych zawodowo. Niskie zagrożenie w tej domenie odzwierciedla istotnie, w przypadku osób pracujących, zadowolenie z pracy zawodowej oraz osiąganych zarobków.

Wysoki stopień zagrożenia wykluczeniem w obszarze zdrowia najsilniej odzwierciedla występowanie problemów w wykonywaniu czynności ze względu na stan zdrowia, a relatywnie najsłabiej, chociaż także istotnie, długotrwałe lub długoterminowe problemy zdrowotne.

Wysokiemu stopniowi wykluczenia w domenie edukacji i umiejętności cywilizacyjnych towarzyszy niski poziom wykształcenia, nieuczestniczenie w kursach edukacyjnych lub szkoleniu oraz niska samoocena umiejętności obsługi komputera.

Wysoki stopień wykluczenia w domenie relacji społecznych jest przede wszystkim odzwierciedlony przez spadek liczby różnego rodzaju aktywności oraz wzrost stopnia odczuwania samotności. Wzrost wartości pozostałych symptomów wykluczenia odzwierciedla istotnie wzrost wykluczenia w domenie relacji społecznych, ale w mniejszym stopniu.

Wysoki stopień wykluczenia społecznego we wszystkich wyróżnionych domenach łącznie znajduje najsilniejsze odzwierciedlenie w wysokim stopniu wykluczenia społecznego w domenach relacji społecznych, wykształcenia i umiejętności cywilizacyjnych oraz materialnych warunków życia. W dużo mniejszym stopniu o poziomie tego wykluczenia świadczy wysoki stopień wykluczenia w domenach zdrowie oraz aktywność ekonomiczna i satysfakcja z pracy.

Bibliografia

Bollen K. A. (1989), *Structural equations with latent variables*, Wiley, New York.

Brown T. A. i Moore M. T. (2012), *Confirmatory factor analysis*, w: R. H. Hoyle (red.), *Handbook of structural equation modelling*, Guilford Press, New York, 361–379.

Burchard T., Le Grand J. i Piachaud D. (2002), *Degrees of exclusion: Developing a dynamic, multidimensional measure*, w: *understanding social exclusion*, J. Hills, J. Le Grand i D. Piachaud (red.), Oxford University Press, Oxford.

Copeland P. i Daly M. (2012), *Varieties of poverty reduction: Inserting the poverty and social exclusion target into Europe 2020*, "Journal of European Social Policy", 22, (3), 273–287.

Dubois D. i Prade H. (1980), A *review of fuzzy set aggregations*, „Information Sciences", 36, 85–121.

Konarski R. (2009), *Modele równań strukturalnych*. *Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa.

Krishnakumar J. (2007), *Going beyond functionings to capabilities: An econometric model to explain and estimate capabilities*, „Journal of Human Development", 8(1), 39–63.

Lenoir R. (1974), *Les exclus. Un francais sur dix*, Editions de Seuil, Paris.

Levitas R. (2006),*The concept and measurement of social exclusion*, w: C.Pantazis, D.Gordon i R.Levitas, *Poverty and Social Exclusion in Britain*, Bristol, Policy Press.

Panek T. (2006), *Multidimensional fuzzy relative poverty dynamic measures in Poland* in: *Fuzzy set approach to multidimensional poverty measurement*, A. Lemmi i G. Betti (red.), Springer Science + Business Media, LLC, New York, 233–256.

Panek T. (2011), *Ubóstwo, wykluczenie społeczne i nierówności: Teoria i praktyka pomiaru*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.

Robeyns I. (2003), *The capability approach: An interdisciplinary introduction* , University of Amsterdam, Department of Political Science and Amsterdam School of Social Sciences Research, Amsterdam.

Sen A. (1980), *Equality of what*, w: S. Mc Murrin (red.), *The Tanner Lectures on human values*, Vol. 1., University of Utah Press, Salt Lake City, 195–220.

Sen A. (1982), *Choice, welfare and measurement*, Basil Blackwell, Oxford.

Sen A. (1985), *Commodities and capabilities*, North-Holland, Amsterdam.

Sen A. (1993), *Capability and well-being*,w: Nussbaum, M. i Sen, A. (red.), *The quality of Life*, Clarendon Press, Oxford.

Sen A. (2000), *Social exclusion: concept, applications, and scrutiny*, "Social Development Papers", 1, Asian Development Bank, Tokyo.

Silver H. (1994), *Social exclusion and social solidarity: Three paradigms*, „International Labour Review", 5–6.

SilverH. (1995), *Reconceptualizing social disadvantage: Three paradigms of social exclusion*, w: G.Rogers, Ch.Gore i J.B. Figueiredo (red.),*Social exclusion: rhetoric reality responses*, International Institute for Labour Studies, International Labour Organization, Genewa.

Zadeh L.A. (1965), *Fuzzy sets*, „Information and Control", 8**,** 338–353.

3.2 Opieka nad osobami starszymi w wybranych krajach Europejskich

Anita Abramowska-Kmon

Proces starzenia się ludności prowadzi do wzrostu liczby niesamodzielnych osób starszych, przyczyniając się do zwiększenia zapotrzebowania na różnego rodzaju usługi opiekuńcze (Doblhammer i in.2008; Doblhammer i Ziegler 2006; Vaupel i Kistowski 2008). Osoby starsze wymagające pomocy mogą otrzymywać opiekę nieformalną od członków rodziny, znajomych i przyjaciół, a także formalne usługi opiekuńcze – zarówno publiczne, jak i te nabywane na rynku (Kalwij, Pasini i Wu 2012, Ogg & Renaut 2006, Bittman i in. 2004; Bolin i in.2008; Bonsang 2009). Kraje europejskie różnią się znacząco zarówno pod względem stopnia zaawansowania procesu starzenia się ludności, modelu opieki and osobami starszymi oraz wydatków publicznych na opiekę długoterminową. Generalnie we wszystkich krajach opieka and osobami starszymi jest sprawowana przez członków nieformalnych sieci (głównie przez współmałżonków i dzieci) (Kalwij, Pasini & Wu 2012; Ogg i Renaut 2006). Jednakże w niektórych krajach formalne usługi opiekuńcze są lepiej rozwinięte i dostęp do nich jest łatwiejszy niż w innych. Ma to odzwierciedlenie w wydatkach publicznych na opiekę długoterminową, które kształtują się od 0,1% PKB w Grecji poprzez 0,5% w Polsce do 3,5% w Holandii (OECD/EU 2018), co także przekłada się na udział osób starszych (65+) uzyskujących opiekę długoterminową: 0,9% w Polsce i 18,4% w Holandii (OCED 2017). Ponadto uwarunkowania kulturowe dotyczące odpowiedzialności za opiekę nad osobami niesamodzielnymi także mają wpływ na istniejący w danym kraju model opieki nad osobami starszymi. W efekcie można zaobserwować wyraźny podział między krajami Europy Zachodniej i Północnej, gdzie opieka rodzinna jest wspierana, a nawet zastępowana opieką formalną, oraz krajami Europy Południowej i Środkowo-Wschodniej, gdzie opieka nad osobami starszymi jest świadczona głównie przez członków rodzin (Haberkern i Szydlik 2010; Pfau-Effinger 2005; Saraceno i Keck 2010; Albertini i Kohli 2013; Brandt i in.2009).

Obserwowane i przewidywane zmiany demograficzne oraz przeobrażenia rodziny mogą prowadzić do zmniejszenia liczby potencjalnych opiekunów i w konsekwencji do wzrostu zapotrzebowania na formalne usługi opiekuńcze. Niedobór nieformalnych lub formalnych usług opiekuńczych lub ograniczony do nich dostęp może być źródłem tzw. luki opiekuńczej wśród osób starszych, zwłaszcza tych doświadczających poważnych problemów zdrowotnych (Abramowska-Kmon i in.2019; Laferrère i Bosch 2015; Vlachantoni 2017; Vlachantoni i in.2011). Wielkość tych niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych różni się znacząco między krajami oraz między różnymi grupami społecznymi (według stanu zdrowia, sytuacji finan-

sowej, sytuacji rodzinnej itp.). Ponadto warto podkreślić, że niezaspokojone potrzeby opiekuńcze mogą obniżać jakość życia oraz subiektywny dobrostan psychiczny/ zadowolenie z życia (Landau i Litwin 2001; Tomini i in.2016). Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie wyników analiz dotyczących otrzymywania opieki formalnej i nieformalnej przez osoby w wieku 65 lat i więcej w różnych krajach europejskich. Ponadto pokazana została luka opiekuńcza dla osób starszych, czyli różnica między potrzebami opiekuńczymi wynikającymi ze złego stanu zdrowia, a uzyskiwanym wsparciem nieformalnym lub formalnym. Zakładamy przy tym, że wszystkie osoby odczuwające ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu wymagają pomocy. Z uwagi na dostępność porównywalnych danych do niniejszych analiz wykorzystane zostały dane pochodzące z 6. rundy badania SHARE[23].

Otrzymywanie opieki nieformalnej i formalnej przez osoby starsze – wyniki analizy porównawczej

Na podstawie danych z 6. rundy badania SHARE możliwa była analiza zakresu i struktury otrzymywanej opieki nieformalnej, którą świadczyły osoby będące członkami gospodarstwa lub osoby, które nie należą do gospodarstwa respondenta. Interesują nas zatem transfery opieki wewnątrz gospodarstwa domowego, spoza gospodarstwa domowego, a także otrzymywanie opieki z obu źródeł). Analizujemy też korzystanie z formalnych usług opiekuńczych oraz kombinacji obu tych rodzajów opieki. Należy tu zaznaczyć, iż niniejsze analizy odnoszą się do faktu otrzymywania pomocy bez względu na jej częstotliwość i czas trwania.

Wykres 3.2 przedstawia strukturę osób w wieku 65 lat i więcej według typu otrzymywanej opieki nieformalnej dla 17 krajów UE (Austria, Niemcy, Szwecja, Hiszpania, Włochy, Francja, Dania, Grecja, Szwajcaria, Belgia, Czechy, Polska, Luksemburg, Portugalia, Słowenia, Estonia, Chorwacja). Uzyskane wyniki pokazują, że zdecydowana większość osób starszych w analizowanych krajach (prawie 75%) oraz ponad 78% w Polsce nie otrzymywała żadnej opieki nieformalnej. Część z nich mogła być w dobrym stanie zdrowia i nie potrzebowała pomocy, ale pozostali potrzebowali wsparcia i go nie uzyskali. Niemal 23% zbiorowości zbadanych osób w wieku 65 lat i więcej oraz niemal 18% w Polsce otrzymywała pomoc od osoby spoza gospodarstwa domowego. Bardzo rzadko (około 1–2%) opieka była uzyskiwana od osoby z tego samego gospodarstwa domowego, co jest zaskakujące, zważywszy na fakt, że większość osób starszych mieszka w wieloosobowych gospodarstwach domowych. Zapewne można to wyjaśnić tym, że osoby starsze mieszkające z innymi nie postrzegają otrzymywanej pomocy jako opieki.

