



Pokolenie 50+ w Polsce i w Europie w przededniu pandemii COVID-19: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie

Raport podsumowujący wyniki badań 8. rundy
badania „SHARE: 50+ w Europie”

Pokolenie 50+ w Polsce i w Europie w przededniu pandemii COVID-19: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie

Raport podsumowujący wyniki badań 8. rundy
badania „SHARE: 50+ w Europie”

Pokolenie 50+ w Polsce i w Europie w przededniu pandemii COVID-19: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie

**Raport podsumowujący wyniki badań 8. rundy
badania „SHARE: 50+ w Europie”**

Autorzy:

dr Anita Abramowska-Kmon, dr Radosław Antczak, Milena Chelchowska, dr hab. Agnieszka Chłoń-Domińczak, prof. dr hab. Irena E. Kotowska, Monika Oczkowska, prof. dr hab. Tomasz Panek, dr hab. Jolanta Perek-Białas, prof. UJ, dr hab. Anna Ruzik-Sierdzińska, prof. SGH, dr hab. Paweł Strzelecki, prof. SGH, dr hab. Wiktoria Wróblewska, prof. SGH, dr Jan Zwierchowski



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

WARSZAWA 2023

SGH Oficyna
Wydawnicza

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)” realizowanego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w partnerstwie ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).

W publikacji zostały wykorzystane dane z badania SHARE z rund 2., 3., 4., 6., 7. i 8. (DOI: 10.6103/SHARE.w2.800, 10.6103/SHARE.w3.800, 10.6103/SHARE.w4.800, 10.6103/SHARE.w6.800, 10.6103/SHARE.w7.800, 10.6103/SHARE.w8.800). 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., 7. i 8. 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 SA. Dziękujemy zespołowi Kantar Polska SA za organizację badania oraz wszystkim ankietantom, 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, i Polityki Społecznej.

Recenzje: Stanisława Golinowska, Małgorzata Kalbarczyk

Redakcja językowa: Sylwia Sperling

© Copyright by Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

Wydanie I

ISBN 978-83-8030-647-9

Oficyna Wydawnicza SGH – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
02-554 Warszawa, al. Niepodległości 162
www.wydawnictwo.sgh.waw.pl; e-mail: wydawnictwo@sgh.waw.pl

Projekt i wykonanie okładki: Magdalena Limbach

Skład i łamanie: DM Quadro

Druk i oprawa: volumina.pl Sp. z o.o.

ul. Ks. Witolda 7–9, 71-063 Szczecin, tel. 91 812 09 08, e-mail: druk@volumina.pl

Zamówienie 157/XI/23

Spis treści

Wykaz skrótów	9
Wstęp	11
Agnieszka Chłoń-Domińczak	
Metodologia badania <i>SHARE: 50+ w Europie</i>	13
Monika Oczkowska	

Część A

Uwarunkowania aktywności osób w wieku 50+

1	
Aktywność zawodowa osób w wieku 50+ w Polsce w świetle danych statystycznych i danych SHARE	23
Agnieszka Chłoń-Domińczak	
2	
Rola edukacji i szkolenia ustawicznego i ich wpływ na aktywność zawodową osób w wieku 50+	27
Anna Ruzik-Sierdzińska	
3	
Ścieżki aktywności zawodowej osób w wieku 50+ i wpływ cech demograficznych i społeczno-ekonomicznych na ich zróżnicowanie ...	33
Agnieszka Chłoń-Domińczak, Paweł Strzelecki	
4	
Sprawowanie opieki w powiązaniu z zatrudnieniem wśród osób w wieku 50+	37
Anita Abramowska-Kmon, Jolanta Perek-Białas	
4.1. Wprowadzenie	37
4.2. Sprawowanie opieki a zatrudnienie osób w wieku 50–69 lat w krajach SHARE	39
4.3. Sprawowanie opieki a zatrudnienie osób w wieku 50–69 lat w Polsce	45
4.4. Podsumowanie	50

Spis treści

5

Satysfakcja z pracy i oczekiwania dotyczące przechodzenia na emeryturę osób w wieku 50+	53
---	----

Agnieszka Chłóń-Domińczak

5.1. Ocena jakości środowiska pracy przez pracujące osoby po 50. roku życia ..	53
5.2. Potrzeba przejścia na emeryturę	56

Część B

Stan zdrowia osób w Polsce objętych badaniem SHARE – runda 8. Analiza porównawcza wskaźników braku zdrowia fizycznego i psychicznego

Wprowadzenie	61
--------------------	----

Wiktoria Wróblewska

1

Wielowymiarowość zdrowia i jego pomiar w badaniu SHARE	63
--	----

Wiktoria Wróblewska

2

Stan zdrowia osób w wieku 55+ w Polsce i innych krajach objętych rundą 8. badania SHARE	71
---	----

Radostaw Antczak

2.1. Stan zdrowia według krajów i grup wieku	72
2.2. Wskaźniki stanu zdrowia według statusu respondentów na rynku pracy i kraju	82

3

Zmiany w stanie zdrowia Polaków w wieku 50 lat i więcej. Analiza porównawcza wyników badania SHARE z 2007 i 2020 roku	89
---	----

Wiktoria Wróblewska

3.1. Uwagi wstępne	89
3.2. Występowanie problemów zdrowotnych	91

Spis treści

Część C

Wykluczenie społeczne. Relacje międzypokoleniowe a zadowolenie z życia. Samoocena wcześniejszego oszczędzania

1

Wykluczenie społeczne osób 50+ w wybranych krajach europejskich w latach 2017–2021 109

Tomasz Panek, Jan Zwierzchowski

- 1.1. Wprowadzenie 109
- 1.2. Analiza porównawcza stopnia wykluczenia społecznego osób w wieku
50+ w wybranych krajach europejskich w latach 2017–2021 112
- 1.3. Wykluczenie społeczne osób 50+ 113

2

Relacje międzypokoleniowe a zadowolenie z życia: perspektywa biorców i dawców transferów w wieku 50+ 123

Anita Abramowska-Kmon, Milena Chęłchowska

- 2.1. Wprowadzenie 123
- 2.2. Transfery opieki wśród osób w wieku 50+ w krajach biorących udział
w badaniu SHARE i w Polsce 125
- 2.3. Transfery finansowe wśród osób w wieku 50+ w krajach biorących udział
w badaniu SHARE i w Polsce 128
- 2.4. Transfery opieki a subiektywna jakość życia osób w wieku 50+ 130
- 2.5. Podsumowanie 135

3

Kto żałuje, że nie oszczędzał więcej w ciągu życia? 139

Monika Oczkowska, Agnieszka Chłoń-Domińczak

- 3.1. Wprowadzenie 139
- 3.2. Jak często ludzie żałują, że nie oszczędzali więcej w przeszłości? 141
- 3.3. Niespodziewane zdarzenia w życiu 144
- 3.4. Kto uważa, że powinien był więcej oszczędzać w ciągu życia? 146
- 3.5. Podsumowanie 149

Spis treści

Podsumowanie – wnioski dla polityki społecznej	151
Agnieszka Chłoń-Domińczak, Irena E. Kotowska	
Aneks	153
Spis rysunków	161
Spis tabel	167

Wykaz skrótów

ADL	Activities of Daily Living (wskaźnik oceny podstawowych czynności życiowych)
BMI	Body Mass Index (wskaźnik masy ciała)
EURO-D	The EURO-D Measure of Depressive Symptoms (miara występowania symptomów depresji)
FL	Functional Limitation (ograniczenia funkcjonalne)
GALI	Global Activity Limitation Indicator (wskaźnik występowania ograniczeń w codziennej aktywności)
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (wskaźnik oceny złożonych czynności życia codziennego)
ICD	The International Classification of Diseases (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia)
ISCED	International Standard Classification of Education (Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Edukacji)
LLL	Lifelong Learning (uczenie się przez całe życie)
NUTS	Nomenclature des Unités territoriales statistiques (Klasyfikacja Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
POChP	przewlekła obturacyjna choroba płuc
SHARE	The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych w Europie)
SPH	Self Perceived Health (wskaźnik samooceny stanu zdrowia)
UE	Unia Europejska
UN	United Nations (Organizacja Narodów Zjednoczonych)
WHO	World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

Skróty nazw państw

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

Wstęp

Agnieszka Chłóń-Domińczak

Runda 8. badania SHARE prowadzona była na przełomie 2019 i 2020 r., w przededniu pandemii COVID-19. Ze względu na wybuch pandemii badania terenowe zostały przerwane. Jednocześnie przygotowane i przeprowadzone zostały telefoniczne badania SHARE Corona, które pozwoliły na bieżącą ocenę sytuacji osób w wieku 50 lat lub więcej w okresie pandemii, których wyniki dla Polski zostały zaprezentowane m.in. w opracowaniach *Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19. Raport z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona zrealizowanego w ramach 8. rundy badania SHARE: 50+ w Europie* [Abramowska-Kmon i in., 2022] oraz *Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie drugiej fali pandemii COVID-19. Raport z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona zrealizowanego w ramach 8. rundy badania SHARE: 50+ w Europie* [Abramowska-Kmon i in., 2023].

W niniejszej publikacji zaprezentowane są wyniki 8. rundy badania, które dają szerszą perspektywę sytuacji osób w wieku 50 lat lub więcej tuż przed pandemią. Jednocześnie, pozwalają one na ocenę zmian sytuacji społeczno-ekonomicznej tej populacji w porównaniu do wcześniejszych lat. Po przerwie związanej z tym, że w rundzie siódmej badania z większością respondentów przeprowadzono wywiady dotyczące historii ich życia, w rundzie 8. nastąpił powrót do pytań o charakterze panelowym, odnoszących się do aspektów związanych ze zdrowiem, sytuacją rodzinną i społeczną, a także aktywnością zawodową. Dodatkowo po raz pierwszy respondenci byli pytani o ich postawy wobec oszczędności długoterminowych, oraz o to czy ich podejście do oszczędności byłoby inne w przeszłości.

Poniżej przedstawione są podstawowe informacje dotyczące metodologii badania, zarówno jego panelowego charakteru, jak i specyfiki 8. rundy, która została przeprowadzona w przededniu wybuchu pandemii, co wpłynęło na liczbę pozyskanych wywiadów.

W kolejnych częściach zaprezentowane są wyniki przeprowadzonych analiz. Część A poświęcona jest uwarunkowaniom aktywności zawodowej. Zawiera ona pięć rozdziałów. W pierwszym przedstawiono zmiany uczestnictwa osób w wieku 50+ na rynku pracy pokazujące kontekst przeprowadzonych analiz w oparciu o dane badania

aktywności ekonomicznej ludności. W kolejnych rozdziałach omówione są wybrane czynniki wpływające na utrzymywanie aktywności zawodowej. W rozdziale drugim omówiona jest aktywność edukacyjna osób w wieku 50+ i jej powiązanie z aktywnością zawodową. W rozdziale trzecim zaprezentowane są analizy dotyczące przebiegu życia oraz ścieżek zawodowych i rodzinnych respondentów pomiędzy 20. i 50. rokiem życia, oraz ich powiązanie z obecną sytuacją ekonomiczną. W rozdziale czwartym poruszona jest tematyka powiązań pomiędzy aktywnością ekonomiczną i opieką. W ostatnim, piątym rozdziale przedstawiona jest analiza czynników powiązanych z satysfakcją osób pracujących związaną z ich zatrudnieniem, a także chęci dotyczące przejścia na emeryturę.

W części B zaprezentowana jest analiza sytuacji zdrowotnej i jej zmian. Składa się ona z trzech rozdziałów. W pierwszym przedstawione jest zróżnicowane podejście do oceny stanu zdrowia w badaniu SHARE. W drugim zawarta jest analiza stanu zdrowia Polaków. Trzeci rozdział przedstawia porównanie stanu zdrowia respondentów SHARE pomiędzy 2. i 8. rundą badania.

W części C zawarte są analizy dotyczące wykluczenia społecznego, relacji międzypokoleniowych, a także wyniki nowego modułu badania poświęcone postawom wobec historii oszczędzania we wcześniejszych etapach przebiegu życia.

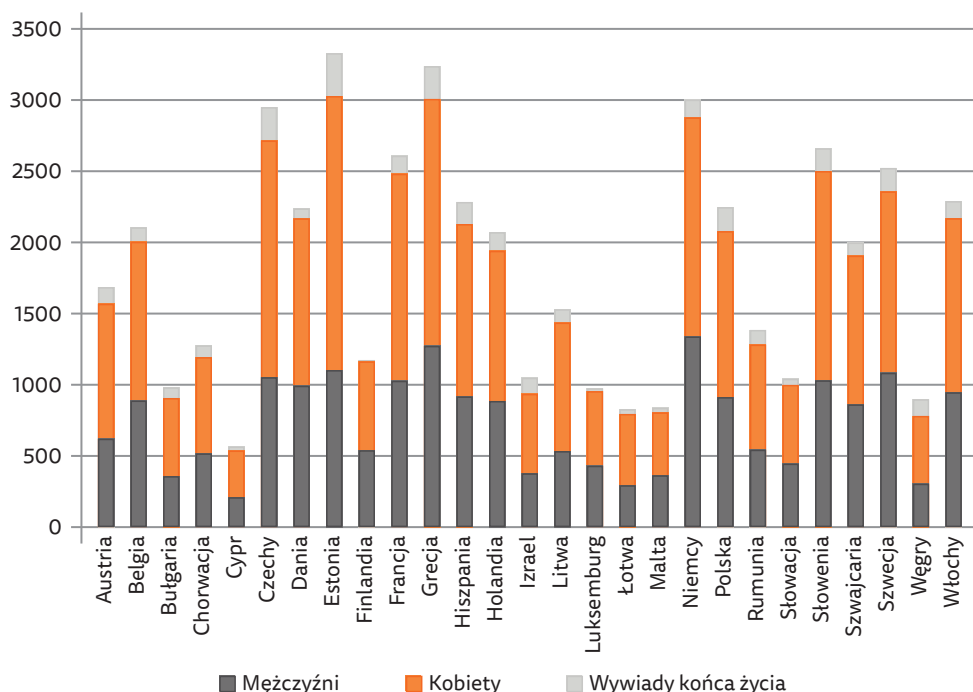
Metodologia badania SHARE: 50+ w Europie

Monika Oczkowska

Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie” realizowane jest od 2004 roku, kiedy to 11 krajów europejskich oraz Izrael po raz pierwszy przeprowadziło wywiady z osobami w wieku 50 lat i więcej, uzyskując informacje o bieżących aspektach ich życia w zakresie sytuacji zawodowej, materialnej, stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz kontaktów społecznych i rodzinnych. W następnych latach badanie było kontynuowane w dwuletnich odstępach między poszczególnymi etapami, zaś kolejne kraje europejskie stopniowo do niego dołączały. W latach 2019–2020 przeprowadzony został ósmy etap badania, w którym wzięły udział wszystkie kraje kontynentalnej Europy, poza Portugalią. Większość krajów uczestniczących w ósmym etapie badania rozpoczęła prace w terenie, czyli nawiązywanie kontaktu z respondentami oraz przeprowadzanie indywidualnych wywiadów, jeszcze w październiku 2019 roku. Wybuch pandemii COVID-19 w marcu 2020 roku skutkował koniecznością przerwania zbierania wywiadów wśród respondentów, zaś ze względu na dalszy rozwój pandemii oraz zagrożenie życia i zdrowia respondentów i ankieterów, podjęto decyzję o całkowitym zawieszeniu realizacji tego etapu badania SHARE. Tempo prac w poszczególnych krajach w tym etapie było bardzo zróżnicowane, a ponadto kraje różniły się pomiędzy sobą zakładaną wielkością próby respondentów [Bergmann, Börsch-Supan, 2021]. Z tego względu w momencie zawieszenia realizacji badania w marcu 2020 roku część uczestniczących krajów znajdowała się u końca badania, mając zrealizowaną niemal docelową liczbę wywiadów, podczas gdy inne kraje były dopiero na półmetku badania. W związku z powyższym dane zebrane w ramach ósmego etapu badania SHARE stanowią wyjątkowe źródło informacji o sytuacji osób w wieku 50 lat i więcej w okresie bezpośrednio poprzedzającym wybuch pandemii COVID-19, jednak wnioski i wyniki analiz badawczych na ich podstawie należy traktować ze szczególną ostrożnością ze względu na niepełną reprezentatywność dla populacji 50+ w większości krajów. Choć wybuch pandemii COVID-19 uniemożliwił normalną realizację kolejnego etapu badania SHARE, to dzięki szybkim decyzjom oraz pozyskaniu dodatkowego finansowania z Komisji Europejskiej, Centrala badania SHARE wraz z krajowymi grupami badawczymi zorganizowały dodatkowe badanie telefoniczne,

tw. SHARE-Corona, w ramach którego zbadana została sytuacja panelowych respondentów SHARE już trzy miesiące po wybuchu pandemii [Abramowska-Kmon i in., 2022]. W połączeniu z danymi zebranymi podczas ósmego etapu badania SHARE tuż przed pandemią, stanowią one unikalne źródło informacji na temat tego, jak pandemia oraz wprowadzone w większości krajów europejskich restrykcje w życiu publicznym wpłynęły na różne aspekty zdrowia, sytuacji materialnej i rodzinnej populacji w wieku 50+.

Rysunek 1. Liczba wywiadów według rodzaju wywiadu i płci respondenta w poszczególnych krajach

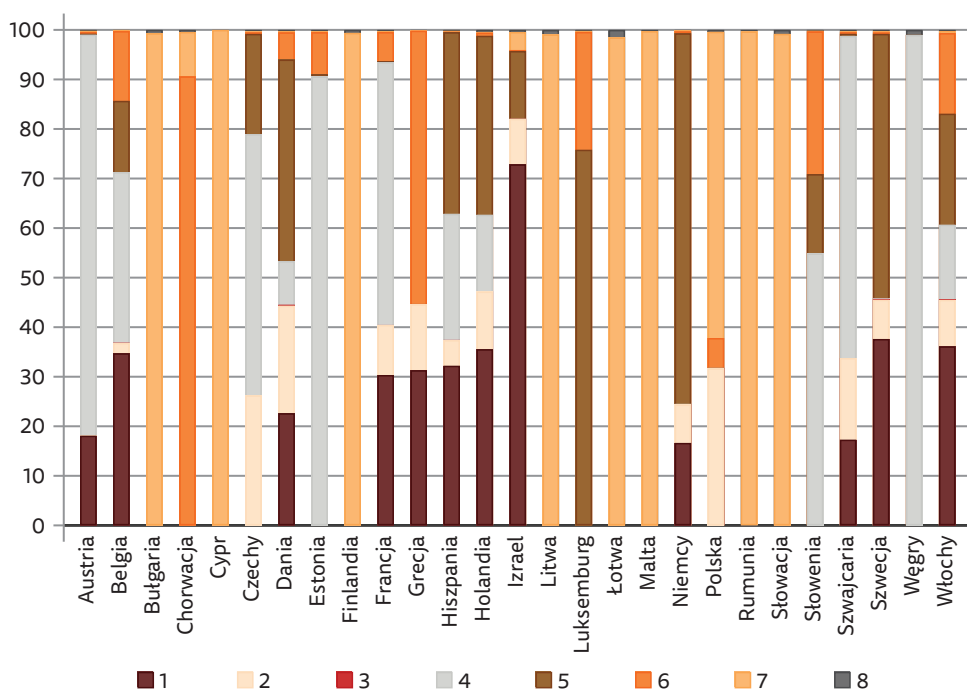


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Na rysunku 1 przedstawiono całkowitą liczbę wywiadów przeprowadzonych w poszczególnych krajach podczas ósmego etapu badania. Znaczące różnice w liczbie wywiadów pomiędzy krajami mają związek przede wszystkim z rozbieżnościami w liczebności docelowej próby, co jest pochodną z jednej strony wielkości populacji w wieku 50+ w danym kraju, a z drugiej, w dużej mierze zależą również od pozyskanego finansowania. Wywiady zostały podzielone według płci respondenta. Jak widać na wykresie, we wszystkich krajach nieco więcej wywiadów przeprowadzono wśród kobiet, co wiąże się przede wszystkim z ich relatywnie szybszym wychodzeniem z rynku pracy, co wpływa na łatwiejszą dostępność do przeprowadzenia wywiadu. Ponadto na wykre-

się przedstawiono również liczbę zrealizowanych wywiadów końca życia. Ten rodzaj wywiadu jest przeprowadzany w badaniu SHARE dla panelowych respondentów, którzy od czasu poprzedniego etapu badania zmarli. Podczas krótkiego wywiadu osoba bliska respondentowi przekazuje informacje na temat ostatniego roku życia respondenta, stanu zdrowia, korzystania z opieki zdrowotnej czy pomocy otrzymywanej od innych. Liczba tego rodzaju wywiadów zależy od liczby respondentów ankietowanych w poprzednich rundach badania, stąd w krajach, które w poprzednich rundach miały małe próby, jest mniej wywiadów końca życia. Dodatkowym czynnikiem, który wpływa na liczbę wywiadów końca życia, jest długofalowość udziału danego kraju w badaniu. Kraje, które uczestniczą w badaniu od początku lub dołączyły w jednej z początkowych rund, odnotowują więcej wywiadów końca życia.

Rysunek 2. Struktura wywiadów w 8. rundzie w poszczególnych krajach według pierwszej rundy uczestnictwa respondenta w badaniu SHARE



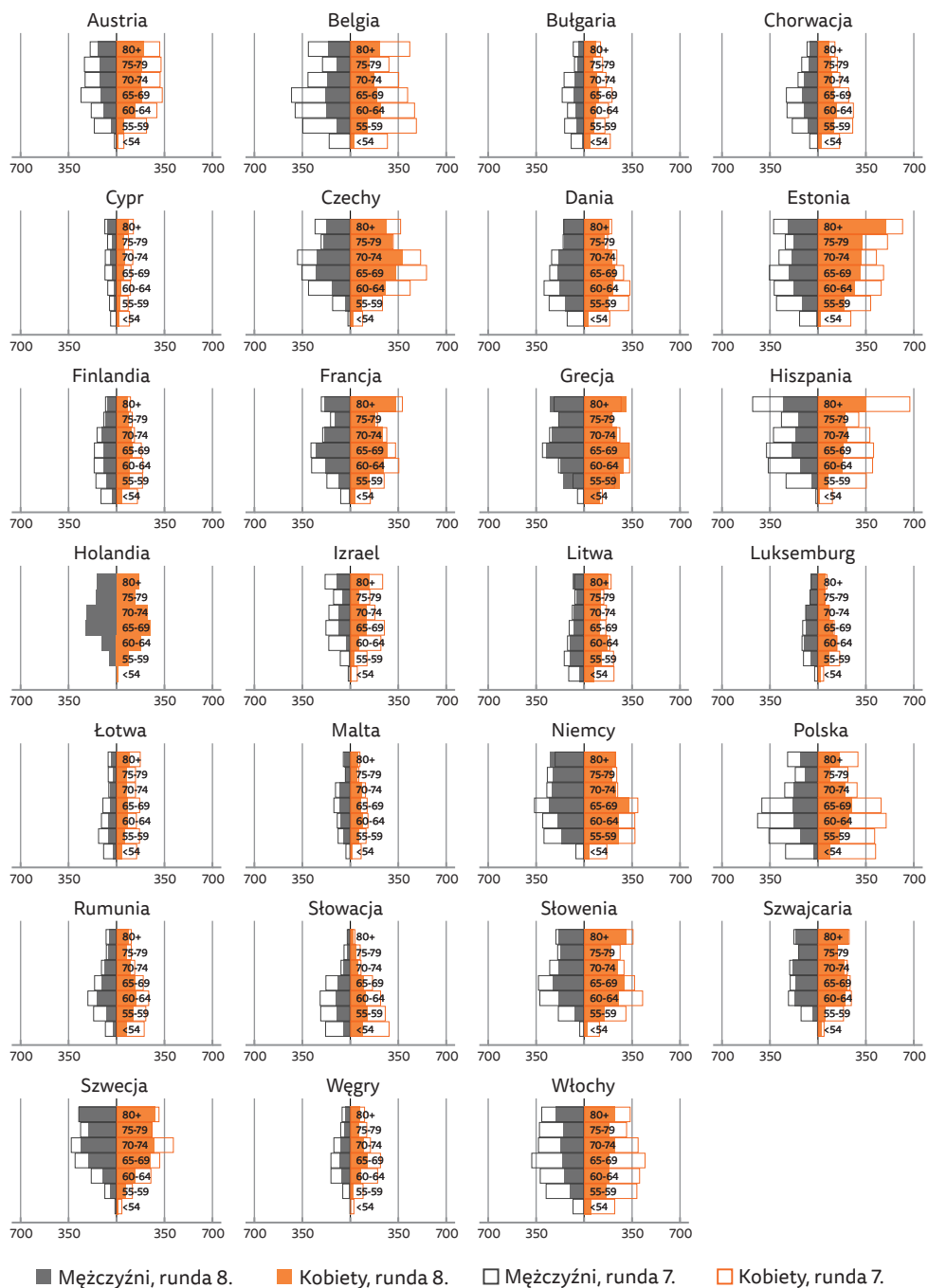
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Na rysunku 2 przedstawiono strukturę próby w poszczególnych krajach uczestniczących w rundzie 8. SHARE względem rundy pierwszego uczestnictwa respondenta. W danych z rundy 8. opublikowanych do tej pory nie uwzględniano osób nowo dołosowanych do badania w tej rundzie, stąd na wykresie jest ich bardzo niewiele –

wyłącznie nowi partnerzy osób, które wzięły udział w badaniu w jednej z poprzednich rund. Kraje, które dołączyły do badania niedawno, mają relatywnie jednolite próby pod względem pierwszej rundy uczestnictwa respondentów: Bułgaria, Cypr, Finlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Rumunia i Słowacja dołączyły do SHARE w rundzie 7.; Chorwacja w rundzie 6.; Luksemburg w rundzie 5. Jednolita próba w Węgrzech wynika z dołączenia tego kraju w rundzie 4. i zawieszenia udziału w kolejnych rundach. W przypadku pozostałych krajów rysunek 2 pozwala zidentyfikować, jak dużą część obecnej próby stanowi stabilny panel osób wylosowanych do badania na samym początku oraz w jak dużym stopniu kraje te uzupełniały ten panel nowymi osobami w kolejnych etapach. Stąd przykładowo aż 70% próby w Izraelu to osoby uczestniczące w badaniu SHARE od pierwszej rundy, podczas gdy inne kraje realizujące badanie od jego początków w kolejnych rundach znacząco uzupełniały swoje próby – niektóre jednokrotnie, jak np. Austria w rundzie 4. czy Niemcy w rundzie 5., inne wielokrotnie, jak np. Włochy w rundach 2., 4., 5. i 6.

Na rysunku 3 zaprezentowano strukturę próby w krajach uczestniczących w ósmym etapie badania SHARE w podziale na płeć i grupy wieku (pełnokolorowe słupki na wykresie). Znajdujące się w próbach większości krajów osoby w wieku poniżej 50 lat to partnerzy i partnerki wylosowanych respondentów, ponieważ do badania kwalifikowane są wylosowane osoby w wieku 50 lat i więcej oraz ich partnerzy zamieszkujący to samo gospodarstwo domowe bez względu na wiek. Jak wspomniano wcześniej, ósmy etap badania SHARE został przerwany po 5 miesiącach ze względu na wybuch pandemii COVID-19. Te kraje, które szybciej realizowały wywiady w pierwszych miesiącach, oraz te, których próby były mniej liczne, do momentu przerwania badania zrealizowały większą część zakładanej liczby wywiadów. Aby przybliżyć, na jakim etapie realizacji znajdowały się poszczególne kraje w momencie zawieszenia dalszych prac, na rysunku 3 struktura próby uzyskana w rundzie 8. została porównana ze strukturą próby z poprzedniej rundy, przy czym należy pamiętać, że ta pierwsza nie obejmuje respondentów nowo dołosowanych do badania (niemniej jednak runda 7. stanowi dobre odniesienie, ponieważ tylko Polska zrealizowała w rundzie 7. dużą próbę nowo dołosowanych respondentów). Porównanie przedstawione na wykresie wskazuje z jednej strony, że realizacja wywiadów jest najbardziej problematyczna wśród najmłodszych, wciąż aktywnych zawodowo respondentów. Ponadto widać, że poza Francją, Grecją i Niemcami, kraje, które dążyły do zrealizowania znaczącej liczby wywiadów, miały znacznie większe odsetki tych niezrealizowanych, co oznacza, że tempo badania było w większości krajów podobne. W tych krajach, gdzie wielu z zakładanych wywiadów nie udało się zrealizować, problemem może być niepełna reprezentatywność próby.

Rysunek 3. Piramidy wieku respondentów w poszczególnych krajach – porównanie struktury próby w rundach 7. i 8.



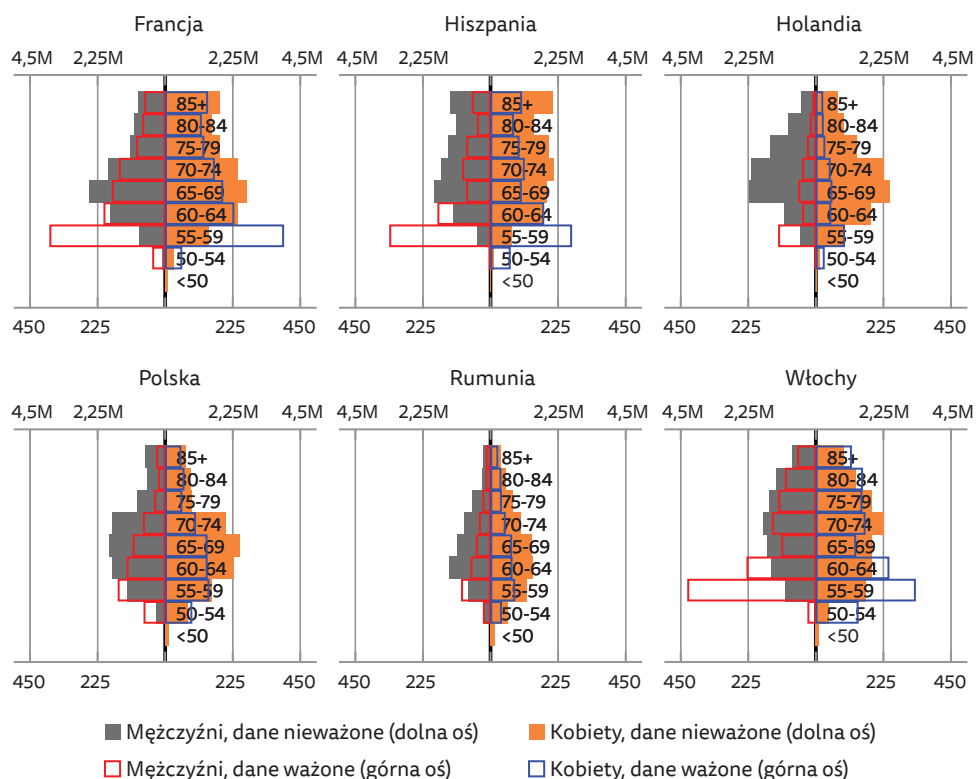
Uwaga: dane z rundy 8. obejmują wyłącznie wywiady panelowe.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rund 7. i 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Jedną z metod analizy danych, mającą na celu korektę ich niepełnej reprezentatywności według określonych wymiarów, jest zastosowanie przeważania. Wagi w badaniu SHARE budowane są z uwzględnieniem struktury populacji w wieku 50 lat i więcej w każdym z uczestniczących krajów względem dwóch wymiarów: płci i czterech grup wieku (50–59 lat, 60–69 lat, 70–79 lat oraz 80 lat i więcej), przy czym w 11 największych krajach (Austria, Belgia, Bułgaria, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Polska, Rumunia, Szwecja, Węgry, Włochy) zastosowano jeszcze jeden wymiar – miejsce zamieszkania w regionie na poziomie NUTS-1 (procedura ta nie była możliwa do przeprowadzenia we Francji i Grecji ze względu na sposób doboru próby w tych krajach, natomiast w Izraelu, gdzie nie obowiązuje podział regionalny według europejskiej nomenklatury NUTS, zastosowano podział populacji według pochodzenia etnicznego). Na rysunku 4 zestawiono rzeczywistą liczbę respondentów uczestniczących w ósmym etapie badania SHARE według płci i grupy wieku w sześciu wybranych krajach z wielkością populacji, którą te osoby reprezentują, czyli po zastosowaniu wag populacyjnych. Jak widać na wykresie, kształt piramid populacyjnych respondentów, z którymi udało się przeprowadzić wywiady w ósmym etapie badania, znacząco różni się od kształtu piramid po przeważeniu danych, które dążą do odzwierciedlenia rzeczywistej struktury populacji w wieku 50+ w tych krajach. Do porównania z Polską wybrano pięć krajów o najbardziej zbliżonej do Polski całkowitej wielkości populacji oraz populacji w wieku 50+. Niemniej jednak należy mieć na uwadze, że podczas gdy wielkość populacji Polski w 2019 r. wynosiła niespełna 38 milionów osób, to we Francji (najliczniejszy kraj z wybranych do porównania) było to ponad 65 milionów osób, zaś w Holandii (najmniej liczny kraj) – 17 milionów osób. Górna skala na wykresie, która ma zastosowanie dla danych przeważonych, została dostosowana do liczebności w ramach kombinacji grup wieku i płci z Francji i Włoch. Informacje przedstawione na wykresie wskazują przede wszystkim, że najmłodsza kohorta docelowej populacji badania SHARE, czyli osoby w wieku 50–59 lat, jest w danych z ósmego etapu badania znacząco niedoreprezentowana. Wynika to między innymi z obserwowanych od początku realizacji badania SHARE mniejszych wskaźników udziału wśród osób w tej grupie wieku, głównie ze względu na aktywność zawodową i ograniczoną dostępność tych osób. Należy tu zwrócić jeszcze uwagę na różnice pomiędzy osobami w grupie wieku 55–59 lat, których populacja po przeważeniu znacząco rośnie, oraz osób z młodszej grupy w wieku 50–54 lata, dla których nie obserwujemy zwiększenia liczebności w wyniku zastosowania wag, przez co nawet po przeważeniu ta grupa pozostaje niedoreprezentowana względem swojej rzeczywistej liczebności. Ma to związek z faktem, że z każdym rokiem próba panelowa się starzeje i powinna być uzupełniana nowo dołosowanymi osobami. Choć w rundzie ósmej badania SHARE większość krajów uzupełniła swoje próby o najmłodsze osoby (w wieku 50–52 lata), to ta część danych nie została oficjalnie opublikowana (do czasu

zawieszenia zbierania wywiadów ze względu na wybuch pandemii jedynie niewielka część wywiadów z nowo dolosowanymi osobami została przeprowadzona; wśród nowo dolosowanych respondentów wskaźniki udziału w badaniu są znacząco niższe niż w próbie panelowej z dwóch względów: są to znacznie częściej osoby nadal aktywne zawodowo, a ponadto relatywnie trudniej je przekonać do udziału niż osoby, które już raz wzięły udział w badaniu). Stąd, aby nie przypisywać niewielu osobom nieproporcjonalnie dużych wag, w ósmym etapie badania SHARE należy liczyć się z niepełną reprezentatywnością dla osób w najmłodszej grupie wieku. Jednocześnie przy analizie danych z ósmego etapu badania SHARE dla pozostałej części populacji należy pamiętać, że choć zastosowanie wag stanowi ważną korektę reprezentatywności informacji względem grup wieku i płci, to niespodziewane przerwanie badania mogło spowodować, że względem innych wymiarów (np. zdrowia czy statusu względem rynku pracy) nie jest ono w pełni reprezentatywne.

Rysunek 4. Piramidy wieku respondentów w wybranych krajach w 8. rundzie badania z zastosowaniem i bez zastosowania wag populacyjnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Szczegóły metodologiczne danych z badania SHARE można znaleźć u Börsch-Supan [2022] oraz Börsch-Supan i in. [2013].

Bibliografia

Abramowska-Kmon, A., Antczak, R., Chłóń-Domińczak, A., Holzer-Żelażewska, D., Kotowska, I.E., Łątkowski, W., Magda, I., Oczkowska, M., Panek, T., Perek-Białas, J., Strzelecki, P., Styrz, M., Timoszuć, S., Wróblewska, W., Zwierzchowski, J. (2022). *Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.

Abramowska-Kmon, A., Antczak, R., Chłóń-Domińczak, A., Holzer-Żelażewska, D., Kotowska, I.E., Oczkowska, M., Panek, T., Perek-Białas, J., Strzelecki, P., Wróblewska, W., Zwierzchowski, J. (2023). *Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie drugiej fali pandemii COVID-19*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.

Bergmann, M., Börsch-Supan, A. (Eds.) (2021). *SHARE Wave 8 Methodology: Collecting Cross-National Survey Data in Times of COVID-19*. Munich Center for the Economics of Aging (MEA).

Börsch-Supan, A. (2022). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set*. DOI: 10.6103/SHARE.w8.800.

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*. DOI: 10.1093/ije/dyt088.

Część A

**Uwarunkowania aktywności
osób w wieku 50+**

Aktywność zawodowa osób w wieku 50+ w Polsce w świetle danych statystycznych i danych SHARE

Agnieszka Chłóń-Domińczak

Aktywność zawodowa osób po 50. roku życia w Polsce stopniowo rośnie. Według danych EUROSTAT na podstawie wyników badań aktywności ekonomicznej ludności (LFS – BAEL), wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku 50–64 lata w 2018 r. w Polsce wynosił 57,5%, w porównaniu do 65,7% w krajach UE-27. Warto podkreślić, że po 2018 r. wskaźnik ten nadal rósł i w 2022 r. wyniósł w Polsce 64,7%, w porównaniu do 69,3% w krajach UE-27.

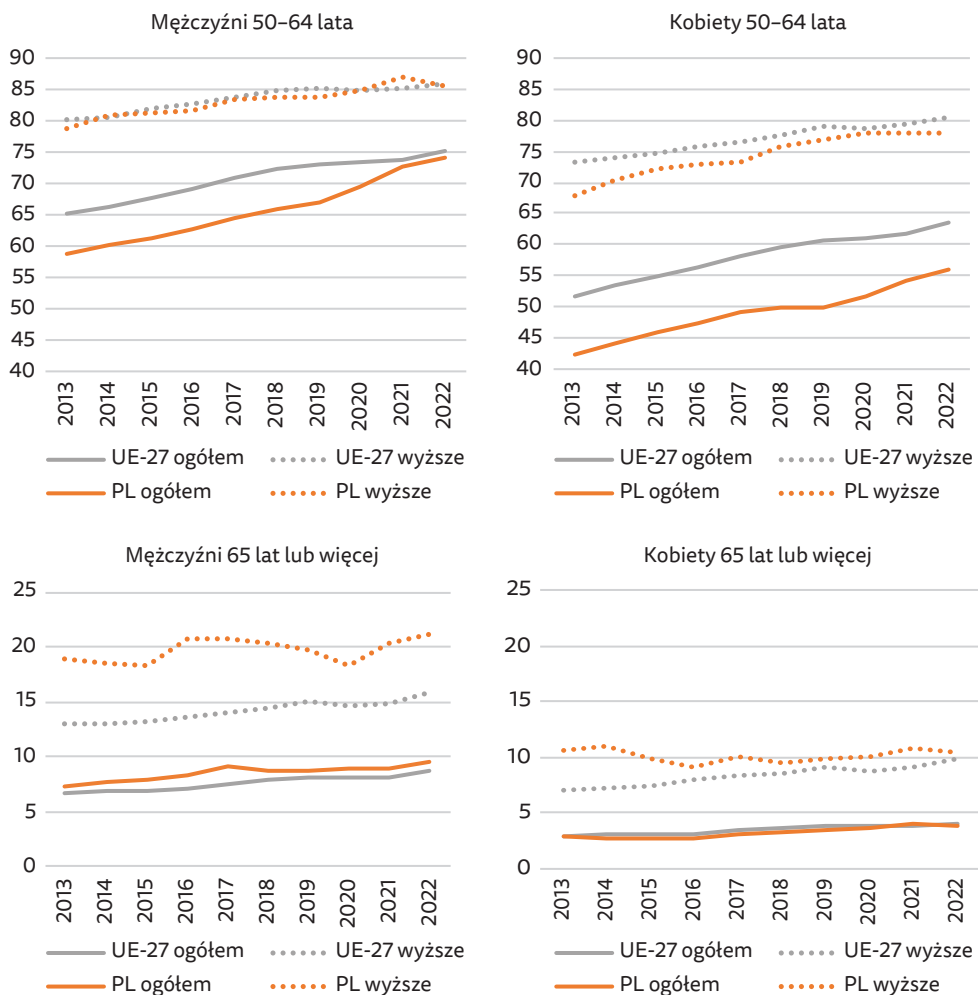
Jednymi z głównych determinant wpływających na aktywność zawodową są płeć, wiek oraz wykształcenie [Irving i in., 2005; Laun, Palme, 2018; Walawei, Deller, 2021]. W rozdziale zaprezentowane są podstawowe tendencje wskaźników zatrudnienia z uwzględnieniem tych charakterystyk na podstawie danych statystycznych LFS, przedstawiające Polskę na tle krajów UE, a następnie porównania międzynarodowe w oparciu o dane pochodzące z badania SHARE. Warto podkreślić, że wartości wskaźników obu źródeł mogą się od siebie różnić, ze względu na różnice w wielkości oraz sposobie doboru próby w różnych badaniach o reprezentatywnym charakterze.

Wzrost wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 50–64 lata w Polsce obserwowany jest zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Jednocześnie warto podkreślić, że widoczne jest duże zróżnicowanie ich wartości w zależności od płci i wieku.

Wskaźnik zatrudnienia mężczyzn w tej grupie wieku z wykształceniem wyższym jest na poziomie zbliżonym do średniej dla krajów UE-27. Natomiast w przypadku mężczyzn ogółem rósł on w ostatnich latach szybciej niż średnia unijna, i w latach 2021–2022 niemal zrównał się ze średnim wskaźnikiem zatrudnienia w krajach UE. W 2019 r.

w Polsce pracowało 67,1% mężczyzn w wieku 50–64 lata, a wśród posiadających wyższe wykształcenie – 83,8%. W 2022 r. wskaźniki te sięgnęły odpowiednio 74,1% i 85,5%.