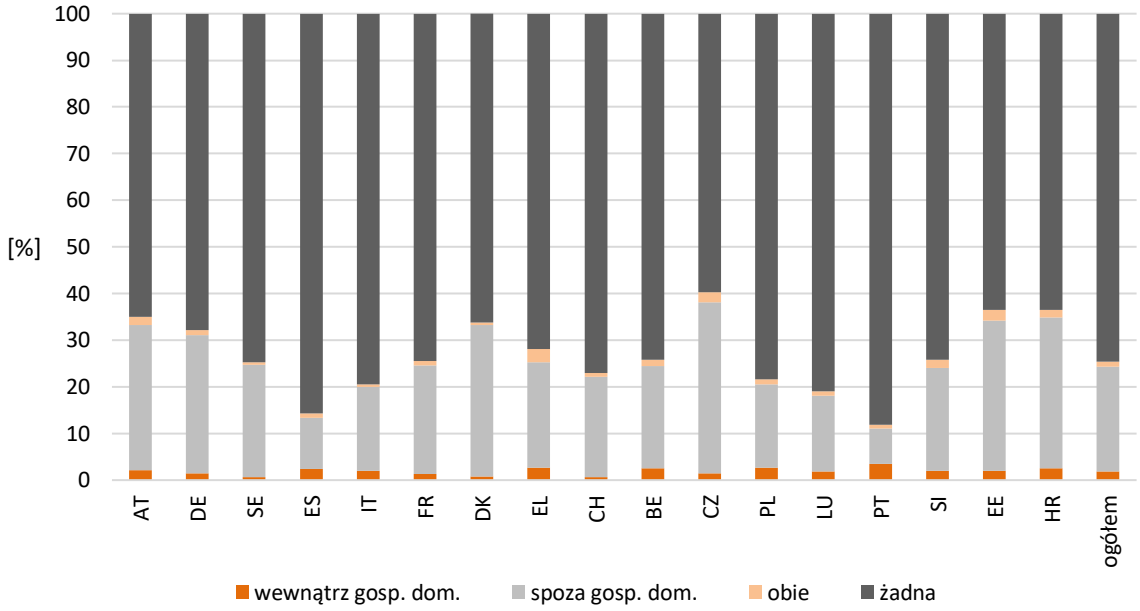
Analizowane kraje różnią się znacząco pod względem struktury otrzymywanej opieki nieformalnej przez osoby starsze: największy udział osób starszych (65 lat i więcej) otrzymujących pomoc w ramach sieci nieformalnych (rodzinnych i nierodzinnych) odnotowano dla Czech (40%), Estonii (36,5%), Chorwacji (36,5%) i Austrii (35%), natomiast najmniejszy dla Portugalii (11,9%), Hiszpanii (14,3%) i Luksemburga (19%).

Sytuacja ta ulega zmianie, gdy uwzględniamy stan zdrowia, tj. rozpatrywane są tylko osoby starsze, które doświadczają przynajmniej jednego ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (ADL) lub złożonych czynności dnia codziennego (IADL). Niemniej jednak połowa tej zbiorowości w rozpatrywanych krajach nie uzyskuje żadnego wsparcia (wykres 3.3). Należy podkreślić, że udział osób starszych

23 Ze względu na braki danych dla zmiennych opisujących otrzymywanie opieki w siódmej fali badania SHARE do niniejszych analiz wykorzystano dane z szóstej rundy badania.

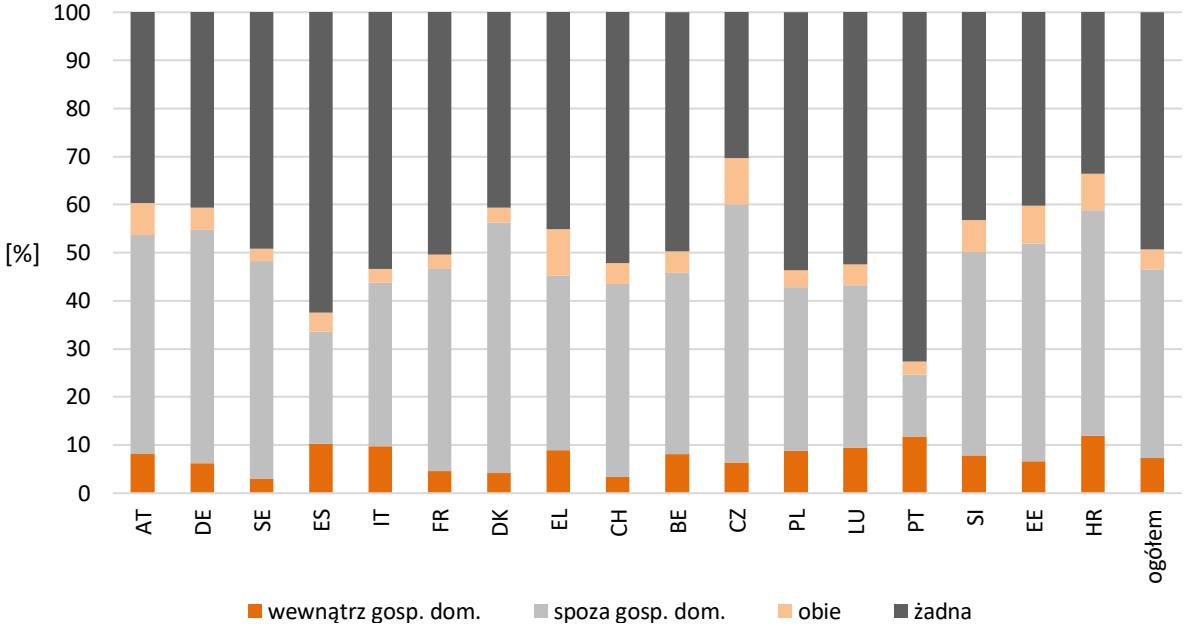
w grupie otrzymujących pomoc w ramach tego samego gospodarstwa domowego oraz obu typów opieki nieformalnej był większy niż dla zbiorowości osób w wieku 65 lat i więcej ogółem. Podobnie jak wcześniej istnieją znaczne różnice w zakresie nieformalnego wsparcia między rozpatrywanymi krajami, ale wzorzec jest podobny: około 60–70% osób starszych odczuwających przynajmniej jedno ograniczenie ADL/IADL otrzymywało opiekę nieformalną w takich krajach jak Czechy, Chorwacja, Austria, Estonia i Niemcy, natomiast mniej niż 40% w Portugalii i Hiszpanii. W Polsce około 46% osób z rozpatrywanej grupy korzystało z tej opieki.

Wykres 3.2 Struktura respondentów w wieku 65 lat i więcej według typu otrzymywanej opieki nieformalnej (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) (wyniki ważone).

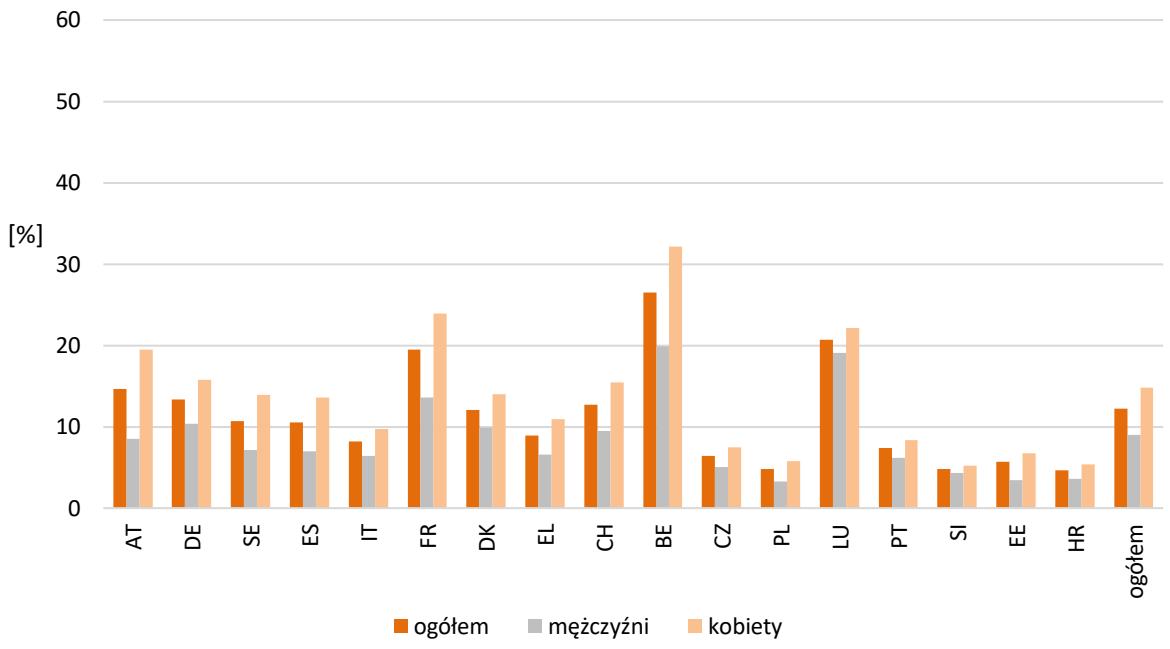
Wykres 3.3 Struktura respondentów w wieku 65 lat i więcej z przynajmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu ADL/ IADL według typu otrzymywanej opieki nieformalnej (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) (wyniki ważone).

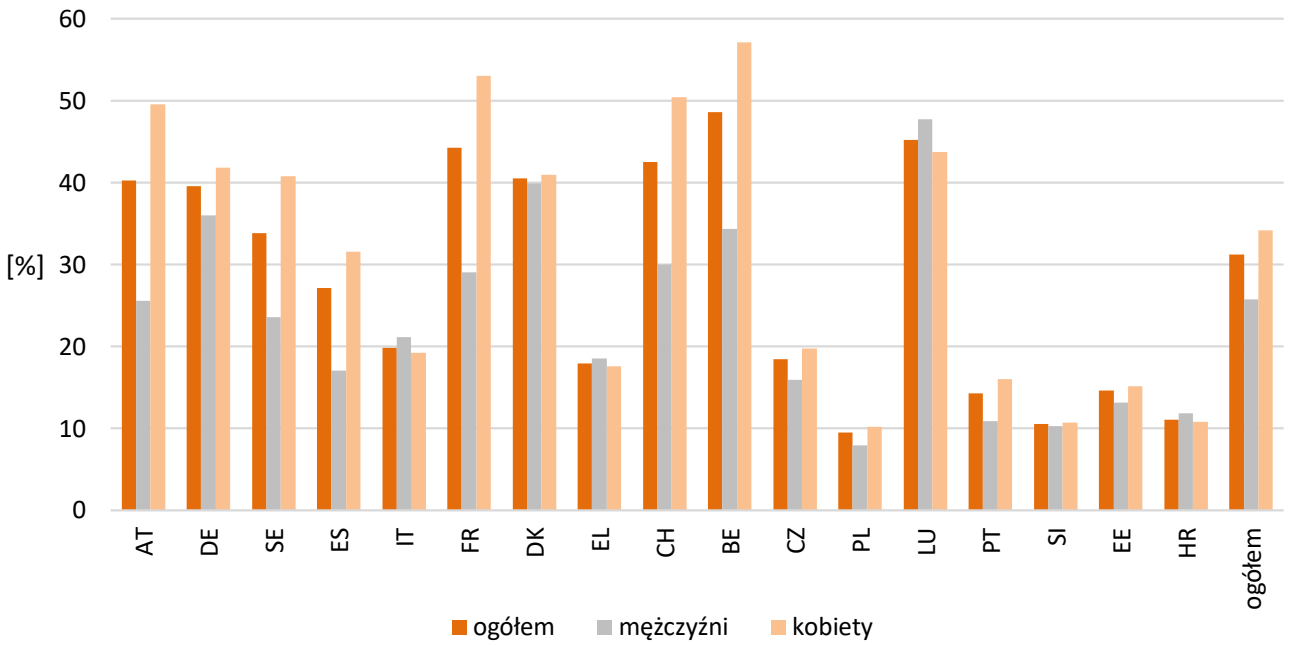
Zakres korzystania z opieki formalnej opisany udziałem starszych kobiet i mężczyzn otrzymujących tę opiekę zaprezentowano na wykresie 3.4. W zbadanej zbiorowości respondentów w analizowanych krajach jedynie 12% osób w wieku 65 lat i więcej otrzymywało formalne usługi opiekuńcze, częściej korzystały z nich kobiety niż mężczyźni (14,8% wobec 9%). Rozpatrywane kraje różnią się znacząco pod względem dostępności oraz uzyskiwania formalnych usług opiekuńczych. Najczęściej osoby starsze otrzymywały tego rodzaju wsparcie w Belgii (26,5%), Luksemburgu (20,7%) i Francji (19,5%), natomiast najrzadziej w Polsce, Słowenii, Estonii i Chorwacji (4–6%). Blisko jedna trzecia (31%) osób starszych z przynajmniej jednym ograniczeniem ADL/IADL uzyskiwała opiekę nieformalną, przy czym kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z tej opieki (34,1% wobec 25,8%). Znowu najczęściej ten typ wsparcia otrzymywali respondenci w Belgii, Luksemburgu i Francji, a także w Austrii, Niemczech i Szwajcarii, natomiast najrzadziej w wymienionych wyżej krajach Europy Środkowo-Wschodniej. W Polsce udział ten wyniósł niecałe 5% (3% dla mężczyzn i około 6% dla kobiet).