Rysunek A.1.1. Wskaźniki zatrudnienia osób w wieku 50 lat lub więcej według wykształcenia, płci oraz grup wieku



Źródło: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (dostęp: 2.05.2022).

W grupie kobiet w wieku 50–64 lata również widoczny jest wzrost wskaźników zatrudnienia. Niemniej jednak luka w zatrudnieniu w porównaniu do mężczyzn utrzymuje się. Kobiety z wyższym wykształceniem pracują częściej niż cała populacja kobiet w tym wieku, ale jest to poniżej poziomu obserwowanego w krajach UE. W 2019 r. w Polsce pracowało 49,9% kobiet w wieku 50–64 lata, a w 2022 r. wskaźnik ten wzrósł

do 55,9% (w porównaniu do 63,6% przeciętnie w krajach UE-27). Wśród kobiet z wyższym wykształceniem w Polsce wskaźnik ten wynosił 76,9% w 2019 r. i 78,1% w 2022 r.

Warto również zwrócić uwagę na wskaźnik zatrudnienia osób w wieku emerytalnym 65 lat i więcej. W przypadku mężczyzn nie przekracza on 10%, a kobiet 5%, ale widoczna jest niewielka tendencja wzrostowa. W tej grupie wieku wskaźniki dla osób z Polski ogółem nie różnią się od średniej unijnej. Jednocześnie, wśród osób z wyższym wykształceniem widać wyraźnie wyższą, chociaż stabilną w czasie aktywność. Wśród Polek i Polaków jest ona powyżej średniej unijnej dla osób z tym poziomem wykształcenia. Można zatem oczekiwać, że wraz ze wzrostem udziału osób z wyższym wykształceniem w kohortach osiagających wiek 65 lat lub więcej, wskaźnik zatrudnienia będzie rość.

Warto podkreślić, że okres pandemii w Polsce, z perspektywy uczestnictwa w rynku pracy, nie wpłynął negatywnie na obserwowane tendencje.

Bibliografia

Irving, P., Steels, J., Hall, N. (2005). *Factors affecting the labour market participation of older workers: qualitative research. Research report*, no. 281. Leeds: Corporate Document Service.

Laun, L., Palme, M. (2018). The Recent Rise of Labor Force Participation of Older Workers In Sweden, *NBER Working Paper Series*, 24593(1), https://www.nber.org/system/files/working_papers/w24593/w24593.pdf (dostęp: 2.05.2023).

Walawei, U., Deller, J. (2021). Labor market participation of older workers in international comparison, *IAB – Discussion Paper*, 16.

Rola edukacji i szkolenia ustawicznego i ich wpływ na aktywność zawodową osób w wieku 50+

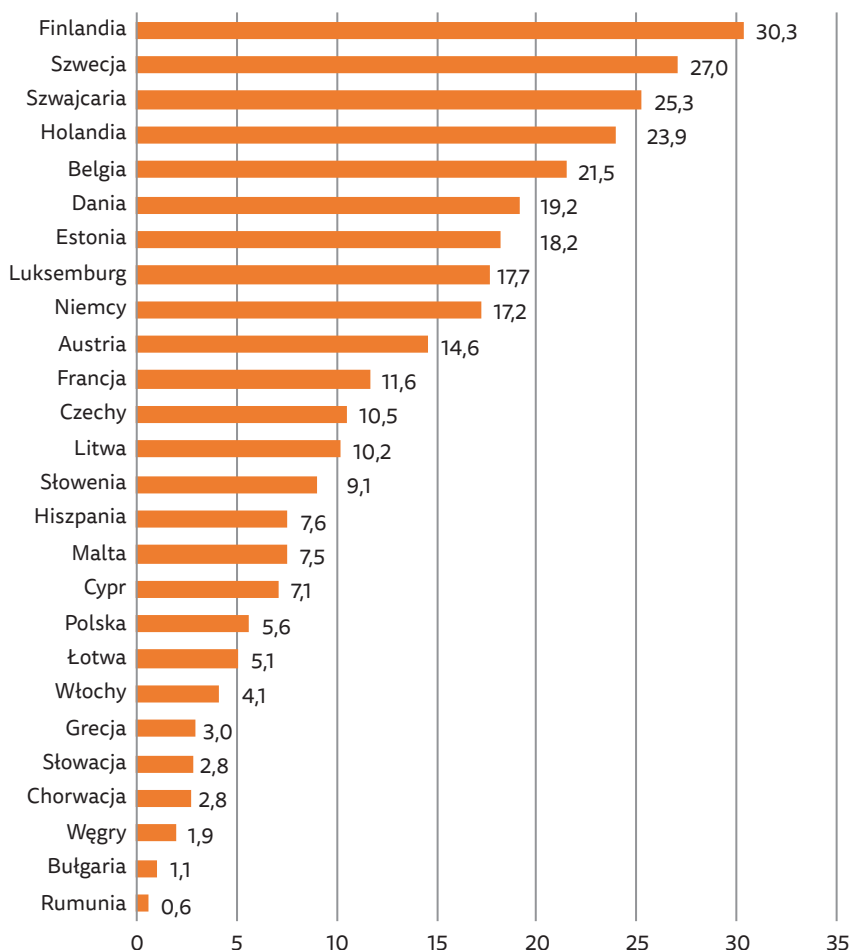
Anna Ruzik-Sierdzińska

Koncepcja uczenia się przez całe życie (LLL) pojawiła się w latach 70. XX wieku. W kolejnych dekadach zwracano uwagę na jej znaczenie dla utrzymania i zwiększenia konkurencyjności gospodarek oraz zmniejszania różnic społeczno-ekonomicznych w poszczególnych krajach [zob. np. OECD, 1973; OECD 1999]. Współcześnie podkreśla się, że inwestycje w edukację pozaformalną i wspieranie nieformalnego uczenia się mogą wspierać dłuższą aktywność zawodową, stanowiącą odpowiedź na zachodzące zmiany demograficzne. Nabywanie nowych kompetencji przez osoby dorosłe, także po 50. roku życia, jest również konieczne przy postępie technologicznym. Badanie zrealizowane przez Picchio i van Oursa [2013] na podstawie danych holenderskich pokazało, że uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez firmy znacząco zwiększa perspektywy przyszłego zatrudnienia, co dotyczy również starszych pracowników. Podobnie Belloni i in. [2015] na podstawie danych SHARE z 4. i 5. rundy wykazali, że szkolenie jest opłacalne zarówno dla pracodawców, jak i starszych pracowników. Ponieważ uczestniczący w szkoleniach częściej pozostają w zatrudnieniu, programy szkoleniowe ułatwiają zachowanie cennej dla pracodawcy wiedzy fachowej, a jednocześnie zmniejszają ryzyko bezrobocia i zwiększają uprawnienia emerytalne pracowników. Szkolenie starszych pracowników jest ważnym instrumentem służącym do zatrzymania starszych osób dłużej na rynku pracy. Zarazem dłuższy okres aktywności zawodowej sprawia, że inwestycje w kształcenie dorosłych są bardziej opłacalne dla firm i pracowników. A zatem zależność między aktywnością zawodową i edukacyjną jest dwukierunkowa.

W tej części raportu analizowane są zależności między aktywnością na rynku pracy a uczestnictwem w LLL. W badaniu SHARE respondenci deklarują, czy w ostatnim

roku uczestniczyli w jakimkolwiek kursie edukacyjnym lub szkoleniu. Pytanie odnosi się do rodzajów aktywności podejmowanych przez respondenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Dodatkowo, w polskim formularzu drop-off¹ w rundzie 8. zamieszczono pytanie pozwalające ocenić, jak często osoby 50+ uczestniczą w kursach podnoszących kompetencje zawodowe, a jak często w takich, które rozwijają ich prywatne zainteresowania i pasje.

Rysunek A.2.1. Odsetek osób w wieku 50+ deklarujących udział w kursie edukacyjnym lub szkoleniu w ostatnich 12 miesiącach (w %)



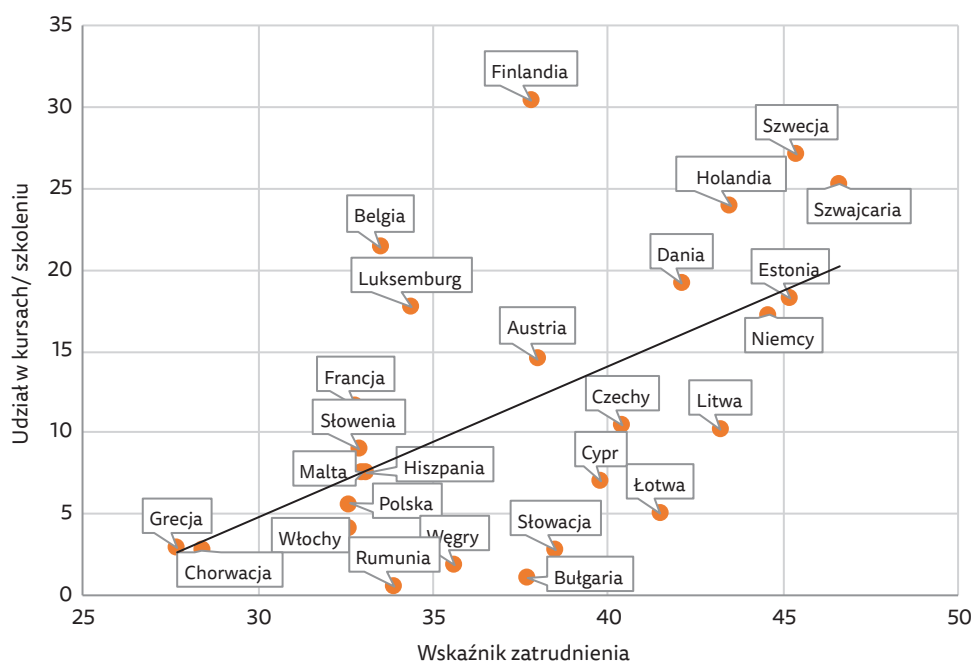
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

¹ W badaniu SHARE wypełniany jest także dodatkowy kwestionariusz w formie papierowej, tzw. drop-off, w którym poszczególne kraje mają możliwość zadawania dodatkowych pytań na ważne dla danego kraju tematy.

Według danych z kwestionariusza ogólnego, Europejczycy w wieku 50+ różnią się znacząco ze względu na uczestnictwo w edukacji dorosłych – taką aktywność deklaroowało od 0,6% osób w Rumunii do ponad 30% w Finlandii. Wśród krajów o najniższym odsetku osób uczestniczących w kształceniu ustawicznym są kraje śródziemnomorskie oraz leżące we wschodniej części Europy (w tym Polska, gdzie 5,6% respondentów uczestniczyło w ostatnim roku w kursie lub szkoleniu). Europa Północna oraz Beneluks to obszary, gdzie to uczestnictwo jest najwyższe.

Warto porównać informacje o aktywności edukacyjnej z zatrudnieniem osób w tym samym wieku. Korelacja między tymi wielkościami jest dodatnia, czyli w krajach, gdzie osoby w wieku 50+ częściej pracują, zwykle także częściej się doksztalcają. Jest to zgodne z zależnościami wykazanymi w przywoływanych badaniach.

Rysunek A.2.2. Udział w edukacji (odsetek osób uczestniczących w kursie edukacyjnym albo szkoleniu w ostatnich 12 miesiącach) oraz wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 50+



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0. (udział w edukacji) oraz danych Eurostat LFS 2019 (wskaźnik zatrudnienia).

Porównując uczestnictwo w kształceniu ustawicznym Polaków w zależności od ich statusu na rynku pracy, dane z 8. rundy pokazują, że najczęściej doksztalcają się pracujący, następnie osoby biernie zawodowo, a relatywnie najrzadziej bezrobotni. Cechą

silnie pozytywnie skorelowaną z edukacją pozaformalną jest wykształcenie. Respondenci z wykształceniem policealnym albo wyższym dokształcali się dziesięciokrotnie częściej niż respondenci ze średnim wykształceniem (por. tabela A.2.1).

Tabela A.2.1. Uczestnictwo w kursie edukacyjnym lub szkoleniu w ostatnich 12 miesiącach według statusu na rynku pracy i cech społeczno-demograficznych – Polska (w %)

	Pracujący	Bezrobotni	Bierni
Ogółem	13,5	1,0	3,0
Płeć			
Mężczyźni	7,1	1,3	3,7
Kobiety	21,0	–	2,6
Wiek			
50–59	13,9	–	7,6
60–69	11,6	3,2	3,1
70+*	15,9	–	1,7
Wykształcenie			
Zasadnicze zawodowe i niżej (ISCED-97 0–2)	–	2,5	1,1
Średnie (ISCED-97 3)	4,8	–	2,8
Policealne i wyższe (ISCED-97 4–6)	42,5	–	9,5

*Mała liczba osób w wieku 70+ deklarujących się jako pracujące.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 8. SHARE, publikacja 8.0.0.

Aktywność edukacyjna pracujących kobiet w badanej populacji jest znacznie wyższa niż mężczyzn. Różnicę widać wśród osób w wieku 50–59 lat (odpowiednio 21,8% K i 5,6% M), czyli przed wiekiem 60 lat, który jest standardowym wiekiem emerytalnym kobiet. W grupie 60–69 lat pracujący obu płci z podobną częstością (11,2% K i 11,7% M) deklarowali odbycie kursu albo szkolenia w roku poprzedzającym badanie.

Zrealizowana razem z głównym kwestionariuszem dodatkowa ankieta drop-off pozwoliła spojrzeć na częstość uczestniczenia w kursach edukacyjnych (tradycyjnych i on-line) związanych z podnoszeniem wiedzy zawodowej w porównaniu z tymi związanymi z prywatnymi zainteresowaniami czy pasjami. Respondenci zaznaczali, że uczestniczyli w szkoleniach podnoszących kompetencje zawodowe dwa razy częściej niż w tych związanych z osobistymi zainteresowaniami (12,1% w porównaniu do 5,8%). Trzeba jednak podkreślić, że ze względu na zakłócenia badania związane z pandemią oraz inaczej sformułowane pytanie, wyniki nie są do końca porównywalne z otrzymanymi na podstawie głównego kwestionariusza.

Bibliografia

Belloni, M., Brugiavini, A., Meschi, E., Pasini, G. (2015). 23. Does training help retaining older workers into employment? Evidence from the SHARE survey. W: *Ageing in Europe – Supporting Policies for an Inclusive Society* (s. 257–266), A. Börsch-Supan, Th. Kneip, H. Litwin, M. Myck, G. Weber (Eds.). Berlin – München – Boston: De Gruyter.

OECD (1973). *Recurrent Education: A Strategy for Lifelong Learning*. Paris.

OECD (1999). *Overcoming Exclusion through Adult Learning*. Paris.

Picchio, M., van Ours, J. (2013). Retaining through training even for older workers, *Economics of Education Review*, 32, s. 29–48.

Ścieżki aktywności zawodowej osób w wieku 50+ i wpływ cech demograficznych i społeczno-ekonomicznych na ich zróżnicowanie

Agnieszka Chłóń-Domińczak, Paweł Strzelecki

Na kształtowanie się aktywności zawodowej osób w dojrzałym wieku ma również wpływ przebieg ich wcześniejszego życia, zarówno zawodowego, jak i rodzinnego. Wśród respondentów i respondentek SHARE, którzy rozpoczynali swoją aktywność zawodową w latach 90. i wcześniej, decyzje podejmowane w okresie rozwoju rodziny mają wpływ na aktywność zawodową, a także sytuację ekonomiczną. W szczególności krótsza aktywność zawodowa, często powiązana z większą liczbą dzieci, może mieć wpływ na wcześniejsze wycofanie z rynku pracy, a w konsekwencji wysokość dochodów na emeryturze, powodując trudności ekonomiczne. Zróżnicowania te pokazują m.in. analizy prowadzone przez Van Winkle [2020] czy Van Winkle i Fasang [2021].

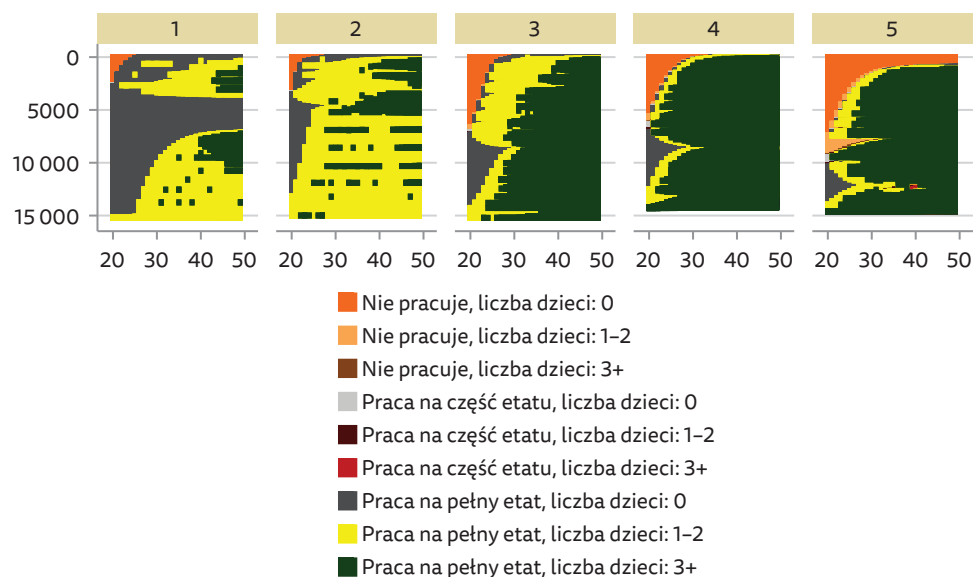
W rundzie 7. badania SHARE przeprowadzone były badania poświęcone historii życia, obejmujące zarówno ścieżki rodzinne, jak i zawodowe. Są one ze sobą powiązane, ze względu na podejmowane decyzje, związane z występującym konfliktem pomiędzy obowiązkami rodzinnymi i karierą zawodową. Przedstawione w tej części analizy pozwalają na poszerzenie spojrzenia na uwarunkowania aktywności zawodowej osób w wieku 50 lat lub więcej.

Przeprowadzona analiza obejmuje zarówno sytuację rodzinną respondentów, związaną z liczbą posiadanych dzieci (brak, jedno lub dwoje, troje lub więcej), jak i aktywność zawodową (niepracujący, pracujący na część etatu, pracujący w pełnym wymiarze) w okresie od 20. do 50. roku życia respondentów. W efekcie, wyróżnionych zostało dziewięć stanów ze względu na sytuację rodzinną i zawodową, w których mogli się znaleźć respondenci w każdym z okresów uwzględnionych w analizie.

Stosując metodę analizy sekwencji¹, respondenci badania zostali uporządkowani według poziomu ich aktywności zawodowej i sytuacji rodzinnej, począwszy od osób, które przez większość czasu pracowały w pełnym wymiarze czasu i nie miały dzieci, do osób, które przez większość lub całość analizowanego okresu nie pracowały, zarówno bezdzietne, jak i będące rodzicami.

Następnie respondenci zostali podzieleni na pięć podobnych co do liczebności grup. W pierwszej grupie uwzględniono osoby, które miały wysoką intensywność pracy, bezdzietne lub z co najwyżej dwójką dzieci. Druga grupa składa się z osób, które aktywność zawodową w pełnym wymiarze łączyły z posiadaniem jednego lub dwójki dzieci. W trzeciej grupie znaczna część osób to osoby, które łączyły większe rodziny (trójka lub więcej dzieci, z których najmłodsze rodzą się, kiedy rodzice mieli 30–40 lat) z aktywnością zawodową w pełnym wymiarze. W czwartej grupie skupieni są głównie rodzice z większą liczbą dzieci, w tym również osoby pracujące na część etatu. W piątej grupie są osoby niepracujące przez cały analizowany okres, zarówno bezdzietne, jak i z dziećmi – w tej grupie najczęściej są również osoby, które mają troje lub więcej dzieci i nie pracowały przez większość czasu, ale też takie, które łączyły pracę na część etatu i wychowywanie dzieci (rysunek A.3.1).

Rysunek A.3.1. Grupy osób wydzielone ze względu na ich trajektorie rodzinne i zawodowe

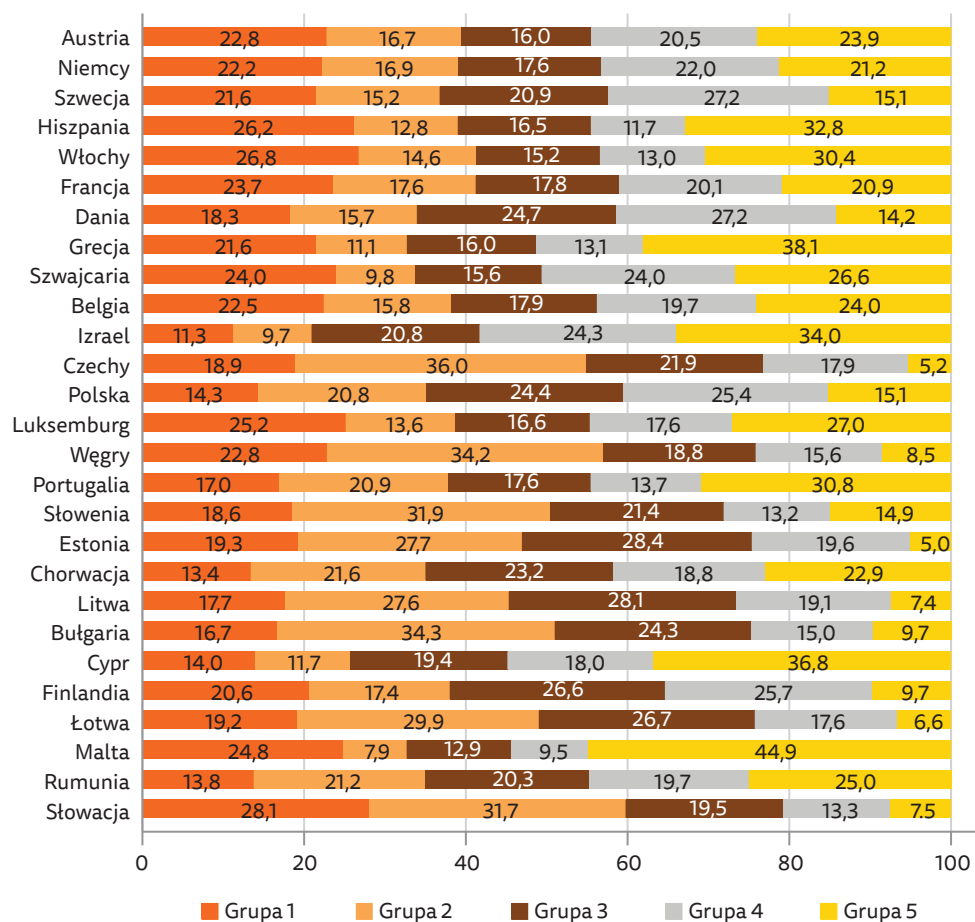


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 7. badania SHARE, publikacja 7.0.0.

¹ Jest to metoda analityczna bazująca na badaniach genetycznych. Pozwala ona na porównanie sekwencji określonych stanów (na rynku pracy, rodzinnych) w czasie, wyróżniając zbliżone ścieżki przebiegu życia.

Przedstawiona analiza pokazuje dużą różnorodność ścieżek zawodowych i rodzinnych, którymi cechują się respondenci badania. Zróżnicowanie to widoczne jest również pomiędzy poszczególnymi krajami. Jak było wspomniane wcześniej, w całej populacji respondentów wydzielone grupy są równej wielkości. Natomiast w poszczególnych krajach obserwujemy zróżnicowanie udziału poszczególnych grup wśród respondentów (rysunek A.3.2).

Rysunek A.3.2. Grupy osób ze względu na historie zawodowe i rodzinne według krajów (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych rundy 7. badania SHARE, publikacja 7.0.0.

W krajach Europy Południowej (Hiszpania, Grecja, Włochy, Malta, Portugalia) udział osób w piątej grupie przekracza 30%. Z kolei w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (Czechy, Słowacja, Węgry, Estonia, Łotwa, Litwa) większy jest udział osób w pierwszych

dwóch grupach. W Polsce w piątej grupie jest około 15% respondentów, w czwartej – około jednej czwartej, podobnie jak w trzeciej. Dla porównania, w Czechach w piątej grupie jest około 5%, a w czwartej – mniej niż 1/5. Widać, że udział osób, których ścieżki zawodowe charakteryzują się większymi przerwami lub pracą w niepełnym wymiarze w Polsce jest większy niż w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

W ostatniej, piątej grupie jest wyższy udział osób, które mają trudności w „wiązananiu końca z końcem” (50% w porównaniu do 37% w pierwszej grupie), kobiet (89% w porównaniu do 35% w pierwszej grupie), a także niższy udział osób z wyższym wykształceniem (9% w porównaniu do 26% w pierwszej grupie). Analizy w oparciu o modele regresji [Chłoń-Domińczak, Strzelecki, 2022] wskazują, że krótsze historie zawodowe mają wpływ na gorszą sytuację ekonomiczną w późniejszym wieku. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej, w tym również w Polsce, ryzyko trudności ekonomicznych w wieku 50 lat lub więcej jest wyższe, nawet jeżeli uwzględnione są charakterystyki dotyczące przebiegu trajektorii życiowych (w porównaniu do krajów z rozwiniętymi politykami publicznymi).

Bibliografia

Chłoń-Domińczak, A., Strzelecki, P. (2022). Assessing social vulnerabilities from a demographic and lifecourse perspective, *EuSocialCit Working Paper*. DOI: 10.5281/zenodo.6835427.

Van Winkle, Z. (2020). Family policies and family life course complexity across 20th-century Europe, *Journal of European Social Policy*, 30(3), s. 320–338. DOI: 10.1177/0958928719880508.

Van Winkle, Z., Fasang, A.E. (2021). The complexity of employment and family life courses across 20th century Europe: More evidence for larger cross-national differences but little change across 1916–1966 birth cohorts, *Demographic Research*, 44 (April), s. 775–810. DOI: 10.4054/DEM-RES.2021.44.32.

Sprawowanie opieki w powiązaniu z zatrudnieniem wśród osób w wieku 50+

Anita Abramowska-Kmon, Jolanta Perek-Białas

4.1. Wprowadzenie

Kwestia łączenia pracy zawodowej z opieką nad innymi, szczególnie przez osoby w wieku 50 lat lub więcej, jest przedmiotem zainteresowań od wielu lat [Abramowska-Kmon, 2019; Hoff i in., 2014; Stypińska, Perek-Białas, 2014].

Kwestia ta jest analizowana z punktu widzenia konsekwencji udzielania regularnej pomocy innym osobom zarówno dla aktywności zawodowej, jak i stanu zdrowia i subiektywnej jakości życia opiekunów. Dotychczasowe wyniki analiz pokazują, że osoby sprawujące regularną opiekę nad osobami dorosłymi odznaczają się niższymi wskaźnikami zatrudnienia oraz większym prawdopodobieństwem przejścia na (wcześniejszą) emeryturę niż osoby nieudzielające tego typu wsparcia [Abramowska-Kmon, 2019; Ciccarelli, Van Soest, 2018; Lilly i in., 2007; Sowa-Kofta, 2018]. Wyniki analiz dotyczące związku między opieką nad wnukami a zatrudnieniem osób w wieku 50–69 lat są niejednoznaczne [Kridahl, 2017; Lakomý, Kreidl, 2015]. Niemniej jednak, istnieją dowody na to, że sprawowanie regularnej opieki nad wnukami także jest powiązane z mniejszą aktywnością zawodową, zwłaszcza kobiet, przede wszystkim w krajach, gdzie opieka nad dziećmi może być scharakteryzowana jako familializm pozbawiony wsparcia (*familialism by default/unsupported familialisation*), z niską dostępnością formalnych usług opiekuńczych dla dzieci [Backhaus, Barslund, 2021; Floridi, 2022]. Wyniki analiz pokazują także, że osoby łączące obowiązki opiekuńcze, zwłaszcza nad starszymi rodzicami, z pracą zawodową są w większym stopniu narażone na pogorszenie się stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, a także obniżenie subiektywnej jakości życia [Abramowska-Kmon, Maciejasz, 2018; Pinquart, Sörensen, 2003; Socci i in., 2021; Verbakel i in., 2017]. Natomiast wyniki analiz poświęconych związkowi między

sprawowaniem opieki nad wnukami a stanem zdrowia i subiektywnym dobrostanem dziadków dostarczają przeciwnych wniosków: osoby opiekujące się wnukami odznaczały się lepszym stanem zdrowia i dobrostanem psychicznymi niż osoby niezaangażowane w takie aktywności [Danielsbacka i in., 2022; Di Gessa i in., 2016].

Celem niniejszego podrozdziału jest przedstawienie wyników analiz dotyczących zaangażowania osób 50+ w Polsce w sprawowanie opieki nad innymi osobami w powiązaniu z ich aktywnością zawodową. Do analiz wykorzystano dane pochodzące z ósmej rundy badania SHARE. Opieka nad osobami dorosłymi została zdefiniowana na potrzeby prezentacji wyników analiz jako sprawowanie regularnej, codziennej opieki¹ nad osobą albo mieszkającą wspólnie z opiekunem (będąc w tym samym gospodarstwie domowym), albo niezależnie poza miejscem zamieszkania opiekuna. Natomiast opieka nad wnukami rozumiana jest jako regularna, codzienna opieka. Do oceny zatrudnienia respondentów wykorzystano pytanie o obecny status zatrudnienia. Osoby zatrudnione lub pracujące na własny rachunek zostały włączone do grupy pracujących, zaś wszystkie pozostałe – do niepracujących (bezrobotne lub bierne zawodowo). Należy także zaznaczyć, że przedstawione w niniejszym rozdziale analizy opisowe dotyczące związku między sprawowaniem opieki a aktywnością zawodową odnoszą się do osób w wieku 50–69 lat. Przyjęte podejście wynika z faktu, że osoby 50+ (w tym kobiety w wieku do 60 lat i mężczyźni do 65 lat) – w związku z ustawową granicą wieku emerytalnego – powinny być obecne na rynku pracy i mogą być w sytuacji, w której istnieje konieczność podejmowania aktywności związanych ze sprawowaniem opieki nad innymi osobami (wnukami lub innymi członkami rodziny, np. rodzicami). W grupie osób objętych badaniem są to również te osoby, które najczęściej sprawują opiekę nad innymi osobami. Trzeba też podkreślić, że w badaniu SHARE tylko niewielka grupa respondentów wskazywała, że sprawuje jednocześnie regularną, codzienną opiekę nad osobą dorosłą oraz wnukami (mniej niż 1% respondentów). Dlatego w niniejszym opracowaniu analizy zostały przeprowadzone oddzielnie dla obu zbiorowości (tj. osób sprawujących opiekę nad wnukami oraz osób opiekujących się osobami dorosłymi).

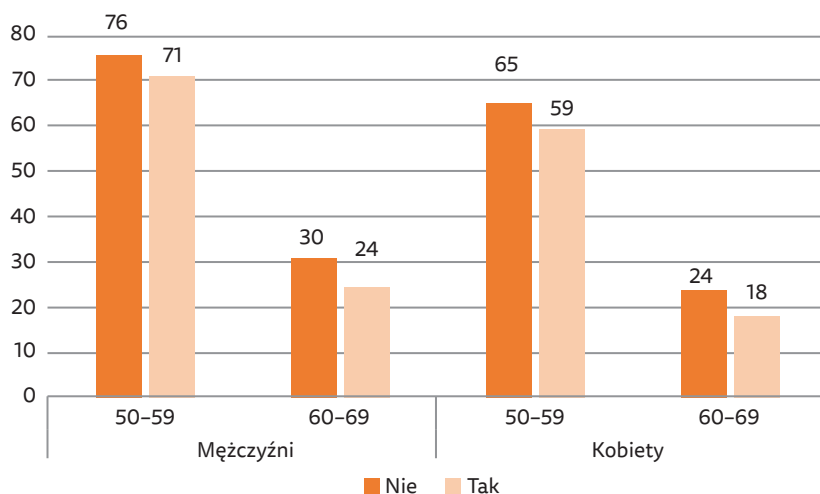
Jest to szczególnie istotne, dlatego że osoby uwzględnione w analizie w rozdziale mają dodatkowe obciążenie z racji zwiększonego wysiłku nie tylko w pracy zawodowej, ale i w pracy nieformalnej (nieodpłatnej) – w tym przypadku opieki nad dorosłymi osobami wymagającymi wsparcia lub wnukami – w porównaniu do osób, które są aktywne zawodowo bez takich obowiązków, jak i tych, które nie pracują, ale poświęcają się aktywnościom opiekuńczym.

¹ Na podstawie deklaracji respondentów w odpowiedzi na pytanie: czy opieka jest codzienna (regularna), czy rzadsza (doraźna). W badaniu nie ma informacji o liczbie godzin w ciągu dnia, jak i tygodniowej liczbie godzin poświęcanej na sprawowanie którejś z tych form opieki.

4.2. Sprawowanie opieki a zatrudnienie osób w wieku 50–69 lat w krajach SHARE

We wszystkich analizowanych krajach wśród osób w wieku 50–69 lat niemal co dziesiąta sprawowała regularną, codzienną opiekę nad osobami dorosłymi. Wyniki analiz na podstawie danych z 8. rundy badania SHARE pokazują, że we wszystkich analizowanych krajach połowa ankietowanych w wieku 50–69 lat niesprawujących regularnej (codziennej) opieki nad osobami dorosłymi posiadała zatrudnienie, natomiast dla osób udzielających opieki wskaźnik zatrudnienia wyniósł 44%. Dla kobiet sprawujących opiekę wskaźnik zatrudnienia wyniósł 41% w porównaniu do 45% dla tych nieopiekujących się osobami dorosłymi, zaś dla mężczyzn te wartości wyniosły odpowiednio 55% i 50%. Wskaźniki te maleją wraz z wiekiem – w rozbięciu na grupę osób w wieku 50–59, jak i 60–69 dla obu płci jest to przedstawione na rysunku A.4.1.

Rysunek A.4.1. Wskaźniki zatrudnienia w analizowanych krajach według płci, grup wieku i faktu sprawowania regularnej opieki nad osobami dorosłymi (w %)



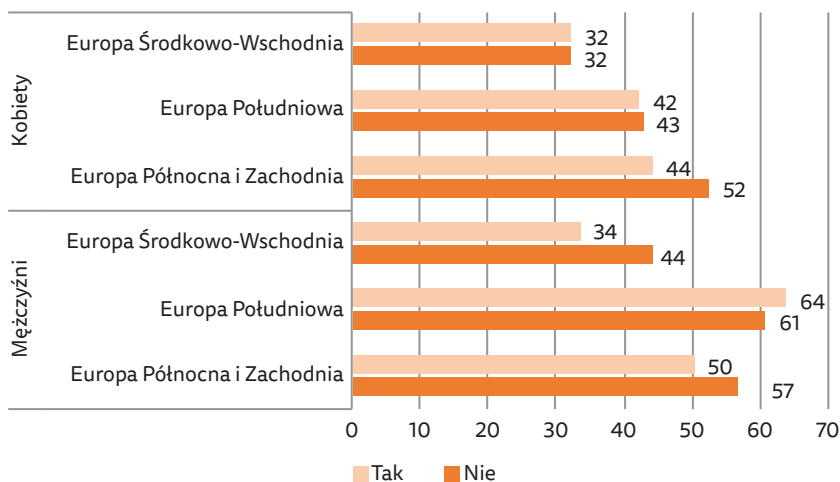
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Analizowane grupy krajów² różnią się pod względem wskaźników zatrudnienia według faktu sprawowania opieki nad osobami dorosłymi, zaś różnice te są widoczne

² Z uwagi na małą liczbę osób sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi (2204 osób) lub wnukami (1523 osób), w niektórych krajach liczebności były niewystarczające, by przeprowadzić bardziej pogłębione analizy między nimi. Dlatego w niniejszym podrozdziale wyodrębniono następujące grupy krajów: Europa Północna i Zachodnia (Austria, Niemcy, Holandia, Francja, Szwajcaria, Belgia, Luksemburg, Szwecja,

zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, aczkolwiek nie można wyodrębnić jednego wspólnego wzorca dla obu płci (rysunek A.4.2). Najmniejszy odsetek pracujących kobiet bez względu na fakt udzielania opieki osobom dorosłym można odnotować dla krajów Europy Środkowej i Wschodniej, zaś największy dla Europy Północnej i Zachodniej. Z kolei dla mężczyzn wskazujących na regularną opiekę nad osobami dorosłymi największy udział pracujących zaobserwowano dla Europy Południowej.

Rysunek A.4.2. Wskaźniki zatrudnienia według płci, grupy krajów i faktu sprawowania regularnej opieki nad osobami dorosłymi (w %)



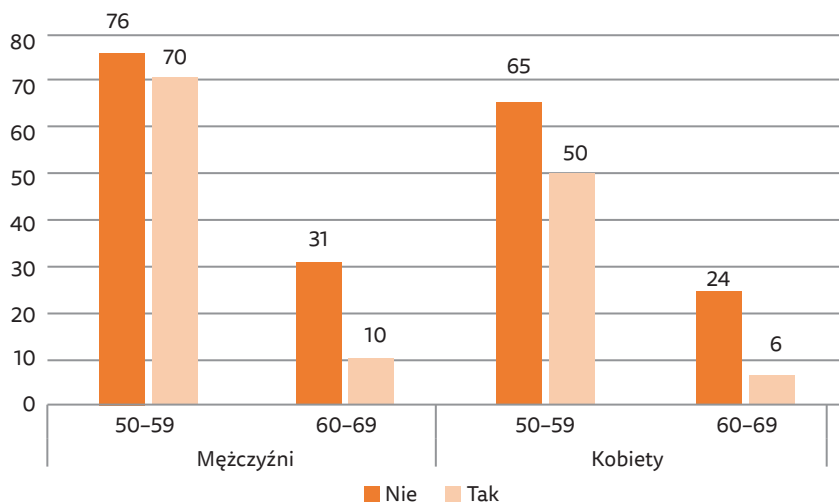
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Sprawowanie regularnej (codziennej) opieki nad wnukami było jeszcze rzadsze niż sprawowanie opieki nad dorosłymi. Zaledwie 5,5% wszystkich respondentów w wieku 50–69 lat deklarowało tego typu zaangażowanie. Odsetek pracujących wśród osób niezaangażowanych w codzienną opiekę nad wnukami wyniósł niemal 51%, zaś wśród osób sprawujących opiekę – 28%. Udziały te różnią się dla kobiet i mężczyzn. Wskaźnik zatrudnienia dla mężczyzn w wieku 50–69 lat nieopiekujących się regularnie wnukami wyniósł 56%, zaś dla tych opiekujących się – 35%. Dla kobiet odsetki te wyniosły odpowiednio 46% i 25%. Różnice między osobami w wieku 50–59 lat oraz 60–69 lat są znaczne (rysunek A.4.3). Na przykład, dla grupy wieku 50–59 lat można zauważyć różnicę rzędu 15 p.p. między kobietami sprawującymi opiekę nad wnukami a tymi nieudzielającymi takiego wsparcia. Wskaźniki zatrudnienia dla osób nie-

Dania, Finlandia), Europa Południowa (Hiszpania, Włochy, Grecja, Izrael, Cypr, Malta) oraz Europa Środkowo-Wschodnia (Czechy, Polska, Węgry, Słowenia, Estonia, Chorwacja, Litwa, Bułgaria, Łotwa, Rumunia, Słowacja).

opiekujących się wnukami były wyższe we wszystkich grupach krajów, zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn (rysunek A.4.4).

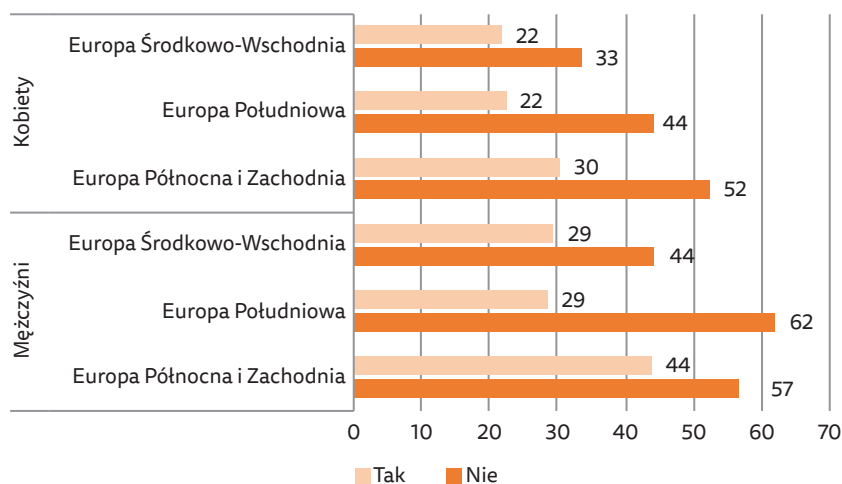
Rysunek A.4.3. Wskaźniki zatrudnienia w analizowanych krajach według płci, grup wieku i faktu sprawowania regularnej opieki nad wnukami (w %)



Uwaga: wyniki dla mężczyzn w wieku 50-59 lat należy traktować z ostrożnością z uwagi na małe liczebności osób sprawujących opiekę nad wnukami.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

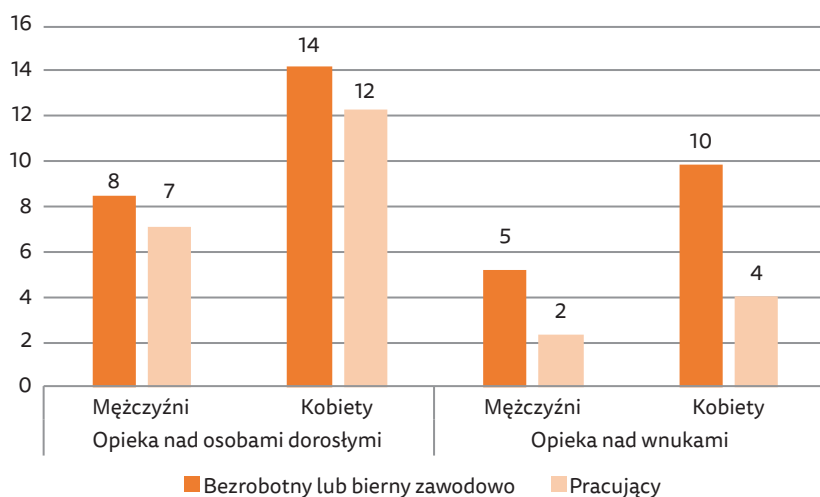
Rysunek A.4.4. Wskaźniki zatrudnienia według płci, grupy krajów i faktu sprawowania regularnej opieki nad wnukami (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Na związek między sprawowaniem opieki a zatrudnieniem można także spojrzeć z innej strony: w jaki sposób status na rynku pracy osób w wieku 50–69 lat różnicuje udział osób opiekujących się innymi osobami? Otrzymane wyniki pokazują, że w analizowanych krajach udziały osób sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi w niewielkim stopniu się różnią między osobami pracującymi a niepracującymi (bezrobotnymi lub biernymi zawodowo) (rysunek A.4.5). Większe różnice można odnotować w zakresie opieki nad wnukami. Wśród niepracujących kobiet udział opiekujących się codziennie wnukami wyniósł 10% i był ponad dwukrotnie wyższy niż dla kobiet pracujących. Podobne wyniki uzyskano dla mężczyzn, aczkolwiek należy zaznaczyć, że udziały te były znacznie niższe niż dla kobiet i wyniosły odpowiednio 5% i 2%. Największy udział osób opiekujących się osobami dorosłymi można zaobserwować dla kobiet w wieku 50–59 lat, zwłaszcza tych niepracujących (rysunek A.4.6).

Rysunek A.4.5. Udział osób sprawujących opiekę nad innymi osobami w analizowanych krajach według płci i statusu na rynku pracy (w %)



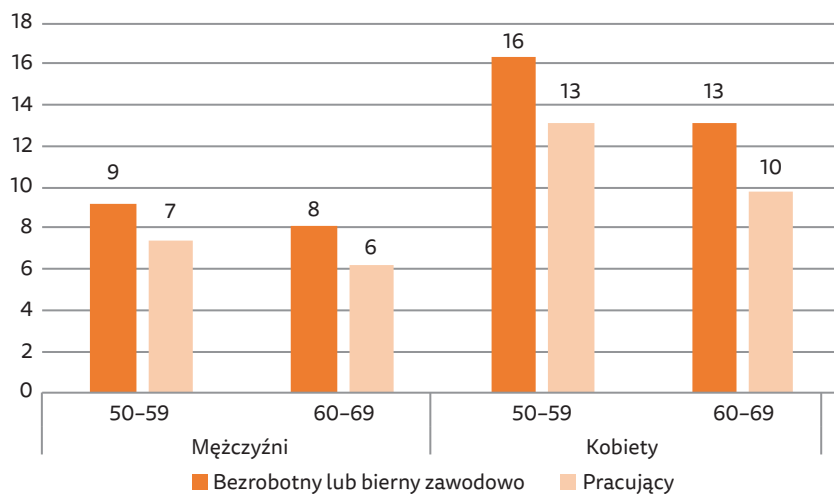
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Niepracujące osoby w wieku 60–69 lat najczęściej sprawowały opiekę nad wnukami (11% kobiet i 6% mężczyzn) (rysunek A.4.7). Pracujące kobiety rzadziej opiekowały się regularnie wnukami niż kobiety niepracujące (5% wobec 8% dla grupy wieku 50–59 lat, oraz 2% wobec 11% dla grupy wieku 60–69 lat).

W analizowanych grupach krajów można odnotować niewielkie różnice w odsetkach osób sprawujących regularną opiekę nad dorosłymi między osobami pracującymi i niepracującymi (rysunek A.4.8). Natomiast większe różnice zaobserwowano według faktu sprawowania opieki nad wnukami (rysunek A.4.9). W krajach Europy

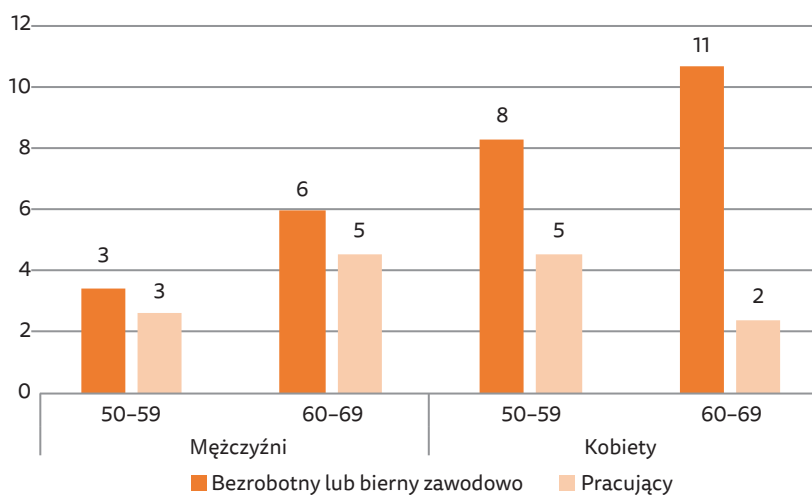
Środkowo-Wschodniej 14% niepracujących kobiet opiekowało się wnukami wobec 8% wśród kobiet pracujących, zaś w krajach Europy Południowej odsetek ten wyniósł odpowiednio 11% i 4%.

Rysunek A.4.6. Udział osób sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi w analizowanych krajach według płci, grup wieku i statusu na rynku pracy (w %)



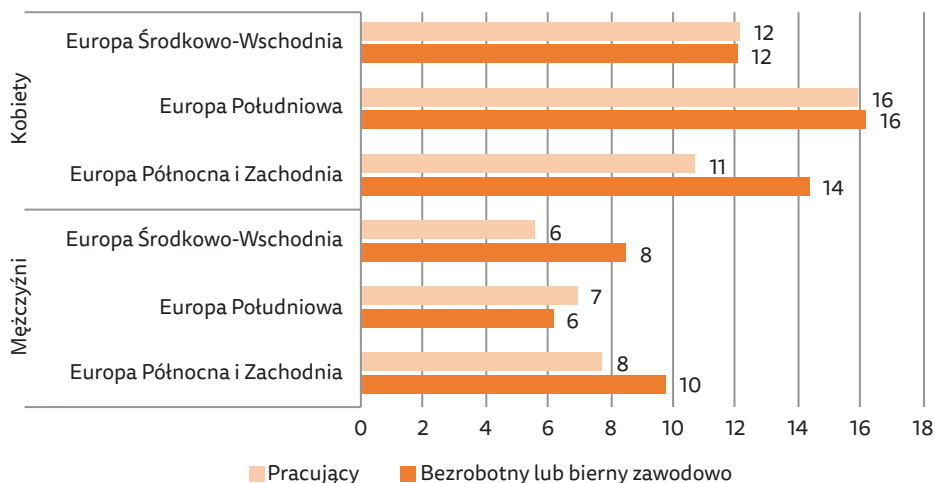
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek A.4.7. Udział osób sprawujących opiekę nad wnukami w analizowanych krajach według płci, grup wieku i statusu na rynku pracy (w %)



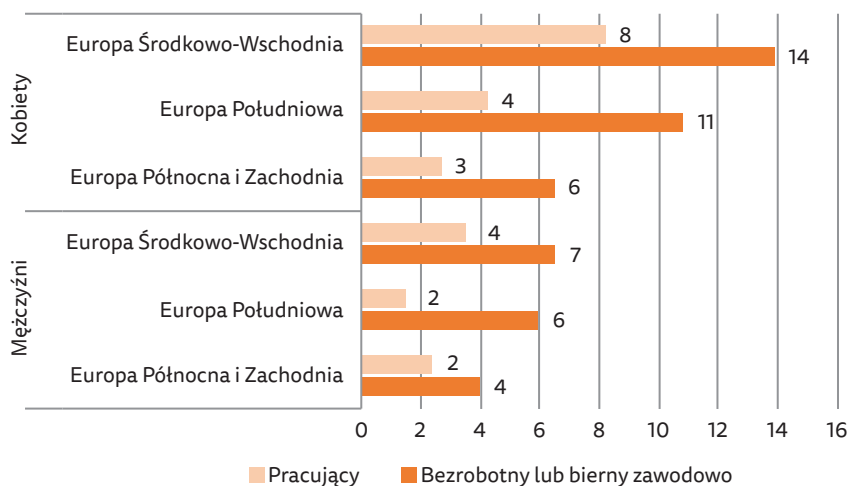
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. Badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek A.4.8. Udział osób sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi według płci, grup krajów i statusu na rynku pracy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek A.4.9. Udział osób sprawujących opiekę nad wnukami według płci, grup krajów i statusu na rynku pracy (w %)

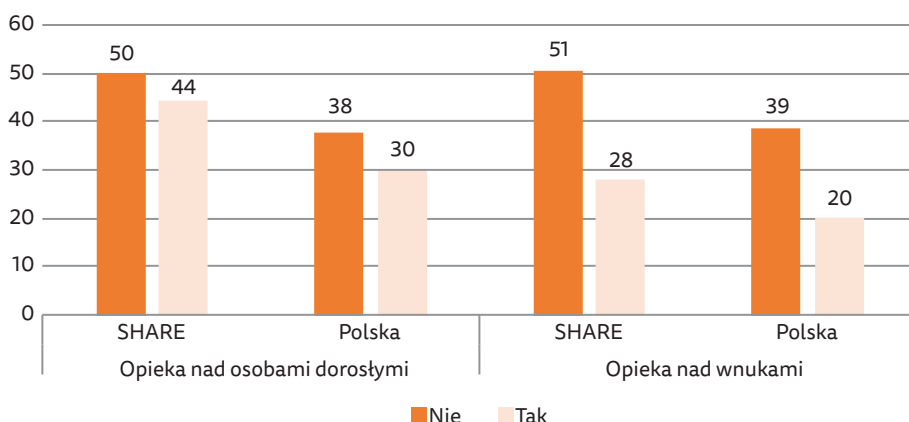


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

4.3. Sprawowanie opieki a zatrudnienie osób w wieku 50–69 lat w Polsce

W Polsce wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku 50–69 lat jest znacznie niższy niż łącznie dla wszystkich krajów, w których przeprowadzono badanie SHARE (36,8% wobec 49,3%). Dla osób niesprawujących opieki nad dorosłymi wyniósł 37,6% i był niższy o 12 p.p. od wskaźnika dla pozostałych krajów badania SHARE, zaś dla osób udzielających opieki równał się 44,2% i był mniejszy o 14 p.p. (rysunek A.4.10) niż odpowiednie wskaźniki dla wszystkich krajów SHARE. Z kolei udział osób pracujących wśród tych nieopiekujących się wnukami wyniósł dla Polski 38,7% (mniej o 12 p.p.), zaś dla tych opiekujących się wnukami – 20% (mniej o 8 p.p. niż w analizowanych krajach SHARE).

Rysunek A.4.10. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 50–69 lat w Polsce i w krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według faktu sprawowania opieki nad innymi osobami (w %)



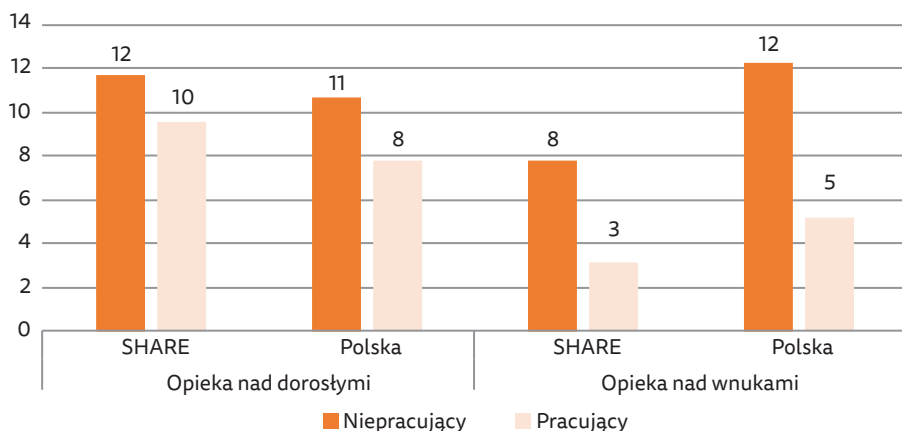
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

W Polsce udział osób opiekujących się osobami dorosłymi wśród niepracujących był nieznacznie mniejszy niż dla wszystkich krajów SHARE łącznie (10,7% wobec 11,7%), zaś niepracujących i opiekujących się wnukami – większy (12,2% wobec 7,8%) (rysunek A.4.11). Podobne relacje można zaobserwować dla osób pracujących, tylko że udziały osób sprawujących regularną opiekę nad innymi są niższe i wyniosły one odpowiednio dla Polski 7,8% wobec 9,5% (opieka nad dorosłymi) oraz 5,2% i 3,1% (opieka nad wnukami) w porównaniu ze wszystkimi krajami SHARE.

Podsumowując, najbardziej obciążone opieką zarówno nad wnukami, jak i osobami dorosłymi są kobiety, głównie mieszkające w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej. Należy zaznaczyć, że osoby niepracujące częściej opiekują się innymi

osobami niż pracujące, co więcej, dość często (44% respondentów w całej próbie oraz 30% w Polsce) opieka łączona jest z wykonywaniem pracy zawodowej. To podwójne obciążenie, a także inne sytuacje, których doświadczają osoby w wieku 50–69 lat (np. pogorszenie się stanu zdrowia, przejście na emeryturę, negatywne doświadczenia, np. śmierć bliskiej osoby czy trudne relacje rodzinne) mogą niekorzystnie wpływać na stan zdrowia i subiektywną ocenę jakości życia tej zbiorowości.

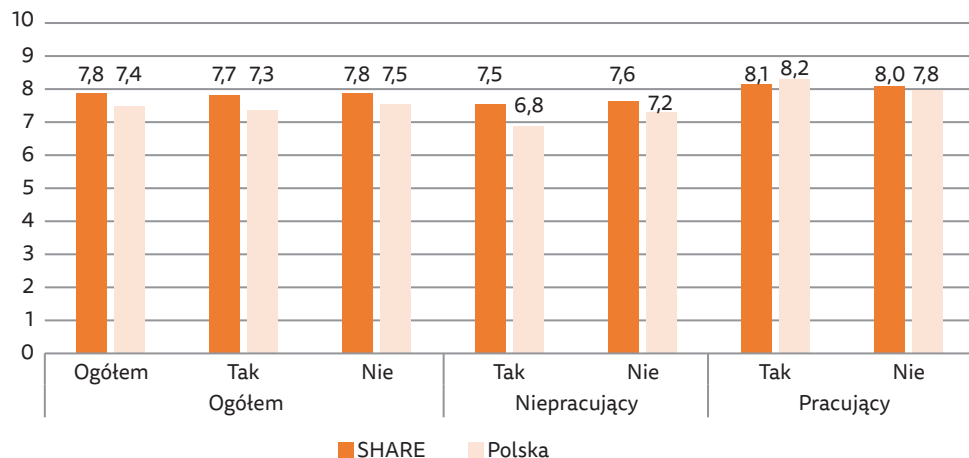
Rysunek A.4.11. Udział osób sprawujących opiekę nad innymi osobami w Polsce i w krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

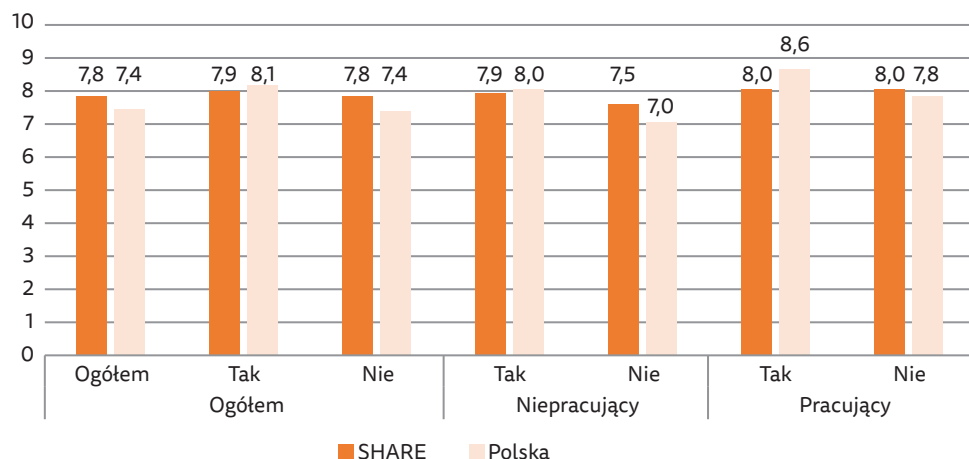
Wyniki analiz na podstawie danych SHARE pokazują, że niepracujące osoby w wieku 50–69 lat, zwłaszcza opiekujące się osobami dorosłymi, odznaczały się najmniejszym zadowoleniem z życia i największą średnią liczbą objawów depresji (rysunek A.4.12 i A.4.14). Ponadto dla grupy tej odnotowano największy udział osób odczuwających ograniczenia przy wykonywaniu codziennych czynności (rysunek A.4.16). Wyniki analiz potwierdzają, że sytuacja niepracujących opiekunów w Polsce była bardziej niekorzystna niż we wszystkich analizowanych krajach łącznie. Opieka nad wnukami nie miała tak bardzo negatywnego wpływu na jakość życia i stan zdrowia respondentów w wieku 50–69 lat. Najmniejsze zadowolenie z życia oraz największy poziom depresji można odnotować dla osób niepracujących i niezajmujących się wnukami (rysunek A.4.13 i A.4.15). Podobnie, udział osób odczuwających ograniczenia przy codziennych czynnościach był w tej grupie największy (rysunek A.4.17). Co więcej, wyniki dla Polski pokazują, że jakość życia i stan zdrowia osób niepracujących i niezajmujących się wnukami były niższe w porównaniu do wszystkich analizowanych krajów w badaniu SHARE.

Rysunek A.4.12. Średnie zadowolenie z życia osób w wieku 50–69 lat w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad osobami dorosłymi



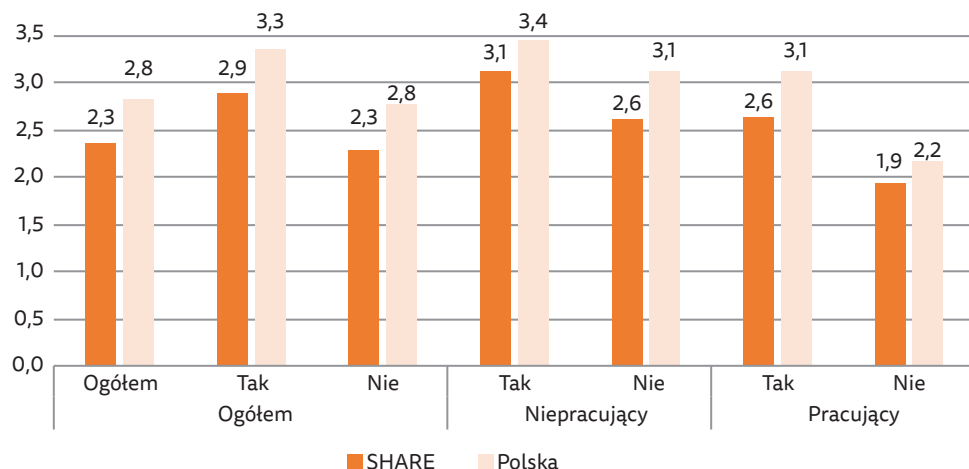
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek A.4.13. Średnie zadowolenie z życia osób w wieku 50–69 lat w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad wnukami



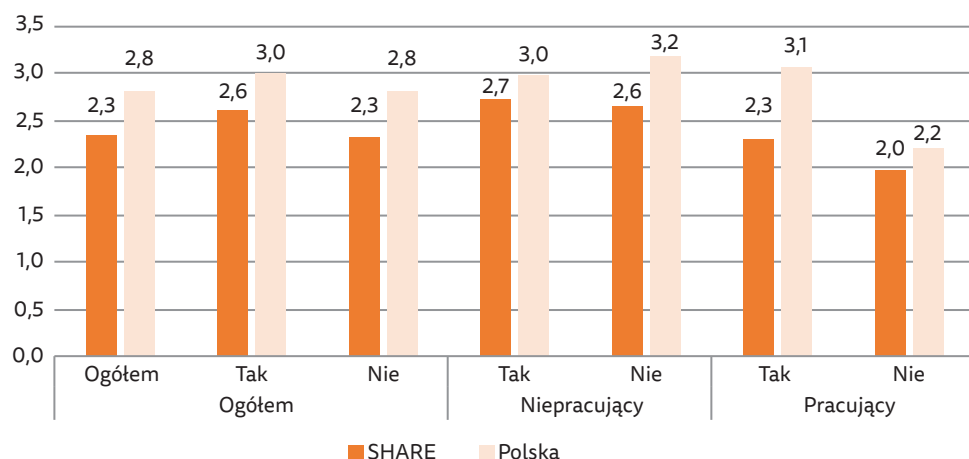
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek A.4.14. Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50–69 lat w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad osobami dorosłymi



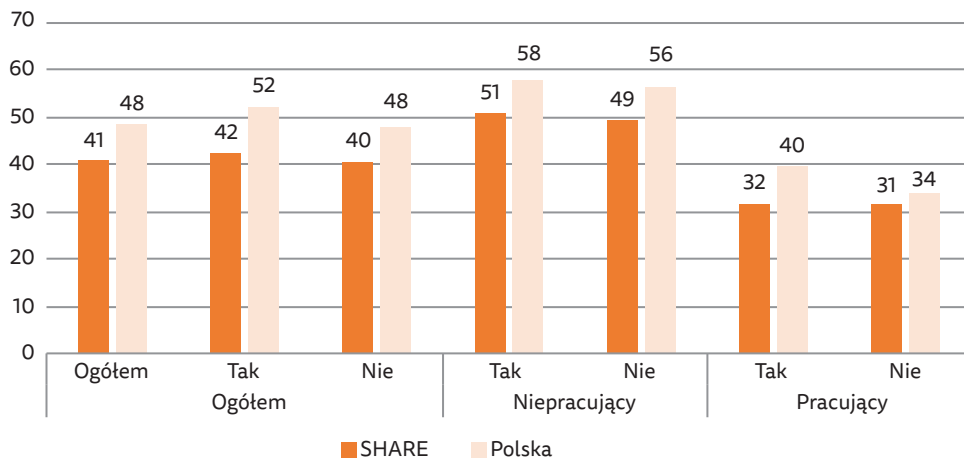
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek A.4.15. Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50–69 lat w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad wnukami



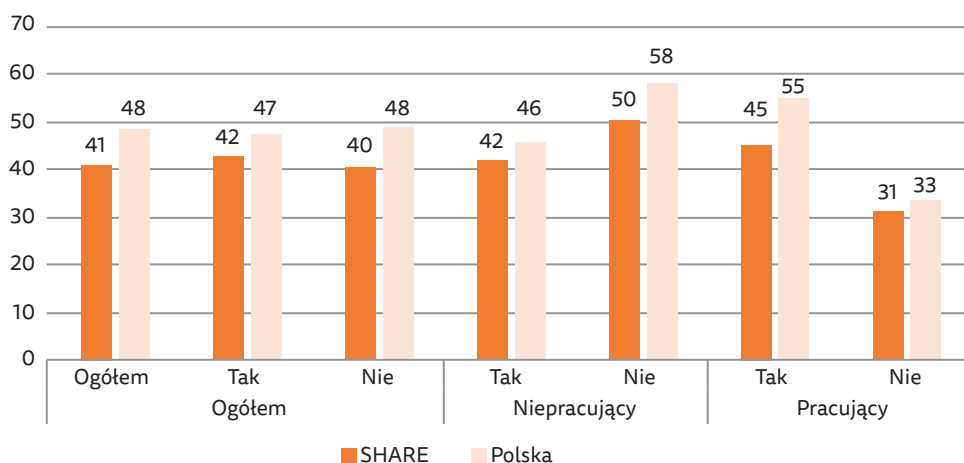
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. Badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek A.4.16. Udział osób w wieku 50–69 lat odczuwających ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad osobami dorosłymi (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek A.4.17. Udział osób w wieku 50–69 lat odczuwających ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad wnukami (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

4.4. Podsumowanie

Celem tego podrozdziału było pokazanie różnic w zakresie sprawowania regularnej opieki nad osobami dorosłymi oraz wnukami przez osoby pracujące i niepracujące w wieku 50–69 lat w Polsce na tle wszystkich krajów uczestniczących w badaniu SHARE. Wyniki analiz potwierdziły, że aktywności opiekuńcze w głównej mierze dotyczą kobiet zarówno w wieku przedemerytalnym, jak i po osiągnięciu wieku emerytalnego. Fakt ten może stanowić przeszkodę w zwiększaniu zatrudnienia wśród tych osób. Należy także zaznaczyć, że wskaźniki zatrudnienia wśród osób sprawujących regularną opiekę nad innymi są znacznie niższe w Polsce niż w innych krajach europejskich.

Pokazane zostały także różnice w ocenie jakości życia i stanu zdrowia ze względu na fakt sprawowania opieki, jak i statusu na rynku pracy. W szczególności osoby niepracujące i udzielające opieki osobom dorosłym odznaczają się najgorszym stanem zdrowia i subiektywnym dobrostanem. Ma to znaczenie ze względu na konieczność przygotowania i wdrożenia różnorodnych zmian łagodzących negatywne skutki takich „podwójnych” obciążeń, które są wyrażane w wielu opracowaniach dotyczących rozwiązań dla opiekunów w Polsce [por. Abramowska-Kmon i in., 2022].

Bibliografia

- Abramowska-Kmon, A. (2019). Caring obligations and transition to retirement among people aged 50–69 in Poland, *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka*, 3, s. 1–24. DOI: 10.32088/000014.
- Abramowska-Kmon, A., Bakalarczyk, R., Kotowska, I.E., Łatkowski, W., Łuczak, P., Szweđa-Lewandowska, Z., Wóycicka, I. (2022). W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce. Raport Fundacji im. Stefana Batorego.
- Abramowska-Kmon, A., Maciejcz, M. (2018). Subjective quality of life of informal caregivers aged 50–69 in Poland, *Studia Demograficzne*, 2(174), s. 37–65.
- Ciccarelli, N., Van Soest, A. (2018). Informal Caregiving, Employment Status and Work Hours of the 50+ Population in Europe, *Economist (Netherlands)*, 166(3), s. 363–396. DOI: 10.1007/s10645-018-9323-1.
- Danielsbacka, M., Křenková, L., Tanskanen, A.O. (2022). Grandparenting, health, and well-being: a systematic literature review, *European Journal of Ageing*. DOI: 10.1007/s10433-021-00674-y.
- Di Gessa, G., Glaser, K., Tinker, A. (2016). The impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Europe: A lifecourse approach, *Social Science and Medicine*, 152, s. 166–175. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.01.041.
- Floridi, G. (2022). Daily grandchild care and grandparents' employment: A comparison of four European child-care policy regimes, *Ageing and Society*, 42(2), s. 448–479. DOI: 10.1017/S0144686X20000987.

- Hoff, A., Reichert, M., Hamblin, K.A., Perek-Białas, J., Principi, A. (2014). Informal and formal reconciliation strategies of older peoples' working carers: The European carers@work project, *Vulnerable Groups and Inclusion*, 5(1), 24264.
- Kridahl, L. (2017). Retirement timing and grandparenthood in Sweden: Evidence from population-based register data, *Demographic Research*, 37(31), s. 957–994. DOI: 10.4054/Dem-Res.2017.37.31.
- Lakomý, M., Kreidl, M. (2015). Full-time versus part-time employment: Does it influence frequency of grandparental childcare?, *European Journal of Ageing*, 12(4), s. 321–331. DOI: 10.1007/s10433-015-0349-9.
- Lilly, M.B., Laporte, A., Coyote, P.C. (2007). Labor Market Work and Home Care's Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor Force Participation Rates, Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work, *The Milbank Quarterly*, 85(4), s. 641–690. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2007.00504.x.
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2003) Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis, *Psychology and Aging*, s. 250–267. DOI: 10.1037/0882-7974.18.2.250.
- Socci, M., Principi, A., Di Rosa, M., Carney, P., Chiatti, C., Lattanzio, F. (2021). Impact of working situation on mental and physical health for informal caregivers of older people with Alzheimer's disease in Italy. Results from the UP-TECH longitudinal study, *Aging and Mental Health*, 25(1), s. 22–31.
- Sowa-Kofta, A. (2018). 'ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Poland'. Brussels: European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Stypinska, J., Perek-Białas, J. (2014). Working carers in Poland – successful strategies for reconciliation of work and care of an older adult, *Anthropological Notebooks*, 20(1).
- Verbakel, E., Tamlagsrønning, S., Winstone, L., Fjaer, E.L., Eikemo, T.A. (2017). Informal care in Europe: Findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health, *European Journal of Public Health*, 27, s. 90–95. DOI: 10.1093/eurpub/ckw229.

Satysfakcja z pracy i oczekiwania dotyczące przechodzenia na emeryturę osób w wieku 50+

Agnieszka Chłóń-Domińczak

5.1. Ocena jakości środowiska pracy przez pracujące osoby po 50. roku życia

Badanie SHARE pozwala na ocenę różnych aspektów satysfakcji z pracy, które mogą mieć wpływ na chęć bądź możliwości utrzymywania aktywności zawodowej przez osoby w wieku 50 lat lub więcej. W literaturze wyróżnia się czynniki, które mogą przyczyniać się do poprawy satysfakcji z wykonywanej pracy, które sprzyjają wydłużaniu aktywności zawodowej, a także takie, które mogą zniechęcać bądź utrudniać dłuższe pozostanie na rynku pracy. Czynniki te związane są z uwarunkowaniami instytucjonalnymi, organizacji i warunkami pracy, możliwości łączenia pracy i obowiązków opiekuńczych [Blekesaune, Solem, 2005; Burnay i in., 2023; Ebbinghaus, Hofäcker, 2013; Edge i in., 2017; Ilmarinen, 2005; Kuitto, Helmdag, 2021; Rasticova, Ogg, 2019; Van Dam i in., 2009; Van Solinge, Henkens, 2014].

W badaniu SHARE uwzględnione są również elementy oceny jakości środowiska pracy, które pozwalają na analizę tego, jak pracujący w wieku 50+ oceniają różne aspekty satysfakcji związanej z wykonywaną pracą. Warunki te były analizowane w 6. rundzie badania [Myck, Oczkowska, 2017]. W badaniu SHARE osoby pracujące oceniają ogólnie, czy są zadowolone ze swojej (głównej) pracy, a także odpowiadają na pytania o aspekty wykonywanej pracy, które nie sprzyjają dłuższej aktywności zawodowej, w tym czy wykonywana praca:

- wymaga dużego wysiłku fizycznego;
- powoduje odczucie ciągłej presji czasu związanej z dużym obciążeniem pracą;

- daje bardzo niewiele swobody w decydowaniu o tym, jak wykonywana jest praca;
- daje niewielkie szanse na awans w pracy;
- jest związana z niewielką pewnością zatrudnienia.

Uwzględnione są również takie czynniki, które sprzyjają dłuższej aktywności.

W szczególności jest to praca, która:

- daje możliwości rozwoju nowych umiejętności;
- daje możliwości uzyskania wsparcia w trudnych sytuacjach;
- daje możliwości spotykania się z uznaniem, na które w swojej ocenie zasługuje pracownik;
- wiąże się z wynagrodzeniem odpowiednim do wykonywanej pracy.

W 2015 r. uzyskane wyniki wskazywały, że udział zadowolonych z pracy w Polsce był niższy niż w innych krajach. Jednocześnie odsetek pracujących, zniechęconych do pracy lub zmęczonych pracą wymagającą od nich dużego wysiłku fizycznego lub też rutynowej pracy, jest wysoki. Stwierdzono wówczas, że jakość pracy może być jednym z istotnych czynników, które przyczyniają się do wysokiej skłonności do szybkiego wycofywania się z aktywności zawodowej Polaków.

Tabela A.5.1 przedstawia rozkład odpowiedzi na pytania odnoszące się do różnych aspektów satysfakcji z wykonywanej pracy wśród osób pracujących w wieku 50+. Uzyskane odpowiedzi wskazują, że Polacy w wieku 50+ częściej niż cała badana populacja wykonują prace wymagające fizycznie, dające mało swobody w sposobie jej wykonywania. Polacy częściej również uważają, że mają małe szanse na awans. Rzadziej wskazują oni również na to, że mają możliwość rozwoju i zdobywania umiejętności (szczególnie kobiety), a także że ich zarobki są adekwatne. Natomiast częściej czują się uznawani przez swoich współpracowników (szczególnie mężczyźni).

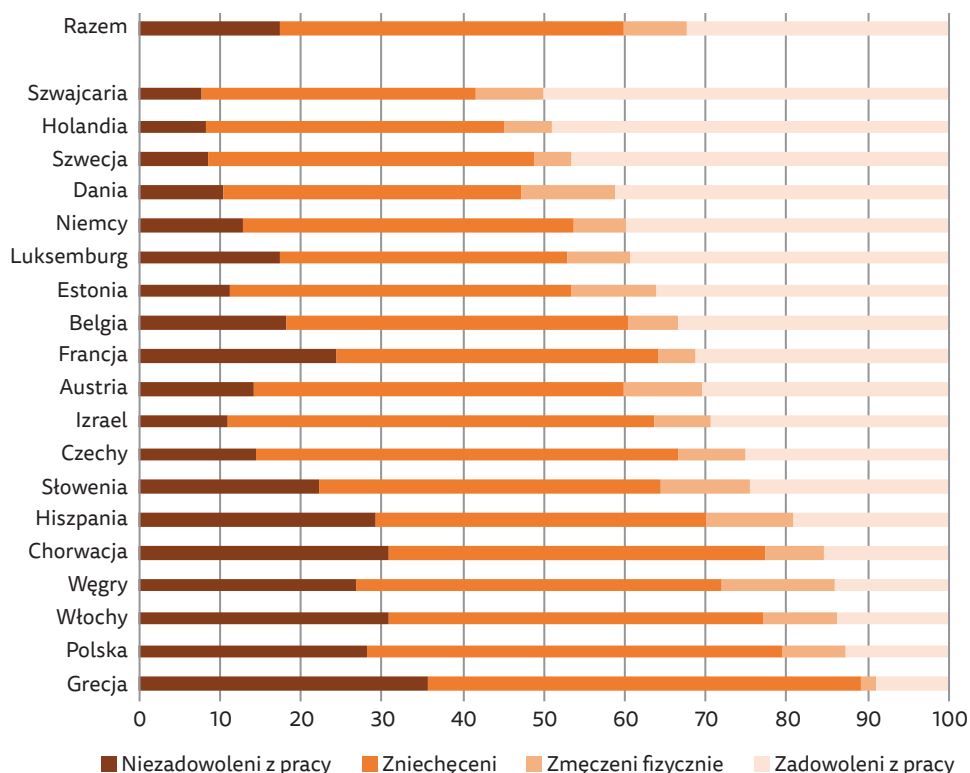
Tabela A.5.1. Czynniki wpływające na satysfakcję z wykonywanej pracy (w %)

	Ogółem	PL	PL mężczyźni	PL kobiety
Zadowolenie z pracy (ogółem)	90,9	92,8	98,5	86,6
Praca wymagająca fizycznie	52,6	61,6	60,7	62,5
Praca pod presją czasu	47,7	43,1	41,9	44,5
Mało swobody w wykonywaniu pracy	29,1	38,3	29,8	47,6
Małe szanse na awans	64,6	74,2	71,4	77,3
Brak poczucia bezpieczeństwa	16,1	14,6	12,3	17,0
Możliwość rozwoju i zdobywania umiejętności	67,9	61,5	53,4	70,3
Uzyskanie wsparcia w trudnych sytuacjach	75,6	63,4	63,9	62,8
Uznanie ze strony współpracowników	73,7	75,6	85,4	64,9
Adekwatne zarobki	60,3	37,8	42,5	32,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

W porównaniu do wyników uzyskanych w 2015 r., można zauważyć zmniejszenie udziału osób, które oceniają, że mają mało swobody w wykonywaniu pracy (46,8% w 2015 r. w porównaniu do 38,3% w 2019 r.). Zwiększyło się również poczucie bezpieczeństwa. Na jego brak w 2015 r. wskazywało 29,1% osób z Polski w porównaniu do 14,6% w 2019 r. Jednocześnie zwiększył się udział osób, które wskazywały na występowanie czynników wspierających utrzymanie w zatrudnieniu. Odsetek osób wskazujących na możliwości rozwoju i zdobywania umiejętności wzrósł z 48,5% do 61,5%, podobnie jak osób wskazujących na uznanie ze strony współpracowników – z 69,8% do 75,6%. Spadł natomiast odsetek osób, które uznawały swoje zarobki za adekwatne (z 41,1% do 37,8%). W przypadku pozostałych czynników nie nastąpiły istotne zmiany.

Rysunek A.5.1. Struktura pracujących w wyodrębnionych czterech grupach ze względu na odczucie zadowolenia z pracy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Wymienione wyżej czynniki zostały również wykorzystane do przeprowadzenia analizy segmentacji, której celem było wydzielenie grup osób 50+, ze względu na ich zadowolenie z pracy, podobnie jak w 6. rundzie badania. Podobnie jak wówczas,

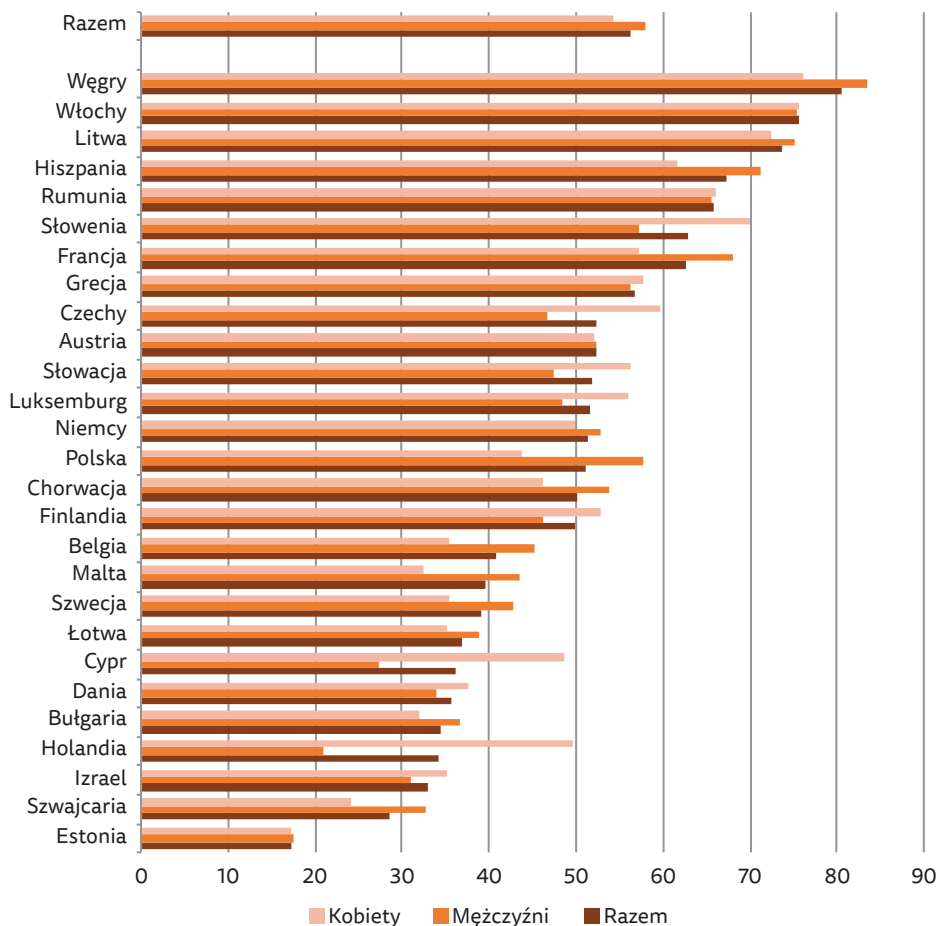
wydzielono 4 grupy: osoby niezadowolone z warunków pracy, osoby zniechęcone, osoby zmęczone fizycznie, a także osoby zadowolone. Udział osób, które są zadowolone z warunków pracy w Polsce jest niższy niż przeciętnie. Największa grupa to osoby zniechęcone, które rzadziej wskazują na pozytywne aspekty wykonywania pracy, a jednocześnie jest to praca, która daje mniej swobody. Wyższy w Polsce w porównaniu do średniej z całej próby jest również odsetek osób niezadowolonych z pracy.

5.2. Potrzeba przejścia na emeryturę

W ramach badania SHARE respondenci są również pytani, czy chcą przejść na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe. We wcześniejszych rundach badania odsetek respondentów, którzy deklarowali takie plany był wysoki. W 2015 r. w Polsce 55% pracujących mężczyzn i 47% pracujących kobiet, którzy nie ukończyli 60 lat, chciałoby przejść na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe.

W rundzie 8. odsetek Polaków deklarujących chęć szybkiego przejścia na emeryturę był na poziomie zbliżonym do przeciętnej we wszystkich krajach, ale w przypadku mężczyzn wyższy niż w 2015 r. Chęć jak najszybszego przejścia na emeryturę wskazało łącznie 51% osób z Polski. Rzadziej takie deklaracje w Polsce składały kobiety (44%) niż mężczyźni (58%), chociaż warto wskazać, że wiek emerytalny kobiet w Polsce jest niższy niż w pozostałych krajach europejskich. Jednocześnie należy podkreślić, że deklaracje w 2015 r. były dokonywane przed obniżeniem wieku emerytalnego.