Wykres 3.4 Udział osób w wieku 65 lat więcej otrzymujących opiekę formalną według płci (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) (wyniki ważone).

Wykres 3.5 Udział osób w wieku 65 lat i więcej z przynajmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu ADL / IADL uzyskujących opiekę formalną (w %)



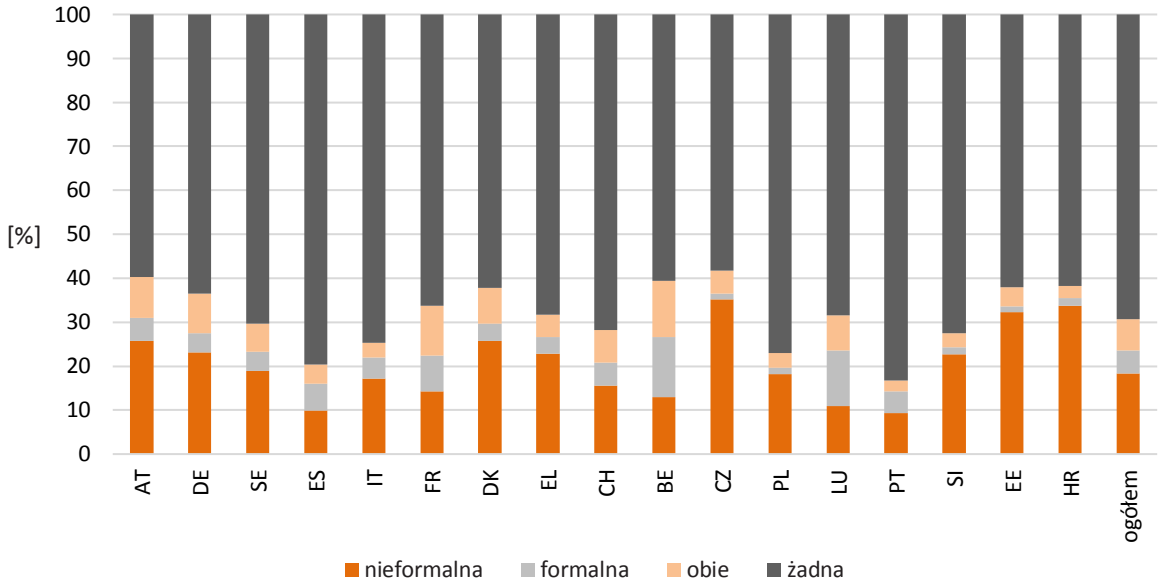
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) (wyniki ważone).

Podsumowaniem analizy zakresu korzystania z jakiejkolwiek opieki są wyniki opisujące strukturę respondentów w poszczególnych krajach ze względu na otrzymywanie lub nie opieki (nieformalnej i/ lub formalnej), które są przedstawione na wykresie 3.6. Podobnie jak wcześniej większość osób starszych w analizowanych krajach (69%) nie otrzymywało żadnej opieki, ale tylko część z nich jej nie potrzebowało. W Polsce odsetek ten wyniósł 77%. Ponad 18% osób starszych w rozpatrywanych krajach otrzymywało jedynie opiekę nieformalną, co dwudziesta osoba otrzymywała tylko opiekę formalną, zaś (7%) uzyskiwało oba rodzaje opieki. Ponownie można zaobserwować znaczne różnice między rozpatrywanymi krajami: w niektórych osoby starsze otrzymują głównie opiekę nieformalną (Polska, Estonia, Chorwacja, Słowenia), a w innych formalne usługi opiekuńcze stanowią znaczną część wsparcia uzyskiwanego przez seniorów. Dla Polski udział osób otrzymujących jedynie opiekę nieformalną wyniósł 18%, co setna uzyskiwała pomoc formalną, a ponad 3% jednocześnie oba rodzaje opieki.

Po uwzględnieniu stanu zdrowia zmienił się zakres korzystania z opieki: ponad 29% osób starszych w analizowanych krajach z przynajmniej jednym ograniczeniem ADL/IADL otrzymywało tylko opiekę nieformalną, kolejne 10% jedynie opiekę formalną i ponad 21% oba typy opieki (wykres 3.7). Oznacza to jednak, że prawie 40% zbiorowości osób w wieku 65 lat i więcej z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu nie uzyskiwało żadnej pomocy. Z kolei w Polsce prawie 38% osób starszych z przynajmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu podstawowych lub złożonych czynności życiowych otrzymywało wsparcie nieformalne, co setna różnego rodzaju formalne usługi opiekuńcze, zaś 8,5% uzyskiwało pomoc nieformalną wraz z opieką formalną. Można zatem stwierdzić, iż nieco ponad połowa starszych Polaków z przynajmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu podstawowych lub złożonych czynności życiowych pozostawała bez wsparcia.

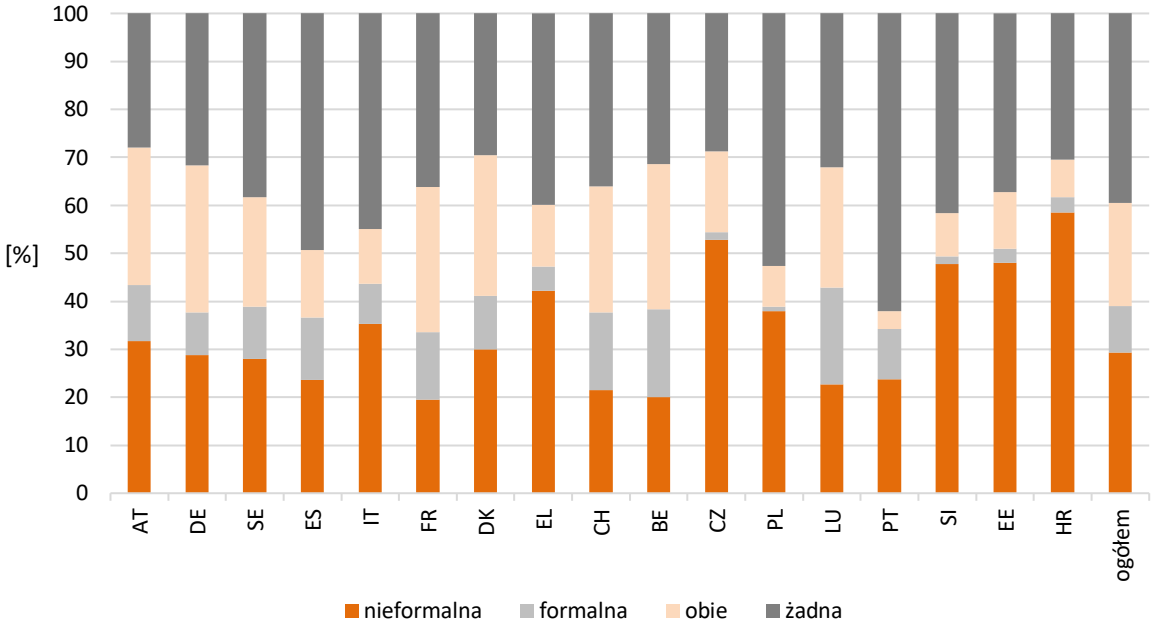
Rozpatrywane kraje różnią się znacząco pod względem struktury otrzymywanego wsparcia przez osoby starsze z ograniczeniami ADL/IADL: największy udział osób z niezaspokojonymi potrzebami opiekuńczymi odnotowano dla Portugalii, Polski, Hiszpanii i Włoch. Jeszcze raz należy podkreślić, iż choć różnice między potrzebami opiekuńczymi a uzyskiwaną pomocą mogą być wyjaśnione do pewnego stopnia przez subiektywną percepcję osób starszych, to w znacznym stopniu ta różnica odzwierciedla rzeczywiste niezaspokojone potrzeby opiekuńcze osób starszych. Ta luka opiekuńcza jest analizowana w dalszej części opracowania.

Wykres 3.6 Struktura osób w wieku 65 lat i więcej według typu otrzymywanej opieki (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) (wyniki ważone).

Wykres 3.7 Struktura osób w wieku 65 lat i więcej z ograniczeniami ADL/ IADL według typu otrzymywanej opieki (w %)



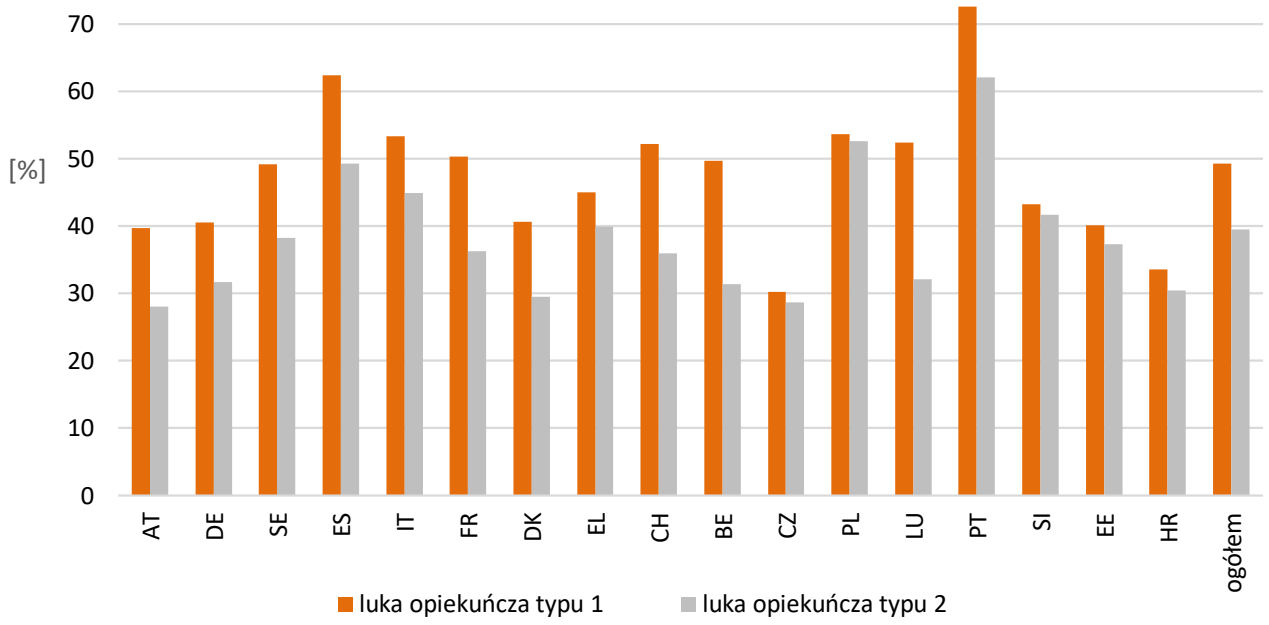
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) (wyniki ważone).