Udział osób deklarujących chęć jak najszybszego przejścia na emeryturę w Polsce jest niższy niż w większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej (rysunek A.5.2).

Rysunek A.5.2. Udział osób deklarujących chęć przejścia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Bibliografia

- Blekesaune, M., Solem, P.E. (2005). Working conditions and early retirement: A prospective study of retirement behavior, *Research on Aging*, 27(1), s. 3–30. DOI: 10.1177/0164027504271438.
- Burnay, N., Ogg, J., Krekula, C., Vendramin, P. (2023). Older Workers and Labour Market Exclusion Processes, *Life Course Research and Social Policies*, vol. 14. DOI: 10.1007/978-3-031-11272-0.
- Ebbinghaus, B., Hofäcker, D. (2013). Reversing Early Retirement in Advanced Welfare Economies A Paradigm Shift to Overcome Push and Pull Factors, *Comparative Population Studies*, 38(4), s. 807–840. DOI: 10.12765/CpoS-2013-24en.

- Edge, C.E., Cooper, A.M., Coffey, M. (2017). Barriers and facilitators to extended working lives in Europe: A gender focus, *Public Health Reviews*, 38(1). DOI: 10.1186/s40985-017-0053-8.
- Ilmarinen, J. (2005). Towards a longer worklife. Ageing and the quality of worklife in the European Union, *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 52(1). DOI: 10.1026/0932-4089.52.1.47.
- Kuitto, K., Helmdag, J. (2021). Extending working lives: How policies shape retirement and labour market participation of older workers, *Social Policy and Administration*, 55(3), s. 423–439. DOI: 10.1111/spol.12717.
- Myck, M., Oczkowska, M. (red.). (2017). *Pokolenie 50+ w Polsce na tle Europy: aktywność, zdrowie i jakość życia. Wyniki na podstawie badania SHARE*. DOI: 10.6103/SHARE.w2.600.
- Rasticova, M., Ogg, J. (2019). Extended Working Life Policies: International Gender and Health Perspectives, Empirical and Policy Landscape, *Innovation in Aging*, 3(1). DOI: 10.1093/geroni/igz038.3026.
- Van Dam, K., Van Der Vorst, J.D.M., 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), s. 265–289. DOI: 10.1177/0894845308327274.
- Van Solinge, H., 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), s. 1551–1574. DOI: 10.1017/S0144686X13000330.

Część B

Stan zdrowia osób w Polsce objętych badaniem SHARE – runda 8. Analiza porównawcza wskaźników braku zdrowia fizycznego i psychicznego

Wprowadzenie

Wiktoria Wróblewska

Od lat 70. XX wieku obserwuje się wzrost udziału chorób przewlekłych i niezależnych jako dominujących przyczyn zgonów oraz obciążeń chorobowych w populacjach krajów zachodnich, który łączy się z rosnącą liczbą osób starszych w populacjach tych krajów. Zmiany w profilu chorób i przyczyn zgonów są zgodne z teorią przejścia epidemiologicznego, według której głównymi beneficjentami notowanego w drugiej połowie XX wieku procesu wydłużania trwania życia są osoby starsze [Olshansky, Ault, 1986]. Za tymi zmianami podążają także przesunięcia występowania ograniczeń funkcjonalnych i niesprawności na osoby starsze oraz zmiana wzorców niesprawności [Myers i in., 2003]. Systematycznie wzrasta więc liczba osób starszych żyjących nie tylko z chorobami przewlekłymi, ale także z różnymi dolegliwościami i ograniczeniami funkcjonalnymi, powodowanymi stanem zdrowia. Jak ważny jest stan zdrowia osób starszych oraz występowanie innych schorzeń i chorób przewlekłych, pokazały lata pandemii COVID-19. Ryzyko zgonu osób zakażonych rosło nie tylko wraz z wiekiem, ale także wraz z współwystępowaniem innych chorób. W 2020 r. wśród ponad 28 tys. osób zmarłych w Polsce na skutek pandemii COVID-19 u 81% występowało schorzenie lub choroba przewlekła, które mogły mieć wpływ na zakażenie i przebieg choroby¹. W 2021 roku było to odpowiednio 75% z blisko 86 tys. zgonów w wyniku COVID-19².

Wiedza o stanie zdrowia osób starszych jest bardzo istotna i wciąż aktualna zarówno dla monitorowania zmian w stanie zdrowia i występujących nierówności, jak i dla określania polityk zdrowotnych. Zły stan zdrowia rosnącej liczebnie populacji osób starszych generuje nowe wyzwania dla systemu opieki i dodatkowe obciążenia dla systemu ochrony zdrowia, a także łączy się z aktywnością zawodową oraz jakością życia osób starszych i funkcjonowaniem ich rodzin.

W tej części opracowania dokonano analizy stanu zdrowia osób w Polsce objętych badaniem SHARE. Rozdział pierwszy zawiera informacje na temat aktualnego

¹ Na podstawie: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, *Statystyki zgonów z powodu COVID-19 w 2020 roku*, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3653> (dostęp: 22.04.2022).

² Na podstawie: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, *Statystyki zakażeń i zgonów z powodu COVID-19 z uwzględnieniem zaszczepienia przeciw COVID-19*, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3761> (dostęp: 22.04.2022).

rozumienia pojęcia zdrowia oraz stosowanych różnych jego ujęć w wymiarze biomedycznym oraz w wymiarze biopsychospołecznym. Opisano także poszczególne wskaźniki stanu zdrowia ujęte w badaniu SHARE i wykorzystane w analizie w dalszych dwóch rozdziałach. W rozdziale drugim tej części raportu przedstawione są wyniki w zakresie wybranych wskaźników dotyczących ograniczeń zdrowotnych mieszkańców Polski na tle innych krajów objętych tym badaniem. W rozdziale trzecim analizowane są zmiany, które zaszły w stanie zdrowia osób w wieku 50 lat lub starszych w Polsce między 2007 a 2020 r., czyli w okresie kilkunastu lat, które minęły od realizacji pierwszego badania SHARE w Polsce.

Bibliografia

Myers, G., Lamb, V., Agree, E. (2003). Patterns of disability change associated with the epidemiologic transition. W: *Determining health expectancies* (s. 59–74), J.M. Robine, C. Jagger, C.D. Mathers, E. Crimmins, R. Suzman (Eds.). Chichester: Wiley.

Olshansky, S.J., Ault, B. (1986). The fourth stage of the Epidemiologic Transition: the age of delayed degenerative diseases, *The Milbank Quarterly*, 64(3), s. 355–391. DOI: 10.2307/3350025.

Wielowymiarowość zdrowia i jego pomiar w badaniu SHARE

Wiktoria Wróblewska

Zdrowie jest pojęciem złożonym i dynamicznie zmieniającym się wraz z rozwojem wiedzy medycznej i społecznej odnoszącej się do rozumienia życia i funkcjonowania człowieka w jego różnych obszarach. Zdrowie lub jego brak można odnosić do sfery biologiczno-medycznej i objawów choroby lub symptomów uznawanych za odbiegające od normy, sfery psychicznej i samopoczucia, a także do wymiaru społecznego i występowania ograniczeń w sprawności, które uniemożliwiają osobie codzienną aktywność [Wróblewska, 2020]. Obecnie zdrowie najczęściej definiuje się jako stan pełnego (kompletnego) fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu [WHO, 1946].

Pomiar stanu zdrowia, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, napotyka wiele trudności związanych z różnym definiowaniem i ujęciem zdrowia. W ujęciu biomedycznym zdrowie jest definiowane jako niewystępowanie choroby, czyli brak zakłóceń w biologicznych funkcjach i procesach organizmu i jego narządów. Występowanie takich zakłóceń (patologii) powoduje określone upośledzenia anatomiczne, fizjologiczne lub psychiczne nieprawidłowości i może prowadzić do występowania ograniczeń funkcjonalnych na poziomie całego organizmu. Te zaś mogą utrudniać właściwe i niezależne wykonywanie zwykłych czynności (w pracy lub w domu) i prowadzić do niekorzystnej sytuacji społecznej (utrata pracy, izolacja, potrzeba pomocy, potrzeba świadczeń emerytalnych lub renty). Ograniczenie w wykonywaniu społecznie zdefiniowanych ról i zadań właściwych dla wieku osoby i środowiska społeczno-kulturowego rozumiane jest jako niepełnosprawność. Jest to ujęcie biopsychospołeczne zdrowia, które zakłada prawidłowe funkcjonowanie człowieka nie tylko w sferze fizycznej, ale także psychicznej i społecznej, w tym możliwość podejmowania określonych ról społecznych.

Zarówno upośledzenie tkanek i narządów, jak i ograniczenia funkcjonalne dotyczą poszczególnych funkcji organizmu lub osoby jako całości. Ograniczenia funkcjonalne obejmują zmiany funkcji ciała, np. wzrok, słuch, wstawanie, chodzenie, podnoszenie rąk i inne. Przykładem ograniczenia funkcjonalnego może być niemożność podnoszenia lub noszenia 5-kilogramowego ciężaru. Źródła takiego ograniczenia mogą być różne i spowodowane upośledzeniem jednego z kilku układów organizmu, w tym ograniczeniem czynności płuc (rozedma), chorobą układu nerwowego (stwardnienie zanikowe boczne) lub ograniczeniem zakresu ruchomości stawów (zapalenie stawów) [Verbrugge, Jette, 1994].

Niepełnosprawność jest rozumiana jako konsekwencje choroby lub występowania ograniczeń funkcjonalnych, powodujące trudności w wykonywaniu codziennych czynności oraz integracji społecznej jednostki, odnosi się do wymiaru społecznego i odpowiada ujęciu biopsychospołecznemu zdrowia. Przyjmuje się, że zasoby środowiskowe i indywidualne mogą interweniować w ten proces i zapobiegać negatywnym, społecznym konsekwencjom chorób i ograniczeń funkcjonalnych oraz wpływać na zdolność radzenia sobie ze zmienionymi funkcjami organizmu oraz pomagać w pełnej integracji społecznej osób [Verbrugge, Jette, 1994]. Takie podejście do procesu powstawania ograniczeń funkcjonalnych, będących konsekwencją chorób i urazów, oraz niesprawności ujawniających się na różnych płaszczyznach życia i aktywności społecznych jednostki przyjęte jest także w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niesprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*), która służy do opisu i klasyfikacji różnych wymiarów zdrowia i jest rekomendowana jako narzędzie uzupełniające do klasyfikacji ICD [WHO, 2001]. Przy czym Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), służąca do klasyfikacji różnych stanów chorobowych, zaburzeń i urazów oraz przyczyn zgonów, odpowiada ujęciu biomedycznemu stanu zdrowia.

Dane badania SHARE umożliwiają analizę zdrowia osób starszych w wielu jego wymiarach i obejmują aspekty zarówno biomedyczne, jak i psychospołeczne. Pozwala to na pełniejszą jego ocenę i analizę procesu pogarszania się stanu zdrowia, od występowania chorób przewlekłych i objawów depresji, przez trudności i ograniczenia funkcjonalne powodowane stanem zdrowia, aż do ograniczeń w podstawowych czynnościach dnia codziennego.

W szczególności w pracy analizowane są takie wskaźniki jak: wskaźnik samooceny stanu zdrowia (*Self Perceived Health, SPH*), występowanie chorób przewlekłych, wskaźnik występowania ograniczeń w codziennej aktywności (*Global Activity Limitation, GALI*), występowanie ograniczeń funkcjonalnych (*Functional Limitation, FL*), częstość objawów depresji (skala Euro-D), wskaźnik oceny podstawowych czynności życiowych

(*Activities of Daily Living*, ADL) oraz wskaźnik oceny złożonych czynności życia codziennego (*Instrumental Activities of Daily Living*, IADL).

Samoocena stanu zdrowia na poziomie populacji jest prostym, pojedynczym pytaniem, łatwym w użyciu i interpretacji, w odpowiedzi na które respondent wskazuje jedną z pięciu podanych kategorii oceny swojego stanu zdrowia: „Czy Pana/Pani zdaniem Pana/Pani obecny stan zdrowia jest: doskonały, bardzo dobry, dobry, umiarkowany, zły?”. Samoocena zdrowia jest miarą subiektywną i obejmuje wiele aspektów jakości życia. Badania potwierdzają, że uzyskane oceny są powiązane z funkcjonowaniem fizycznym, występowaniem chorób i niepełnosprawnością, ale nie są z nimi tożsame [Martikainen i in., 1999; Van Oyen i in., 2008]. Subiektywna ocena zdrowia obejmuje różne stany zdrowia nieobjęte innymi wskaźnikami, takie jak np. niezdiagnozowane choroby. Złe samooceny w wymiarze zdrowia są też dobrym predyktorem umieralności i hospitalizacji [DeSalvo i in., 2006]. W prezentowanych w pracy zestawieniach wyniki odpowiedzi respondentów objętych badaniem SHARE zagregowane zostały do dwóch kategorii: oceny poniżej dobrej (umiarkowany lub zły stan zdrowia) oraz co najmniej dobre (dobry, bardzo dobry lub doskonały stan zdrowia).

Dane o **występowaniu chorób przewlekłych i długotrwałych problemach zdrowotnych** w badaniu SHARE dotyczą chorób zdiagnozowanych przez lekarza. Respondenci wskazywali choroby i długotrwałe problemy zdrowotne z listy obejmującej ponad dwadzieścia chorób i dolegliwości, m.in.: zawał serca, zakrzepica tętnicy wieńcowej lub inna choroba serca, nadciśnienie, wysoki poziom cholesterolu we krwi, udar mózgu, choroba naczyń mózgowych, cukrzyca, przewlekła choroba płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc, nowotwór złośliwy, wrzód żołądka, wrzód dwunastnicy, choroba Parkinsona, zaćma, złamanie szyjki kości udowej i inne złamania, choroba Alzheimera, demencja, starość lub inne poważne zaburzenia pamięci, zaburzenia emocjonalne, problemy nerwowe lub psychiatryczne, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów lub inna choroba reumatyczna, przewlekła niewydolność nerek. Możliwe było także wskazanie na odpowiedź „Inne schorzenia lub stany niewymienione powyżej”. W prezentowanej analizie dane o liczbie chorób i dolegliwościach zdrowotnych pogrupowano w dwie kategorie: brak lub jedna choroba przewlekła oraz dwie lub więcej chorób przewlekłych. Takie ujęcie występowania co najmniej dwóch schorzeń lub problemów zdrowotnych odpowiada definicji WHO dotyczącej wielochorobowości [WHO, 2016].

Obydwa wskaźniki, niska samoocena stanu zdrowia oraz występowanie chorób przewlekłych, mają duże znaczenie dla oszacowania zapotrzebowania na usługi sektora opieki zdrowotnej. Mogą też łączyć się z występowaniem ograniczeń funkcjonalnych lub ich nasileniem, szczególnie w przypadku osób starszych [Guccione i in., 1994; Fong 2019]. Osoby starsze chorujące przewlekłe, częściej niż pozostałe, mają także

ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych ujętych wskaźnikami ADL i IADL [np. Ćwirlej-Sozańska i in., 2019].

Wskaźnik **GALI** (*Global Activity Limitation Indicator*) pozwala na określenie częstości występowania ograniczeń w wykonywaniu czynności, które zwykle ludzie wykonują, spowodowanych problemami ze zdrowiem. W badaniu SHARE pytanie dotyczyło występowania ograniczeń trwających przynajmniej sześć miesięcy. Respondent odpowiadał na pytanie: „W okresie obejmującym przynajmniej sześć miesięcy, w jakim stopniu był Pan/Pani ograniczony/a z powodu problemów ze zdrowiem w wykonywaniu czynności, które ludzie zwykle wykonują?”, wybierając jedną z trzech kategorii („poważnie ograniczony/a”, „ograniczony/a, ale nie poważnie” lub „nieograniczony/a”).

Wskaźnik GALI jest uznanym miernikiem ograniczeń zdrowotnych i wykorzystywany jest do oszacowania wskaźnika określającego oczekiwaną długość lat życia w zdrowiu (HLY, *Healthy Life Years*), który należy do wskaźników strukturalnych Unii Europejskiej stosowanych do monitorowania postępów w strategicznych politykach europejskich, m.in. w obszarze wieku emerytalnego [Bogaert i in., 2018]. GALI jest dobrym predyktorem przyszłych wyników zdrowotnych zarówno pod względem umieralności, jak i wydatków na opiekę zdrowotną, i uzupełnia się z samooceną stanu zdrowia [Van Oyen i in., 2018; Berger i in., 2015].

Występowanie ograniczeń w wykonywaniu czynności spowodowanych problemami ze zdrowiem analizowano łącznie jako „poważnie ograniczony” lub „ograniczony, ale nie poważnie”. Drugą kategorię stanowiły odpowiedzi osób, których sprawność w wykonywaniu codziennych czynności nie była ograniczona problemami zdrowotnymi.

Ważnym ukierunkowaniem wskaźnika GALI jest zastosowanie go do oceny **ograniczeń w wykonywaniu pracy zarobkowej w związku z występowaniem problemów zdrowotnych**. Na określenie częstości występowania takich trudności pozwalały odpowiedzi na pytanie: „Czy ma Pan/Pani jakikolwiek problem zdrowotny lub niepełnosprawność, które ograniczają rodzaj lub ilość pracy zarobkowej, jaką może Pan/Pani wykonywać?”. Występowanie ograniczeń w aktywności zawodowej (odpowiedź „tak”) będzie wskazywać na społeczny wymiar zdrowia osób w wieku okołoemerytalnym i jego możliwe konsekwencje dla ilości i rodzaju wykonywanej pracy zarobkowej.

W badaniu SHARE analizowano także częstość występowania **trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej**. Odpowiedzi dotyczyły pytania o występowanie konkretnych trudności i ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: przejście 100 metrów, dłuższy czas siedzenia, wstawanie z krzesła, schyłanie się, klękanie, podnoszenie i noszenie cięższych rzeczy, wyciąganie rąk do góry, ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów, wchodzenie na jedno lub kilka pięter po schodach bez odpoczynku. Pytanie dotyczyło trudności trwających lub takich, które według respondenta będą trwać nie krócej niż sześć miesięcy. Wykonanie takich czynności

jest oczekiwane i możliwe przez osoby, które są wolne od stanów chorobowych i dolegliwości zdrowotnych.

Jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności oraz częstych problemów zdrowia psychicznego u osób starszych jest **depresja** [OECD/UE, 2016]. Dorośli z zaburzeniami depresyjnymi lub objawami depresji gorzej funkcjonują społecznie, mają niższe 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]. Do symptomów ujętych skalą depresji należały m.in.: smutek, przygnębienie, poczucie winy, problemy ze snem, myśli samobójcze, brak zainteresowania rzeczywistością, irytacja i rozdrażnienie, brak apetytu. Pytanie dotyczyło sytuacji obecnej i trwających dłużej („w ciągu ostatniego miesiąca”).

Do pomiaru niepełnosprawności przeznaczone są w badaniu SHARE dwie specjalne miary: **wskaźnik podstawowych czynności życiowych (ADL)** oraz **wskaźnik złożonych czynności dnia codziennego (IADL)**. Czynności, które są ujęte w tych wskaźnikach są uznawane za niezbędne do samodzielnego życia. Ograniczenia mogą być spowodowane trudnościami fizycznymi, umysłowymi, emocjonalnymi lub problemami z pamięcią.

Wskaźnik ADL, pierwotnie zaproponowany przez Katza ze współautorami [1963], ocenia występowanie trudności w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: ubieranie się, chodzenie, samodzielna kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka i korzystanie z toalety. Czynności ujęte we wskaźniku ADL reprezentują zdolność do samoopieki. Występowanie jednego lub więcej z tych ograniczeń świadczy o trudnościach w samodzielnym funkcjonowaniu na co dzień i konieczności korzystania z pomocy.

Aktywności ujęte we wskaźniku IADL, zgodnie z propozycją Lawtona i Brody’ego [1969], odnoszą się do codziennego życia i wymagają umiejętności nie tylko fizycznych, ale także poznawczych. Są to: przygotowanie ciepłego posiłku, dokonywanie zakupów, wychodzenie z domu i korzystanie z transportu publicznego, wykonywanie telefonów, zażywanie leków, zarządzanie pieniędzmi, 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.

W opracowaniu dla każdego ze wskaźników ADL i IADL występowanie jednego lub więcej ograniczeń w wykonywaniu czynności ujętych w danym wskaźniku, przyjęte zostało jako występowanie niepełnosprawności w danym wymiarze [za: Mackenbach i in., 2005].

Bibliografia

- Berger, N., Van der Heyden, J., Van Oyen, H. (2015). The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality, *Archives of Public Health*, 73(1):25. DOI: 10.1186/s13690-015-0073-0.
- Bogaert, P., Van Oyen, H., Beluche, I., Cambois, E., Robine, J.M. (2018). The use of the Global Activity Limitation Indicator and healthy life years by member states and the European Commission, *Archives of Public Health*, 76, s. 30–37. DOI: 10.1186/s13690-018-0279-z.
- Ćwirlej-Sozańska, A., Wiśniowska-Szurlej, A., Wilmowska-Pietruszyńska, A. i in. (2019). Determinants of ADL and IADL disability in older adults in southeastern Poland, *BMC Geriatrics*, 297, s. 1–4. DOI: 10.1186/s12877-019-1319-4.
- DeSalvo, K.B., Bloser, N., Reynold, K., He, J., Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis, *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), s. 267–275. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x.
- Dewey, M.E., Prince, M.J. (2005). Mental Health. W: *Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (s. 108–117), A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, G. Weber (Eds.). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Fong, J.H. (2019). Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases, *BMC Geriatrics*, 19(1), s. 323. DOI: 10.1186/s12877-019-1348-z.
- Guccione, A.A., Felson, D.T., Anderson, J.J., Anthony, J.M., Zhang, Y., Wilson, P.W. (1994). The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study, *American Journal of Public Health*, 84(3), s. 351–358. DOI: 10.2105/AJPH.84.3.351.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, *Journal of the American Medical Association*, 185, s. 914–919. DOI: 10.1001/jama.1963.03060120024016.
- Lawton, M.P., Brody E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living, *The Gerontologist*, 9, s. 179–186. DOI: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179.
- Mackenbach, J., Avendano, M., Andersen-Ranberg, K., Aro, A.R. (2005). Physical Health. W: *Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (s. 82–88), A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Martikainen, M.G., 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), s. 1117–1122. DOI: 10.1016/S0277-9536(98)00416-X.
- OECD/EU (2016). The labour market impact of ill-health. W: *Health at a Glance: Europe*. Paris: OECD Publishing.
- Van Oyen, H., Cox, B., Demarest, S., Deboosere, P., Lorient, V. (2008). Trends in health expectancy indicators in the older adult population in Belgium between 1997 and 2004, *European Journal of Ageing*, 5(2), s. 137–146. DOI: 10.1007/s10433-008-0082-8.
- Van Oyen, H., Bogaert, P., Yokota, R.T.C., Berger, N. (2018). Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI), *Archives of Public Health*, 76, s. 25. DOI: 10.1186/s13690-018-0270-8.

Verbrugge, L.M., Jette, A.M. (1994). The disablement process, *Social Science and Medicine*, 38(1), s. 1–14. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90294-1.

WHO (1946). *Preambuła do Konstytucji WHO*. New York: World Health Organization.

WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2016). *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization.

Wróblewska, W. (2020). Zdrowie i nierówności społeczne w zdrowiu. W: *Statystyka społeczna: procesy społeczne, źródła danych i metody analizy* (s. 315–357), T. Panek (red.). Warszawa: PWE.

Stan zdrowia osób w wieku 55+ w Polsce i innych krajach objętych rundą 8. badania SHARE

Radostław Antczak

Poniżej przedstawione zostały wyniki analiz poszczególnych wskaźników stanu zdrowia osób w wieku 55 lat i więcej. Ze względu na małą liczebność respondentów z przedziału wiekowego 50–54 lata, grupa ta została pominięta w analizach.

Wyniki zaprezentowano jako odsetek osób o złym/słabym stanie zdrowia, oddzielnie dla każdego kraju oraz w podziale na 5-letnie grupy wieku. Pod uwagę wzięto siedem następujących miar zdrowia:

- samoocena zdrowia (*Self-Perceived Health*): zła + przeciętna;
- występowanie chorób przewlekłych: dwie lub więcej;
- ograniczenie w wykonywaniu czynności zwykle wykonywanych przez ludzi (GALI): tak;
- oceny podstawowych czynności życiowych (ADL): przynajmniej 1 ograniczenie;
- oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL): przynajmniej 1 ograniczenie;
- symptomy depresji (EURO-D): 4 lub więcej symptomów;
- ograniczenia w wykonywaniu pracy zarobkowej w związku z występowaniem problemów zdrowotnych: tak.

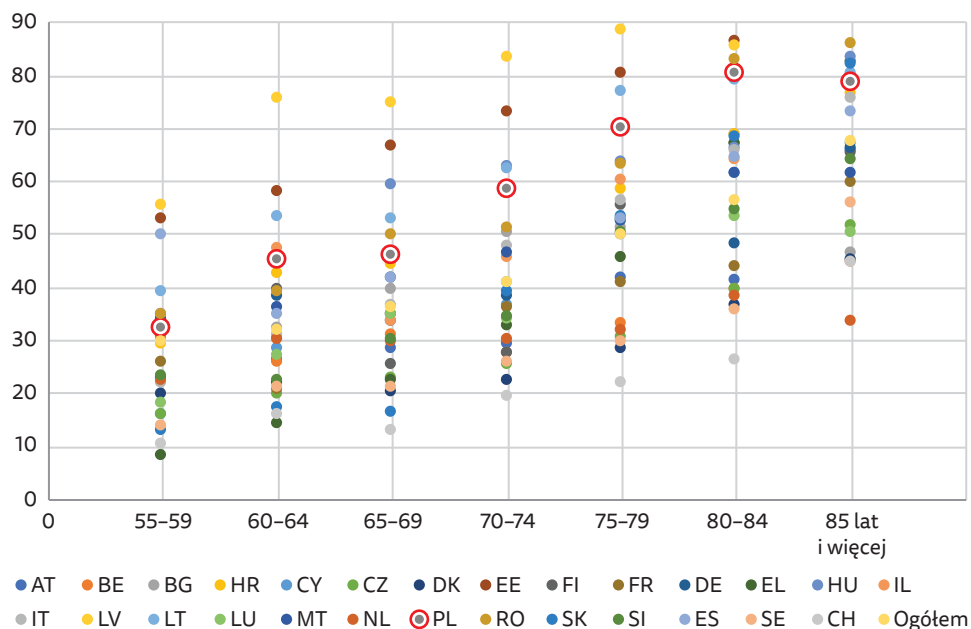
2.1. Stan zdrowia według krajów i grup wieku

Samooocena zdrowia

Wśród wszystkich badanych krajów 39,1% osób w wieku 55 lat i więcej charakteryzowało się przeciętnym lub złym stanem zdrowia. Odsetek ten – co jest oczywiste – rośnie wraz z wiekiem, od 29,6% wśród osób w wieku 55–59 lat do 67,3% wśród najstarszych. Trzeba zauważyć znaczne zróżnicowanie odsetka osób w złym i przeciętnym stanie zdrowia między krajami: wśród najmłodszych waha się od 8,1% w Grecji do aż 55,5% w Łotwie, a wśród najstarszych od 33,5% w Holandii do 92,5% w Łotwie. Oznacza to, że w Łotwie (i w kilku innych krajach) nawet wśród najmłodszych jest wyższy udział osób w słabym zdrowiu niż w części krajów wśród najstarszych.

Występuje również zróżnicowanie w obrębie krajów. O ile w każdym z krajów objętych badaniem obserwujemy trend rosnącego natężenia problemów zdrowotnych wraz z wiekiem, to jednak nie dzieje się to w równym stopniu – w jednych krajach wzrost ten jest silniejszy, w innych słabszy. Odsetek osób z niską samooceną zdrowia w najstarszej grupie wieku w porównaniu z grupą najmłodszą jest aż 10 razy większy w Grecji, w wielu krajach jest 3-, 4-krotnie większy, a najmniejszy – 1,5 wyższy w Hiszpanii i Belgii.

Rysunek B.2.1. Samooocena zdrowia (poniżej dobrego) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)



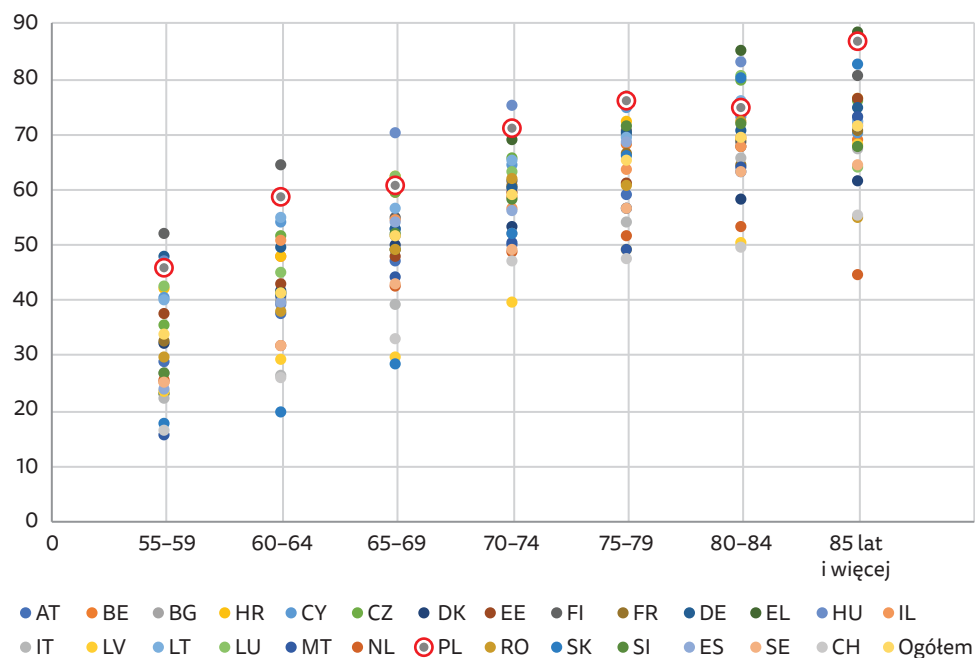
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

W Polsce odsetek osób z problemami zdrowotnymi wyniósł 50,4%, co było wartością wyraźnie powyżej średniej dla wszystkich badanych krajów. Wyższe odsetki notowano jedynie w czterech krajach Europy Wschodniej (Litwa, Łotwa, Estonia, Węgry). Warto zauważyć, że Polska nie odbiega od średniej dla wszystkich krajów w grupie wieku 55–59 lat, jednak w pozostałych grupach wartość ta jest znacznie wyższa niż średnia, szczególnie wśród osób w grupie osób w wieku 80 lat i więcej, gdzie przekracza 80%.

Występowanie chorób przewlekłych

W całej badanej próbie (osoby w wieku 55 lat i więcej) 49% badanych przyznało, że zdiagnozowano u nich przynajmniej dwie choroby przewlekłe. Podobnie jak w przypadku samooceny zdrowia, również w przypadku tego wskaźnika obserwujemy wyraźną zależność od wieku – w grupie osób w wieku 55–59 lat odsetek ten wyniósł 33,5% i systematycznie rósł w kolejnych grupach wieku aż do 71% w grupie osób w wieku 85 lat i więcej. Najniższy odsetek osób z dwiema lub więcej chorobami przewlekłymi notowany był w Szwajcarii (31,4%), niski był także w Słowacji i Holandii. Na drugim biegunie znajdują się Węgry (62,9%) oraz Polska (61,5%).

Rysunek B.2.2. Występowanie dwóch lub więcej chorób przewlekłych według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

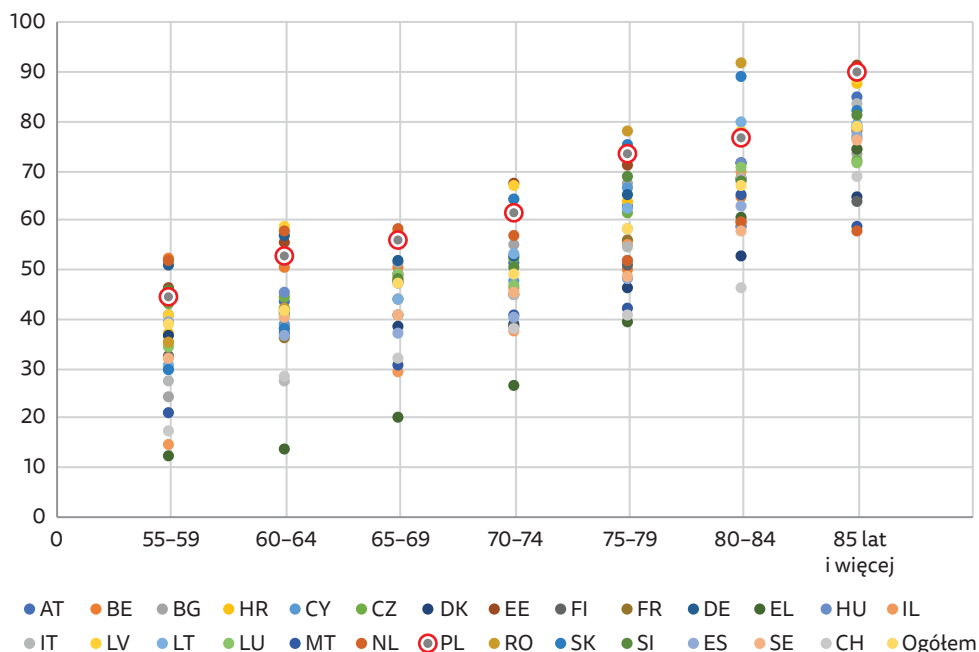
Odsetek osób z dwiema lub więcej chorobami przewlekłymi rośnie wraz z wiekiem we wszystkich krajach. W Polsce w każdej grupie wiekowej był on wyraźnie wyższy od średniej dla wszystkich krajów i wyniósł od 45,4% wśród osób w wieku 55–59 lat do 86,3% w grupie osób w wieku 85 lat i więcej.

GALI

We wszystkich krajach 48,4% deklaroowało występowanie ograniczeń w wykonywaniu czynności zwykle wykonywanych przez ludzi. Podobnie, jak w przypadku innych miar zdrowia, odsetek osób z ograniczeniami wzrasta wraz z wiekiem, osiągając blisko 50% w grupie wieku 70–74 lata, a w grupie najstarszej blisko 80% deklaruje ograniczenia.

Najniższy odsetek z ww. ograniczeniami był w Szwajcarii (31,1%), a najwyższy w krajach bałtyckich – 59,6% w Łotwie, a 59,5% w Estonii. W Polsce odnotowano trzeci najwyższy udział osób z ograniczeniami w funkcjonowaniu – 57,7% osób wskazało, że borykają się z nimi. W każdej grupie wieku odsetek Polaków z ograniczeniami był znacznie wyższy niż średnia dla wszystkich krajów – od 44,1% wśród osób w wieku 55–59 lat do 89,5% wśród osób w wieku 85 lat i więcej.

Rysunek B.2.3. Ograniczenie w wykonywaniu czynności zwykle wykonywanych przez ludzi (GALI) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

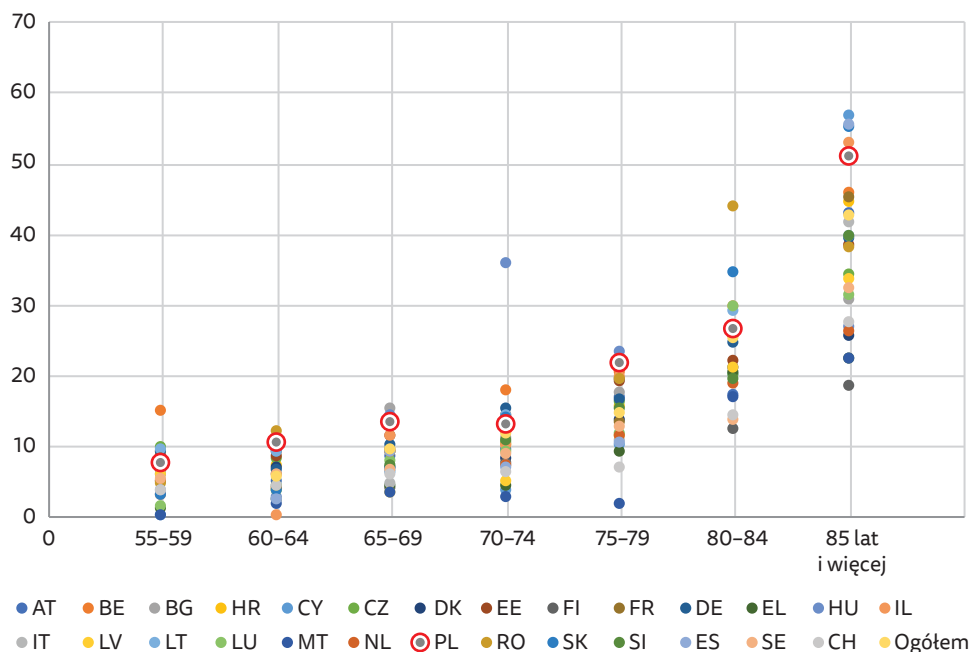
ADL

Przynajmniej jedno ograniczenie w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych deklarowało 12,1% wszystkich badanych osób. Podobnie jak w przypadku innych miar zdrowia, odsetek osób z ograniczeniami rósł wraz z wiekiem, jednak w znacznie mniejszym stopniu niż w przypadku chorób przewlekłych czy samooceny zdrowia. Co ciekawe, odsetek osób z ograniczeniami wśród grupy wieku 60–64 lata był nieco niższy (5,4%) niż wśród najmłodszych w wieku 55–59 lat (6,7%). Odsetek ten był wyraźnie wyższy w grupie wieku 80–84 lata, gdzie wyniósł 25,2%, a najwyższy wśród najstarszych (42,5%).

Najmniejszy udział osób z ograniczeniami odnotowano w Malcie (3,6%), niski był także w Grecji i Szwajcarii. Na drugim biegunie znalazła się Belgia z 17,7% osób z ograniczeniami.

W Polsce udział osób z ograniczeniami w wykonywaniu codziennych czynności wyniósł 15% i był to trzeci najwyższy wynik wśród badanych krajów. W każdej grupie wieku udział osób z ograniczeniami w Polsce był wyższy niż średnia dla wszystkich krajów i wyniósł od 7,4% wśród osób w wieku 55–60 lat do 50,8% w grupie osób najstarszych.

Rysunek B.2.4. Przynajmniej jedno ograniczenie w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (ADL) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

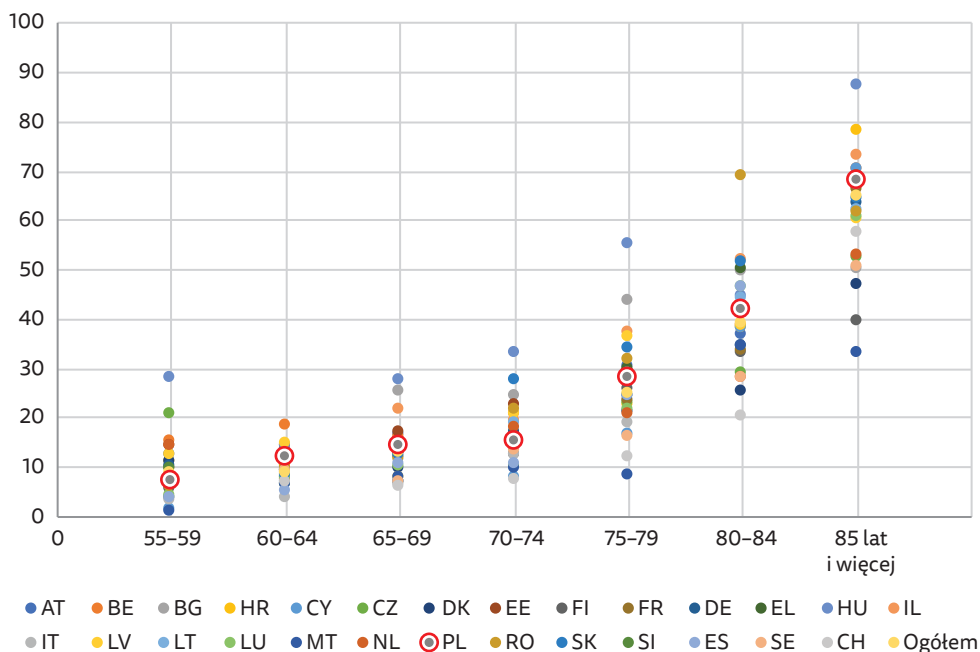
IADL

Kolejną analizowaną miarą zdrowia były ograniczenia w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego. W całej badanej próbie 18% osób w wieku 55 lat i więcej posiadało przynajmniej jedno ograniczenie w tym zakresie. W grupach najmłodszych (do 64. roku życia) ten odsetek wynosił nieco ponad 8%, jednak w starszych grupach rósł aż do 39,1% wśród osób w wieku 80–84 lata i aż 64,9% w grupie osób w wieku 85 lat i więcej.

Najmniej osób z przynajmniej jednym funkcjonalnym ograniczeniem było w Malcie (9%), a także w Szwajcarii i Cyprze. Natomiast zdecydowanie najwyższy odsetek odnotowano na Węgrzech – 32,6%.

W Polsce – inaczej niż w przypadku innych miar zdrowia – odsetek nie odbiegał od średniej dla wszystkich krajów i wyniósł 18,6%. Wśród osób najmłodszych odsetek osób z ograniczeniami w Polsce był nawet nieco niższy niż średnia dla wszystkich krajów (7,4%), a w pozostałych grupach (z wyjątkiem osób w wieku 70–74 lata) był nieco wyższy niż średnia ogólna.

Rysunek B.2.5. Przynajmniej jedno ograniczenie w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego (IADL) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

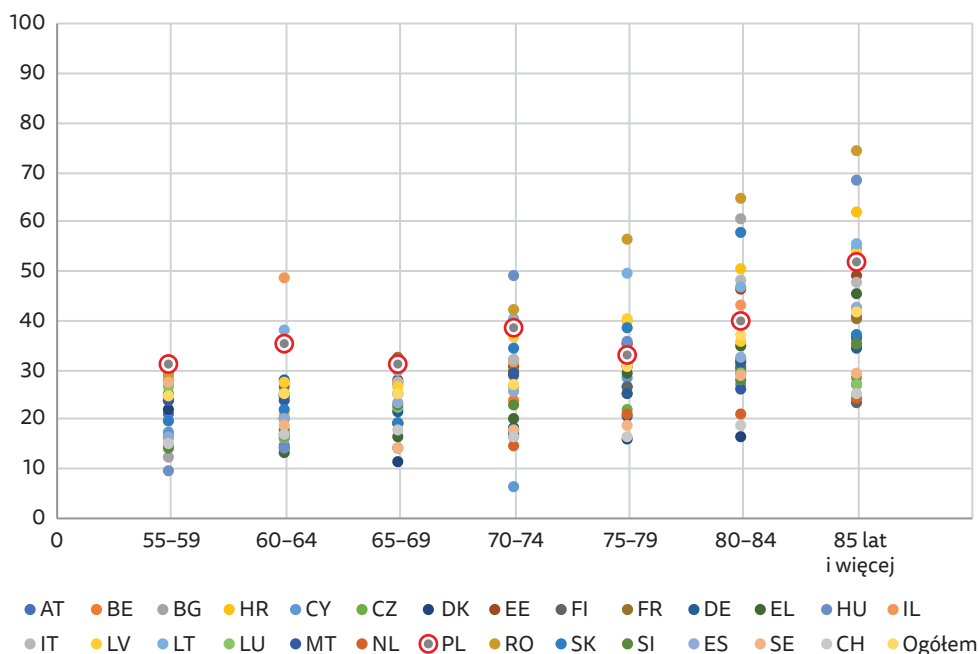
Depresja

Jako uzupełnienie analiz stanu zdrowia włączono też występowanie objawów depresji. Wśród wszystkich badanych krajów 27,5% osób zadeklarowało występowanie czterech lub więcej symptomów depresji. Również w przypadku tej miary zdrowia częstość występowania depresji rosła wraz z wiekiem, choć utrzymywała się na zbliżonym poziomie do 74. roku życia (24,5% wśród osób w wieku 50–55 lat, 26,7% wśród osób w wieku 70–74 lata). W kolejnych grupach wieku odsetek ten rósł aż do 41,5% w grupie osób najstarszych.

Najniższą częstość występowania objawów depresji zaobserwowano w Szwajcarii, Holandii i Danii (ok. 17% w każdym z tych krajów), a najwyższą w Rumunii (39,8%) oraz Litwie (37,0%).

W Polsce odsetek ten wyniósł 34,8% i był trzecim najwyższym w grupie badanych krajów. W najmłodszej grupie wieku udział osób z objawami depresji wyniósł 30,9%, natomiast wśród najstarszych 51,6%.

Rysunek B.2.6. Występowanie 4 lub więcej symptomów depresji (EURO-D) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)



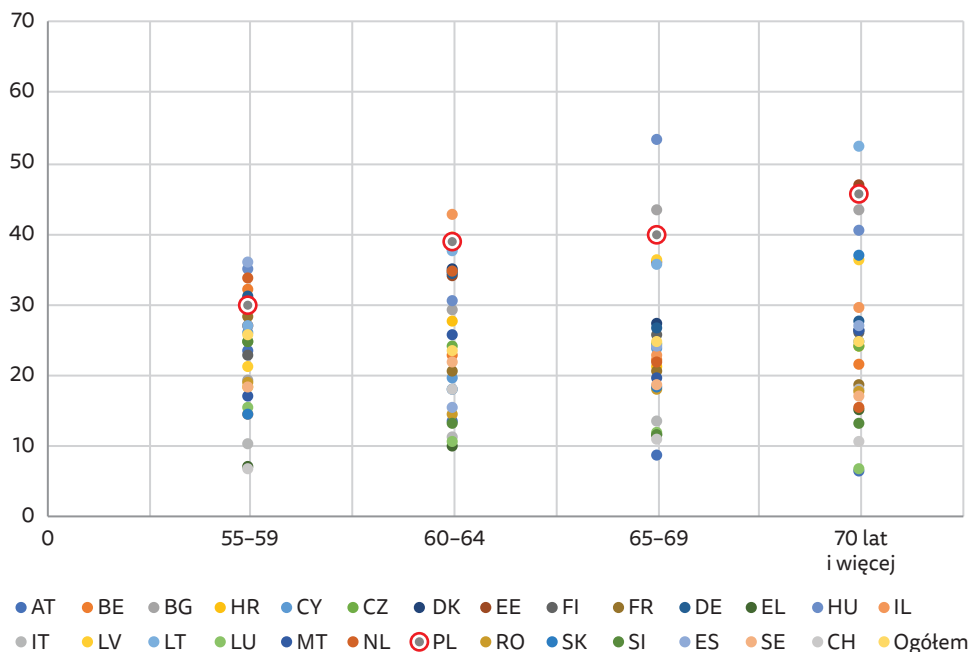
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Ograniczenie w wykonywaniu pracy zarobkowej

Uzupełnieniem analiz w zakresie stanu zdrowia jest ocena ograniczeń w wykonywaniu pracy zarobkowej w związku z występowaniem problemów zdrowotnych. Pytanie to zadano osobom w wieku do 75 lat. W całej próbie 24,5% osób wskazało, że takie problemy ograniczały im wykonywanie pracy zarobkowej. W przeciwieństwie do innych miar zdrowia, nie zaobserwowano różnic między grupami wiekowymi.

Najmniej osób wskazało na ograniczenia w wykonywaniu pracy zarobkowej w Grecji (9,9%), a także w Szwajcarii, Włoszech i Luksemburgu (między 10% a 12%). Największa część osób wskazująca na takie problemy była natomiast w Europie Wschodniej – na Węgrzech (40,5%), w Polsce (37,4%), Litwie (35,7%) oraz Estonii i Bułgarii. Co ciekawe, w Polsce zaobserwowano zależność między występowaniem ograniczeń a wiekiem – wśród najmłodszych 29,6% osób wskazało takie ograniczenia, a wśród najstarszych aż 45,3%.

Rysunek B.2.7. Ograniczenia w wykonywaniu pracy zarobkowej w związku z występowaniem problemów zdrowotnych według grup wieku (5-letnie) i kraju (tylko osoby w wieku 55–75 lat), ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Trudności w zakresie mobilności

W grupie osób w wieku 55–64 lata najczęściej występującą trudnością było schyłanie się, klękanie lub kucanie – 21,7% osób wskazywało na nią. Kolejne trudności to wejście na kilka pięter schodów bez odpoczynku oraz podnoszenie ciężarów ponad 5 kg. Natomiast najrzadziej występującą trudnością było podnoszenie małej monety ze stołu.

W Polsce najpoważniejsze problemy – czyli te występujące najczęściej w całej Europie, jak wejście na kilka pięter, podnoszenie ciężarów ponad 5 kg oraz ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów – dotyczyły wyraźnie większej grupy osób niż średnia dla całej próby. Na przykład 28,7% Polaków miało problemy w wejściu na kilka pięter po schodach, podczas gdy w całej populacji było to 18%.

Natomiast w przypadku rzadko występujących problemów – jak przejście 100 metrów czy sięganie lub wyciąganie rąk ponad poziom ramienia – odsetek mających takie trudności w Polsce był zbliżony do poziomu średniego we wszystkich badanych krajach.

Tabela B.2.1. Częstotliwość występowania trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej wśród osób w wieku 55–64 lata według krajów (w %)

	Przejście 100 metrów	Siedzenie przez około 2 godziny	Wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas	Wejście na kilka pięter po schodach bez odpoczynku	Wejście na jedno piętro po schodach bez odpoczynku	Schylanie się, klękanie lub kucanie	Sięganie lub wyciąganie rąk ponad poziom ramienia	Ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów	Podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg	Podniesienie małej monety ze stołu
AT	1,86	7,23	12,26	23,47	4,64	19,67	8,46	4,64	13,50	4,30
DE	7,21	12,66	18,90	14,29	5,90	28,23	8,14	8,25	12,87	5,22
SE	3,06	8,26	6,78	8,20	2,23	15,90	3,12	5,10	9,84	3,04
NL	4,32	8,20	9,89	10,79	3,05	17,77	5,70	2,76	12,51	3,68
ES	7,15	10,68	7,99	21,09	11,69	23,57	9,56	19,22	17,95	4,62
IT	3,10	5,71	3,45	17,49	8,60	16,36	3,18	5,49	12,25	0,39
FR	4,49	10,51	12,51	15,91	3,78	20,14	8,99	9,15	11,68	2,50
DK	3,69	9,17	11,38	12,92	4,06	20,81	5,95	3,94	9,87	1,72
EL	2,34	1,98	6,02	24,51	9,79	14,48	2,14	4,13	7,76	1,02
CH	3,79	9,00	8,18	7,13	2,91	11,87	3,16	2,07	6,06	1,80
BE	5,00	11,45	18,04	18,74	6,69	27,20	10,68	13,05	16,28	1,61
IL	5,95	4,21	3,18	11,50	2,67	6,58	1,01	13,65	7,20	0,79
CZ	5,34	7,76	15,62	21,44	2,22	20,81	3,16	9,48	10,68	1,14
PL	5,28	11,48	13,29	28,71	6,54	25,47	6,25	16,63	27,14	2,85

cd. tabeli B.2.1

	Przejście 100 metrów	Siedzenie przez około 2 godziny	Wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas	Wejście na kilka pięter po schodach bez odpoczynku	Wejście na jedno piętro po schodach bez odpoczynku	Schylanie się, klękanie lub kucanie	Sięganie lub wyciąganie rąk ponad poziom ramienia	Ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów	Podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg	Podniesienie małej monety ze stołu
LU	4,87	10,47	16,89	9,48	3,72	22,58	9,85	10,19	12,19	1,39
HU	11,05	9,43	10,04	30,42	8,11	29,54	1,64	10,64	22,98	0,13
SI	6,42	10,93	12,49	18,05	8,22	27,87	8,85	13,53	19,22	4,28
EE	8,37	14,95	19,99	21,13	8,45	27,67	7,21	13,04	18,37	4,11
HR	6,47	11,67	14,23	24,51	9,81	29,92	7,64	13,47	16,14	0,80
LT	4,26	11,74	17,26	15,72	5,22	22,71	6,04	19,62	16,56	3,24
BG	4,42	6,08	9,25	14,52	7,66	17,93	2,93	11,03	16,91	1,50
CY	6,04	11,55	13,95	15,25	8,65	22,17	5,26	4,55	7,21	1,15
FI	1,74	8,07	9,65	10,69	1,71	14,85	7,70	5,08	10,62	2,11
LV	5,25	9,71	14,01	12,09	4,10	19,24	4,66	26,56	17,67	3,64
MT	5,15	1,61	2,87	7,07	4,19	12,53	2,64	3,08	5,90	3,05
RO	13,80	10,49	14,51	26,74	14,13	19,65	4,78	8,39	20,21	2,94
SK	3,13	5,48	6,63	15,67	6,80	15,85	3,15	11,24	13,55	1,05
Ogółem	5,54	9,61	11,58	18,02	6,82	21,71	6,52	9,73	14,53	2,90

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

W grupie osób w wieku 65 lat i więcej najczęściej występującą trudnością było schylanie się, klękanie lub kucanie – dotyczyła ona 42,2% osób. Kolejnymi czynnościami według częstości występowania trudności były: wejście na kilka pięter po schodach (38,6%) oraz podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg (31,7%). Oznacza to, że zarówno w młodszej (55–64 lata), jak i starszej (65 lat i więcej) grupie wieku kolejność występowania trudności była bardzo podobna.

W Polsce – podobnie jak w młodszej grupie wieku w krajach biorących udział w badaniu SHARE – częściej występowały najpoważniejsze trudności, np. wejście na kilka pięter po schodach lub podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg. Natomiast rzadziej występujące trudności – jak przejście 100 metrów – były w Polsce na poziomie przeciętnym dla wszystkich krajów.

Tabela B.2.2. Częstotliwość występowania trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej wśród osób w wieku 65 lat i więcej według krajów (w %)

	Przejsie 100 metrów	Siedzenie przez około 2 godziny	Wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas	Wejście na kilka pięter po schodach bez odpoczynku	Wejście na jedno piętro po schodach bez odpoczynku	Schylanie się, klękanie lub kucanie	Sięganie lub wyciąganie rąk ponad poziom ramienia	Ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów	Podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg	Podniesienie małej monety ze stołu
AT	14,01	12,08	28,66	43,06	20,89	42,08	16,03	21,39	26,24	10,82
DE	14,90	11,80	25,75	29,93	13,58	42,58	13,09	15,32	24,83	10,83
SE	8,00	7,79	17,02	23,58	8,88	34,38	6,73	6,98	16,14	5,47
NL	11,73	5,93	16,78	22,64	13,04	27,14	8,14	9,30	19,63	3,62
ES	21,20	11,66	27,29	40,42	30,31	43,01	20,16	33,21	35,65	12,52
IT	20,33	11,14	25,33	44,34	27,86	44,28	14,14	23,60	38,95	6,43
FR	16,32	10,55	23,64	36,57	17,11	42,38	13,23	18,16	26,66	8,02
DK	9,98	6,87	13,98	24,92	13,29	25,88	7,08	7,10	14,71	4,23
EL	14,67	13,05	28,91	62,52	32,20	45,62	8,73	24,92	33,12	4,19
CH	8,18	7,36	16,13	18,52	7,83	29,20	5,66	7,52	16,37	5,80
BE	16,06	10,30	27,07	32,36	17,85	42,15	12,85	21,14	26,06	6,98
IL	20,82	13,59	22,03	40,32	17,94	32,80	11,38	29,44	29,76	3,44
CZ	11,91	10,25	21,23	39,13	12,40	36,11	9,03	15,93	20,64	5,33
PL	17,56	19,24	29,20	55,46	26,41	49,42	21,33	37,79	49,24	8,80
LU	15,36	14,07	29,25	30,88	15,74	50,21	13,22	20,73	21,92	7,11
HU	22,30	23,07	31,92	51,74	32,47	51,72	18,28	32,78	47,37	2,83
SI	17,79	13,77	22,06	35,31	22,61	39,99	15,83	25,98	30,95	8,41
EE	20,20	18,67	28,98	38,33	19,20	45,70	14,52	25,06	36,04	9,31
HR	22,11	17,81	32,13	51,74	33,41	55,75	11,63	32,47	38,48	3,57
LT	19,25	19,55	34,26	40,83	17,83	44,93	17,13	34,60	34,89	7,72
BG	21,80	16,37	26,36	38,47	22,78	45,16	11,31	35,59	41,41	7,93
CY	23,75	21,80	26,16	37,63	35,38	43,41	15,24	20,39	28,98	7,89
FI	7,46	7,52	12,41	22,52	8,79	25,63	9,88	9,39	15,06	2,18
LV	14,53	13,59	27,93	35,28	12,13	34,81	11,81	49,36	42,20	8,39
MT	16,06	6,26	9,74	21,95	14,76	21,55	6,90	11,73	13,90	5,94
RO	33,99	27,85	36,84	50,81	39,65	48,45	22,33	28,77	49,09	12,25
SK	16,60	12,89	26,58	37,28	28,69	39,25	14,31	31,62	38,40	7,12
Ogółem	17,35	12,71	25,45	38,55	21,27	42,20	14,28	22,28	31,68	8,25

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

2.2. Wskaźniki stanu zdrowia według statusu respondentów na rynku pracy i kraju

Kolejny etap analiz stanu zdrowia to ocena częstości poszczególnych miar zdrowia w zależności od statusu na rynku pracy w podziale na trzy kategorie: aktywność zawodowa, status emeryta oraz bierność zawodowa. Analiza ta przeprowadzona została oddzielnie dla kobiet w wieku 55–64 lata oraz mężczyzn w wieku 60–69 lat.

Przed oceną stanu zdrowia warto zwrócić uwagę na proporcję osób według poszczególnych statusów na rynku pracy. W całej grupie badanych krajów wśród kobiet w tym wieku większość – 60,2% – była aktywna zawodowo, a 17,8% stanowiły emerytki. Wśród mężczyzn w grupie wiekowej 60–69 lat aktywni zawodowo stanowili mniejszość – 34,9%, a emeryci – 57,4%.

Występowało znaczne zróżnicowanie między krajami. Kobiety aktywne zawodowo stanowiły od 20,7% w Rumunii do 86% w Szwecji, a mężczyźni aktywni zawodowo – od 11,6% w Luksemburgu do 50,3% w Hiszpanii (oraz 64,2% w Izraelu). W Polsce 37,4% kobiet w wieku 55–64 lata było aktywnych zawodowo, a 42,2% było emerytkami. Był to drugi najniższy odsetek wśród wszystkich badanych krajów, jeśli chodzi o aktywność zawodową, oraz trzeci najwyższy, jeśli chodzi o odsetek emerytek. W przypadku mężczyzn w wieku 60–69 lat 27,9% było aktywnych zawodowo, co było niższym wskaźnikiem niż dla całej próby, ale w wielu krajach wskaźnik ten był znacznie niższy. Kolejne 50,1% mężczyzn w tym wieku było emerytami – również poniżej średniej dla wszystkich krajów. Natomiast 22% Polaków w tym wieku było nieaktywnych zawodowo i nieposiadających statusu emeryta. Był to najwyższy odsetek w całej badanej próbie.

Oznacza to, że w Polsce kobiety w wieku okołiemerytalnym wyraźnie częściej niż w innych krajach są nieaktywne zawodowo i już na emeryturze, natomiast mężczyźni w wieku okołiemerytalnym są nieco mniej aktywni zawodowo niż mężczyźni w innych krajach, ale wyraźnie częściej nie pracują i nie posiadają uprawnień emerytalnych.

Istnieje wyraźna zależność między stanem zdrowia a statusem na rynku pracy. Osoby aktywne zawodowo rzadziej oceniają swoje zdrowie jako złe i dotyczy to wszystkich analizowanych miar stanu zdrowia, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Wśród kobiet najgorszy stan zdrowia mają osoby niepracujące i nieposiadające statusu emeryta, z wyjątkiem chorób przewlekłych, gdzie to emerytki nieco częściej wskazują na ten problem. Wśród mężczyzn osoby niepracujące bez statusu emeryta również mają najgorszy stan zdrowia. Warto jednak zauważyć, że wśród mężczyzn różnica w odsetkach osób ze złym stanem zdrowia między emerytami a niepracującymi jest dużo wyraźniejsza, dla przykładu 62,5% niepracujących źle ocenia swój ogólny stan zdrowia, a wśród emerytów – 33%. Podobnie jest w przypadku innych miar zdrowia, co może sugerować,

że mężczyźni częściej niż kobiety nie pracują z powodu złego stanu zdrowia, choć nie mają jeszcze uprawnień emerytalnych.

Tabela B.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 (w %)

	Kobiety w wieku 55–64 lata			Mężczyźni w wieku 60–69 lat		
	aktywne zawodowo	emerytki	pozostałe niepracujące	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący
AT	50,2	39,3	10,5	26,3	70,2	3,5
DE	73,2	8,8	18,0	37,8	56,7	5,5
SE	86,0	5,8	8,3	45,5	51,2	3,4
NL	70,2	2,4	27,4	42,2	46,0	11,8
ES	58,3	10,3	31,4	50,3	41,0	8,7
IT	61,3	5,4	33,3	48,6	48,1	3,3
FR	59,8	23,2	17,0	17,5	76,7	5,9
DK	76,7	7,1	16,2	49,3	44,0	6,7
EL	45,3	15,2	39,6	42,9	53,3	3,8
CH	79,8	7,1	13,0	45,5	49,1	5,4
BE	57,3	13,6	29,1	35,9	57,6	6,4
IL	76,5	5,7	17,8	64,2	21,0	14,8
CZ	56,7	41,3	2,1	21,2	77,4	1,5
PL	37,4	42,2	20,4	27,9	50,1	22,0
LU	47,4	25,4	27,2	11,6	81,1	7,4
HU	40,1	47,9	12,0	22,0	69,6	8,4
SI	51,2	36,5	12,4	16,7	79,9	3,4
EE	76,7	9,9	13,5	44,3	47,1	8,7
HR	46,1	34,4	19,6	25,5	72,3	2,2
LT	70,9	14,6	14,5	37,2	44,5	18,3
BG	56,8	33,0	10,2	42,2	56,4	1,5
CY	53,3	5,6	41,1	16,4	72,7	10,9
FI	77,3	17,5	5,2	20,5	71,7	7,8
LV	66,1	18,1	15,9	30,8	58,2	11,0
MT	38,8	6,6	54,6	18,9	79,0	2,1
RO	20,7	48,7	30,6	13,3	72,6	14,0
SK	57,9	38,1	4,0	23,8	74,5	1,8
Ogółem	60,2	17,8	22,0	34,9	57,4	7,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Tabela B.2.4. Wskaźniki zdrowia według statusu na rynku pracy i kraju, kobiety w wieku 55-64 lata (w odsetkach danej grupy)

	Samooocena zdrowia			GALI			ADL 1+			IADL 1+			Choroby przewlekłe 2+			Depresja		
	aktywne zawodowo	emerytki	pozostałe niepracujące	aktywne zawodowo	emerytki	pozostałe niepracujące	aktywne zawodowo	emerytki	pozostałe niepracujące	aktywne zawodowo	emerytki	pozostałe niepracujące	aktywne zawodowo	emerytki	pozostałe niepracujące	aktywne zawodowo	emerytki	pozostałe niepracujące
AT	26,3	29,9	17,8	39,7	45,0	41,9	4,4	7,9	0,0	11,6	14,0	31,7	25,4	36,2	10,8	13,6	23,7	24,9
DE	29,0	45,6	59,9	44,9	69,2	74,8	6,2	5,3	16,4	7,8	12,8	31,0	42,9	66,8	62,3	31,2	33,1	54,4
SE	14,3	21,0	83,8	40,1	53,4	80,6	3,0	0,0	23,3	8,2	2,9	68,9	23,0	50,9	78,5	27,5	10,4	64,6
NL	15,4	7,0	47,9	52,4	67,4	75,3	2,3	7,0	9,3	9,3	0,0	31,9	18,8	18,3	39,9	17,2	0,0	36,1
ES	46,2	50,0	34,7	38,5	52,6	36,2	2,4	6,9	2,8	1,5	29,8	4,8	30,9	20,0	36,4	33,5	21,9	25,5
IT	29,1	33,9	40,5	29,6	42,6	34,8	0,9	9,8	10,3	0,6	12,7	11,9	15,6	39,5	29,5	26,6	26,4	44,0
FR	16,9	17,1	43,0	29,5	31,7	53,1	3,6	5,3	16,5	6,2	11,4	16,4	26,8	49,7	48,7	31,0	30,3	35,7
DK	13,8	20,9	61,0	33,4	54,8	78,7	2,9	3,9	19,5	7,5	7,4	39,3	31,0	52,8	63,5	18,9	26,6	54,4
EL	9,0	11,1	16,0	8,3	13,4	13,2	0,2	4,2	4,0	5,4	8,6	11,7	28,2	37,7	35,2	17,1	13,4	23,3
CH	6,1	15,4	34,2	20,9	48,2	57,2	0,0	0,0	21,4	2,6	8,2	32,2	13,7	26,9	42,7	18,9	24,6	42,6
BE	24,2	35,8	61,9	40,0	50,3	81,9	10,0	12,4	24,0	15,9	17,1	29,2	35,8	56,4	70,1	26,7	29,4	52,0
IL	33,9	39,2	46,1	6,8	22,4	33,3	0,0	0,0	22,6	13,0	5,7	20,1	18,1	19,4	43,8	21,7	0,0	55,9
CZ	8,3	28,4	72,4	31,5	61,3	88,3	12,4	18,0	20,1	7,6	35,9	76,4	33,3	49,5	82,6	11,4	39,7	51,6
PL	27,3	39,4	56,0	38,0	51,5	59,0	8,1	6,2	8,9	4,1	8,9	19,2	41,2	62,5	70,8	31,2	39,4	62,8
LU	18,3	34,4	27,6	53,5	45,2	33,7	0,4	1,5	4,0	0,4	8,1	7,9	34,5	50,4	50,6	47,7	26,4	27,7
HU	5,4	16,8	63,2	26,3	22,2	77,8	0,7	1,7	60,9	2,5	2,4	61,5	31,4	20,4	63,2	18,5	0,3	19,1
SI	21,1	20,5	30,9	40,5	36,7	71,0	5,4	2,0	15,2	4,5	5,5	31,8	31,8	36,5	55,0	18,8	22,3	20,7
EE	40,9	62,3	83,3	36,7	58,4	82,1	3,9	12,7	30,4	10,0	24,5	48,6	25,3	52,8	75,4	22,8	36,5	49,9

	Samooocena zdrowia				GALI				ADL 1+				IADL 1+				Choroby przewlekłe 2+				Depresja			
	aktywne	emerytki	pozostałe	niepracujące	aktywne	emerytki	pozostałe	niepracujące	aktywne	emerytki	pozostałe	niepracujące	aktywne	emerytki	pozostałe	niepracujące	aktywne	emerytki	pozostałe	niepracujące				
HR	30,9	43,3	22,0	29,9	46,3	38,5	2,9	12,2	5,4	6,2	17,2	19,1	45,4	52,6	60,0	25,9	28,8	28,6						
LT	35,8	56,7	69,5	29,3	55,8	66,2	3,8	5,4	21,7	7,9	10,2	32,4	39,7	60,8	79,0	34,1	51,4	66,1						
BG	19,7	45,1	41,0	27,8	50,6	33,8	3,0	6,9	0,0	5,1	20,2	3,1	32,4	51,7	42,6	15,5	28,2	11,7						
CY	25,5	0,0	47,5	48,8	55,6	29,2	0,0	0,0	3,8	2,1	0,0	8,5	57,5	55,6	55,3	19,8	27,8	22,7						
FI	21,0	49,6	41,8	33,8	72,5	63,0	2,2	27,9	18,4	4,7	19,3	50,4	48,9	63,7	96,8	36,5	34,0	35,5						
LV	57,6	82,9	80,7	43,1	58,2	56,6	2,1	5,3	9,6	7,5	14,4	25,1	34,1	69,2	44,9	14,5	42,7	22,5						
MT	25,1	47,7	35,3	21,6	0,0	31,4	0,0	0,0	0,0	0,8	14,4	3,6	11,3	64,3	35,4	25,0	16,5	31,8						
RO	23,8	52,5	30,4	20,3	52,0	36,0	2,2	14,0	7,3	0,0	14,1	4,5	19,0	51,0	35,2	37,8	47,8	35,7						
SK	7,5	25,9	33,3	26,2	46,4	50,5	2,4	3,6	17,2	4,1	12,0	25,3	13,1	33,3	8,1	17,6	26,4	49,5						
Total	25,7	34,2	44,4	35,7	46,9	50,3	3,9	7,6	11,6	5,6	13,9	18,3	30,3	48,7	45,8	27,8	31,1	41,0						

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Tabela B.2.5. Wskaźniki zdrowia według statusu na rynku pracy i kraju, mężczyźni w wieku 60–69 lat (w odsetkach danej grupy)

	Samooocena zdrowia			GALI			ADL 1+			IADL 1+			Choroby przewlekłe 2+			Depresja		
	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	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący
AT	6,1	25,3	95,2	15,2	51,4	100,0	0,4	5,1	60,1	5,3	6,6	60,1	21,2	40,9	85,9	5,4	13,7	25,8
DE	24,3	36,7	62,2	44,6	52,7	88,0	4,0	8,6	23,3	6,5	10,8	22,3	38,4	54,8	76,0	14,0	19,0	46,4
SE	13,9	21,0	43,9	26,5	36,5	80,3	2,7	8,5	21,2	1,5	4,1	21,2	28,3	47,5	22,7	9,2	10,7	22,7
NL	22,1	28,2	61,4	48,8	52,9	80,7	4,6	5,5	11,2	2,4	8,7	19,2	29,0	36,5	74,4	8,5	14,2	25,9
ES	18,1	36,1	80,1	21,8	25,0	80,2	0,0	5,6	8,8	0,1	4,2	12,4	32,9	35,7	31,6	5,6	11,2	16,9
IT	20,1	30,9	68,1	19,7	35,3	83,7	0,4	4,5	19,9	1,8	1,9	26,5	21,5	34,8	65,1	18,4	18,7	72,7
FR	21,2	28,1	39,1	43,6	38,5	53,4	6,3	7,8	4,6	7,2	8,7	9,0	28,6	41,6	57,6	14,2	23,0	23,2
DK	16,9	25,0	52,4	34,3	39,6	75,1	8,8	7,2	6,9	5,6	8,5	13,3	33,3	57,0	54,6	12,1	10,4	20,2
EL	9,0	15,7	64,6	8,8	16,3	64,6	0,0	2,9	14,7	1,8	4,4	28,7	35,3	45,0	71,9	7,5	10,1	25,6
CH	9,6	14,3	63,1	19,7	26,9	77,4	4,9	8,1	17,7	2,7	3,7	17,5	24,5	32,6	61,7	13,2	12,3	38,6
BE	19,3	24,9	30,8	44,1	50,9	46,0	5,1	12,5	10,3	13,9	13,7	22,2	55,7	55,0	37,2	12,8	20,3	18,3
IL	44,3	32,2	86,2	35,0	16,5	96,9	1,9	0,0	29,6	2,8	0,0	77,6	50,3	63,1	96,9	36,4	20,8	50,1
CZ	10,7	26,2	19,1	30,3	53,2	69,5	0,9	14,2	51,6	2,5	14,6	36,6	48,4	59,4	52,0	9,9	16,0	8,9
PL	32,2	44,4	71,5	39,1	53,1	78,4	5,4	15,2	28,1	3,0	14,0	32,2	41,5	53,2	69,8	25,7	21,8	27,7
LU	22,6	23,5	76,2	29,9	38,8	82,2	0,0	5,3	23,3	0,0	6,9	29,2	18,8	53,3	88,1	21,2	14,4	40,9
HU	10,1	43,0	80,6	41,5	47,6	91,1	0,0	13,2	5,2	0,8	17,4	8,5	16,2	50,9	94,8	1,5	22,5	69,8
SI	15,0	26,1	40,9	32,0	47,1	93,9	0,0	7,7	23,6	4,4	11,2	23,6	34,9	50,6	70,0	19,8	11,2	30,0
EE	55,2	75,7	92,2	46,0	65,1	92,3	2,5	8,3	38,7	3,6	13,1	38,8	32,2	47,3	69,0	12,7	26,1	56,9

Samocena zdrowia				GALI			ADL 1+			IADL 1+			Choroby przewlekłe 2+				Depresja		
	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	aktywni zawodowo	emeryci	pozostali niepracujący	
HR	27,4	43,6	100,0	37,0	45,7	62,2	0,0	10,2	44,4	2,6	11,1	10,1	38,1	46,6	55,6	9,8	13,1	0,0	
LT	50,9	49,5	84,5	38,6	45,9	83,0	6,7	4,5	38,1	4,0	5,6	36,0	38,3	52,5	81,8	23,2	24,6	31,3	
BG	20,5	37,6	33,3	33,5	49,9	66,7	2,1	18,4	0,0	4,1	25,8	33,3	30,3	47,9	66,7	9,7	18,4	33,3	
CY	9,3	41,9	19,6	20,3	46,2	67,2	0,0	4,8	0,0	0,0	15,9	6,9	0,0	33,3	41,6	67,2	0,0	19,6	
FI	32,3	36,4	52,6	33,8	41,1	61,8	3,8	6,8	8,2	1,0	2,9	0,0	51,0	61,0	71,1	21,1	9,0	8,9	
LV	55,1	73,3	91,0	45,8	55,0	91,0	0,0	1,8	14,9	6,3	5,7	44,2	34,4	45,9	75,2	13,4	15,6	63,6	
MT	20,2	34,0	100,0	26,6	32,4	100,0	0,0	3,7	50,9	0,0	7,5	27,8	31,2	41,2	76,9	14,0	22,8	68,0	
RO	22,1	41,5	30,6	21,6	41,4	49,3	0,0	8,3	25,0	0,0	9,1	23,0	22,5	38,8	31,9	23,1	24,9	32,6	
SK	9,3	21,0	50,0	32,4	51,0	0,0	3,7	7,2	0,0	1,9	10,7	50,0	13,1	25,2	25,0	18,7	16,2	75,0	
Total	21,6	33,0	62,5	32,3	43,0	75,1	2,7	8,4	19,5	3,6	8,9	24,1	32,6	45,4	62,2	14,2	18,6	32,7	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

W Polsce kobiety aktywne zawodowo w przypadku większości miar zdrowia wykazują podobny stan zdrowia jak kobiety w innych krajach (odsetek osób w złym stanie zdrowia jest zbliżony do udziału we wszystkich krajach), z wyjątkiem chorób przewlekłych, gdzie odsetek osób z przynajmniej dwiema chorobami jest wyraźnie wyższy niż przeciętnie dla wszystkich badanych krajów. Podobnie wygląda sytuacja emerytek w Polsce. Natomiast pozostałe kobiety niepracujące wyraźnie częściej odczuwają większość problemów zdrowotnych niż w innych krajach, z wyjątkiem ograniczeń w funkcjonowaniu (ADL, IADL).

W przypadku mężczyzn sytuacja wygląda podobnie, jednak odsetek osób z problemami zdrowotnymi w Polsce jest wyższy niż przeciętna dla innych krajów, zarówno wśród aktywnych zawodowo, emerytów, jak i niepracujących. Wyjątkami są ograniczenia w funkcjonowaniu (ADL) wśród aktywnych zawodowo oraz objawy depresji wśród pozostałych niepracujących, które są na podobnym lub nieco niższym poziomie niż dla innych krajów.

Zmiany w stanie zdrowia Polaków w wieku 50 lat i więcej. Analiza porównawcza wyników badania SHARE z 2007 i 2020 roku

Wiktoria Wróblewska

3.1. Uwagi wstępne

W tym rozdziale dokonano porównania stanu zdrowia osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce uczestniczących w pierwszym i ostatnim badaniu SHARE, czyli w 2007 i 2020 roku. Badanie SHARE w 2007 roku (runda 2.) było pierwszym, w którym uczestniczyła Polska, a badanie w 2020 roku (runda 8.) ostatnim zrealizowanym przed okresem pandemii COVID-19. Celem analiz jest odpowiedź na pytanie, jakie zmiany w stanie zdrowia Polaków zachodziły w tych ostatnich kilkunastu latach przed pandemią COVID-19 oraz których wymiarów zdrowia i aspektów funkcjonowania osób starszych one dotyczyły? Czy kierunek zmian jest jednoznacznie pozytywny i w takim samym stopniu dotyczy każdej z grup wieku? Czy są wskaźniki, które pokazują na proces odwrotny, czyli pogarszanie stanu zdrowia osób starszych w Polsce?

W analizie zastosowano miary stanu zdrowia, które zostały opisane wcześniej w rozdziale 1. części B niniejszego raportu. W szczególności do opisu stanu zdrowia wykorzystano: wskaźnik samooceny stanu zdrowia (SPH), wskaźnik występowania ograniczeń w codziennej aktywności (GALI), występowanie chorób przewlekłych (co najmniej dwie choroby), częstotliwość objawów depresji (skala Euro-D), występowanie ograniczeń funkcjonalnych, wskaźnik oceny podstawowych czynności życiowych (ADL) oraz wskaźnik oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL). Analizowano także wskaźniki dotyczące występowania otyłości oraz palenia papierosów jako czynników, które mogą być powiązane z negatywnymi wynikami stanu zdrowia.

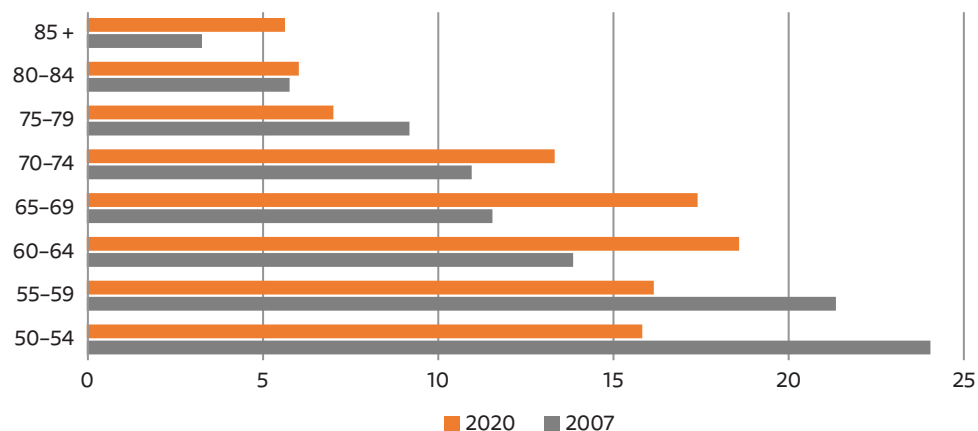
Wyniki analiz opisowych prezentują dane dla 2021 respondentów w wieku 50 lat i więcej objętych badaniem w 2020 roku oraz 2045 respondentów objętych badaniem w 2007 roku. Obserwacje wykluczone z powodu braku danych w zakresie poszczególnych wskaźników stanu zdrowia były stosunkowo nieliczne i stanowiły od 0,3% do 4,9% (dla wskaźnika Euro-D) ogólnej liczby badanych w 2020 roku oraz od 2,1% do 2,5% w 2007 roku.

Analizy dla obydwu lat prowadzone były w 5-letnich grupach wieku (od 50–54 lata do 90 lat i więcej), przy czym wyniki dla najstarszej grupy wieku należy traktować z dużą ostrożnością ze względu na stosunkowo nieliczną grupę respondentów w wieku 90+ objętych badaniem SHARE. Rosnący udział osób w najstarszych grupach wieku w populacji Polski uzasadnia jednak śledzenie danych o ich sytuacji zdrowotnej. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2007 roku osób w wieku 85 lat i więcej było 413 tys., podczas gdy w 2020 roku liczebność tej subpopulacji osób była już dwukrotnie większa i wyniosła blisko 820 tys., w tym w wieku 90+ było 270 tys. osób.

Ponadto przy analizie zmian w poziomie wskaźników zdrowia populacji osób 50+, trzeba mieć na uwadze przesunięcia demograficzne w strukturze wieku, które nastąpiły w analizowanych latach, co obrazuje rysunek B.3.1. W szczególności widoczne jest „postarzenie się” osób wyżu urodzeń lat 50. XX w., które w 2007 roku były w wieku 50–59 lat i dominowały wówczas w strukturze wieku Polski. W 2020 roku osoby te osiągnęły wiek 60–69 lat (oraz częściowo w wieku 70–74 lata). Populacja osób w wieku 60–64 lata zwiększyła się w 2020 roku w porównaniu do 2007 roku o 933 tys., o 1052 tys. osób w wieku 65–69 lat, a wieku 70–74 lata o 540 tys. Ogółem liczba osób w wieku 50 lat i więcej wzrosła w tym czasie w Polsce z 12,6 mln do 14,4 mln (wzrost o 14,3%).

Aby zapewnić porównywalność wyników w przypadku danych ogółem, wyznaczono standaryzowane wskaźniki frakcji osób z danymi problemami zdrowotnymi. Dla każdej z analizowanych rund badania SHARE przyjęta została jako standard struktura ludności Polski z 2020 roku. Oznacza to, że wskaźniki ogółem dla wyników badania SHARE są wartościami teoretycznymi i nie są obciążone różnicami w strukturach wieku. W szczególności wynik standaryzowany dla 2007 roku może odbiegać od danych surowych, ale jednocześnie pozwala na ocenę zmian, które zaszły w stanie zdrowia osób 50+ w Polsce w analizowanych dwóch latach. Określa on poziom danego wskaźnika stan zdrowia w 2007 roku, gdyby struktura wieku była taka jak w 2020 roku. Jednocześnie wynik dla 2020 roku uwzględnia korektę struktury wieku respondentów objętych badaniem SHARE do struktury ogólnopolskiej z tego samego roku.

Rysunek B.3.1. Struktura ludności Polski według grup wieku w 2007 i 2020 roku (stan na 31 grudnia). Udział danej grupy wieku w populacji osób 50+ (w %)



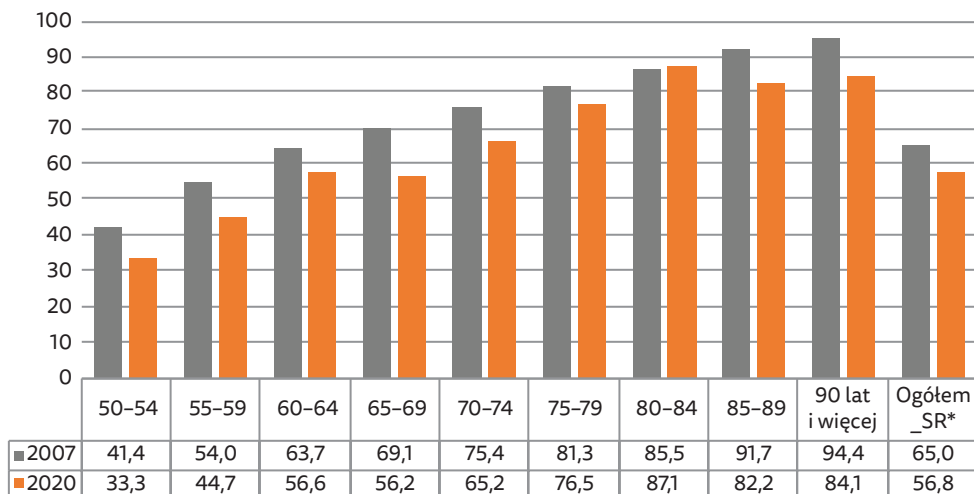
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> (dostęp: 2.05.2022).