Jak wspomniano wcześniej, niezaspokojone potrzeby opiekuńcze tworzą tzw. lukę opiekuńczą, która może przyczyniać się do obniżenia jakości życia i zadowolenia z życia wśród osób starszych. Wyodrębniono dwa rodzaje luki opiekuńczej: luka opiekuńcza typu 1 oznacza sytuację, gdy osoba starsza odczuwająca ograniczenie przy wykonywaniu przynajmniej jednej podstawowej lub złożonej czynności dnia codziennego nie otrzymuje opieki nieformalnej, natomiast luka opiekuńcza typu 2 uwzględnia także korzystanie z formalnych usług opiekuńczych i występuje wówczas, gdy dana osoba nie otrzymuje żadnej opieki (nieformalnej i formalnej) mimo, że jej potrzebuje. Wyniki analiz przedstawione są na wykresach 3.8 i 3.9.

Generalnie, we wszystkich rozpatrywanych krajach 49% respondentów z przynajmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu ADL/ IADL nie otrzymuje opieki nieformalnej (luka opiekuńcza typu 1). Jednakże, jeśli uwzględniane są formalne usługi opiekuńcze maleje ona do 39,5% (luka opiekuńcza typu 1 i 2). Dla Polski wyniosła ona odpowiednio 53,6% oraz 52,6%, co potwierdza marginalny zakres korzystania z opieki formalnej.

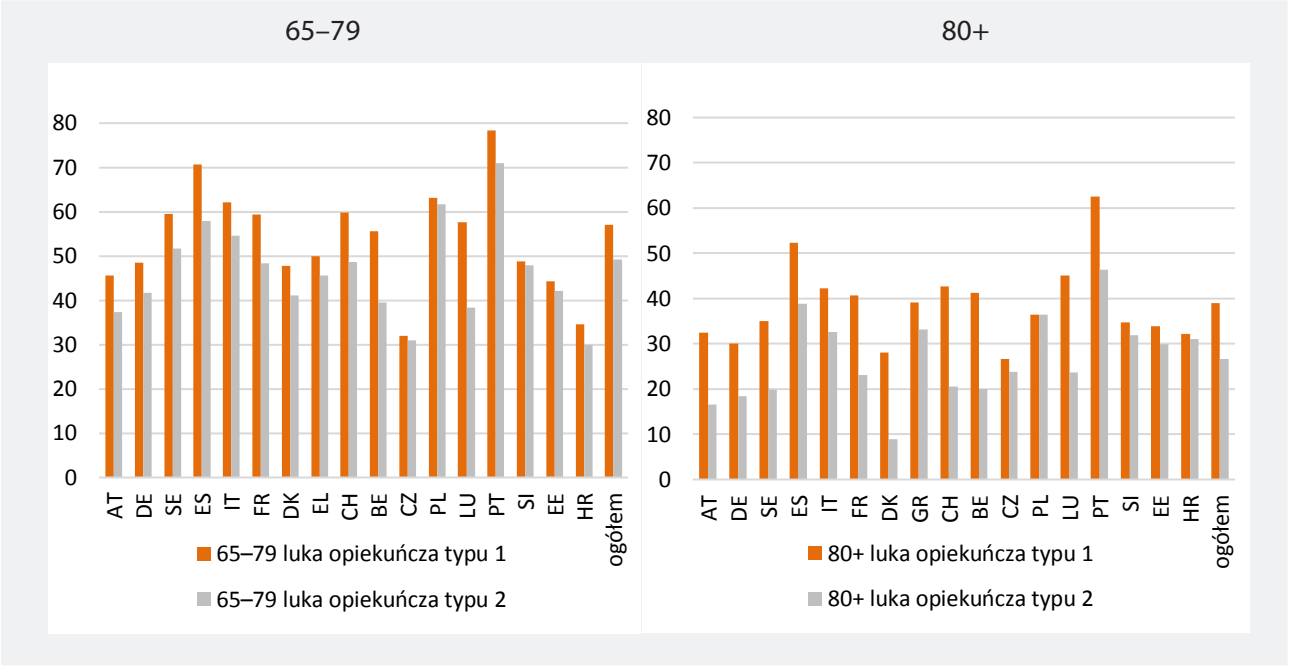
Analizowane kraje różnią się zarówno pod względem wielkości luki opiekuńczej obu typów, jak i różnicy między luką opiekuńczą typu 1 i typu 2. Największa luka opiekuńcza (typu 1 i 2) występuje w Portugalii i Hiszpanii, zaś najmniejsza w Czechach i Chorwacji. Warto podkreślić, iż różnice między tymi dwoma typami luki opiekuńczej były najmniejsze w krajach, w których publiczne/formalne usługi opiekuńcze są słabo rozwinięte (Polska, Czechy, Słowenia, Estonia i Chorwacja). Ponadto większą lukę opiekuńczą można odnotować dla osób w wieku 65–79 lat niż osób w wieku 80 lat i więcej (wykres 3.9). W niektórych krajach (np. Hiszpania i Portugalia) ta luka dla osób najstarszych jest dość znaczna. Może to wynikać z faktu, że wraz z nasilaniem się ograniczeń w starszym wieku konieczne jest zwiększenie wsparcia (w tym pomocy długoterminowej).

Wykres 3.8 Luka opiekuńcza wśród osób w wieku 65 lat i więcej z ograniczeniami przy wykonywaniu ADL/IADL (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) (wyniki ważone).

Wykres 3.9 Luka opiekuńcza wśród osób w wieku 65 lat i więcej z ograniczeniami przy wykonywaniu ADL/IADL według grup wieku (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.) (wyniki ważone).

Podsumowanie

Celem analiz niniejszego rozdziału było rozpoznanie stopnia korzystania z różnych form usług opiekuńczych przez osoby starsze w krajach uczestniczących w badaniu SHARE. A analizy dotyczyły całej zbiorowości osób starszych (65 lat i więcej) oraz grupy osób starszych z co najmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu podstawowych lub złożonych czynności życiowych. Pozwoliły one na ustalenie, w jakim stopniu osoby starsze korzystają ze wsparcia w ramach sieci nieformalnych, a w jakim stopniu z opieki formalnej oraz obu form opieki jednocześnie.

Większość osób w wieku 65 lat i więcej (69%) nie korzystała z żadnej formy opieki, przy czym ten udział waha się od 60% w Austrii i Belgii, do 80% w Hiszpanii (Polska 77%). Otrzymywane przez respondentów wsparcie pochodziło głównie z sieci nieformalnych, choć występują znaczne różnice między krajami w zakresie świadczonej opieki formalnej i nieformalnej: w niektórych osoby starsze otrzymują głównie opiekę nieformalną (Polska, Estonia, Chorwacja, Słowenia), a w innych (Francja, Belgia, Luksemburg) formalne usługi opiekuńcze stanowią znaczną część wsparcia uzyskiwanego przez seniorów.

Ocena zakresu wsparcia udzielanego osobom starszym oraz jego form ulega zmianie, gdy uwzględniony jest stan zdrowia respondentów, tj. rozpatrywane są tylko osoby starsze, które doświadczają przynajmniej jednego ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (ADL) lub złożonych czynności dnia codziennego (IADL). Przyjmując, że te ograniczenia są wyznacznikiem zapotrzebowania na pomoc, można stwierdzić, iż prawie 40% osób z tej grupy nie korzystało z żadnej pomocy. To określa lukę opiekuńczą. Jej wielkość jest silnie zróżnicowana między krajami – udział osób nieotrzymujących wsparcia różni się bardziej między krajami niż dla całej grupy osób starszych, waha się bowiem od 30% (Czechy, Austria, Dania, Chorwacja) do 62% (Portugalia). Włochy, Hiszpania i Polska wyróżniają się stosunkowo wysoką luką opiekuńczą – odpowiednio 45%, 50% i 53% osób starszych z ograniczeniami zdrowotnymi nie otrzymywało wsparcia. Należy podkreślić, iż świadczone wsparcie ma głównie formę opieki nieformalnej – 29% osób starszych z przynajmniej jednym ograniczeniem ADL/IADL otrzymywało tylko opiekę nieformalną wobec 10% korzystających jedynie z opiekę formalnej, choć stosunkowo dużą rolę odgrywa łączenie obu form opieki – nieco ponad 21% korzystało z obu typów opieki.

Struktura transferów opieki ze względu na ich formę jest wyraźnie zróżnicowana – opieka nieformalna ma największe znaczenie w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej, zaś w pozostałych krajach stosunkowo dużą rolę odgrywa łączenie opieki formalnej i nieformalnej. Ma to wpływ na kształtowanie się luki opiekuńczej rozpatrywanej według jej źródeł: braku nieformalnego wsparcia (luka opiekuńcza typu 1) oraz braku jakiegokolwiek wsparcia (luka opiekuńcza typu 2). Największa luka opiekuńcza (typu 1 i 2) występuje w Portugalii i Hiszpanii, zaś najmniejsza w Czechach i Chorwacji, głównie dzięki roli, jaką odgrywa wsparcie nieformalne. W tych krajach, gdzie formalne usługi opiekuńcze są słabo rozwinięte (Polska, Czechy, Słowenia, Estonia i Chorwacja), różnice między tymi dwoma typami luki opiekuńczej były najmniejsze. Należy podkreślić, iż wyniki analizy luki opiekuńczej obu typów w dwóch grupach wieku 65–79 lat oraz 80 lat i więcej zdają się wskazywać na zwiększenie wsparcia uzyskiwanego przez osoby najstarsze, u których występuje nasilanie się ograniczeń zdrowotnych w życiu codziennym. Osoby w wieku 65–79 lat miały bowiem częściej niezaspokojone potrzeby opiekuńcze niż osoby w wieku 80 lat i więcej.

Luka opiekuńcza obu typów jest mniejsza w grupie osób najstarszych we wszystkich krajach (wyjątek stanowi jedynie Chorwacja, w której wzrosła luka typu 2), a jej spadek jest najbardziej widoczny dla Szwecji i Polski w odniesieniu do luki typu 1, co oznacza najwyraźniejsze zwiększenie wsparcia nieformalnego, oraz Danii i Szwecji w odniesieniu do luki typu 2, co wskazuje na zwiększenie wsparcia w obu formach opieki. Polska należy do krajów o największej luce typu 1 i 2 wśród osób wieku 65–79 lat oraz największej luce typu 2 dla osób w wieku 80 lat i więcej.

Bibliografia

Abramowska-Kmon, A., Kotowska, I. E., Łątkowski, W., Szweda-Lewandowska, Z. (2019). Stan zdrowia i otrzymywanie opieki wśród osób starszych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. W: M. Strojny (red.), Europa Środkowa i Wschodnia wobec globalnych trendów: gospodarka, społeczeństwo i biznes. Oficyna Wydawnicza SGH – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Albertini M., Kohli M. (2013). The Generational Contract in the Family: An Analysis of Transfer Regimes in Europe. European Sociological Review, 29(8), 828–840.

Bittman M., Fast J.E., Fisher K., Thomson C. (2004). Making the invisible visible: the life and time(s) of informal caregivers. In M. Bittman, N. Folbre (red.), Family time: the social organization of care (pp. 69–90). London and New York: Routledge.

Bolin K., Lindgren B., Lundborg P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. Health Economics, 17(3), 393–409.

Bonsang E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? Journal of Health Economics, 28(1), 143–154.

Brandt M., Haberkern K., Szydlik M. (2009). Intergenerational Help and Care in Europe. European Sociological Review, 25(5), 585–601.

Doblhammer, G., Ziegler, U., Martikainen, P., Nihtilä, E. i Apt, W. (2008). Health and its effect on the future demand for care. W: J. Gaymu, P. Festy, M. Poulain i G. Beets (red.), Future Elderly Living Conditions in Europe. Paris: Les Cahiers de l'Ined, INED.

Doblhammer, Gabriele i Ziegler, U. (2006). Future elderly living conditions in Europe: demographic insights. W: G. M. Backes, V. Lasch i K. Reimann (red.), Gender, health and ageing: European perspectives on life course, health issues and social challenges. Wiesbaden: VS Verlag.

Haberkern, K. i Szydlik, M. (2010). State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. Ageing and Society, 30(2), 299–323.

Kalwij, A., Pasini, G. i Wu, M. (2012). Home care for the elderly: the role of relatives, friends and neighbors. Review of Economics of the Household, 1–26.

Laferrère, A., & Van den Bosch, K. (2015). Unmet need for long-term care and social exclusion. In Ageing in Europe – Supporting Policies for an Inclusive Society (pp. 331–341).

Landau, R., Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: the role of health, personality and social support, The International Journal of Aging and Human Development, 52(4.2.), 265–280.

OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, Paris/EU, Brussels: OECD Publishing.

Ogg, J., i Renaut, S. (2006). The support of parents in old age by those born during 1945–1954: a European perspective. Ageing and Society, 26(05), 723–743.

Pfau-Effinger, B. (2005). Welfare State Policies and care arrangements. European Societies 7(2):321–347.

Saraceno, Ch., Keck, W. (2010). Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?, European Societies, 12(5), 675–696.

Tomini, F., Tomini, S.M., Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data, BMC Geriatrics, 16(1): 203

Vaupel, J. W., & Kistowski, K. G. V. (2008). Living longer in an ageing Europe: a challenge for individuals and societies. European View, 7(2), 255–263.

Vlachantoni, A. (2017). Unmet need for social care among older people. Ageing and Society, 39(4), 657–684.

Vlachantoni, A., Shaw, R., Willis, R., Evandrou, M., Falkingham, J., & Luff, R. (2011). Measuring unmet need for social care amongst older people. Population Trends, (145), 56–72.

3.3 Wpływ przebiegu życia w tym historii zawodowej oraz rodzinnej na relacje międzypokoleniowe

Agnieszka Chłoń-Domińczak, Iga Magda, Paweł Strzelecki

Przebieg życia, obejmujący – między innymi – historie rodzinną i zawodową ma znaczenie dla sytuacji, w jakiej znajdują się osoby w tej fazie życia, jaką wyznacza ukończenie 50 lat. Sytuację osób w wieku 50+ określa nie tylko poziom ich dochodów, ale także relacje międzypokoleniowych i transfery pomiędzy pokoleniami, czyli udzielanie bądź otrzymywanie różnych form wsparcia.

W literaturze coraz więcej uwagi poświęca się relacjom międzypokoleniowym, a także specyfice przebiegu karier zawodowych i rodzinnych kobiet. Analizy te prowadzone są w kontekście działań na rzecz aktywizacji zawodowej kobiet, a także pełnienia ról opiekuńczych w kontekście starzenia się ludności. Odpowiednie możliwości łączenia obowiązków zawodowych i rodzinnych umożliwiają pełniejsze uczestnictwo w rynku pracy, a także zgromadzenie odpowiednich uprawnień emerytalnych (Kvist, 2016). Obecnie nadal w wielu krajach występuje bardzo wyraźny podział ról ze względu na płeć. W efekcie kobiety częściej mają zróżnicowane historie zawodowe, gdyż one łączą je z obowiązkami opiekuńczymi przede wszystkim związanymi z dziećmi (Levy i Krüeger, 2001). W efekcie wkład mężczyzn w gospodarstwo domowe to głównie ich zarobki, a wkład kobiet to w dużym stopniu czas poświęcony na pracę w domu. Ten podział ma wpływ na sytuację kobiet w dalszych etapach ich przebiegu życia (Gauthier, Kotowska i Vono de Vilhena, 2018). Analizy prowadzone na danych SHARE przez Madero-Cabib i Fasang (2016) pokazują, że w Niemczech i Szwajcarii kobiety stanowią 90% w grupie osób z 2 lub więcej dzieci pracujących w niepełnym wymiarze lub nieaktywnych zawodowo. Wybory te bardzo często od uwarunkowań społecznych i typu państwa opiekuńczego (Komp-Leukkunen, 2019). Badanie SHARE dostarcza danych umożliwiających analizę, jak biografia zawodowa respondentów kształtuje ich relacje z dziećmi. Dane te były pozyskane w ramach wywiadu dotyczącego przebiegu życia (SHARELIFE). Wywiad taki był przeprowadzony w 3. rundzie badania (2006/2007), a także ponownie w rundzie 7 (2017). W tej części raportu wykorzystujemy dane zgromadzone w 3. rundzie wraz z danymi dotyczącymi relacji pomiędzy pokoleniami (rodzicami i dziećmi) zgromadzonymi w 7. rundzie. Analiza obejmuje kobiety, bowiem ich biografia zawodowa jest ściśle powiązana z biografią rodzinną, jak jest to opisane powyżej.

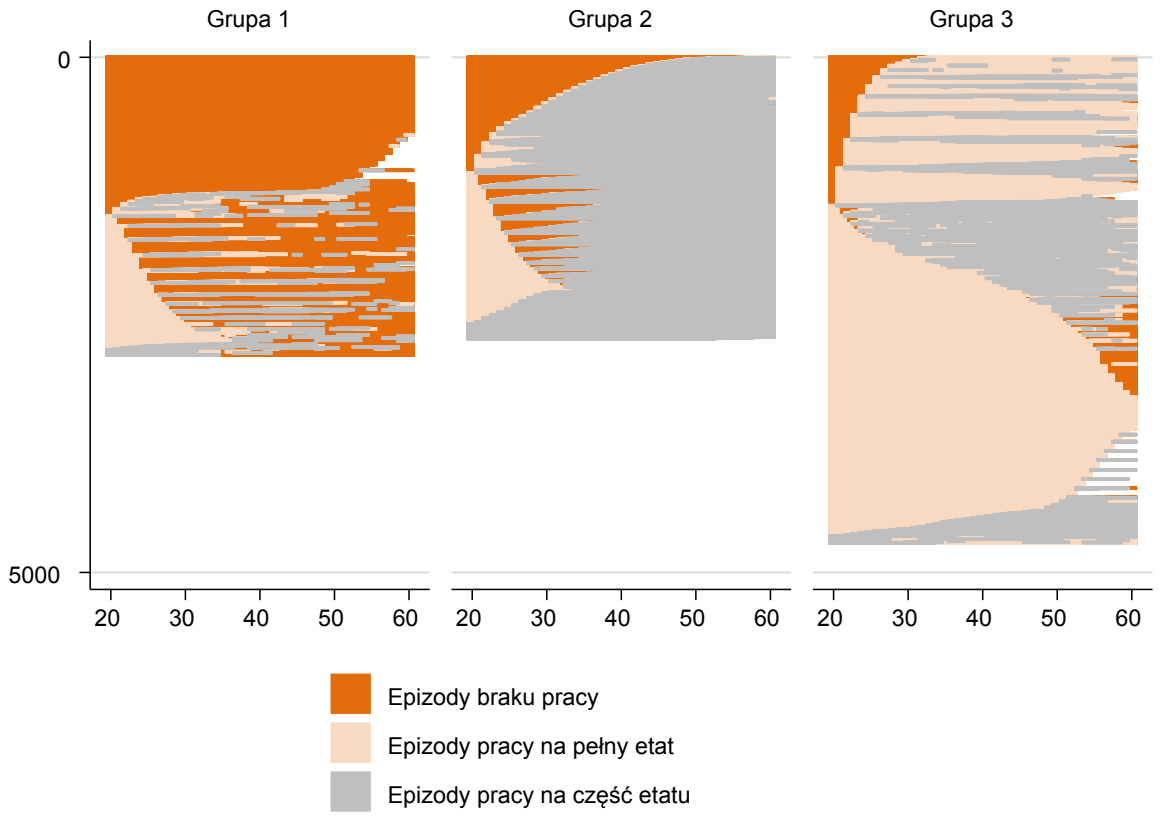
Celem analizy jest określenie, jaki był przebieg aktywności zawodowej kobiet w wieku 50+ w Polsce i w innych krajach oraz jaki był wpływ wyborów matek dotyczących ich pracy zawodowej na ich relacje z dziećmi w fazie ich życia po ukończeniu 50 lat.

Przebieg aktywności zawodowej kobiet – analizy porównawcze

Przebieg aktywności zawodowej kobiet jest opisywany poprzez okresy ich pracy w pełnym lub niepełnym wymiarze oraz pozostawania poza zatrudnieniem. Dane z 3. rundy o historii zawodowej respondentek zostały wykorzystane do przeprowadzenia analizy sekwencji, czyli porównania podobieństwa karier zawodowych pojedynczych osób. Dla każdej z osób rok po roku od momentu wejścia na rynek pracy (ukończonych 18 lat) do osiągnięcia wieku 60 lat (najniższy wiek emerytalny w badanych krajach) ocenia się, jak bardzo jej aktywność jest podobna do pozostałych osób w próbie. W niniejszym badaniu każda z osób mogła w danym roku doświadczyć epizodu braku pracy (nieaktywność zawodowa lub bezrobocie), pracy na pełny etat lub pracy na pół etatu lub mniej. Na podstawie podobieństw karier zawodowych wszystkie osoby biorące udział w badaniu podzielone zostały na trzy grupy odzwierciedlające typy wyborów zawodowych kobiet w krajach objętych badaniem, co jest celem tej części analizy.

Około 28% kobiet uwzględnionych w analizie należy do grupy pierwszej, w której znajdują się kobiety głównie niepracujące. Kolejne 26% to kobiety, które decydowały się na pracę w niepełnym wymiarze. Natomiast najwięcej kobiet (46%) łączyło życie rodzinne z pracą w pełnym wymiarze w przeważającej części ich wieku aktywności zawodowej (wykres 3.10).