3.2. Występowanie problemów zdrowotnych

Samoocena stanu zdrowia

We wszystkich grupach wieku odsetek Polaków oceniających swoje zdrowie poniżej dobrego, czyli jako takie sobie lub złe, w analizowanym okresie uległ obniżeniu (rysunek B.3.2). Spadek udziału negatywnych ocen stanu zdrowia jest najwyższy dla osób w grupach wieku 65–69 oraz 70–74 lata, a najniższy dla osób nieco starszych (75–84 lata). Ogółem standaryzowana wiekiem frakcja osób w wieku 50+ (SR*) z problemami zdrowotnymi w Polsce w 2020 roku wynosiła 57% i udział ten był niższy o ponad 8 p.p. od wyniku dla 2007 roku (65%). Warto zauważyć, że częstość takich sobie i złych ocen stanu zdrowia w obydwu latach wciąż przeważa wśród ogółu osób 50+. W 2007 roku już ponad połowa badanych w wieku 55–59 lat (54%), a w 2020 roku w wieku 60–64 lata (57%) wskazała ocenę swojego stanu zdrowia jako poniżej dobrej. W grupach wieku od 75 lat w 2007 roku i od 80 lat w 2020 roku takie oceny zdrowia wykazywało już ponad 80% badanych osób. Wskaźnik SPH jest miarą subiektywną stanu zdrowia i uzyskane wyniki mogą odzwierciedlać także czynniki kontekstowe respondentów, jak np. uwarunkowania środowiskowe, kulturowe, wrażliwość i postrzeganie choroby. Jednakże w przypadku badania o charakterze panelowym respondentów z tego samego kraju czynniki te nie powinny mieć dużego wpływu na uzyskane różnice.

Rysunek B.3.2. Odsetek osób w Polsce oceniających swoje zdrowie poniżej dobrego (umiarkowany lub zły stan zdrowia) według grup wieku w 2007 i 2020 roku (w %)

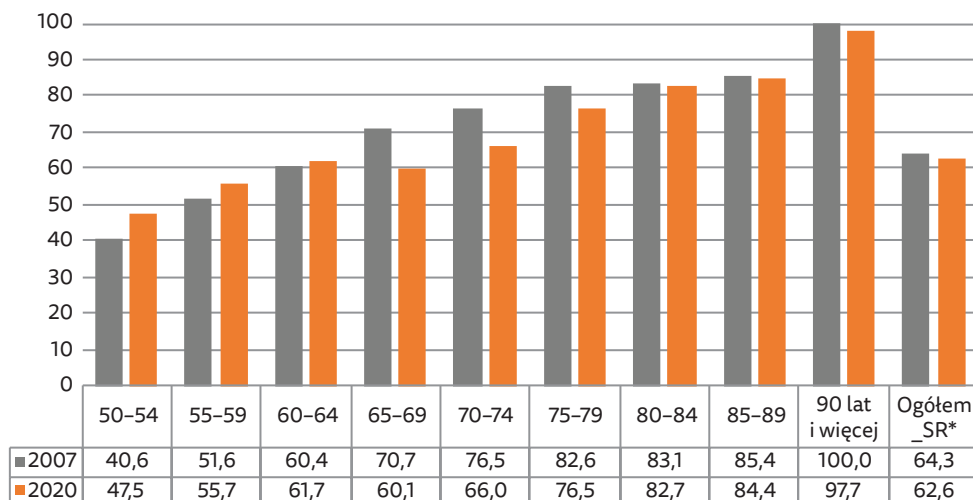


* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE: runda 2. (2007) i runda 8. (2020), publikacja 8.0.0.

Wskaźnik GALI

Standaryzowany wiekiem odsetek osób wskazujących na problemy ze zdrowiem, które mogą ograniczać (w stopniu poważnym lub umiarkowanym) wykonywanie codziennych czynności, w całej populacji badanych osób w wieku 50 lat i więcej w obydwu latach był na zbliżonym poziomie i wynosił 64% w 2007 roku i 63% w 2020 roku (rysunek B.3.3). Wśród osób w wieku przedemerytalnym (grupy wieku 50–54, 55–59 oraz 60–64 lata) był nawet wyższy wśród respondentów objętych badaniem w 2020 roku, a wśród osób najstarszych (80 lat i więcej) pozostawał na takim samym wysokim poziomie w obydwu latach (powyżej 80%). Tylko osoby w wieku 65–79 lat w 2020 roku rzadziej niż w 2007 roku zgłaszały występowanie ograniczeń w wykonywaniu czynności, które zwykle ludzie wykonują, spowodowanych problemami ze zdrowiem (różnica o ok. 10 p.p.). Wysoka częstość występowania takich ograniczeń oraz brak wyraźnych zmian w czasie może przekładać się na wartość innych miar, do wyliczenia których wykorzystywany jest wskaźnik GALI, i skutkować m.in. niskimi wartościami i niewielkimi zmianami wskaźnika HLY, czyli długości życia w zdrowiu osób w wieku 50+ w Polsce.

Rysunek B.3.3. Odsetek osób w Polsce z problemami zdrowotnymi (GALI) według grup wieku w 2007 i 2020 roku (w %)

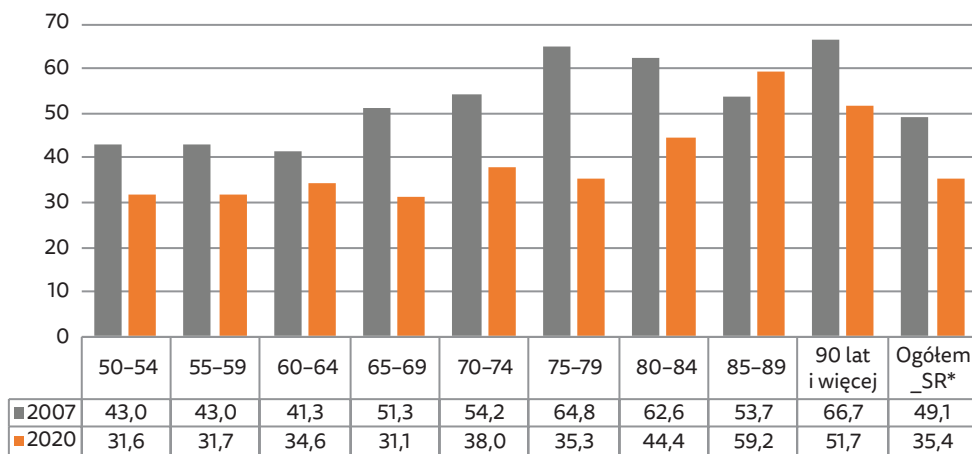
* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE: runda 2. (2007) i runda 8. (2020), publikacja 8.0.0.

Depresja

W analizowanych latach nastąpiła ogólna poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. We wszystkich grupach wieku (z wyjątkiem respondentów w wieku 85–89 lat) udział osób z depresją, czyli z co najmniej trzema symptomami ujętymi w skali Euro-D, uległ znacznemu obniżeniu. W 2020 roku wśród osób w wieku od 50 do 79 lat udział osób z depresją nie przekraczał 1/3, podczas gdy w 2007 roku był znacznie wyższy, a różnica wynosiła 10 p.p. dla osób w wieku 50–59 lat, 20 p.p. w wieku 65–69 lat oraz blisko 30 p.p. wśród osób w wieku 75–79 lat (rysunek B.3.4). W całej badanej populacji osób 50+ standaryzowany wiekiem odsetek osób z depresją uległ obniżeniu z blisko 50% w 2007 r. do 35% w 2020 r. Należy przy tym podkreślić, że badanie SHARE v.8 realizowane było w czasie przed wystąpieniem pandemii COVID-19 w Polsce i uzyskane wyniki pokazują pozytywny kierunek zmian w stanie zdrowia psychicznego Polaków odpowiadający okresowi „zwykajnemu” w życiu społecznym i gospodarczym, który można zakładać, że byłby kontynuowany, gdyby nie przerwało go pojawienie się pandemii COVID-19 czy następnie wojny w kraju sąsiednim.

Rysunek B.3.4. Odsetek osób w Polsce z objawami depresji według grup wieku w 2007 i 2020 roku (w %)



* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE: runda 2. (2007) i runda 8. (2020), publikacja 8.0.0.

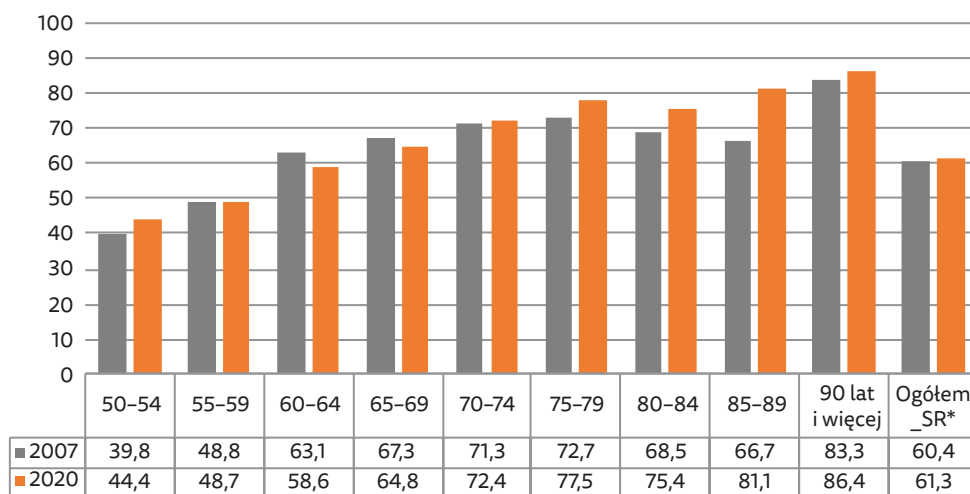
Występowanie chorób przewlekłych

Występowanie chorób przewlekłych i długotrwałych dolegliwości zdrowotnych wśród respondentów objętych badaniem w 2020 r. było częstsze niż w 2007 r. Wyraźny wzrost udziału osób obciążonych wielochorobowością (z dwoma i więcej chorobami przewlekłymi) można zaobserwować w grupach wieku od 75. roku życia. Na przykład wśród osób w wieku 80–84 lata nastąpił wzrost analizowanego wskaźnika o blisko 7 p.p. (z 68% do 75%), a w grupie 85–89 lat o 14 p.p. (z 67% do 81%) (rysunek B.3.5). Wśród osób w wieku 80 lat i więcej odnotowano także znaczny wzrost udziału osób obciążonych większą liczbą chorób niż dwie. W 2020 r. co najmniej trzy choroby przewlekłe miało zdiagnozowanych 60% osób w wieku 80–84 lata i 67% w wieku 85–89 lat, co oznacza wzrost o 19 p.p. w stosunku do wyników w 2007 r.

Uzyskane wskaźniki dotyczące większej frakcji osób żyjących z kilkoma chorobami przewlekłymi w 2020 r. są ważne i wymagają dalszej analizy. Mogą one wskazywać na zachodzenie kilku możliwych procesów. Po pierwsze, możemy mieć do czynienia z ogólnym pogorszeniem stanu zdrowia osób starszych w Polsce, mierzonym wskaźnikiem wielochorobowości, które jest szczególnie widoczne wśród osób najstarszych (od 80 r.ż.). Po drugie, inną przyczyną tego stanu rzeczy może być częstsze korzystanie z usług i badań lekarskich przez seniorów, których efektem jest pełniejsza diagnostyka stanu zdrowia i większa świadomość bycia obciążonym różnymi chorobami. Konsekwencją lepszej i szerszej diagnostyki, a także wdrożonego leczenia, skuteczniejszych

leków i procedur medycznych może być ogólna poprawa przeżycia osób starszych z wielochorobowością, dożywanie coraz poważniejszego wieku oraz ich rosnący udział wśród osób w wieku 80+ i w populacji ogółem.

Rysunek B.3.5. Odsetek osób w Polsce z dwoma lub więcej zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi według grup wieku w 2007 i 2020 r. (w %)



* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE: runda 2. (2007) i runda 8. (2020), publikacja 8.0.0.

Istotna przy tym jest odpowiedź na pytanie, czy i w jakim stopniu coraz powszechniejsze występowanie wielochorobowości przekłada się na ograniczenia funkcjonalne i występowanie niesprawności, a także na konieczność korzystania z opieki innych. Odpowiedź na to pytanie mogą dać przedstawione dalej wyniki analizy kolejnych wskaźników.

Trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej

W obydwu analizowanych latach wśród osób w wieku 50 lat i więcej występowanie ograniczeń w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej było dość powszechne. Standaryzowany wskaźnik występowania co najmniej jednego z 10 ograniczeń wynosił 70,4% w 2007 r. i 60,4% w 2020 r., co wskazuje jednocześnie na poprawę tego wymiaru stanu zdrowia Polaków (spadek częstości o 10 p.p.) (tabela B.3.1).

Tabela B.3.1. Częstość występowania trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej według wieku w 2007 i 2020 r. (w %)

	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020	2007	2020	Ogółem*
	50-54 lata	55-59 lat	60-64 lata	65-69 lat	70-74 lata	75-79 lat	80-84 lata	85 lat i więcej											
Przejsięcie 100 metrów	3,6	4,9	4,4	6,5	4,4	14,6	6,8	18,2	7,2	21,4	10,9	19,5	46,0	28,1	53,0	42,7	18,3	10,9	
Siedzenie przez około 2 godziny	10,8	12,4	14,9	10,3	14,9	14,6	21,7	14,9	29,3	15,2	24,7	36,0	26,7	32,3	35,1	39,4	23,5	15,5	
Wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas	10,8	15,2	22,0	13,9	22,0	17,2	25,2	20,2	35,5	23,6	36,2	48,3	37,8	53,2	53,4	56,1	31,4	21,0	
Wejście na kilka pięter po schodach bez odpoczynku	24,5	27,3	41,6	29,3	41,6	36,2	50,1	44,0	57,1	48,6	65,7	75,2	68,1	74,2	77,9	74,2	52,9	42,6	
Wejście na jedno piętro po schodach bez odpoczynku	2,9	3,2	5,5	11,5	10,2	15,4	13,5	24,1	24,1	18,5	29,5	40,5	41,5	51,6	54,2	62,1	22,8	15,2	
Schylanie się, klękanie lub kucanie	17,6	23,8	24,5	30,9	32,8	39,0	37,7	54,9	51,1	44,6	51,3	71,9	66,7	66,1	77,9	78,8	45,8	37,3	
Sięganie lub wyciąganie rąk ponad poziom ramienia	2,9	8,0	6,6	10,5	9,9	12,2	12,3	21,3	23,0	13,6	23,2	35,1	36,3	40,3	43,5	45,5	19,5	13,6	
Ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów takich jak fotel	14,7	10,0	17,9	15,2	17,4	24,4	24,0	29,9	39,7	27,4	35,4	51,7	51,1	52,4	72,5	66,7	29,0	26,3	
Podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg	28,4	21,2	26,0	31,9	28,1	39,3	33,4	46,6	51,1	41,3	50,9	64,0	68,1	72,6	77,9	80,3	44,1	37,3	
Podniesienie małej monety ze stołu	2,0	1,2	1,8	2,6	3,6	3,0	3,6	2,8	4,1	4,1	4,4	8,3	14,1	9,7	26,7	10,6	5,2	4,0	
Co najmniej jedna z tych trudności	48,1	46,1	58,8	44,3	67,2	54,4	75,6	62,5	83,0	67,7	86,4	78,2	90,3	87,4	90,9	92,4	70,4	60,4	

* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 7. SHARE (2017), publikacja 8.0.0.

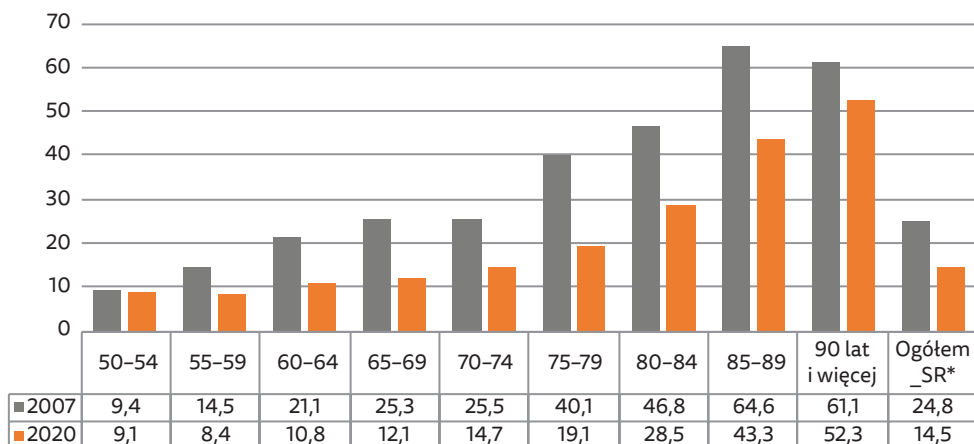
W obydwu latach najczęstsze wskazywane trudności pozostały takie same i dotyczyły: wchodzenia po schodach na kilka pięter bez odpoczynku (53% w 2007 r. i 43% w 2020 r.), pochylanie się i klęczenie (46% i 37%) oraz podnoszenie cięższych przedmiotów (44% i 37%), podczas gdy najrzadziej wskazywano na trudności z podniesieniem małej monety ze stołu (5% i 4%), przejście 100 metrów (18% i 11%), wyciąganie ręki i sięganie ponad poziom ramion (20% i 14%), dłuższe siedzenie na krześle (24% i 16%), a także wejście na jedno piętro bez odpoczynku (23% i 15%). Odnotowana poprawa w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej dotyczyła możliwości wykonywania wszystkich poszczególnych czynności w podobnej skali. Analizując zmiany w grupach wieku, można zauważyć pewne ich zróżnicowanie zależnie od wieku respondentów. W większym stopniu poprawę w zakresie występowania wskazanych ograniczeń funkcjonalnych odnotowano wśród osób 60- i 70-letnich, podczas gdy mniejszą wśród najstarszych (80–84 i 85 lat i więcej).

Wskaźnik ADL

Uzyskany poziom wskaźnika ADL wskazuje na znaczne zmniejszenie się częstości występowania niepełnosprawności osób starszych mierzonej tym wskaźnikiem w Polsce. Standaryzowany odsetek osób w wieku 50+ deklarujących ograniczenie w samodzielnym wykonywaniu co najmniej jednej z podstawowych czynności, takich jak: ubieranie się, chodzenie, kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka, korzystanie z toalety, oszacowany na podstawie badania SHARE, zmniejszył się z 24,8% w 2007 r. do 14,5% w 2020 r. Warto podkreślić, że zmiany te obserwowane są we wszystkich grupach wieku (rysunek B.3.6). Największe stosunkowo spadki częstości występowania ograniczeń ujętych wskaźnikiem ADL odnotowano wśród osób w wieku od 60 do 79 lat, dla których wskaźnik ten zmniejszył się blisko dwukrotnie. W najstarszych grupach wieku, charakteryzujących się największym udziałem osób z niepełnosprawnością, poprawa była w mniejszej skali i w grupie 80–84 lata względny spadek poziomu wskaźnika ADL wynosił 1/3, a w grupie wieku 90+ o 15%.

W obydwu latach charakterystyczne jest pogarszanie się wraz z wiekiem stanu zdrowia mierzonego poszczególnymi wskaźnikami, także wskaźnikiem ADL. Jednakże, przechodząc do kolejnych grup wieku, można zauważyć, że tempo wzrostu wskaźnika ADL w analizowanych latach uległo obniżeniu. Największe przyrosty, które były obserwowane w 2007 r. już od wieku 75–79 lat (wzrost względny o 60% w stosunku do wieku 70–74 lata), w 2020 r. przesunęły się na osoby starsze do grupy 80–84 lata (wzrost wskaźnika ADL o 50% w stosunku do poziomu obserwowanego w grupie wieku 75–79 lat).

Rysunek B.3.6. Ograniczenia w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności (ADL) według wieku – odsetek deklarujących co najmniej jedną trudność w roku 2007 i 2020 (w %)



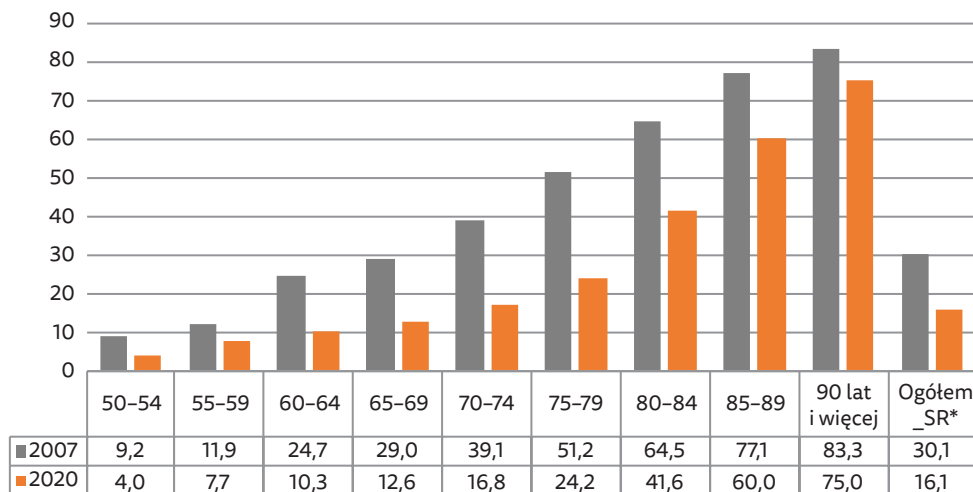
* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE: runda 2. (2007) i runda 8. (2020), publikacja 8.0.0.

Wskaźnik IADL

Ograniczenia i trudności ujęte we wskaźniku IADL, które dotyczą występowania ograniczeń w podejmowaniu zwykłych aktywności codziennego życia pozwalających na prowadzenie domu, utrzymanie kontaktu z otoczeniem, robienie zakupów oraz inne, notowane były rzadziej w 2020 r. niż w 2007 r. Ogólny standaryzowany odsetek osób deklarujących jedną lub więcej trudność objętą wskaźnikiem IADL w wieku 50+ uległ w tym czasie blisko dwukrotnemu obniżeniu z poziomu 30,1% w 2007 r. do 16,1% w 2020 r. Podobnie jak w przypadku wskaźnika ADL, największe stosunkowo spadki częstości występowania ograniczeń IADL w tych latach nastąpiły wśród respondentów w wieku od 60. do 79. roku życia. W 2007 r. w grupach wieku 60-64 i 65-69 lat takie trudności zgłaszało więcej niż 25% respondentów, a w 2020 r. już tylko nieco częściej niż co dziesiąty, podczas gdy wskaźnik na poziomie 25% odnotowano dopiero dla grupy wieku 75-79 lat (rysunek B.3.7). W obydwu latach ograniczenia w podejmowaniu zwykłych aktywności codziennego życia zgłaszała zdecydowana większość respondentów w wieku 85 lat i więcej, ale i tu widoczne jest znaczne zmniejszenie wskaźnika IADL w 2020 r. w porównania do 2007 r., co potwierdza ogólnie korzystny kierunek zachodzących zmian w stanie zdrowia w wymiarze możliwości samodzielnego życia i funkcjonowania osób starszych.

Rysunek B.3.7. Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego z powodu problemów fizycznych, umysłowych, emocjonalnych lub problemów z pamięcią (IADL) według wieku – odsetek deklarujących co najmniej jedną trudność w 2007 i 2020 r. (w %)



* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE: runda 2. (2007) i runda 8. (2020), publikacja 8.0.0.

Występowanie otyłości

Wysoki wskaźnik masy ciała (BMI) jest uznanym czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych, takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego (choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca), a także chorób układu metabolicznego i hormonalnego, w szczególności cukrzycy, oraz niektórych chorób nowotworowych, przy czym szczególnie silne powiązanie wysokiego BMI z chorobowością i występowaniem ograniczeń funkcjonalnych notowane jest wśród osób w wieku 50 lat i starszych [Andreyeva i in., 2007; Reuser, Bonneux, Willek 2009; Peeters i in., 2004; Bogus i in., 2008; Klijs, Mackenbach, Kunst, 2011; Wróblewska, Antczak, 2019; Füssenich i in., 2019]. Wyraźny wzrost ryzyka wystąpienia gorszych wyników stanu zdrowia i przewlekłych schorzeń stwierdza się u osób z BMI wskazującym na dużą otyłość. Wpływ otyłości na zdrowie jest zbliżony w krajach europejskich, co pokazują wyniki badania SHARE z 2004 r., w której nie brała jeszcze udziału Polska [Andreyeva i in., 2007].

Występowanie znacznej nadwagi często łączy się ze skróceniem lat trwania życia w dobrym stanie zdrowia i bez niepełnosprawności. Wzdłużne badanie trwania życia osób w wieku 55 lat i więcej w USA (*The Health and Retirement Survey*) wykazało, że występowanie otyłości (BMI od 30 do 34,9) nie zmieniało całkowitej oczekiwanej

długości życia, ale skracало czas trwania życia bez niesprawności mierzonej wskaźnikiem ADL (o 2,7 roku wśród mężczyzn i o 3,6 roku wśród kobiet) i wydłużało czas życia z niepełnosprawnością (o 2 lata dla mężczyzn i 3,2 roku dla kobiet). Nadwaga (BMI z przedziału 25,0–29,9) nie miała wpływu na czas trwania życia z niepełnosprawnością mężczyzn, a wśród kobiet zwiększała je o 2,1 roku [Reuser, Bonneux, Willek, 2009].

Według klasyfikacji WHO wskaźnik BMI (w kg/m^2) z zakresu 18,5–22,9 wskazuje na niską masę ciała; 23–24,9 – wagę normalną; 25–29,9 – nadwagę; 30–34,9 – łagodną otyłość; 35 i powyżej – dużą otyłość. Należy przy tym zaznaczyć, że wskaźnik BMI określany na podstawie stosunku masy ciała i wzrostu bywa krytykowany jako nieadekwatny do analizy stanu zdrowia osób starszych. Jest to związane ze zmianami w składzie ciała, które zachodzą wraz z wiekiem i zwiększaniem się udziału tkanki tłuszczowej połączonym z utratą masy i siły mięśniowej (sarkopenia). Otyłość u osób starszych ma inny wpływ na zachorowalność i śmiertelność niż u osób młodszych. W literaturze wskazuje się także, że wskaźnik BMI nie uwzględnia nagłych zmian wagi, które mogą łączyć się ze wzrostem ryzyka zgonu, a także słabo odzwierciedla ryzyko zgonu u osób starszych, szczególnie mężczyzn [Cook i in., 2005; Cawthon i in., 2021]. Badania związku między BMI a umieralnością osób starszych sugerują, że nadwaga u osób starszych (BMI 25–29,9) – przeciwnie niż otyłość – nie wiąże się z wyższym ryzykiem zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, podczas gdy utrata masy ciała i niski wskaźnik BMI są takimi czynnikami ryzyka [Dey i in., 2001; Weiss i in., 2008].

Zgodnie z powyższymi wynikami wcześniejszych badań w naszej analizie kategoria BMI z zakresu 25–29,9, czyli nadwaga, nie została włączona do grupy ryzyka. W zestawieniu przedstawione zostały udziały respondentów ze wskaźnikiem BMI na poziomie 30 i powyżej, który wskazuje na występowanie otyłości (łagodnej oraz znacznej).

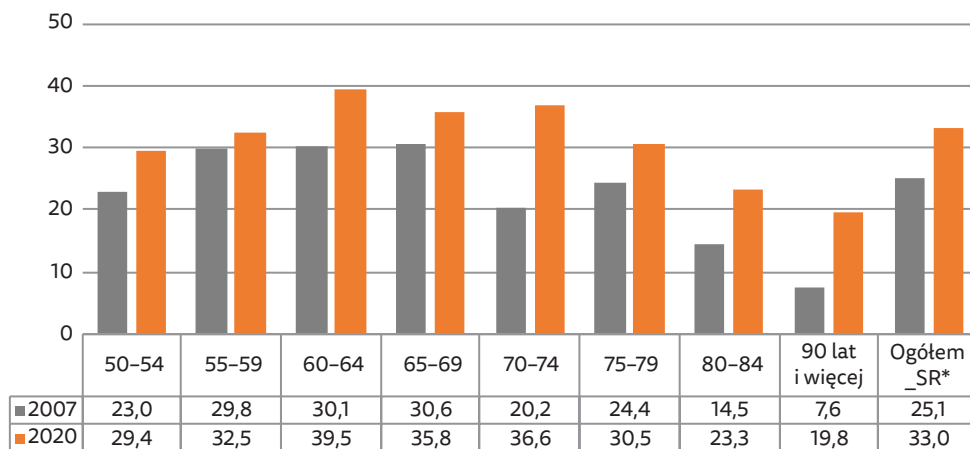
Uzyskane wyniki dla 2020 r. pozwalają na stwierdzenie, że blisko 1/3 Polaków w wieku 55+ ma wagę wskazującą na otyłość. Jest to wzrost o 8 p.p. w stosunku do wyników badania sprzed kilkunastu lat, gdy otyłością charakteryzował się co czwarty z respondentów w tym wieku (rysunek B.3.8). Mniejsze wzrosty udziału osób otyłych nastąpiły wśród 50-latków, a większe w kolejnych grupach wieku. Największym udziałem osób z otyłością w badaniu z 2020 r. charakteryzowały się grupy wieku od 60 do 75 lat i w tych też grupach odsetki osób otyłych były znacznie wyższe w 2020 r. w porównaniu do 2007 r.

Według badań epidemiologicznych w Polsce w latach 90. XX w. odsetek osób z nadwagą i otyłością znacznie wzrósł, a w kolejnej dekadzie ta negatywna tendencja zaczęła się odwracać lub wykazywać znacznie wolniejsze tempo [Jarosz, Rychlik, 2008]. Przedstawione wyniki badania SHARE mogą oznaczać z jednej strony, że tendencja wzrostowa występowania otyłości nadal występuje, szczególnie wśród osób w wieku 60 lat i starszych, w tym także tych dożywających wieku 80 lat i więcej. Z drugiej stro-

ny, wśród najstarszych respondentów w 2020 r. prawie nie odnotowano (mniej niż 1%) osób z niską masą ciała (BMI poniżej 23), podczas gdy w badaniu wcześniejszym odsetek ten był zbliżony do 4%, co może wskazywać na malejący udział osób najstarszych w gorszej kondycji zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę, że jednym z głównych czynników ryzyka w wymiarze zdrowia i jednocześnie dominującym w populacji jest otyłość Polaków, należy dalej badać zakres jej występowania oraz identyfikować obszary skutecznej polityki publicznej w tym zakresie.

Rysunek B.3.8. Występowanie otyłości wśród respondentów badania SHARE w 2007 r. i 2020 r. – odsetek osób ze wskaźnikiem BMI ≥ 30 (w %)



* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE: runda 2. (2007) i runda 8. (2020), publikacja 8.0.0.

Palenie tytoniu

Palenie jest jednym z głównych możliwych do uniknięcia zagrożeń dla zdrowia ludzkiego i głównym czynnikiem ryzyka raka płuc, raka górnego odcinka przewodu pokarmowego i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), a także innych chorób układu oddechowego i chorób naczyń [m.in. Li, Raftery, 2020; Britton, 2017; Peto i in., 1996]. Obecnie palenie tytoniu powoduje około 6 milionów zgonów na świecie w ciągu każdego roku i – jak wynika z badań – może wyjaśniać około 20% całkowitej umieralności dorosłych (w wieku 40–79 lat), w krajach, dla których były dostępne statystyki (24% u mężczyzn i 12% u kobiet) [Rentería i in., 2016]. Chociaż negatywne, zdrowotne konsekwencje palenia w postaci rozwoju nowotworów występują po długotrwałym zażywaniu nikotyny lub ekspozycji na nikotynę, to obserwowane są spadki chorobowości

spowodowanej m.in. chorobami serca i astmy, które można było powiązać z zakazem palenia w miejscach publicznych wprowadzonym w niektórych krajach [Lopez, Colishaw, Piha, 1994; Doll i in., 2004].

Do krajów z najwyższymi stratami na świecie, wynikającymi ze zgonów powiązanych z paleniem, należą kraje Europy Środkowej i Wschodniej, w tym Polska, Węgry, Rosja, Estonia, Białoruś, a także Holandia i Belgia wśród krajów Europy Zachodniej [Stefler i in., 2018; Renteria i in., 2015]. Badania pokazują, że ponad 20% wszystkich zgonów mężczyzn w Europie Wschodniej można przypisać tytoniowi. Ostatnie trendy wskazują także na znaczny wzrost wpływu palenia tytoniu na zdrowie i umieralność kobiet w tych krajach. W latach 2000–2010 ponad 31% ogólnej umieralności mężczyzn w Polsce w wieku 40–79 lat zostało przypisane zażywaniu nikotyny i jest to najgorszy wynik dla mężczyzn z ponad 60 analizowanych krajów [Renteria i in., 2015]. W Polsce różnice w zachowaniach związanych z paleniem mogą w dużym stopniu wyjaśniać występujące regionalne różnice w umieralności z jakiegokolwiek przyczyny oraz notowane zmiany w czasie [Muszyńska, Fihel, Janssen, 2014].

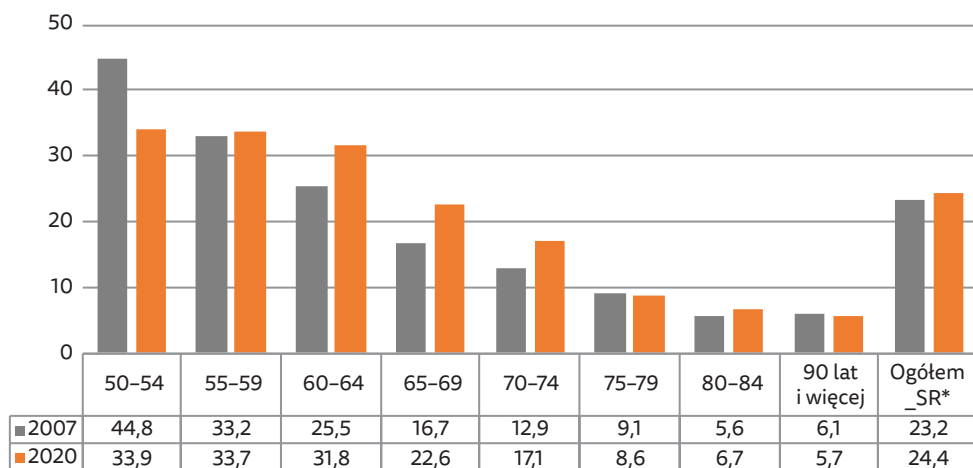
Palenie ma istotny, negatywny wpływ na długość trwania życia. Oczekiwana długość trwania życia mężczyzn w wieku 40 lat, po wyeliminowaniu zgonów zależnych od palenia, wzrastała średnio o 2,4 lat – najwięcej na Węgrzech, bo o blisko 5 lat. Dla kobiet wynik był niższy i wynosił ok. 1 roku, przy czym najwyższe straty wśród analizowanych krajów wynikające z palenia dotyczyły kobiet w USA (2,9 roku w latach 2005–2010) [Renteria i in., 2015].

Powiązanie palenia z wyższą umieralnością i ogólnym skróceniem trwania życia może przełożyć się na krótszy czas trwania życia z niepełnosprawnością. Takie wyniki uzyskano dla USA, gdzie wysoka umieralność zależna od palenia łączyła się ze skróceniem długości trwania życia z niepełnosprawnością o 1,3 roku dla mężczyzn i 1,4 roku dla kobiet [Reuser, Bonneux, Willek, 2009]. Wyniki analiz dla Holandii nie potwierdziły jednak takiej zależności [Nusselder i in., 2000]. Chociaż osoby niepalące mają mniejsze ryzyko umieralności i dłuższe trwanie życia, a zatem są narażone na niepełnosprawność przez dłuższy czas, to mają także wyższą zdolność do zachowania lepszego stanu zdrowia. Dzięki temu długość czasu spędzonego z niepełnosprawnością wśród osób niepalących może być nawet krótsza niż wśród pozostałych, a czas trwania życia wolny od niepełnosprawności znacznie dłuższy.

Informacje uzyskane w badaniu SHARE pozwoliły na zestawienia częstości palenia papierosów wśród respondentów w różnych grupach wieku w obydwu analizowanych latach 2007 i 2020 (rysunek B.3.9). Odsetek aktualnie palących wśród osób w wieku 50+ ogółem zasadniczo nie uległ zmianie i palacze stanowili blisko 25% respondentów w obydwu falach badania SHARE w Polsce.

Zmiany, które zwracają uwagę, dotyczą poszczególnych grup wieku. I tak, w 2020 r. w porównaniu do 2007 r., widoczny jest wzrost udziału osób palących w wieku 60–64, 65–69 oraz 70–74 lata, a spadek w grupie wieku 50–54 lata, przy porównywalnym odsetku palaczy w wieku 55–59 lat. Wysoki odsetek palących w generacji aktualnych 60-latków może być efektem ich dużego udziału w latach wcześniejszych, który jest widoczny (częściowo) w wynikach dla 50-latków objętych badaniem z 2007 r. Natomiast zwiastunem dobrego kierunku zmian i spadku częstości palenia w kolejnych generacjach Polaków, które będą za jakiś czas stanowić pokolenie osób w wieku 60+, może być wynik dla najmłodszej grupy wieku ujętej w badaniu SHARE z 2020 r – osoby w wieku 50–54 lata.

Rysunek B.3.9. Palenie papierosów przez respondentów badania SHARE w 2007 r. i 2020 r. – odsetek osób aktualnie palących według wieku (w %)



* Odsetek ogółem standaryzowany strukturą ludności Polski z 31.12.2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE: runda 2. (2007) i runda 8. (2020), publikacja 8.0.0.

Wśród pozostałych osób, stanowiących blisko 76% badanych, w zdecydowanej większości były osoby, które nigdy nie paliły tytoniu. Odsetek nigdy niepalących w poszczególnych grupach wieku był zbliżony w obydwu latach. Zbieżne z wcześniejszą uwagą o możliwym spadku częstości palenia wśród młodszych generacji są różnice odnotowane dla osób w wieku 50–59 lat: w 2007 r. osoby nigdy niepalące w tym wieku stanowiły 1/3 badanych (30% w grupie 50–54 lata i 36% w grupie 55–59 lat), a w 2020 r. już ponad 40% (odpowiednio 45% i 41%). Około 25% respondentów w tym wieku przyznała, że paliła wcześniej, ale zaprzestała. Odsetki nigdy niepalących wzrastają wraz z wiekiem i są najwyższe wśród osób, które w czasie badania były w wieku 80+. W obydwu latach udział osób nigdy niepalących wśród najstarszych respondentów wynosił

blisko 70%, podczas gdy w wieku 60–69 lat takich osób było mniej, a ponadto mniej w 2020 niż 2007 r. (40% vs. 50%).

Aby poprawić wskaźniki dotyczące trwania życia oraz uniknąć obniżenia jakości życia powodowanego starzeniem się populacji, potrzebne są działania mające na celu poprawę stylu życia Polaków. Obok opisanego wcześniej wskaźnika BMI, bardzo istotne są działania mające na celu dalsze ograniczenie częstości palenia, także wśród osób starszych. Należy podkreślić jeszcze raz, że poprawa stylu życia poprzez zmniejszenie częstości palenia przekłada się przede wszystkim na zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn, którym w dużym stopniu można zapobiegać. W tej samej grupie przyczyn zgonów, które podlegają prewencji, są zgony zależne od spożycia alkoholu. W 2017 r. blisko 6% ogółu przedwczesnych zgonów w wieku do 75 lat w Polsce było wynikiem nadmiernego spożycia alkoholu [Wojtyniak, Stokwiszewski, 2020]. Ograniczenia wynikające z dużego udziału braków odpowiedzi na pytania dotyczące konsumpcji alkoholu zawarte w badaniu SHARE, nie pozwalają na prezentację ich wyników.

Bibliografia

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

Bogus, K., Borowiak, E., Kostka, T. (2008). Otyłość i niska aktywność ruchowa jako ważne czynniki determinujące jakość życia osób starszych, *Geriatrics*, 2, s. 116–120.

Britton, J. (2017). Death, disease, and tobacco, *The Lancet*, 389, s. 1861–1862.

Cawthon, P.M., Harrison, S.L., Rogers-Soeder, T., Webber, K., Jonnalagadda, S., Pereira, S.L., Lane, N., Cauley, J.A., Shikany, J.M., Farsijani, S., Langsetmo, L. (2021). Body Weight, BMI, Percent Fat and Associations with Mortality and Incident Mobility Limitation in Older Men, *Geriatrics* (Basel), 6(2), s. 53. DOI: 10.3390/geriatrics6020053.

Dey, D.K., Rothenberg, E., Sundh, V., Bosaeus, I., Steen, B. (2001). Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal populations study of 70 y olds, *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(6), s. 482–492.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, *The BMJ*, 328, s. 1519.

Füssenich, K., Nusselder, W.J., Lhachimi, S.K., Boshuizen, H.C., Feenstra, T.F. (2019). Potential gains in health expectancy by improving lifestyle: an application for European regions, *Population Health Metrics*, 17(1), s. 1. DOI: 10.1186/s12963-018-0181-5.

Hirani, V. (2011). Generalised and abdominal adiposity are important risk factors for chronic disease in older people: results from a nationally representative survey, *Journal of nutrition, health, and aging*, 15(6), s. 469–478. DOI: 10.1007/s12603-011-0051-3.