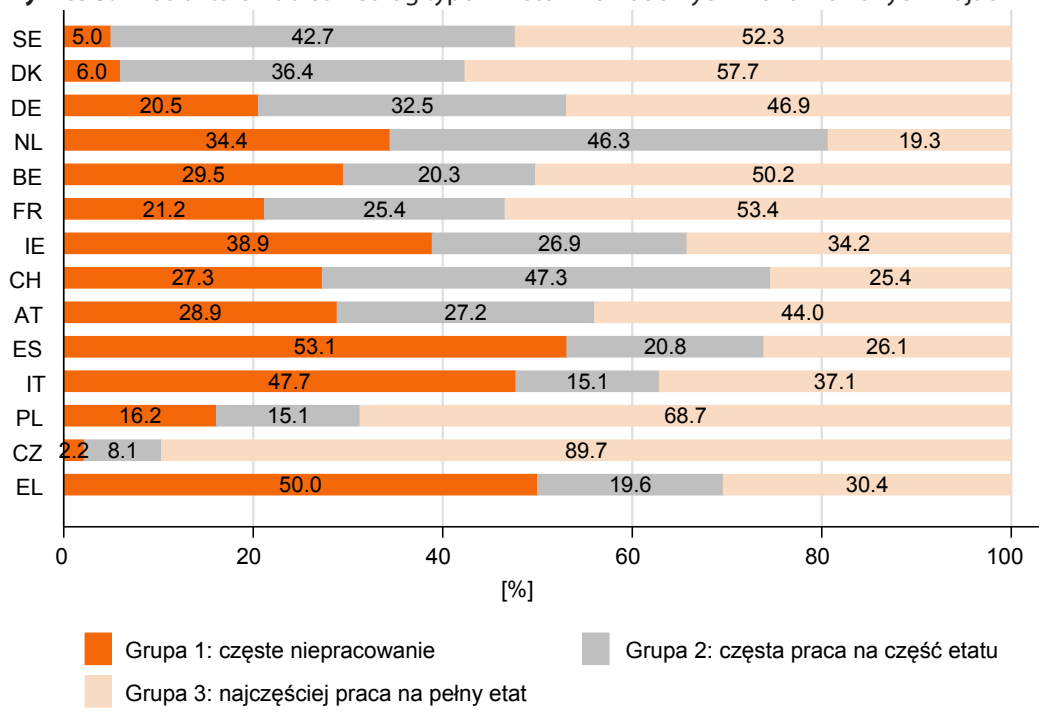
Wykres 3.10 Trzy typy karier zawodowych (epizodów ich aktywności zawodowej) kobiet w próbie jako wynik analizy podobieństwa sekwencji epizodów braku pracy, pracy w pełnym wymiarze i pracy na część etatu



Źródło: Chłoń-Domińczak, Magda, & Strzelecki, 2019.

Wzorce udziału kobiet w rynku pracy różnią się pomiędzy krajami. W Polsce kobiety w wieku 50+ znacznie częściej należą do grupy pracujących przez większość życia w pełnym wymiarze (podobnie w Czechach), co ilustruje wykres 3.11. Jest to zarówno konsekwencją różnic związanych z ustrojem społeczno-gospodarczym, jak i sytuacją ekonomiczną gospodarstw domowych. W krajach południowych częstym wyborem była dezaktywizacja i pozostawanie w domu, natomiast w krajach skandynawskich jak również Europy kontynentalnej znaczna część kobiet wybierała pracowanie w niepełnym wymiarze.

Wykres 3.11 Struktura kobiet według typów historii zawodowych w analizowanych krajach



Źródło: Chłoń-Domińczak, Magda, & Strzelecki, 2019.

Warto również podkreślić pewne ogólne charakterystyki kobiet sprzyjające przynależności do określonej grupy. Kobiety o niskim poziomie wykształcenia częściej należą do grupy najmniej aktywnej na rynku pracy. Najstarsze kobiety (w wieku 75 i więcej lat) również częściej były mniej aktywne, podczas gdy te, które nie ukończyły 65 roku życia, częściej należą do grupy pracujących w pełnym wymiarze. Wraz ze wzrostem liczby dzieci zwiększa się udział kobiet należących do grupy pracujących w niepełnym wymiarze lub najmniej aktywnych.

Relacje międzypokoleniowe w krajach SHARE – analizy porównawcze

Wykorzystując informacje o historii zawodowej i przynależności do poszczególnych grup, a także inne charakterystyki kobiet w wieku 50+, które mają dzieci (wiek, liczba dzieci, czy posiada partnera, ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności ze względu na stan zdrowia, sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego), dokonano analizy wybranych aspektów relacji międzypokoleniowych – relacji rodziców z dorosłymi dziećmi i wnukami.

Bliskość zamieszkania

Pierwszym z analizowanych aspektów była bliskość zamieszkania rodziców z dziećmi – czy mieszkają w tym samym gospodarstwie domowym lub bardzo blisko siebie (do 5 km), czy odległość ta pozwala na dojechanie samochodem lub też czy rodzice i dzieci mieszkają od siebie relatywnie daleko. Do indywidualnych cech, które okazały się istotne, należy wiek. Kobiety w wieku do 65 lat częściej mieszkają w jednym gospodarstwie domowym ze swoimi dziećmi niż te w starszych grupach wieku. Oznacza to, że w dużej części gospodarstw domowych dorosłe dzieci przedłużają moment wyprowadzenia się z domu. Istotny jest również kraj zamieszkania. W Polsce i w Grecji kobiety statystycznie częściej mieszkają ze swoimi dziećmi w jednym domu lub mieszkaniu, podczas gdy w Danii i Szwecji dzieje się to znacznie rzadziej (w porównaniu do Niemiec). W Grecji, Hiszpanii, Polsce, Włoszech i w Czechach za to kobiety rzadziej mieszkają w odległości pozwalającej dzieciom na dojazd samochodem od ich miejsca zamieszkania.

Uwzględniając różnice związane z indywidualnymi cechami, w tym przebiegiem historii zawodowej, w Polsce odsetek kobiet, które mieszkają w jednym domu lub mieszkaniu z dziećmi jest jeden z najwyższych i wynosi 47,6%, podobne wartości obserwujemy we Włoszech i w Hiszpanii. Dla porównania w Niemczech jest to 21,8%, a w Czechach 25,7%. W krajach skandynawskich odsetki te są znacznie niższe (5,3% w Danii i 11,3% w Szwecji). W naszym kraju mniej niż jedna czwarta (22,7%) kobiet w wieku 50+ mieszka w bliskiej odległości od dzieci (do 5 km) – jest to mniej niż w Austrii, Belgii, Szwajcarii, Hiszpanii, Włoszech, Danii, Szwecji czy Czechach. Kolejne 16% kobiet mieszka w odległości pozwalającej na dojazd samochodem do dzieci, a 13% w jeszcze dalszej odległości. We Francji, Danii i Szwecji około ¼ kobiet mieszka najdalej od swoich dzieci, natomiast w Hiszpanii, Włoszech, Czechach i Belgii te odsetki są niższe niż w Polsce (w ostatnich dwóch krajach wynikać to może również z wielkości geograficznej).

Udzielanie i otrzymywanie pomocy niefinansowej

Kolejne aspekty analizowanych relacji międzypokoleniowych dotyczą udzielania i otrzymywania pomocy od innych, w tym w szczególności dzieci. Dane badania SHARE pozwalają na stwierdzenie, że kobiety w Polsce stosunkowo rzadko angażują się w udzielanie pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego (uwzględniając cechy indywidualne, jak powyżej) – jest to około 16,5% kobiet. Dla porównania w Danii ponad 52% kobiet deklaruje udzielanie wsparcia innym, ale w Hiszpanii i Grecji tak oszacowane odsetki są niższe niż w Polsce. Cechy indywidualne, które mają znaczenie przy tej formie aktywności społecznej i rodzinnej, to wiek i pozostawanie w związku. Kobiety po 75-tym roku życia, jak również te, które mają męża (partnera), rzadziej angażują się w pomoc innym osobom spoza gospodarstwa domowego.

Kobiety poniżej 65 roku życia częściej udzielają pomocy osobom niespokrewnionym. Natomiast kobiety, u których występują ograniczenia w wykonywaniu czynności codziennych, a także te, które mieszkają blisko dzieci, jeżeli już udzielają wsparcia, to częściej jest to pomoc udzielana osobom z rodziny. Również kobiety, które należą do grupy najmniej aktywnych na rynku pracy, częściej angażują się we wspieranie osób w rodzinie. Spośród Polek, które deklarują wspieranie osób spoza gospodarstwa domowego, 29% wspiera inne osoby z rodziny. Dla porównania, w Danii, Niemczech czy Czechach jest to około połowy

kobiet, natomiast w Hiszpanii i Włoszech jest to mniej niż 20%. Należy przy tym pamiętać, że w badaniu uwzględnione jest wsparcie udzielane osobom spoza gospodarstwa domowego. W krajach Europy Południowej i w Polsce – jak to było wspomniane wcześniej – znaczna część kobiet po 50-tym roku życia nadal mieszka ze swoimi dziećmi w jednym gospodarstwie domowym.

Kobiety również korzystają ze wsparcia (innego niż finansowe) osób spoza gospodarstwa domowego. Częściej z pomocy takiej korzystają kobiety w wieku powyżej 75 lat, a także te, które mają ograniczenia związane z wykonywaniem czynności codziennych, a ponadto te, których dzieci mieszkają w odległości do 5 km. Rzadziej z pomocy z zewnątrz korzystają kobiety, które mają męża (partnera). To, jaka była historia zawodowa kobiet, nie wpływa znacząco na częstość korzystania ze wsparcia osób spoza gospodarstwa domowego. Polki, w porównaniu do kobiet z innych krajów stosunkowo najrzadziej deklarują korzystanie ze wsparcia spoza gospodarstwa domowego (8,8% z uwzględnieniem różnic indywidualnych charakterystyk pomiędzy krajami). Stosunkowo rzadko z takiej pomocy korzystają kobiety w Hiszpanii (9%), Włoszech (12%) czy Grecji (17%). Może to wskazywać na to, że pomoc wówczas jest otrzymywana w ramach gospodarstwa domowego. Co ciekawe, 55% kobiet w Czechach, 37% w Austrii i niemal 33% w Niemczech deklaruje uzyskiwanie wsparcia od osób spoza gospodarstwa domowego. Niemal dwie trzecie kobiet (63%) korzystających ze wsparcia niefinansowego otrzymuje je od członków rodziny. Istotnie częściej pomoc od rodziny deklarowały kobiety powyżej 75 roku życia, a także Czeszki. Wśród kobiet otrzymujących wsparcie w tym kraju 92% otrzymywało wsparcie od rodziny. W Polsce było to 69% kobiet otrzymujących wsparcie. Częściej z pomocy rodziny korzystały Włoszki i Greczynki. Z kolei w Hiszpanii, Francji i Belgii odsetek ten był nieco wyższy niż 50%.

Udzielanie i otrzymanie wsparcia finansowego

W badaniu SHARE uwzględnione są również otrzymywanie i udzielanie wsparcia finansowego. Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że rzadziej pomoc finansową otrzymują kobiety po 75-tym roku życia, także te, które mają męża (partnera), jak również te, które mieszkają z daleka od swoich dzieci. Spośród grupy analizowanych krajów, Polki najczęściej deklarują otrzymywanie wsparcia finansowego (chociaż współczynnik oszacowanego modelu ma stosunkowo duży poziom błędu). Uwzględniając czynniki indywidualne, około 20% Polek w wieku 50+ deklaruje otrzymywanie wsparcia finansowego, co jest najwyższym odsetkiem wśród analizowanych krajów. W Czechach tak oszacowany odsetek wynosi około 15%, w pozostałych krajach mniej niż 10% kobiet otrzymuje wsparcie finansowe. Wśród kobiet, które otrzymują pomoc finansową, częściej deklarowały otrzymywanie jej od rodziny kobiety, które doświadczają ograniczeń w wykonywaniu czynności codziennych, jak również kobiety w Belgii, Włoszech, Grecji, Czechach i Polsce. W przypadku tych trzech ostatnich krajów ponad 90% kobiet, które otrzymują wsparcie finansowe, otrzymuje je od osób z rodziny.

Ocena dawania wsparcia finansowego pokazuje, że również kobiety po 75-tym roku życia rzadziej udzielają takiego wsparcia, jak również te osoby, które deklarują trudności w wiązaniu koniec z końcem w gospodarstwie domowym. Kobiety, które mieszkają daleko od swoich dzieci, w mniejszym stopniu udzielają wsparcia finansowego. W mniejszym stopniu (w porównaniu do kobiet w Niemczech) wsparcie finansowe innym deklarują Greczynki i Czeszki. Szacunki wskazują, że dawanie pomocy finansowej jest

częstsze w przypadku kobiet, które pracowały w pełnym wymiarze, i najrzadsze wśród kobiet przeważnie nieaktywnych. W Polsce oszacowany odsetek kobiet deklarujących udzielanie wsparcia finansowego wynosi 41%, we Włoszech jest to 43%, a w Niemczech 30%. Najrzadziej udzielanie wsparcia finansowego deklarują kobiety z Grecji (13%) i Hiszpanii (15%).

Opiekowanie się wnukami[24]

Kolejnym aspektem relacji międzypokoleniowych jest opieka nad wnukami. Częściej wnukami opiekują się kobiety przed 65. rokiem życia, będące w związku, natomiast rzadziej te, które doświadczają ograniczeń w codziennych aktywnościach, a także z trudnością wiążące koniec z końcem. Rzadziej wnukami opiekują się również kobiety, które mieszkają dalej od swoich dzieci. Skala zaangażowania w tę formę opieki jest odmienna w różnych krajach. W porównaniu do kobiet z Niemiec, statystycznie częściej wnukami opiekują się Francuzki, Belgijki, Dunki i Szwedki. Uwzględniając czynniki indywidualne, w Polsce oszacowany odsetek kobiet opiekujących się wnukami wynosi 53% i jest niższy niż w Szwecji, Belgii i Francji, ale wyższy niż w Czechach, Austrii, Grecji i Hiszpanii.

Kontakty z dziećmi

Ostatnim z analizowanych aspektów relacji międzypokoleniowych jest częstość kontaktów z dziećmi. Charakterystykami, które sprzyjają częstości kontaktów z dziećmi są wiek poniżej 65 lat, stosunkowo łatwe wiązanie końca z końcem (w porównaniu do osób, które nie doświadczają żadnych trudności finansowych). Rzadziej w kontakcie z dziećmi pozostają kobiety, które mieszkają stosunkowo daleko od dzieci, a także te, które większość swojej kariery zawodowej pracowały w niepełnym wymiarze czasu pracy. Częściej w kontakcie z dziećmi, w porównaniu do kobiet z Niemiec pozostają kobiety z Europy Południowej (Greczynki, Hiszpanki, Włoszki), a także Czeszki. Przy uwzględnieniu cech indywidualnych, 86% Polek deklaruje utrzymywanie częstych kontaktów z dziećmi. W krajach południa Europy jest to ponad 90%, natomiast w Szwajcarii jest to nieco więcej niż ¾.

Podsumowanie

Wzorce wymiany międzypokoleniowej wyraźnie wskazują, że ma ona wielowymiarowy charakter. Można tę wymianę oceniać nie tylko poprzez analizę różnych rodzajów transferów zachodzących między rodzicami a dziećmi, ale także z uwzględnieniem cech indywidualnych. Relacje budowane od wczesnych lat są ważne dla dalszych więzi między pokoleniami. Pogodzenie życia zawodowego i rodzinnego poprzez karierę na rynku pracy w niepełnym wymiarze godzin prowadzi do silniejszej wymiany międzypokoleniowej, podczas gdy ci, którzy wycofali się z rynku pracy, wydają się mieć mniej intensywną wymianę międzypokoleniową. Gdy rozpatruje się cechy indywidualne, w tym karierę na rynku pracy, istotne są również różnice krajowe (państwo opiekuńcze).

24 Szerzej zagadnienie związane z opiekowaniem się wnukami opisane jest w rozdziale 1.4. raportu.

Bibliografia

Chłoń-Domińczak, A., Magda, I. i Strzelecki, P. A. (2019). 13. Patterns of labour market participation and their impact on the well-being of older women. *Health and Socio-Economic Status over the Life Course*, 129–140. https://doi.org/10.1515/9783110617245–013

Gauthier, A. H., Kotowska, I. E. i Vono de Vilhena, D. (2018). Gender (In) Equality over the Life Course Evidence from the Generations & Gender Programme, (10).

Komp-Leukkunen, K. (2019). Capturing the diversity of working age life-courses: A European perspective on cohorts born before 1945. *PLoS ONE*, 14(2), 1–21. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212400

Kvist, J. (2016). A Framework for Social Investment Strategies: Integrating Generational, Life Course and Gender Perspectives in the EU Social Investment Strategy. In C. de la Porte & E. Heins (Eds.), *The Sovereign Debt Crisis, the EU and Welfare State Froem* (pp. 43–67). https://doi.org/10.1057/cep.2014.38

Levy, R. i Krüeger, H. (2001). Linking Life Courses, Work, and the Family: Theorizing a not so visible Nexus between Women and Men. *Canadian Journal of Sociology*, 26(2), 145–166.

Madero-Cabib, I. i Fasang, A. E. (2016). Gendered work–family life courses and financial well-being in retirement. *Advances in Life Course Research*, 27, 43–60. https://doi.org/10.1016/j.alcr.2015.11.003

Podsumowanie – wnioski dla polityki publicznej

Rozważania niniejszego raportu nawiązują do zagadnień omawianych w Europejskim Filarze Praw Socjalnych ogłoszonym w 2017 r., które ustrukturyzowane są wokół trzech tematów: równych szans i dostępu do zatrudnienia, uczciwych warunków pracy, jak również ochrony socjalnej i integracji społecznej. Analiza warunków i jakości życia pokoleń 50+ w Polsce na podstawie danych badania SHARE, mających zarówno charakter obiektywny jak i subiektywny, umożliwia wieloaspektową diagnozę sytuacji tych osób, wskazując na te jej elementy, które są istotne z perspektywy tego dokumentu. Raport dostarcza zatem informacji niezbędnych dla odpowiedniego kształtowania działań zmierzających do realizacji praw socjalnych sformułowanych w tym dokumencie. Oprócz takich ram koncepcyjnych zaletą raportu jest stosowanie podejścia porównawczego. Pozwala to na szersze rozpoznanie podejmowanych kwestii poprzez wskazanie, jak Polska sytuuje się na tle innych krajów europejskich. W niniejszym podsumowaniu uwaga jest skupiona na sytuacji w Polsce, choć czynione są także odniesienia do innych krajów.

Wyniki uzyskane z analiz uwarunkowań aktywności zawodowej osób w wieku 50+ wskazują na istotne bariery zwiększenia stopnia wykorzystania potencjału tej populacji w Polsce. Do tych barier należą niewątpliwie stan zdrowia, warunki pracy oraz zagrożenie wykluczeniem z rynku pracy z powodu utraty pracy, rozumiane jako długotrwałe pozostawanie poza rynkiem pracy przed przejściem na emeryturę. Działania na rzecz lepszego wykorzystania tego segmentu zasobów pracy są koniecznością nie tylko dlatego, że obecnie aktywność zawodowa tej grupy, zwłaszcza kobiet, wyróżnia się niekorzystnie na tle innych krajów europejskich. Wynika to również ze znaczenia pracy zarobkowej dla sytuacji materialnej i dobrostanu psychicznego osób w tym wieku, warunkujących ich aktywne starzenie się, jak i ze szczególnie niekorzystnych zmian proporcji między osobami w wieku produkcyjnym (znaczący spadek wielkości tej grupy) oraz osobami w wieku poprodukcyjnym (szybki wzrost liczebności tej grupy). Zmiany te widoczne są już obecnie, a ich natężenie będzie narastać w kolejnych latach.

Problemy zdrowotne osób w wieku okołoemerytalnym, stosunkowo częściej występujące w Polsce w porównaniu do innych krajów, a także szybki wzrost udziału osób z problemami zdrowotnymi w star-

szych grupach wieku, stanowią nie tylko barierę dłuższego pozostawania na rynku pracy czy podejmowania pracy, ale także barierę poprawy jakości życia i aktywnego starzenia się, zwiększając zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i wsparcie w życiu codziennym. Stan zdrowia jako bariera pozostawania na rynku pracy jest szczególnie widoczna dla mężczyzn – pracujący zawodowo mężczyźni w Polsce mają znacznie lepsze wskaźniki dotyczące stanu zdrowia niż ci, którzy przeszli na emeryturę. Ponadto stan zdrowia osób niepracujących w tym wieku jest silniej działającą barierą podjęcia pracy niż utrata pracy czy obowiązki rodzinne. Osoby niepełnosprawne w wieku 50+ lub odczuwające przewlekłe problemy zdrowotne narażone są na długoterminowe wykluczenie z rynku pracy, podobnie jak w innych krajach (z wyjątkiem Szwecji i Czech). W dodatku mimo dobrej sytuacji na rynku pracy w Polsce osoby w wieku 50+ ponoszą ryzyko długotrwałego pozostawania poza rynkiem pracy wskutek utraty pracy, co uwidoczniła analiza sytuacji osób bezrobotnych w rundzie 6. z 2015 r., które nadal pozostawały bez pracy w 7. rundzie badania SHARE zrealizowanej w 2017 r.

Ustalenia dotyczące stanu zdrowia Polaków w wieku okołoemerytalnym wzmacniają też rangę warunków pracy w podejmowaniu decyzji o wycofaniu się z rynku pracy, na znaczenie których wskazują wyniki innych analiz. Poprawa warunków pracy (zwłaszcza zmniejszenia obciążenia fizycznego, czy ekspozycji na wysokie temperatury, a także eliminacji pracy w bolesnej pozycji) staje się zatem kluczowym warunkiem lepszego wykorzystania potencjału populacji 50+ na rynku pracy. Te ustalenia są także zgodne ze wskazaniami dotyczącymi znaczenia stanu zdrowia jako przyczyny kontynuacji pracy w wykonywanym zawodzie. Jest to też ważny czynnik wpływający na chęć przejścia na emeryturę jak najszybciej, zgłaszaną przez blisko 60% kobiet i mężczyzn w Polsce. Ponadto subiektywna ocena przyczyn pozostawania na rynku pracy uwidoczniła rolę, jaką odgrywa wiek, co może sygnalizować niechęć wobec starszych pracowników zarówno ze strony pracodawców jak i innych pracowników. Postawa pracodawców zajmuje zresztą kolejne miejsce po wieku i stanie zdrowia w zestawie najważniejszych czynników kontynuacji pracy w wykonywanym zawodzie.