- Jarosz, M., Rychlik, E. (2008). Overweight and obesity among adults in Poland, 1983–2005, *Advances in Medical Sciences*, 53(2), s. 158–166. DOI: 10.2478/v10039-008-0048-2.
- Klijs, B., Mackenbach, J.P., Kunst, A.E. (2011). Obesity, smoking, alcohol consumption and years lived with disability: a Sullivan life table approach, *BMC Public Health*, 11, s. 378.
- Li, Y., Raftery, A.E. (2020). Estimating and forecasting the smoking-attributable mortality fraction for both genders jointly in over 60 countries, *The Annals of Applied Statistics*, 14(1), s. 381–408. DOI: 10.1214/19-aos1306.
- Lopez, A.D., Collishaw, N., Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries, *Tobacco Control*, 3, s. 242–247.
- Muszyńska, M.M., Fihel, A., Janssen, F. (2014). Role of smoking in regional variation in mortality in Poland, *Addiction*, 109(11), s. 1931–1941. DOI: 10.1111/add.12672.
- Nusselder, W.J., Looman, C.W., Marang-van de Mheen, P.J., van de Mheen, H., Mackenbach, J.P. (2000). Smoking and the compression of morbidity, *Epidemiol Community Health*, 54(8), s. 566–574. DOI: 10.1136/jech.54.8.566.
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C. Jr, Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide, *British Medical Bulletin*, 52(1), s. 12–21. DOI: 10.1093/oxfordjournals.bmb.a011519.
- Peeters, A., Bonneux, L., Nusselder, W.J., De Laet, C., Barendregt, J.J. (2004). Adult obesity and the burden of disability throughout life, *Obesity Research*, 12(7), s. 1145–1151. DOI: 10.1038/oby.2004.143.
- Rentería, E., Jha, P., Forman, D. i in. (2015). The impact of cigarette smoking on life expectancy between 1980 and 2010: a global perspective, *Tobacco Control*, 25, s. 551–557.
- Reuser, M., Bonneux, L.G., Willekens, F.J. (2009). Smoking kills, obesity disables: a multistate approach of the US Health and Retirement Survey, *Obesity*, 17(4), s. 783–789. DOI: 10.1038/oby.2008.640.
- Stefler, D., Murphy, M., Irdam, D., Horvat, P., Jarvis, M., King, L., McKee, M., Bobak, M. (2018). Smoking and Mortality in Eastern Europe: Results From the PrivMort Retrospective Cohort Study of 177 376 Individuals, *Nicotine & Tobacco Research*, 20(6), s. 749–754. DOI: 10.1093/ntr/ntx122.
- Weiss, A., Beloosesky, Y., Boaz, M., Yalov, A., Kornowski, R., Grossman, E. (2008). Body Mass Index is inversely related to mortality in elderly subjects, *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), s. 19–24.
- Wojtyński, B., Stokwiszewski, J. (2020). Contribution of avoidable causes of death to premature mortality in Poland and selected European countries, *Studia Demograficzne*, 2(178), s. 11–34.
- Wróblewska, W., Antczak, R. (2019). Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów. W: *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie* (s. 69–84), I. Kotowska, A. Chłon-Domińczak, D. Holzer-Żelaźewska (red.). Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Część C

**Wykluczenie społeczne.
Relacje międzypokoleniowe
a zadowolenie z życia. Samoocena
wcześniejszego oszczędzania**

Wykluczenie społeczne osób 50+ w wybranych krajach europejskich w latach 2017–2021

Tomasz Panek, Jan Zwierzchowski

1.1. Wprowadzenie

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 [UN, 2016].

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i ubóstwu jest jednym z najważniejszych celów polityki społecznej Unii Europejskiej. W 1989 r. Rada Europejska i ministrowie spraw społecznych UE przyjęli rezolucję w sprawie zwalczania wykluczenia społecznego [Council of the European Communities, 1989]. W tym samym roku przyjęto Traktat Amsterdamski, w którym również wymieniono „walkę z wykluczeniem społecznym” jako jeden z celów Wspólnoty [Council of the European Union, 1997]. Zmniejszanie ubóstwa i wykluczenia społecznego to podstawowe elementy Strategii Lizbońskiej [European Union, 2007]. Co więcej, w zrewidowanej wersji Strategii Lizbońskiej integracja społeczna jest nadal uważana za obszar strategiczny dla UE [Commission of the European Communities, 2005]. W 2010 r. Rada Europy ogłosiła pięć głównych celów w ramach strategii Europa 2020. Jednym z tych pięciu celów jest promowanie integracji społecznej [Copeland, Daly, 2012; European Commission, 2013]. Ponadto w wielu krajowych programach politycznych często pojawiają się odniesienia do integracji społecznej.

Obecnie we wszystkich krajach europejskich zachodzą intensywne zmiany demograficzne spowodowane niskimi wskaźnikami dzietności i wydłużaniem się średniej

długości życia, co powoduje gwałtowny wzrost udziału osób starszych w populacji. W obliczu postępującego starzenia się społeczeństwa europejskiego coraz większe wyzwanie dla krajów UE stanowi walka z wykluczeniem społecznym osób starszych [Jehoel-Gijsbers, Vrooman, 2008; UN, 2016; Prattley i in., 2020].

Definicja wykluczenia społecznego

Kategoria wykluczenia społecznego jest złożona oraz wielopłaszczyznowa i może być definiowana w różny sposób [Silver, 1994, 1995; Burchard, Le Grand, 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. Ponadto nieuczestniczenie to 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 depryzację (naruszający więzi rodzinne i społeczne i prowadzący niekiedy nawet do utraty tożsamości). Poszczególne wymiary wykluczenia często nakładają się na siebie, pogłębiając tym samym marginalizację jednostek.

Metodyka pomiaru stopnia wykluczenia społecznego¹

Do oceny stopnia wykluczenia społecznego zastosowano podejście możliwości (*capability approach*). Koncepcja możliwości została sformułowana przez A. Sena [1980, 1982, 1985, 1993] dla opisu sposobu pomiaru dobrobytu (jakości życia). Koncepcja ta opiera się na założeniu, że nie same dobra (towary i usługi) są kluczowe w osiągnięciu wysokiej jakości życia, lecz ich właściwości umożliwiające osiągnięcie pożądanych stylów życia.

Na wybór przez jednostkę – ze zbioru możliwych do osiągnięcia sposobów życia – preferowanego przez nią sposobu życia wpływają jej osobiste preferencje, presja społeczna i inne mechanizmy podejmowania decyzji. Ponadto wybór ten jest ograniczony przez cechy osobiste, społeczne i środowiskowe jednostki.

Nawiązując do koncepcji możliwości, wykluczenie społeczne możemy zdefiniować jako proces prowadzący do deprywacji możliwości (*capability deprivation*) jednostki, czyli braku możliwości osiągnięcia przez nią preferowanego sposobu życia.

¹ Pełny opis zastosowanej w analizie metodyki oceny stopnia wykluczenia społecznego znajduje się w Aneksie.

Do operacjonalizacji pomiaru wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości 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, Moore, 2012]. W modelu tym pomiar stopnia wykluczenia społecznego odbywa się w oparciu o symptomy wykluczenia społecznego. Na stopień tego wykluczenia oddziałują także cechy osobiste, społeczne i środowiskowe jednostki (determinanty wykluczenia społecznego), które wzmacniają albo osłabiają stopień wykluczenia społecznego.

Do pomiaru stopnia wykluczenia społecznego zostało zastosowane podejście wielowymiarowe oparte na matematycznej teorii zbiorów rozmytych [Zadeh, 1965; Dubois, Prade, 1980]. Wykluczenie społeczne nie jest tutaj definiowane w kategoriach należenia czy też nienależenia do zbioru wykluczonych społecznie, lecz określany jest stopień przynależności jednostek do tego zbioru (stopień ich wykluczenia społecznego). Obok jednostek wykluczonych i jednostek niewykluczonych wyróżniona jest pośrednia grupa jednostek o różnym stopniu wykluczenia społecznego.

W celu pomiaru stopnia wykluczenia społecznego zdefiniowano funkcję przynależności do zbioru wykluczonych społecznie, stosując podejście w pełni rozmyte i relatywne [Cheli, Lemmi, 1995; Panek, 2006, 2011]. Wartości tej funkcji określają stopień wykluczenia społecznego. W analizie uwzględniono następujące domeny, dla których określony jest stopień wykluczenia społecznego: materialne warunki życia, aktywność ekonomiczna, zdrowie, edukacja i umiejętności oraz relacje społeczne. Osoby, dla których wartość wskaźnika stopnia wykluczenia społecznego (wartość funkcji przynależności) w danej domenie równa była wartości progowej minimum tego wskaźnika, nie były wykluczone w tej domenie. Osoby, dla których wartość wskaźnika stopnia wykluczenia w danej domenie (wartość funkcji przynależności) była równa wartości progowej maksimum tego wskaźnika, były całkowicie wykluczone w tej domenie. Natomiast osoby, dla których wartość wskaźnika stopnia wykluczenia w danej domenie znajdowała się pomiędzy wartościami progowymi minimum i maksimum tego wskaźnika, były w różnym stopniu wykluczone w tej domenie – im wyższa wartość funkcji, tym większy stopień wykluczenia. Wartości wskaźników wykluczenia społecznego obliczono dla każdej jego domeny oraz dla wszystkich domen łącznie (syntetyczny wskaźnik wykluczenia społecznego).

Wskaźniki stopnia wykluczenia społecznego przyjmują wartości z przedziału od zera do jednego, gdzie jeden oznacza, że dana osoba jest całkowicie wykluczona społecznie, a zero – że w ogóle nie jest wykluczona społecznie. Im wyższa wartość wskaźnika wykluczenia społecznego, tym wyższy stopień tego wykluczenia.

Wartości progowe zostały obliczone na podstawie danych z 8. rundy badania SHARE (w 2020 r.). Zostały one zastosowane do obliczeń stopnia wykluczenia społecznego osób

50+ w 8. rundzie badania (w 2021 r.) oraz do oszacowania zmian w stopniu wykluczenia społecznego w latach 2017–2021. Pozwoliło to na uwzględnienie w ocenie tych zmian wyłącznie zmian wartości wskaźników cząstkowych tego wykluczenia (jego symptomów), przyjmując jako stałe wpływy na to wykluczenie charakterystyk osób 50+. Proponowane podejście pozwala na uwzględnienie różnic w sposobie funkcjonowania badanych osób w różnych warunkach kulturowych i społecznych. Jednocześnie ze względu na zaproponowaną metodę wyznaczania wartości progowych stopień wykluczenia społecznego jest porównywalny między krajami i domenami oraz latami.

Ocena związku między wykluczeniem społecznym a wiekiem

Charakterystyki jednostek są czynnikami wzmacniającymi albo zmniejszającymi stopień wykluczenia społecznego tych jednostek, czyli determinantami tego wykluczenia. Jedną z podstawowych determinant wpływających na stopień wykluczenia społecznego jest wiek respondentów.

Dla oceny wpływu zmian wieku respondenta na zmiany stopnia wykluczenia społecznego (na zmiany wartości syntetycznego wskaźnika wykluczenia społecznego) wyznaczono rozkłady wartości syntetycznego wskaźnika wykluczenia społecznego ze względu na wiek za pomocą regresji jądrowej dla każdego badanego kraju osobno [Blundell, Duncan, 1998].

1.2. Analiza porównawcza stopnia wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w latach 2017–2021

Zakres i założenia analizy

Ocenę stopnia wykluczenia społecznego osób 50+ przeprowadzono dla lat 2017 i 2020, dla następujących czterech grup krajów europejskich, reprezentujących różne systemy opieki społecznej i systemy emerytalne, a mianowicie:

- grupa nordycka, która obejmuje Szwecję,
- grupa kontynentalna, w skład której wchodzi Francja i Niemcy,
- grupa śródziemnomorska, do której należą Włochy, Grecja i Hiszpania,
- grupa wschodnioeuropejska, która obejmuje Czechy i Polskę.

W ramach analizy stopnia wykluczenia społecznego dokonano oceny stopnia tego wykluczenia dla następujących jego domen: materialne warunki życia, aktywność eko-

nomiczna, zdrowie, edukacja i umiejętności oraz relacje społeczne. Ponadto przeprowadzono ocenę stopnia wykluczenia społecznego dla wszystkich jego domen łącznie.

Zakres domen uwzględnionych w analizie wynikał z zakresu dostępnych danych w badaniu SHARE. W celu pomiaru stopnia wykluczenia społecznego wyznaczono, dla poszczególnych jego dziedzin, symptomy wykluczenia (wskaźniki cząstkowe, tabela A.1 w Aneksie).

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 A.2 w Aneksie.

Analiza stopnia wykluczenia społecznego osób 50+ w latach 2017 i 2020 oparta jest na danych przekrojowych. Natomiast w analizie zmian stopnia tego wykluczenia w okresie 2017–2020 te same osoby są obserwowane w obu porównywanych latach, czyli wykorzystano tutaj dane panelowe. Takie podejście pozwala na zniwelowanie błędu doboru próby, który jest wyższy przy wykorzystaniu danych przekrojowych.

1.3. Wykluczenie społeczne osób 50+

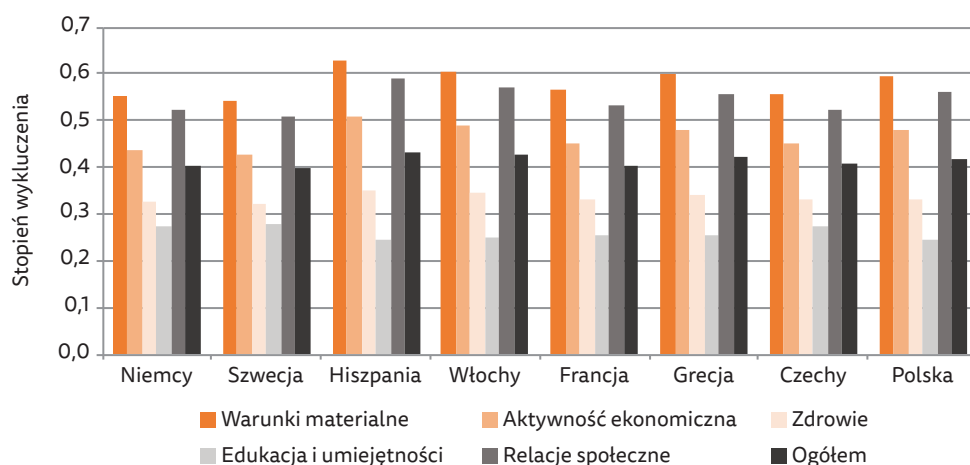
Stopień wykluczenia społecznego w 2021 r.

Najwyższy stopień wykluczenia osób 50+ w zakresie materialnych warunków życia obserwujemy w 2021 r. w krajach śródziemnomorskich (rysunek C.1.1 i tabela A.3 w Aneksie), w tym zdecydowanie najwyższy w Hiszpanii, a następnie we Włoszech oraz w Grecji (funkcja stopnia przynależności do sfery wykluczenia przyjęła odpowiednio wartości 0,626, 0,606 oraz 0,600). Niższym stopniem wykluczenia społecznego w obszarze materialnych warunków życia charakteryzują się „nowe” państwa UE, czyli Polska i Czechy (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,592 i 0,557). Najniższy stopień wykluczenia społecznego w analizowanej dziedzinie wystąpił w krajach relatywnie najbardziej zamożnych, a mianowicie w Szwecji, Niemczech i Francji (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,544, 0,551 i 0,565). Rozpiętości stopnia zagrożenia wykluczeniem pomiędzy krajami są w dziedzinie materialnych warunków życia wyraźnie większe niż w pozostałych analizowanych domenach.

Stopień wykluczenia osób 50+ w zakresie aktywności ekonomicznej i warunków pracy kształtuje się w badanych krajach na relatywnie przeciętnym poziomie w porównaniu z innymi dziedzinami wykluczenia. Stopień tego wykluczenia był najwyższy, podobnie jak w zakresie materialnych warunków życia, w krajach śródziemnomorskich, w tym zdecydowanie najwyższy w Hiszpanii, a następnie we Włoszech (wartości

funkcji przynależności do sfery wykluczenia odpowiednio 0,506 i 0,490). W Polsce stopień tego wykluczenia jest także relatywnie wysoki (wartość funkcji przynależności 0,480). Najniższy stopień wykluczenia w tej domenie obserwujemy ponownie w Szwecji i Niemczech (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,429 i 0,437). We Francji i Czechach stopień wykluczenia w domenie aktywności ekonomicznej i warunków pracy jest także relatywnie niski (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,451 i 0,450).

Rysunek C.1.1. Stopień wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w 2021 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli A.1 w Aneksie.

Rozpiętości pomiędzy stopniem wykluczenia osób 50+, w grupie analizowanych krajów, w obszarze zdrowia były w 2020 r. relatywnie niewielkie. Najwyższe wartości funkcji przynależności do sfery wykluczenia wystąpiły w krajach śródziemnomorskich, kolejno w Hiszpanii, we Włoszech i w Grecji (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,348, 0,345 i 0,340). Na kolejnych miejscach rankingu znajdują się Czechy i Polska oraz Francja (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,333, 0,332 i 0,331). Szwecja i Niemcy są krajami najmniej zagrożonymi wykluczeniem w domenie zdrowia (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,320 i 0,327).

Stopień wykluczenia osób 50+ w domenie edukacji i umiejętności był w 2020 r. relatywnie najniższy w porównaniu z pozostałymi domenami wykluczenia. Ranking badanych krajów ze względu na stopień tego wykluczenia zdecydowanie różni się od rankingów w uprzednio omawianych domenach. Krajami o najwyższym stopniu wykluczenia w domenie edukacji i umiejętności są Szwecja, Czechy i Niemcy (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,279, 0,274 i 0,272). Natomiast Polska i Hisz-

pania są krajami o najniższym stopniu wykluczenia w tej domenie (wartości funkcji przynależności 0,245).

Relacje społeczne są domeną o relatywnie wysokim stopniu wykluczenia w 2021 r. Najwyższym stopniem wykluczenia społecznego osób 50+ w tej domenie w 2021 r. charakteryzują się Hiszpania i Włochy (funkcja przynależności do sfery wykluczenia przyjęła dla tych krajów odpowiednio wartości 0,588 i 0,570). Natomiast najniższy stopień wykluczenia obserwujemy w Szwecji i w Czechach (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,506 i 0,521). Polska zajmuje w rankingu stopnia wykluczenia w domenie relacji społecznych trzecie miejsce, przy czym stopień tego wykluczenia jest znacznie wyższy niż w Czechach (wartość funkcji przynależności 0,559).

Stopień wykluczenia społecznego osób 50+ ze względu na wszystkie jego domeny łącznie był zdecydowanie najwyższy w 2020 r. w krajach śródziemnomorskich, kolejno w Hiszpanii, we Włoszech oraz w Grecji (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,434, 0,427 i 0,422). Natomiast Szwecja, Niemcy i Francja charakteryzują się najniższym stopniem tego wykluczenia (wartości funkcji przynależności odpowiednio 0,399, 0,404 i 0,405). Stopień wykluczenia społecznego osób 50+ w Polsce był na relatywnie przeciętnym poziomie (wartość funkcji przynależności 0,417).

Analiza rankingu krajów ze względu na stopień wykluczenia osób 50+ w 2020 r. w poszczególnych jego domenach, wskazuje że krajami najczęściej zajmującymi dwie pierwsze pozycje w tym rankingu były Hiszpania i Włochy (czterokrotnie). Natomiast krajami, które najczęściej plasowały się na jednym z dwóch ostatnich miejsc w powyższym rankingu były Szwecja (czterokrotnie) oraz Niemcy (trzykrotnie). Polska we wszystkich domenach, poza edukacją i umiejętnościami, plasowała się na środkowych pozycjach tych rankingów.

Zmiany stopnia wykluczenia społecznego w latach 2017–2021

Stopień wykluczenia osób 50+ w domenie materialnych warunków życia wzrósł w latach 2017–2021 tylko w Grecji i w Hiszpanii – wzrost wartości funkcji przynależności odpowiednio o 0,032 i 0,008 (rysunek C.1.2 i tabela A.4 w Aneksie). W pozostałych badanych krajach uległ on spadkowi, przy czym najsilniej w Szwecji i w Niemczech (spadek wartości funkcji przynależności odpowiednio o 0,061 i 0,054). W Polsce również obserwujemy spadek wartości funkcji przynależności o 0,019.

Wzrost stopnia wykluczenia osób 50+ w badanym okresie w domenie aktywności ekonomicznej nastąpił wyłącznie w krajach śródziemnomorskich, czyli w Grecji, Hiszpanii i we Włoszech (wzrost wartości funkcji przynależności odpowiednio o 0,024, 0,023 i 0,009). Najsilniejszy spadek tego wykluczenia obserwujemy w Szwecji

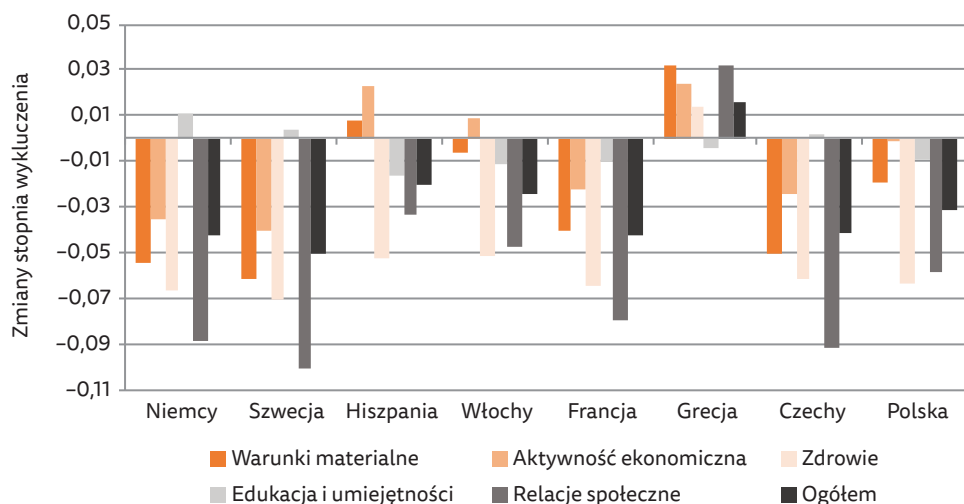
i w Niemczech (spadek wartości funkcji przynależności odpowiednio o 0,040 i 0,035). W Polsce stopień wykluczenia w omawianej dziedzinie w zasadzie nie uległ zmianie.

W domenie zdrowia tylko w Grecji stopień wykluczenia osób 50+ w badanym okresie zwiększył się (wzrost wartości funkcji przynależności o 0,014). W pozostałych krajach stopień wykluczenia spadł, przy czym najsilniej w Szwecji i w Niemczech (spadek wartości funkcji przynależności odpowiednio o 0,070 i 0,066). W Polsce także nastąpił znaczący spadek wykluczenia w tej domenie – wartość funkcji przynależności zmniejszyła się o 0,063.

Zmiany stopnia wykluczenia osób 50+ w domenie edukacji i umiejętności były w latach 2017–2021 relatywnie nieznaczne. Krajami, w których stopień tego wykluczenia zwiększył się, były Niemcy, Szwecja i Czechy (wartości funkcji przynależności wzrosły odpowiednio o 0,011, 0,004 i 0,002). W pozostałych krajach nastąpił spadek stopnia tego wykluczenia, w tym najsilniej w Hiszpanii (spadek wartości funkcji przynależności o 0,016). W Polsce wartość funkcji przynależności do sfery wykluczenia w domenie edukacja i umiejętności zmniejszyła się o 0,009.

Jedynym krajem, w którym wzrósł stopień wykluczenia osób 50+ w domenie relacji społecznych w 2021 r. w porównaniu z 2017 r. była Grecja (wzrost wartości funkcji przynależności o 0,032). We wszystkich pozostałych badanych krajach stopień tego wykluczenia zmniejszył się, w tym najsilniej w Szwecji, Czechach i w Niemczech (spadek wartości funkcji przynależności odpowiednio o 0,100, 0,091 i 0,088). W Polsce nastąpił relatywnie przeciętny, w porównaniu z innymi krajami, spadek stopnia wykluczenia w domenie relacji społecznych (wartości funkcji przynależności spadła o 0,058).

Rysunek C.1.2. Zmiany stopnia wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w latach 2017–2021



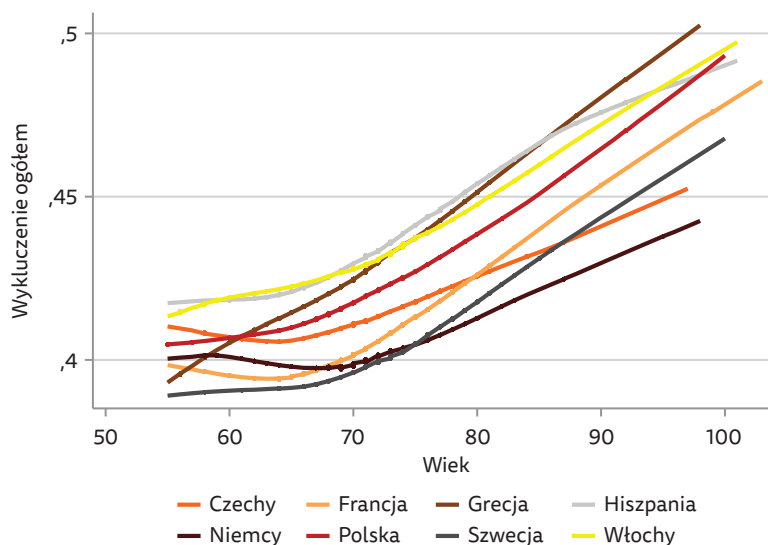
Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli A.1 w Aneksie.

Stopień wykluczenia społecznego ogółem osób 50+ zwiększył się w badanym okresie tylko w Grecji (wzrost wartości funkcji przynależności o 0,016). We wszystkich pozostałych badanych krajach stopień wykluczenia społecznego zmniejszył się, przy czym najsilniej w Szwecji oraz w Niemczech i Francji (spadek wartości funkcji przynależności odpowiednio o 0,050 i po 0,042). Spadek stopnia wykluczenia społecznego w Polsce był znacznie większy niż w krajach śródziemnomorskich, lecz mniejszy niż w Czechach – wartość funkcji przynależności w Polsce zmniejszyła się o 0,031, a w Czechach o 0,041.

Związek między stopniem wykluczenia społecznego a wiekiem

Rysunek C.1.3 przedstawia zależność pomiędzy ogólnym stopniem wykluczenia społecznego a wiekiem osób 50+. We wszystkich analizowanych krajach można zaobserwować przeciętny wzrost stopnia wykluczenia społecznego po 70. roku życia. Wzrost ten ma charakter liniowy i generalnie ma podobne tempo bez względu na kraj. Dla osób w przedziale wieku od 55 do 70 lat, zależność pomiędzy stopniem wykluczenia społecznego a wiekiem jest bardzo zróżnicowana pomiędzy krajami.

Rysunek C.1.3. Zmiany stopnia wykluczenia społecznego w zależności od wieku w wybranych krajach europejskich w 2021 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

W Hiszpanii i Szwecji stopień wykluczenia społecznego utrzymuje się na podobnym poziomie dla osób w wieku od 55 do 70 lat. W Czechach, we Francji i w Niem-

czek można zaobserwować wyraźny spadek stopnia wykluczenia społecznego po 60. roku życia. W krajach tych osoby w okolicy 70. roku życia charakteryzują się przeciętnie niższym stopniem wykluczenia społecznego niż osoby w wieku 55 lat. W Polsce i we Włoszech można zaobserwować stały wzrost przeciętnego stopnia wykluczenia społecznego wraz z wiekiem w całym zakresie zmienności wieku. Tempo tego wzrostu jest jednak relatywnie niewielkie dla osób w przedziale wieku od 55 do 70 lat. Nietypowym krajem jest Grecja, gdzie stopień wykluczenia społecznego rośnie wraz z wiekiem w podobnym, relatywnie szybkim tempie w sposób liniowy w całym obserwowanym obszarze zmienności wieku. W efekcie, pomimo że dla osób w wieku ok. 55 lat stopień wykluczenia społecznego w Grecji należy do najniższych w Europie, porównywalnym z Niemcami czy Szwecją, to dla osób najstarszych jest zdecydowanie najwyższy.

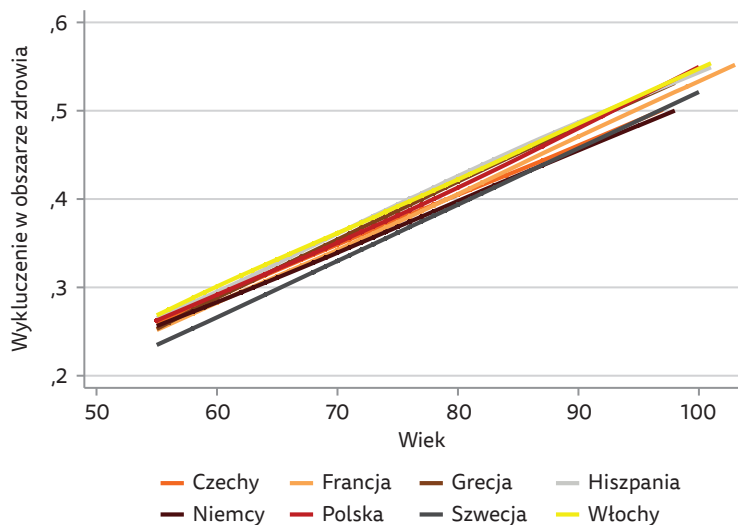
Istnienie znacznego zróżnicowania zależności stopnia wykluczenia społecznego od wieku, dla osób przed 70. rokiem życia, wskazuje, że różnice dotyczące rozwiązań w zakresie wspierania dochodów, opieki zdrowotnej, aktywizacji zawodowej i społecznej, mogą w istotny sposób oddziaływać na stopień wykluczenia i jego wzrost w trakcie życia jednostki. W krajach o relatywnie najsilniej rozwiniętych instrumentach polityki społecznej, zinstytucjonalizowanych formach opieki nad osobami starszymi (kraje nordyckie oraz kraje Europy Zachodniej) można zaobserwować generalnie niższe tempo wzrostu stopnia wykluczenia społecznego wraz z wiekiem. W krajach Europy Południowej i Europy Wschodniej następuje relatywnie wyższe tempo wzrostu przeciętnego wykluczenia społecznego wraz z wiekiem.

Ponadto, podobne dla wszystkich krajów, liniowe tempo wzrostu wykluczenia dla osób po 70. roku życia może wskazywać, że rozwiązania w zakresie zabezpieczenia społecznego, rynku pracy, zdrowia, edukacji, istniejące normy społeczne, ale też indywidualne zachowania nie pozwalają na pełną ochronę przed ryzykiem wykluczenia, szczególnie wśród osób w starszych grupach wieku. Czynnikiem, który prawdopodobnie w największym stopniu związany jest z rosnącym ryzykiem wykluczenia społecznego, jest pogarszający się z wiekiem stan zdrowia tej grupy osób.

Rysunek C.1.4 przedstawia zmianę przeciętnego poziomu wykluczenia społecznego w obszarze zdrowia dla analizowanych krajów. W porównaniu z rysunkiem C.1.3 zwraca uwagę niemal identyczny kształt funkcji regresji – we wszystkich krajach stopień wykluczenia rośnie w sposób niemal liniowy w podobnym tempie. Prowadzone polityki we wszystkich krajach mają relatywnie niewielki wpływ na wykluczenie społeczne w tym obszarze. Wraz z postępującym wiekiem stan zdrowia pogarsza się podobnie we wszystkich państwach.

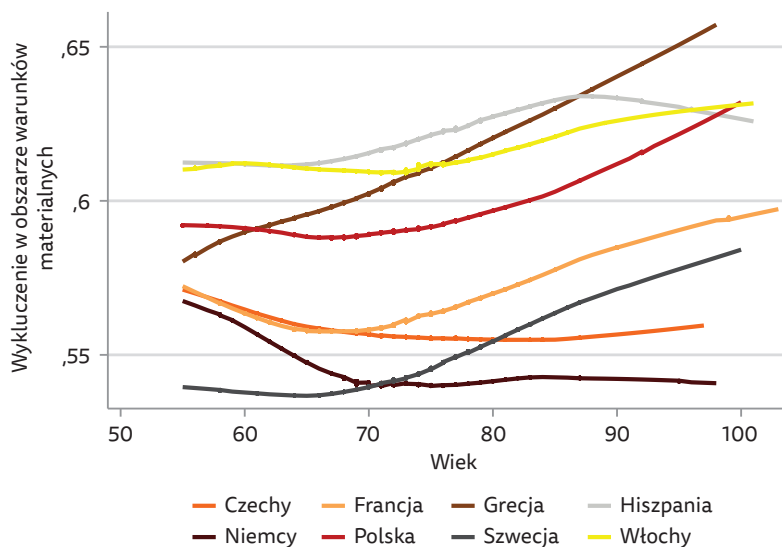
Składną prowadzone polityki mają istotne przełożenie na wykluczenie społeczne osób starszych w wymiarze materialnym. Rysunek C.1.5 przedstawia zależność pomiędzy stopniem wykluczenia społecznego w tym obszarze oraz wiekiem.

Rysunek C.1.4. Zmiany stopnia wykluczenia społecznego w obszarze zdrowia w zależności od wieku w wybranych krajach europejskich w 2021 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek C.1.5. Zmiany stopnia wykluczenia społecznego w obszarze warunków materialnych w zależności od wieku w wybranych krajach europejskich w 2021 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

W Czechach i w Niemczech stopień wykluczenia społecznego w omawianym obszarze obniża się dla osób w przedziale wieku od 55 do 70 lat i pozostaje na względnie niskim poziomie dla osób starszych. Dla pozostałych krajów stopień wykluczenia społecznego w obszarze warunków materialnych pozostaje na podobnym poziomie dla osób w przedziale wieku od 55 do 70 lat i rośnie istotnie po 70. roku życia, na co zapewne wpływają różnice w istniejących systemach emerytalnych i prowadzonej polityce społecznej.

Bibliografia

- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Blundell, R., Duncan, A. (1998). Kernel regression in empirical microeconomics, *The Journal of Human Resources*, 33(1), s. 62–87.
- Brown, T.A., Moore, M.T. (2012). Confirmatory factor analysis. W: *Handbook of structural equation modelling* (s. 361–379), R.H. Hoyle (Ed.). New York: Guilford Press.
- Burchard, T., Le Grand, J., Piachaud, D. (2002). Degrees of exclusion: Developing a dynamic, multi-dimensional measure. W: *Understanding social exclusion* (s. 30–43), J. Hills, J. Le Grand, D. Piachaud (Eds.). Oxford: Oxford University Press.
- Cheli, B., Lemmi, A. (1995). A totally fuzzy and relative approach to the multidimensional analysis of poverty, *Economic Notes*, 24(1), s. 115–134.
- Copeland, P., Daly, M. (2012). Varieties of poverty reduction: Inserting the poverty and social exclusion target into Europe 2020, *Journal of European Social Policy*, 22(3), s. 273–287.
- Dubois, D., Prade, H. (1980). A review of fuzzy set aggregations, *Information Sciences*, 36, s. 85–121.
- Jehoel-Gijsbers, G., Vrooman, C. (2008). *Social Exclusion of the Elderly: A Comparative Study of EU Member States*, European Network of Economic Policy Research Institute (ENEPRI), Research Report no. 57.
- Konarski, R. (2009). *Modele równań strukturalnych. Teoria i praktyka*. Warszawa: PWN.
- Krishnakumar, J. (2007). Going beyond functionings to capabilities: An econometric model to explain and estimate capabilities, *Journal of Human Development*, 8(1), s. 39–63.
- Lenoir, R. (1974). *Les exclus. Un français sur dix*. Paris: Editions de Seuil.
- Levitas, R. (2006). The concept and measurement of social exclusion. W: *Poverty and Social Exclusion in Britain* (s. 123–160), C. Pantazis, D. Gordon, R. Levitas (Eds.). Bristol: Policy Press.
- Panek, T. (2011). Ubóstwo, wykluczenie społeczne i nierówności: Teoria i praktyka pomiaru. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Prattley, J., Buffel, T., Marshall, A., Nazroo, J. (2020). Area effects on the level and development of social exclusion in later life, *Social Science and Medicine*, 246 (C), s. 112722.
- Robeyns, I. (2003). *The capability approach: An interdisciplinary introduction*. Amsterdam: University of Amsterdam, Department of Political Science and Amsterdam School of Social Sciences Research.

- Sen, A. (1980). Equality of what. W: *The Tanner Lectures on human values* (s. 195–220), vol. 1., S. Mc Murrin (Ed.). Salt Lake City: University of Utah Press.
- Sen, A. (1982). *Choice, welfare and measurement*. Oxford: Basil Blackwell.
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. Amsterdam: North-Holland.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. W: *The quality of life*, M. Nussbaum, A. Sen (Eds.). Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A. (2000). *Social exclusion: concept, applications, and scrutiny*, Social Development Papers no. 1, Asian Development Bank, Tokyo.
- Silver, H. (1994). Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, *International Labour Review*, 5–6.
- Silver, H. (1995). Reconceptualizing social disadvantage: Three paradigms of social exclusion. W: *Social exclusion: rhetoric reality responses*, G. Rogers, Ch. Gore, J.B. Figueiredo (Eds.). Genewa: International Institute for Labour Studies, International Labour Organization.
- UN (2016). *Leaving no one behind: the imperative of inclusive development*, Report on the World Social Situation 2016, ST/ESA/362, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York.
- Zadeh, L.A. (1965). Fuzzy sets, *Information and Control*, 8, s. 338–353.

Relacje międzypokoleniowe a zadowolenie z życia: perspektywa biorców i dawców transferów w wieku 50+

Anita Abramowska-Kmon, Milena Chełchowska

2.1. Wprowadzenie

Relacje międzypokoleniowe są najczęściej rozpatrywane z punktu widzenia wzajemnej wymiany wsparcia emocjonalnego, finansowego oraz opieki. W literaturze przedmiotu określa się je także jako transfery międzygeneracyjne. Są ważnym czynnikiem subiektywnej jakości życia osób w każdym wieku, gdyż mogą jednocześnie przyczyniać się do zwiększenia lub zmniejszenia psychicznego dobrostanu jednostki. Transfery te są także niezwykle istotne z punktu widzenia osób w wieku 50 lat lub więcej, które udzielają wsparcia innym osobom (np. starszym rodzicom lub dzieciom/wnukom), a w momencie pogorszenia się stanu zdrowia same korzystają ze wsparcia innych ludzi. Dotychczasowe ustalenia pokazują, że wsparcie między pokoleniami udzielane jest w obu kierunkach (tzn. zarówno od osób starszych do osób młodszych, jak i odwrotnie), aczkolwiek jego intensywność i kierunek zmienia się w przebiegu życia. Ponadto uwarunkowane jest ono indywidualnymi charakterystykami społeczno-ekonomicznymi i sytuacją rodzinną dawców i biorców transferów. Należy także zaznaczyć, że otrzymywanie i udzielanie różnego rodzaju wsparcia (zwłaszcza opieki lub wsparcia emocjonalnego) może mieć wpływ na subiektywną jakość życia osób uczestniczących w takiej wymianie. Wyniki analiz pokazują, że opiekunowie osób dorosłych wymagających wsparcia odznaczają się gorszym stanem zdrowia fizycznego i psychicznego, wyższym ryzykiem depresji i osamotnienia, a także niższym poziomem zadowolenia z życia i psychicznego dobrostanu [Abramowska-Kmon, Maciejasz, 2018; Hajek, König, 2016; Marks i in., 2002; Pinguart, Sörensen, 2007; Schulz, Sherwood, 2008;

Verbakel i in., 2017; Wagner, Brandt, 2015]. Z kolei sprawowanie opieki nad wnukami może wiązać się z lepszym stanem zdrowia i dobrostanem psychicznym [Danielsbacka i in., 2022; di Gessa i in., 2016]. Warto podkreślić, że wymiana opieki między członkami rodziny może także pozytywnie wpływać na jakość życia opiekunów [Broese van Groenou i in., 2013; Hajek, König, 2016; Montgomery i in., 2007]. Może to wynikać z poczucia bycia potrzebnym, możliwości nabycia nowych umiejętności czy wzmocnienia relacji z innymi ludźmi.

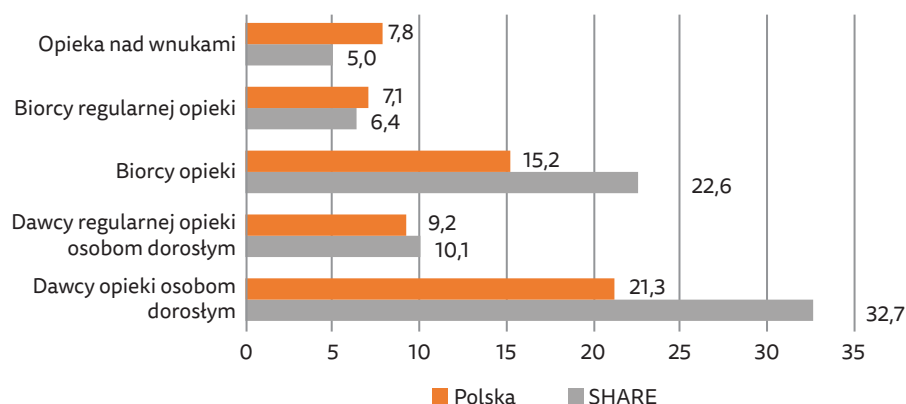
Celem niniejszego podrozdziału jest przedstawienie wyników analiz dotyczących zaangażowania osób w wieku 50 lat lub więcej w udzielanie i/lub otrzymywanie opieki oraz transferów finansowych w Polsce na tle wszystkich analizowanych krajów uczestniczących w badaniu SHARE. Ponadto, zważywszy na fakt, że sprawowanie opieki nad innymi osobami (zwłaszcza dorosłymi) może być bardzo obciążającą aktywnością, dokonano także analizy porównawczej między osobami świadczącymi opiekę lub nie w powiązaniu z ich subiektywną jakością życia. Do analiz wykorzystano dane pochodzące z ósmej rundy badania SHARE. W niniejszej części opieka nad osobami dorosłymi została zdefiniowana jako sprawowanie regularnej, codziennej opieki¹ nad osobą albo mieszkającą wspólnie z opiekunem w tym samym gospodarstwie domowym, albo niezależnie poza miejscem zamieszkania opiekuna. Natomiast opieka nad wnukami rozumiana jest jako regularna, codzienna opieka nad dzieckiem/dziećmi/wnukami. Z kolei transfery finansowe zostały oszacowane na podstawie pytań o przekazywanie i otrzymywanie prezentów pieniężnych (lub w postaci wsparcia finansowego) o wartości co najmniej 250 euro. Subiektywną jakość życia opisano za pomocą wskaźnika CASP-12 oraz EURO-D (liczba zgłaszanych symptomów depresji). Wskaźnik CASP-12 (*Control, Autonomy, Self-Realization and Pleasure*) wyznaczany jest na podstawie 12 pytań w następujących czterech obszarach: możliwości wpływania na swoje otoczenie (kontroli), samodzielnego podejmowania decyzji (autonomii), samorealizacji i czerpania przyjemności w życiu z odpowiedziami: często (1), czasami (2), rzadko (3) i nigdy (4) [von dem Knesebeck i in., 2005]. Po odpowiednich przekształceniach i zsumowaniu wyników ostateczny wskaźnik CASP-12 przyjmuje wartości z przedziału <12, 48>, przy czym wyższe jego wartości odpowiadają wyższej subiektywnej jakości życia. Z kolei wskaźnik EURO-D przyjmuje wartości z przedziału <0, 12> i wyższe jego wartości oznaczają większą liczbę zgłaszanych symptomów depresji.