Stan zdrowia jest wyznacznikiem zapotrzebowania na usługi opiekuńcze. Przyjmując, że osoby w wieku 65+, odczuwające przynajmniej jedno ograniczenie przy wykonywaniu podstawowych lub złożonych czynności życiowych, potrzebują wsparcia w życiu codziennym, można za miernik luki opiekuńczej uznać odsetek osób z tej grupy, które nie otrzymują wsparcia. Luka ta waha się od 30% (Czechy, Austria, Dania, Chorwacja) do 62% (Portugalia), przy czym Polska wyróżnia się stosunkowo wysoką luką opiekuńczą, bowiem 54% osób starszych z ograniczeniami zdrowotnymi nie otrzymywało wsparcia. We wszystkich rozpatrywanych krajach wsparcie ma głównie formę opieki nieformalnej, świadczonej przez sieci rodzinne lub nierodzinne, jednak zakres opieki formalnej i nieformalnej różni się znacząco między krajami. Opieka nieformalna ma największe znaczenie w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej, zaś w pozostałych krajach stosunkowo dużą rolę odgrywa łączenie opieki formalnej i nieformalnej. Polska należy obok Hiszpanii i Portugali do krajów o najwyższej luce opiekuńczej, rozpatrywanej zarówno ze względu na brak wsparcia formalnego i nieformalnego, jak i ze względu na brak wsparcia nieformalnego. Osoby w wieku 80 lat i więcej, u których stopniowo nasilają się ograniczenia zdrowotne w życiu codziennym, uzyskują we wszystkich rozważanych krajach większe wsparcie. Jest to wyraźnie widoczne w Polsce wskutek zwiększenia pomocy nieformalnej. Te wyniki unaoczniają kluczowe znaczenie rozwoju opiekuńczych usług formalnych dla realizacji praw socjalnych dotyczących nie tylko ochrony socjalnej i integracji społecznej, ale także dostępu do rynku pracy osób świadczących opiekę nieformalną. Zasoby opieki w sieciach rodzinnych ule-

gają bowiem redukcji wskutek coraz mniejszych sieci krewniaczych oraz konieczności dłuższego pozostawania na rynku pracy, ograniczającej możliwości zaangażowania się w opiekę, a także wzrostu liczby osób starszych niebędących członkami sieci rodzinnych. Obok rozwoju opieki formalnej wspierającej rodziny w wywiązywaniu się ze zobowiązań opiekuńczych konieczne jest także rozważenie poszerzenia uprawnień osób pracujących do urlopów związanych z opieką nad starszymi członkami rodziny. Łączenie pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi nie dotyczy tylko członków rodziny nuklearnej w fazie wychowywania małych dzieci, ale odnosi się też do późniejszych faz przebiegu życia i obejmuje członków sieci rodzinnych. Działania na rzecz łączenia pracy zawodowej ze zobowiązaniami opiekuńczymi w przebiegu życia są mocno akcentowane w Europejskim Filarze Praw Socjalnych w odniesieniu do godnych warunków pracy.

Newralgiczną rangę stanu zdrowia osób w wieku 50+ w Polsce potwierdzają też analizy zagrożenia wykluczeniem społecznym z uwzględnieniem wielowymiarowych aspektów tego zjawiska. Polska ma najwyższy obok Niemiec stopień zagrożenia wykluczeniem w dziedzinie zdrowia. Gorszy stan zdrowia obniża też jakość życia tej grupy osób, podobnie jak odczuwanie depresji. W powiązaniu z ustaleniami dokonanymi na postawie Indeksu Aktywnego Starzenia się w odniesieniu do niskiej aktywności fizycznej można zatem podsumować, że wszelkie działania w zakresie zdrowia publicznego są kluczowe dla warunków i jakości życia Polaków w wieku 50+ oraz lepszego wykorzystania potencjału tych osób na rynku pracy i w społeczeństwie.

Niebagatelne znaczenie mogą mieć też działania wspierające rozwój kształcenia ustawicznego i poprawę umiejętności cywilizacyjnych. Spośród uwzględnionych dziedzin wykluczenia społecznego: materialne warunki życia, aktywność ekonomiczna, zdrowie, edukacja i umiejętności cywilizacyjne, relacje społeczne, stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym w dziedzinie edukacja i umiejętności cywilizacyjne jest w Polsce najwyższy, podobnie jak w innych krajach z wyjątkiem Niemiec i Grecji, ale niższy od stopnia wykluczenia w tej dziedzinie uzyskanego dla Hiszpanii i Grecji. Z kolei relacje społeczne są w Polsce dziedziną o najmniejszym stopniu zagrożenia wykluczeniem społecznym spośród uwzględnionych dziedzin, ale wskaźnik stopnia zagrożenia jest największy wśród rozpatrywanych krajów. Wynik ten współgra z niską aktywnością społeczną, ocenianą w ramach analiz aktywnego starzenia się. Podobnie ustalenia dotyczące pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego wskazują na stosunkowo mniejsze zaangażowanie Polaków w pomoc innym osobom, przy czym, jeśli się angażują, to sprawują częściej opiekę osobistą. Promocja różnych form aktywności społecznej powinna być zatem rozpatrywana nie tylko w kategoriach lepszego wykorzystania potencjału społecznego osób w wieku 50+, poprawy jakości życia otrzymujących wsparcie, ale także jako sposób zmniejszenia rangi relacji społecznych jako dziedziny wykluczenia.

Opieka nad wnukami jest ważną formą transferów osób w wieku 55+ przekazywaną kolejnym pokoleniom. Deklaruje ją blisko 58% respondentów (w Polsce około 51%), a regularną opiekę (raz w tygodniu lub częściej) wskazuje 34,0% (w Polsce 36%). Zaangażowanie w tę formę wymiany międzypokoleniowej jest większe w krajach o dobrze rozwiniętym systemie edukacyjno-opiekuńczym nad małymi dziećmi (Belgia, Francja, Dania, Szwecja). Opieka dziadków nie może być zatem rozpatrywana tylko jako substytut usług instytucjonalnych, co ma znaczenie w krajach o niedoborze tego typu usług jak np. w Polsce, ale także jest ich uzupełnieniem i ważną formą budowy relacji międzypokoleniowych. Obok wpływu na większe wykorzystanie potencjału osób starszych, ta aktywność dziadków odgrywa

dużą rolę w warunkach rosnącego skomplikowania więzi rodzinnych, niestabilności związków i rosnącej liczby rodzin z jednym rodzicem, zmniejszając ryzyko wykluczenia z rynku pracy matek samodzielnie wychowujących dzieci. Uwzględniając te relacje międzypokoleniowe, w ramach polityki łączenia pracy zawodowej z obowiązkami opiekuńczymi warto rozważyć ewentualne rozszerzenie uprawnień do urlopów na opiekę nad małymi dziećmi, a także innych form wspierających godzenie obowiązków rodzinnych i zawodowych również na dziadków opiekujących się wnukami.

Podsumowanie głównych wyników szeroko zakrojonych problemowo analiz danych empirycznych badania SHARE w ujęciu porównawczym pozwoliło na identyfikację zasadniczych zagadnień warunkujących z jednej strony jak najlepsze wykorzystanie potencjału osób w wieku 50+ w Polsce, z drugiej zaś – realizację ich praw socjalnych odnoszących się do równych szans i dostępu do zatrudnienia, godnych warunków pracy oraz ochrony socjalnej i integracji społecznej. Są nimi przede wszystkim stan zdrowia tej grupy osób, jej warunki pracy, zagrożenie ryzykiem wykluczenia z rynku pracy z powodu utraty pracy, luka opiekuńcza dotycząca osób starszych z ograniczeniami zdrowotnymi, niska aktywność społeczna i stosunkowo niewielkie zaangażowanie w pomoc osobom spoza gospodarstwa domowego oraz niska aktywność edukacyjna. W kontekście gorszego niż w innych krajach stanu zdrowia niska aktywność fizyczna tej grupy osób nabiera szczególnego znaczenia.

Aneks 1 Zestawienie wykorzystanych w analizie zmiennych z rundy 7. Badania SHARE do oszacowania aktywnego starzenia się

Obszary	Wskaźniki	Zmienne (Pytania)	Odpowiedzi/Sposób obliczeń
Aktywność w życiu zawodowym	**Wskaźniki zatrudnienia w poszczególnych grupach wiekowych**	**ep005** (*Current job situation*)	Ważony odsetek osób zatrudnionych lub samozatrudnionych w odpowiedniej grupie wieku (odpowiedzi *employed and self-employed*)
Uczestnictwo w życiu społecznym	**Praca społeczna/ Wolontariat**	**ac035d1** (*Activities in last year: done voluntary or charity work*)	Ważony odsetek odpowiedzi twierdzących na pytanie (dla osób 55+)
	Opieka nad wnukami	**sp014***(Looked after grandchildren*)	Ważony odsetek odpowiedzi twierdzących na pytanie (55+)
	Pomoc w opiece	**sp018** (*Given help to someone with personal care in the household*)	Ważony odsetek odpowiedzi twierdzących na pytanie (55+)
Niezależne, bezpieczne i zdrowe życie	**Uprawianie sportu (55+)**	**br015**(*Sports or activities that are vigorous*)	Ważony odsetek osób, które wskazały że uprawiają wymagającą aktywność sportową częściej niż raz w tygodniu (55+)
	Dostęp do opieki zdrowotnej (55+)	**wizyt dentystycznych** (zmienne co211_ rh788_ rh789_ rh790_1 rh790_2 rh790_3 rh790_4 rh790_5 rh791_1 rh791_2 rh791_3 rh791_4 rh791_5), **zakupu leków** (rh792_ rh793_ rh794_1 rh794_2 rh794_3 rh794_4 rh794_5 rh795_1 rh795_2 rh795_3 rh795_4 rh795_5) **wizyt u lekarza** (rh780_ rh781_ rh782_1 rh782_2 rh782_3 rh782_4 rh782_5 rh783_1 rh783_2 rh783_3 rh783_4 rh783_5)	Ważony odsetek osób (w wieku 55+), które wskazały, że nie zrezygnowały z żadnej z poniższych rzeczy w ostatnim roku: – wizyty dentystycznych – zakupu leków – wizyt u lekarza
	Niezależne samodzielne mieszkanie (75+)	**hhsize** (*Size of household*) – wartość 1 dla osób w wieku 75+	Ważony odsetek osób, które mieszkały w jednoosobowych gospodarstwach domowych (75+)
	Brak zagrożenia ubóstwem (65+)	Średni miesięczny dochód netto (**hh017e** – *Total income received by all hh members an average month last year)*	Średni miesięczny dochód netto podzielony przez obliczoną skalę ekwiwalentności został porównany z linią ubóstwa wg Eurostatu (60% mediany). Wartość zmiennej to ważony odsetek tak zdefiniowanych osób nieubogich (dla osób 65+)
	Uczenie się/kształcenie (55+)	**ac035d4 –** (*Activities in last year: attended an educational or training course*)	Ważony odsetek osób, które w ciągu ostatniego roku brały udział w kursie edukacyjnym (55+)

Obszary	Wskaźniki	Zmienne (Pytania)	Odpowiedzi/Sposób obliczeń
Warunki sprzyjające realizacji idei aktywnego starzenia	**Odsetek osób w wieku 55+, które korzystały z Internetu w ciągu ostatniego tygodnia**	**it004_ –** (*Use of internet in past 7 days*)	Ważony odsetek osób, które korzystały z Internetu w ciągu ostatniego tygodnia (dla osób 55+)
	Wykształcenie osób starszych 55+ co najmniej średnie (włączając zawodowe)	**isced1997_r** – (*Respondent: ISCED–97 coding of education*	Ważony odsetek osób z wykształceniem 3, 4, 5 lub 6 w skali ISCED1997 (dla osób 55+)

Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych *SHARE: 50+ w Europie* jest badaniem panelowym, przeprowadzanym wśród osób w wieku 50 lat i więcej. Zbierane są informacje na temat stanu zdrowia, relacji społecznych oraz sytuacji finansowej i zawodowej. Badanie prowadzone jest od 2004 roku co dwa lata. Obecnie obejmuje 28 krajów.

ISBN: 978-83-66333-10-9

Wydawca:
Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej;
www.gov.pl/rodzina

W Polsce badanie realizuje:
Kantar Polska S.A.
Plac Konesera 9, 03-736 Warszawa
tel. (+48) 22-545-22-35, (+48) 728-421-639
e-mail: share50plus@kantar.com

Nadzór merytoryczny:
Instytut Statystyki i Demografii,
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
ul. Madalińskiego 6/8, 02-513 Warszawa
tel. (+48) 91-831-40-29
email: share50plus@sgh.waw.pl

www.share50plus.pl
Badanie *SHARE: 50+ w Europie* jest finansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Warszawa, 2019 r.

Egzemplarz bezpłatny

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

SGH