¹ Na podstawie deklaracji respondentów w odpowiedzi na pytanie: czy opieka jest codzienna (regularna), czy rzadsza (doraźna). W badaniu nie ma informacji o liczbie godzin w ciągu dnia, jak i tygodniowej liczbie godzin poświęcanej na sprawowanie którejś z tych form opieki.

2.2. Transfery opieki wśród osób w wieku 50+ w krajach biorących udział w badaniu SHARE i w Polsce

Respondenci w wieku 50 lat lub więcej są zarówno dawcami, jak i odbiorcami transferów opieki, aczkolwiek intensywność zaangażowania w tego rodzaju wymianę zmienia się wraz z wiekiem. Wyniki analiz dla krajów biorących w badaniu SHARE pokazały, że prawie jedna trzecia osób w wieku 50+ opiekowała się innymi osobami dorosłymi, zaś co dziesiąta udzielała tego wsparcia codziennie (rysunek C.2.1).

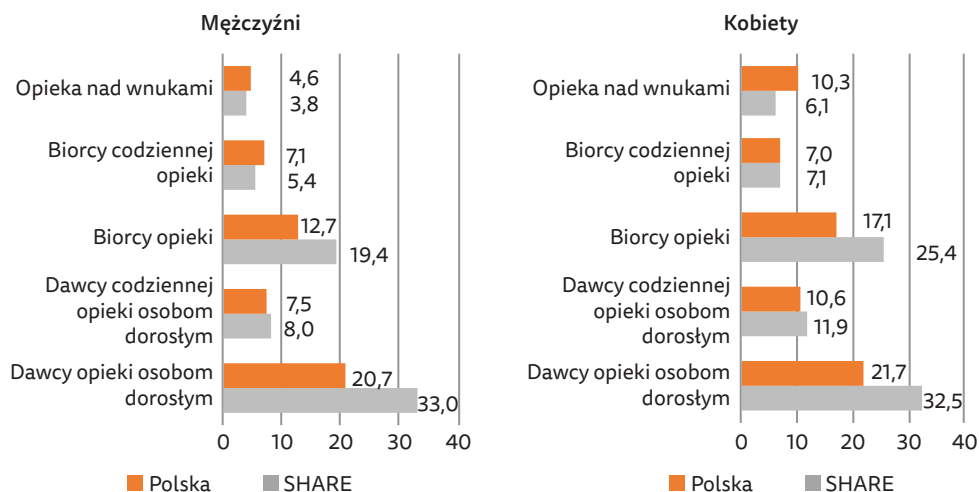
Rysunek C.2.1. Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

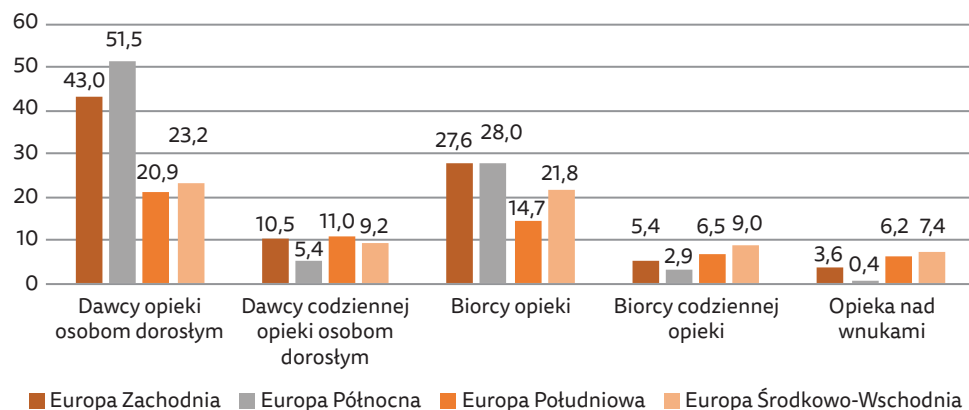
W Polsce udziały te wyniosły odpowiednio 21,3% oraz 9,2%. Ponadto 22,6% osób w wieku 50+ w krajach biorących udział w badaniu SHARE otrzymywało opiekę od innych osób, natomiast 6,4% tej zbiorowości uzyskiwała codzienną opiekę. Dla Polski te odsetki wyniosły odpowiednio 15,2% oraz 7,1%. Co więcej, co 20 osoba w wieku 50+ w krajach SHARE opiekowała się regularnie wnukami, zaś w Polsce ten odsetek był nieco większy i wyniósł niemal 8%. Uzyskane wyniki pokazują, że istnieją różnice w zaangażowaniu w transfery opieki między kobietami i mężczyznami. Przede wszystkim kobiety 50+ (zarówno w Polsce, jak i w krajach SHARE) częściej udzielały codzienne pomocy osobom dorosłym oraz opiekowały się wnukami niż mężczyźni w tym samym wieku (rysunek C.2.2). Zaangażowanie w transfery opieki różni się także między grupami analizowanych krajów europejskich (rysunek C.2.3).

Rysunek C.2.2. Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek C.2.3. Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w krajach biorących udział w badaniu SHARE według grup krajów (w %)



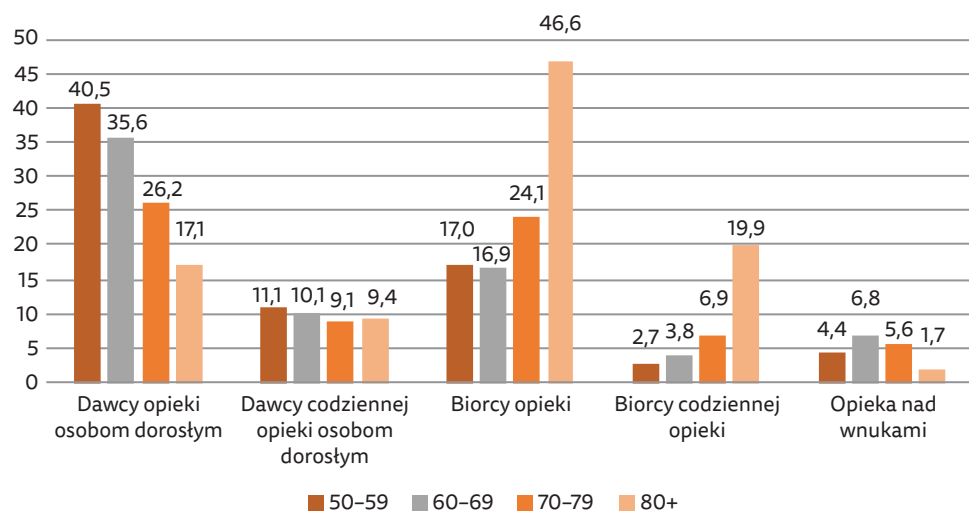
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Na przykład, respondenci w wieku 50+ w krajach Europy Północnej i Zachodniej częściej udzielali opieki innym osobom dorosłym oraz otrzymywali wsparcie niż ich rówieśnicy w krajach Europy Południowej i Środkowo-Wschodniej. Warto jednak podkreślić, że sytuacja ta odnosiła się do transferów opieki nieregularnej i nieinten-

sywnej: codzienna opieka była częściej udzielana i otrzymywana w krajach Europy Środkowo-Wschodniej niż w pozostałych analizowanych grupach krajów. Należy także zaznaczyć, że osoby w wieku 50+ mieszkające w krajach Europy Południowej oraz Środkowo-Wschodniej częściej opiekowały się regularnie wnukami niż respondenci w tym samym wieku w krajach Europy Północnej oraz Zachodniej (6,2% oraz 7,4% wobec 3,6% oraz 0,4%).

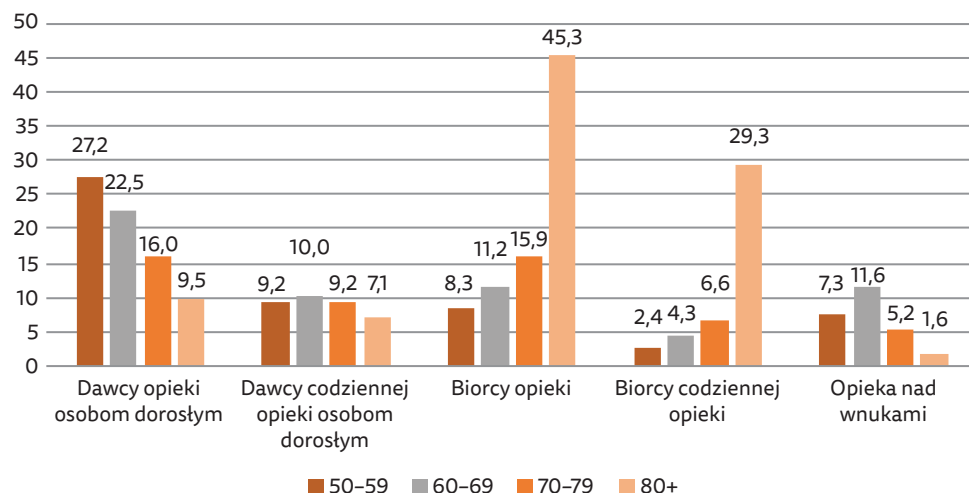
Intensywność udzielania oraz uzyskiwania opieki uwarunkowana jest wieloma czynnikami (m.in. stanem zdrowia i sytuacją rodzinną) i zmienia się wraz z wiekiem respondentów. W szczególności wraz z wiekiem maleje udział osób dostarczających opieki oraz rośnie odsetek osób otrzymujących (codzienną) pomoc (rysunek C.2.4 i C.2.5). Wyniki analiz dla wszystkich krajów SHARE pokazały, że co piąta osoba w wieku 80+ otrzymywała codzienną pomoc w porównaniu do niecałych 3% wśród osób w wieku 50–59 lat. W Polsce odsetki te wyniosły odpowiednio 29,3% oraz 2,4%. Ponadto najbardziej zaangażowane w opiekę nad wnukami były osoby w wieku 60–69 lat: udział ten w krajach uczestniczących w badaniu SHARE wyniósł 6,8%, zaś w Polsce – 11,6%. Warto także podkreślić, iż rzadziej niż co setna osoba w wieku 50+ otrzymywała i jednocześnie udzielała codziennej opieki innym osobom.

Rysunek C.2.4. Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w krajach uczestniczących w badaniu SHARE według grup wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek C.2.5. Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w Polsce według grup wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

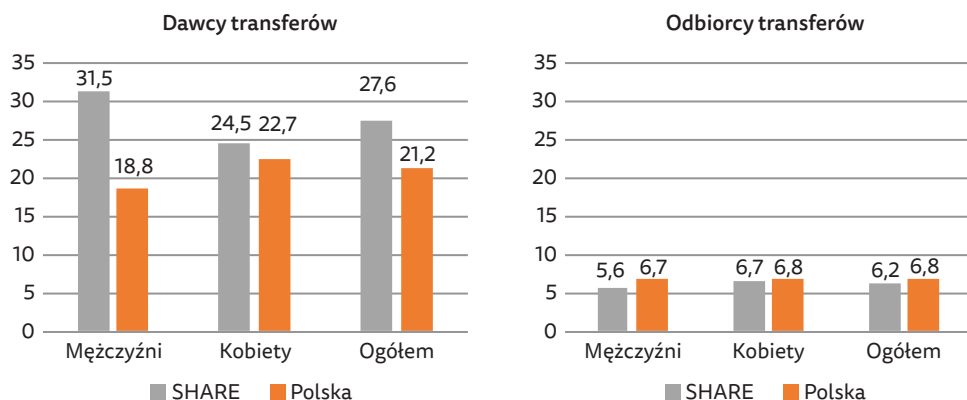
2.3. Transfery finansowe wśród osób w wieku 50+ w krajach biorących udział w badaniu SHARE i w Polsce

W badaniu SHARE zbierano również dane o dawaniu i otrzymywaniu transferów finansowych (pieniężnych prezentów lub w postaci wsparcia finansowego) o wartości co najmniej 250 euro. Niemal 28% respondentów w wieku 50 lat lub więcej w krajach biorących udział w badaniu SHARE przekazało prezent pieniężny innym osobom, mężczyźni częściej niż kobiety (31,5% wobec 24,5%) (rysunek C.2.6). Dla Polski ten odsetek był niższy i wyniósł 21,2%. Co ważne, kobiety udzielały częściej tego rodzaju wsparcia niż mężczyźni (22,7% wobec 18,8%). Transfery pieniężne były przekazywane najczęściej dzieciom. Ankietowani w wieku 50 lat lub więcej dużo rzadziej deklarowali otrzymywanie prezentów pieniężnych o wartości co najmniej 250 euro: odsetek ten wyniósł 6,2% dla wszystkich analizowanych krajów i 6,8% dla Polski. Różnice między kobietami i mężczyznami nie są znaczące w tym zakresie, zwłaszcza dla Polski. Podobnie jak wcześniej, prezenty finansowe otrzymywane były najczęściej od dzieci.

Wraz z wiekiem maleje udział osób otrzymujących i udzielających wsparcia finansowego (rysunek C.2.7). We wszystkich krajach udział osób w wieku 50-59 lat przekazujących prezenty finansowe o wartości co najmniej 250 euro wyniósł 30,4%, zaś dla tych w wieku 80+ 19,6%. Dla Polski odsetki te wyniosły odpowiednio 23,2% i 12,4%. Z kolei w krajach biorących udział w badaniu SHARE wśród osób w wieku 50-59 lat niecałe

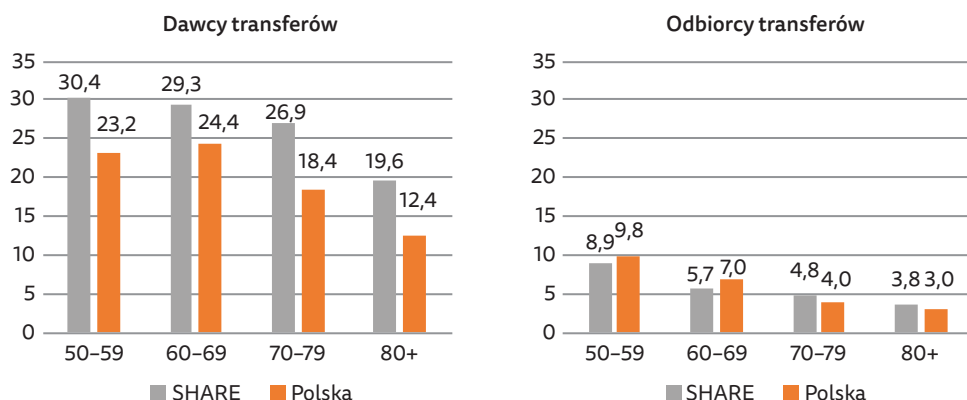
9% otrzymywało przekazy pieniężne oraz prawie 4% osób w wieku 80 lat lub więcej. Udziały te dla Polski wyniosły odpowiednio 9,8% i 3%. Warto podkreślić, iż zaledwie 2,6% osób w wieku 50+ ogółem oraz 3,1% w Polsce jednocześnie dawało i otrzymywało prezenty finansowe o wartości co najmniej 250 euro. Można zatem uznać, że osoby w wieku 50+ w głównej mierze wspierają finansowo inne osoby (przede wszystkim członków najbliższej rodziny – dzieci i wnuki).

Rysunek C.2.6. Udział osób w wieku 50+ przekazujących i odbierających transfery finansowe w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

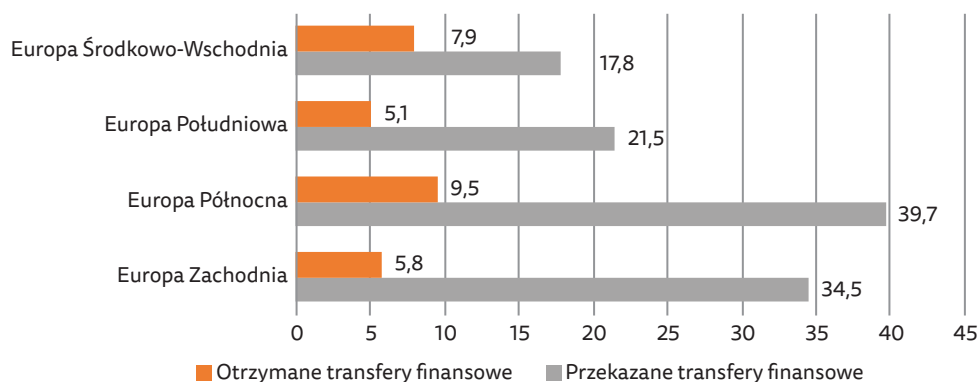
Rysunek C.2.7. Udział osób w wieku 50+ przekazujących i odbierających transfery finansowe w Polsce i w krajach uczestniczących w badaniu SHARE według grup wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Analizowane grupy krajów różniły się znacząco pod względem udzielanego i otrzymywanego wsparcia finansowego przez osoby w wieku 50 lat lub więcej. Najczęściej prezenty finansowe o wartości co najmniej 250 euro darowane były w krajach Europy Północnej (niemal 40% respondentów), zaś najrzadziej – w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (17,8%) (rysunek C.2.8). Podobnie, ankietowani w Europie Północnej najczęściej deklarowali otrzymanie wsparcia finansowego (9,5% badanej zbiorowości), zaś najrzadziej – w krajach Europy Południowej (5,1%). Wyniki te odzwierciedlają różnice między krajami europejskimi w sytuacji finansowej zarówno osób starszych, jak i młodych.

Rysunek C.2.8. Udział osób w wieku 50+ przekazujących i odbierających transfery finansowe według grup krajów (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

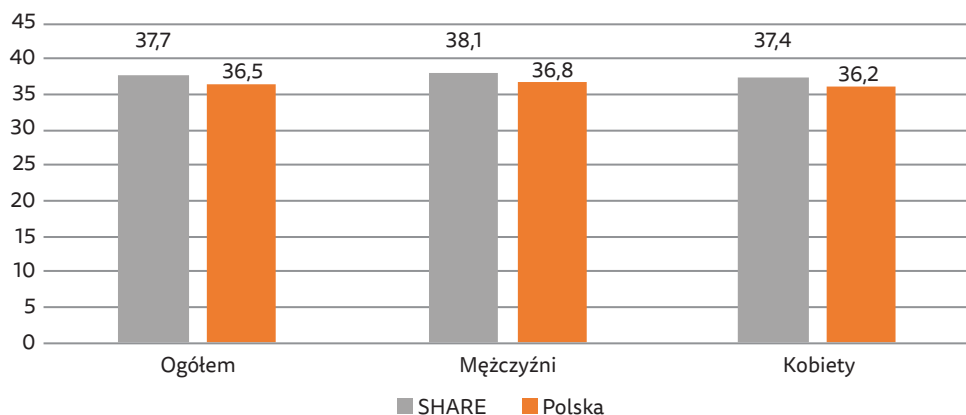
2.4. Transfery opieki a subiektywna jakość życia osób w wieku 50+

Subiektywna jakość życia (subiektywny dobrostan psychiczny) jest determinowany przez wiele czynników zarówno na poziomie mikro, jak i makro. Kraje uczestniczące w badaniu SHARE różnią się znacząco pod względem oceny jakości życia osób w wieku 50 lat lub więcej. Dotychczasowe wyniki analiz pokazują wyższą subiektywną jakość życia mieszkańców krajów Europy Północnej oraz Europy Zachodniej niż w krajach Europy Południowej oraz Środkowo-Wschodniej. Wartość wskaźnika CASP-12 uzyskana na podstawie danych z rundy 8. badania SHARE dla osób w wieku 50 lat lub więcej jest niższa w Polsce niż średnia dla wszystkich krajów uczestniczących w tym badaniu (rysunek C.2.9).

Świadczenie opieki osobie dorosłej, zwłaszcza codziennej i intensywnej, jest powiązane z niższą subiektywną jakością życia opiekunów [Abramowska-Kmon, Maciejasz,

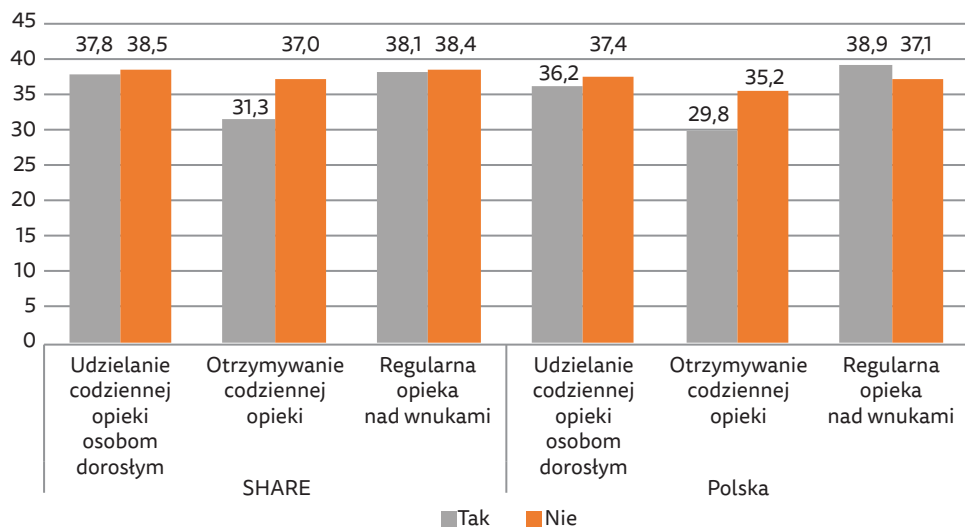
2018; Hajek, König, 2016; Marks i in., 2002; Pinquart, Sörensen, 2007; Schulz, Sherwood, 2008; Verbakel i in., 2017; Wagner, Brandt, 2015]. Otrzymane wyniki dla osób w wieku 50+ pokazują, że było ono nieznacznie niższe niż wśród osób nieudzielających takiego wsparcia (rysunek C.2.10). Warto zaznaczyć, że zwłaszcza otrzymywanie codziennej pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych jest związane z niższą jakością życia w tej zbiorowości. W analizowanych krajach SHARE wskaźnik CASP-12 dla osób otrzymujących tego typu wsparcie wyniósł 31,3 pkt. oraz 37 pkt. dla osób nieotrzymujących pomocy. Wyniki dla Polski wyniosły odpowiednio 29,8 oraz 35,2 pkt. Można przypuszczać, że jest to związane z gorszym stanem zdrowia osób, które wymagają i otrzymują wsparcie. Warto także podkreślić, iż w Polsce osoby sprawujące regularną opiekę nad wnukami odznaczały się wyższą średnią wartością wskaźnika CASP-12 niż osoby niezaangażowane w tego typu aktywność (38,9 wobec 37,1), zaś dla analizowanych krajów SHARE nie odnotowano znaczących różnic. Ponadto można zauważyć różnice w średnich wartości wskaźnika CASP-12 między kobietami i mężczyznami w analizowanych grupach według faktu udzielania/otrzymywania opieki w Polsce (rysunek C.2.11). W szczególności mężczyźni 50+ w Polsce udzielający codziennej pomocy innym osobom dorosłym odznaczyli się niższą średnią wartością wskaźnika CASP-12 niż ich rówieśnicy nieopiekujący się innymi osobami (35,2 wobec 37,8). Podobne prawidłowości odnotowano także po ograniczeniu analizowanych grup respondentów według ich największego zaangażowania w świadczenie opieki, tj. do grupy wieku 50–69 lat w przypadku udzielania pomocy osobom dorosłym i opieki nad wnukami oraz do grupy wieku 70+ dla osób otrzymujących wsparcie.

Rysunek C.2.9. Średnia wartość wskaźnika CASP-12 dla osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według płci



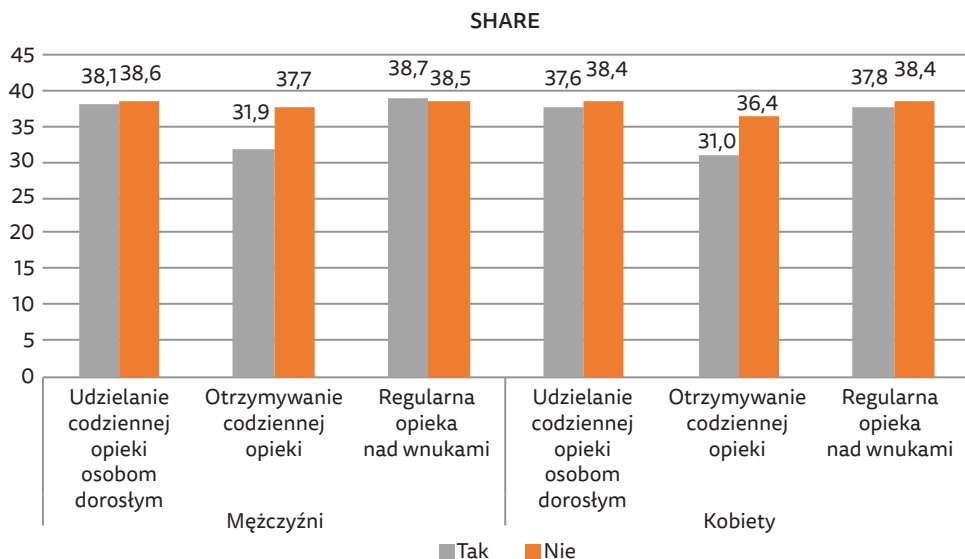
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

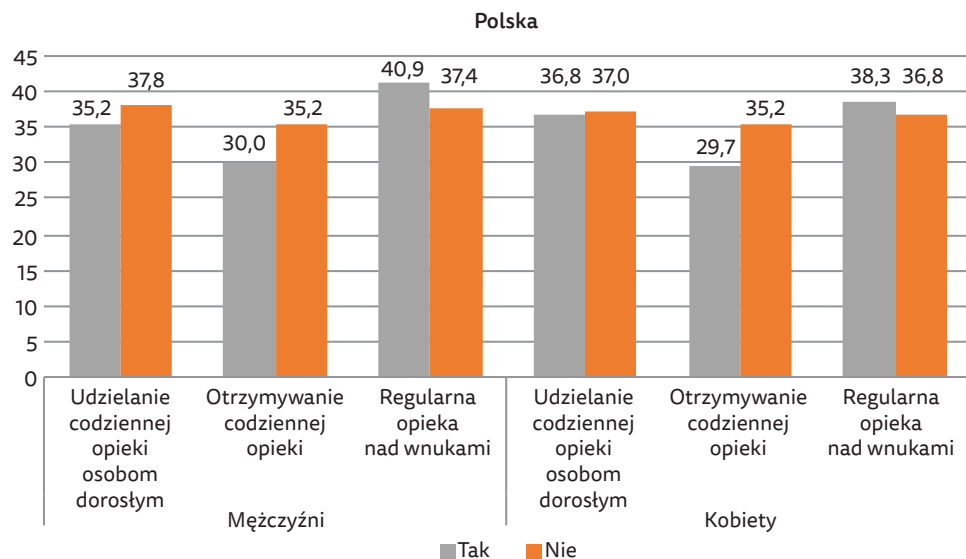
Rysunek C.2.10. Średnia wartość wskaźnika CASP-12 dla osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według transferów opieki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek C.2.11. Średnia wartość wskaźnika CASP-12 dla osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według transferów opieki i płci

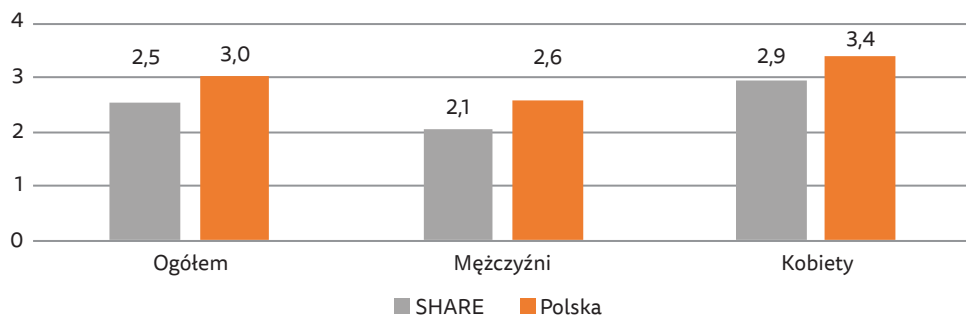




Uwaga: wyniki dla mężczyzn w Polsce należy traktować z ostrożnością z powodu małych liczebności.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek C.2.12. Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według płci

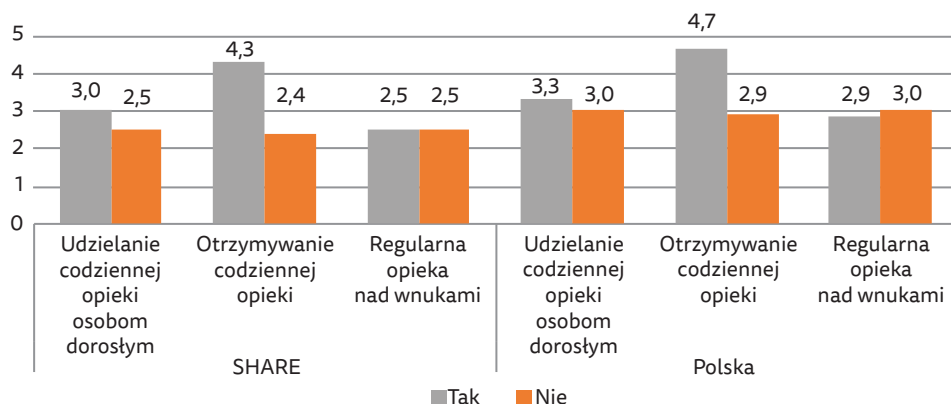


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Wyniki przeprowadzonych analiz pokazały także, że średnia liczba objawów depresji zgłaszanych przez respondentów w wieku 50 lat lub więcej była wyższa w Polsce niż średnia dla analizowanych krajów łącznie (rysunek C.2.12). Co ważne, kobiety zgłaszały średnio więcej objawów depresji niż mężczyźni. Typ transferów opiekuńczych różnicował średnią liczbę objawów depresji zarówno we wszystkich krajach biorących udział w badaniu, jak i w Polsce (rysunek C.2.13). Na przykład osoby udzielające codziennej opieki innym osobom zgłaszały średnio więcej objawów depresji niż

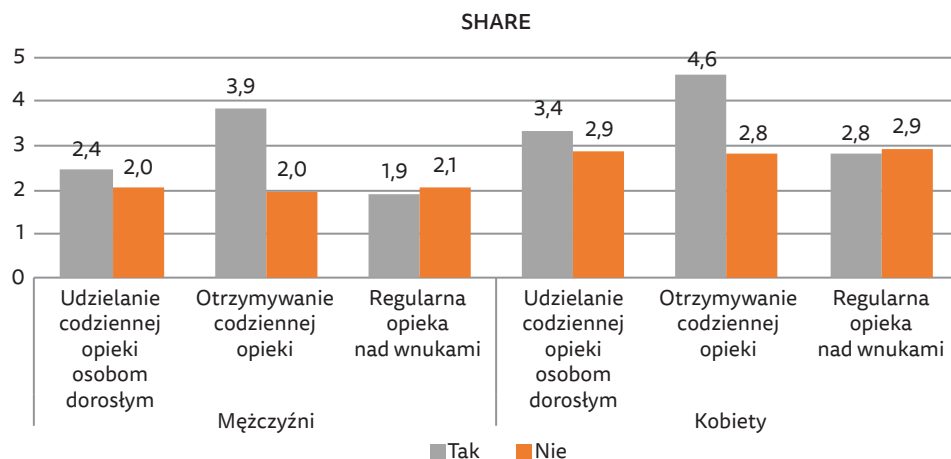
osoby niezaangażowane w tego typu aktywność: dla wszystkich krajów te wartości wyniosły odpowiednio 3 i 2,5, zaś dla Polski – 3,3 i 3 (różnica ta była mniejsza). Natomiast respondenci otrzymujący codziennie tego typu wsparcie odznaczali się wyższymi wartościami tego wskaźnika niż pozostałe osoby w wieku 50+: we wszystkich krajach biorących udział w badaniu SHARE wartości te wyniosły odpowiednio 4,3 i 2,4, zaś w Polsce – 4,7 i 2,9.

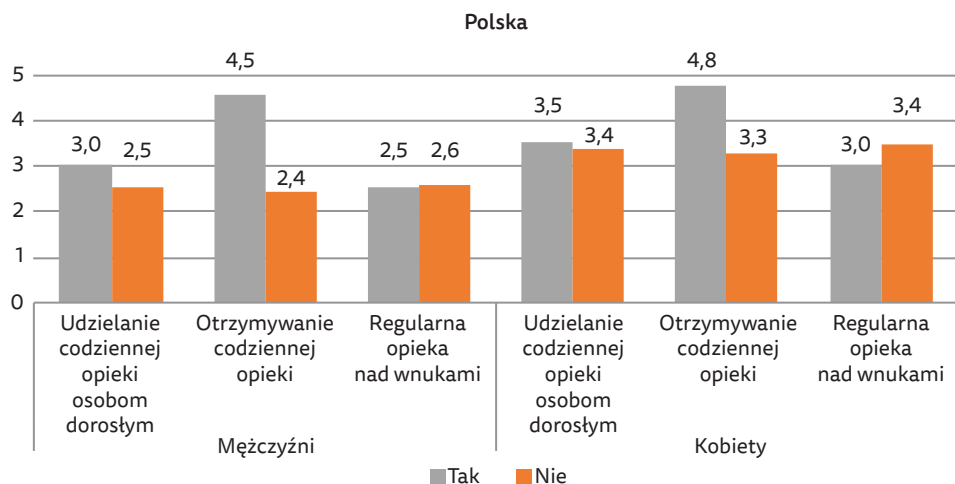
Rysunek C.2.13. Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według transferów opieki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek C.2.14. Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według transferów opieki i płci





Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Sprawowanie regularnej opieki nad wnukami nie różnicowało znacząco średniej liczby zgłaszanych objawów depresji. Podobne prawidłowości można zaobserwować dla zbiorowości mężczyzn i kobiet, z wyjątkiem kobiet 50+ w Polsce opiekujących się regularnie wnukami, które zgłaszały nieco mniejszą liczbę symptomów depresji (rysunek C.2.14).

Podsumowanie

Celem niniejszego podrozdziału było przedstawienie wyników analiz dotyczących transferów opieki oraz finansowych deklarowanych przez osoby w wieku 50 lat lub więcej w Polsce na tle wszystkich krajów uczestniczących w badaniu SHARE. Ponadto pokazane zostały różnice w subiektywnej jakości życia według faktu udzielania/otrzymywania opieki. Wyniki analiz potwierdziły, że osoby w wieku 50+ są zarówno dawcami, jak i odbiorcami różnego rodzaju transferów. W szczególności w znaczącym stopniu opiekują się codziennie innymi osobami dorosłymi oraz w mniejszym stopniu wnukami, a także częściej wspierają finansowo inne osoby (głównie dzieci i wnuki) niż sami otrzymują tego typu wsparcie. Co więcej, to zaangażowanie zmienia się wraz z wiekiem. Warto podkreślić, że respondenci w Polsce częściej, niż we wszystkich krajach biorących udział w badaniu SHARE, otrzymywali codzienną pomoc, a także rzadziej udzielali wsparcia finansowego innym osobom. Wyniki te mogą odzwierciedlać niekorzystną sytuację osób starszych w Polsce na tle innych krajów. W szczególności ograniczoną dostępność formalnych usług opiekuńczych, a także

istniejący model opieki nad osobami dorosłymi, co wiąże się z koniecznością korzystania z pomocy świadczonej w nieformalnych sieciach wsparcia. Poza tym, ustalenia dotyczące transferów finansowych świadczą o gorszej sytuacji finansowej wśród osób 50+ w Polsce, co może także wynikać z wcześniejszej dezaktywizacji zawodowej związanej np. z pogorszeniem stanu zdrowia lub koniecznością sprawowania opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi. Należy zatem podkreślić, że ustalenia te powinny być uwzględniane przy przygotowaniu i wdrażaniu różnych rozwiązań mających na celu łagodzenie tych negatywnych skutków związanych ze starzeniem się ludności. Jest to bardzo ważne z punktu widzenia przygotowania społeczeństwa i jednostek do starości demograficznej.

Bibliografia

Abramowska-Kmon, A., Maciejasz, M. (2018). Subjective quality of life of informal caregivers aged 50–69 in Poland, *Studia Demograficzne*, 2(174), s. 37–65.

Broese van Groenou, M.I., de Boer, A., Iedema, J. (2013). Positive and negative evaluation of caregiving among three different types of informal care relationships, *European Journal of Ageing*, 10(4), s. 301–311. DOI: 10.1007/s10433-013-0276-6.

Danielsbacka, M., Křenková, L., Tanskanen, A.O. (2022). Grandparenting, health, and well-being: a systematic literature review. W: *European Journal of Ageing*. Springer Science and Business Media B.V. DOI: 10.1007/s10433-021-00674-y.

di Gessa, G., Glaser, K., Tinker, A. (2016). The impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Europe: A lifecourse approach, *Social Science and Medicine*, 152, s. 166–175. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.01.041.

Hajek, A., König, H.H. (2016). The effect of Intra- and Intergenerational Caregiving on Subjective Well-Being – Evidence of a Population Based Longitudinal Study Among Older Adults in Germany, *PLoS ONE*, 11(2), s. 1–7. DOI: 10.1371/journal.pone.0148916.

Marks, N.F., Lambert, J.D., Choi, H. (2002). Transitions to caregiving, gender, and psychological well-being: a prospective U.S. national study, *Journal of Marriage and Family*, 64(3), s. 657–667.

Montgomery, R.J.V., Rowe, J.M., Kosloski, K. (2007). Family Caregiving. W: *Handbook of gerontology: evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (s. 426–454), J.A. Blackburn, C.N. Dulmus (Eds.). John Wiley and Sons.

Pinquart, M., Sörensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), s. 126–137. DOI: 10.1093/geronb/62.2. P126.

Schulz, R., Sherwood, P.R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving, *American Journal of Nursing*, 108 (9 SUPPL.), s. 23–27. DOI: 10.1097/01. NAJ.0000336406.45248.4c.

- Verbakel, E., Tamlagsrønning, S., Winstone, L., Fjaer, E.L., Eikemo, T.A. (2017). Informal care in Europe: Findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health, *European Journal of Public Health*, 27, s. 90–95. DOI: 10.1093/eurpub/ckw229.
- von dem Knesebeck, O., Hyde, M., Higgs, P., Kupfer, A., Siegrist, J. (2005). Quality of life and wellbeing. W: *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (s. 199–203). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Wagner, M., Brandt, M. (2015). Loneliness among informal caregivers aged 50+ in Europe. W: *Ageing in Europe – Supporting Policies for an Inclusive Society*. De Gruyter. DOI: 10.1515/9783110444414-018.

Kto żałuje, że nie oszczędzał więcej w ciągu życia?

Monika Oczkowska, Agnieszka Chłóń-Domińczak

3.1. Wprowadzenie

Choć wybuch pandemii na początku 2020 r. uniemożliwił pełną realizację 8. rundy badania SHARE i w większości uczestniczących krajów zebrano jedynie część przewidywanych wywiadów z respondentami (więcej szczegółów w rozdziale *Metodologia badania SHARE: 50+ w Europie*), badanie to ma ogromną wartość nie tylko ze względu na zebranie danych bezpośrednio przed wybuchem pandemii, ale też ze względu na interesujące tematy poruszone w ramach kwestionariusza przygotowanego na potrzeby tego badania. W rundzie 8., poza szeregiem standardowych pytań zbierających informacje o najważniejszych aspektach codziennego życia osób w wieku 50 lat i więcej, jednym z dodatkowych modułów kwestionariusza były pytania o ocenę podejścia do oszczędzania na wcześniejszym etapie życia. Pytania z tego modułu wzorowano na sprawdzonym wcześniej w USA kwestionariuszu w ramach badania RAND American Life Panel [Pollard, Baird, 2017]. Pytania skierowano do respondentów w wieku 60–79 lat. Dolna granica wieku wynikała ze sformułowania pytania o ocenę sposobu gospodarowania pieniędzmi w wieku około 45 lat z perspektywy czasu. Górna granica wieku była związana z różnicami w długości trwania życia w różnych grupach społecznych i w różnych krajach.

Wyniki badań w odniesieniu do poziomu oszczędności gospodarstw domowych na starość nie są jednoznaczne. Część badaczy wskazuje, że gospodarstwa oszczędzają w stopniu niewystarczającym, szczególnie w Stanach Zjednoczonych [Madrian, Shea, 2001; Poterba i in., 2011]. Wyniki innych badań pokazują, że amerykańskie gospodarstwa oszczędzają w stopniu przynajmniej wystarczającym [Scholz i in., 2006; Skinner, 2007]. W przypadku mieszkańców krajów zachodnioeuropejskich czy Japonii wskazuje

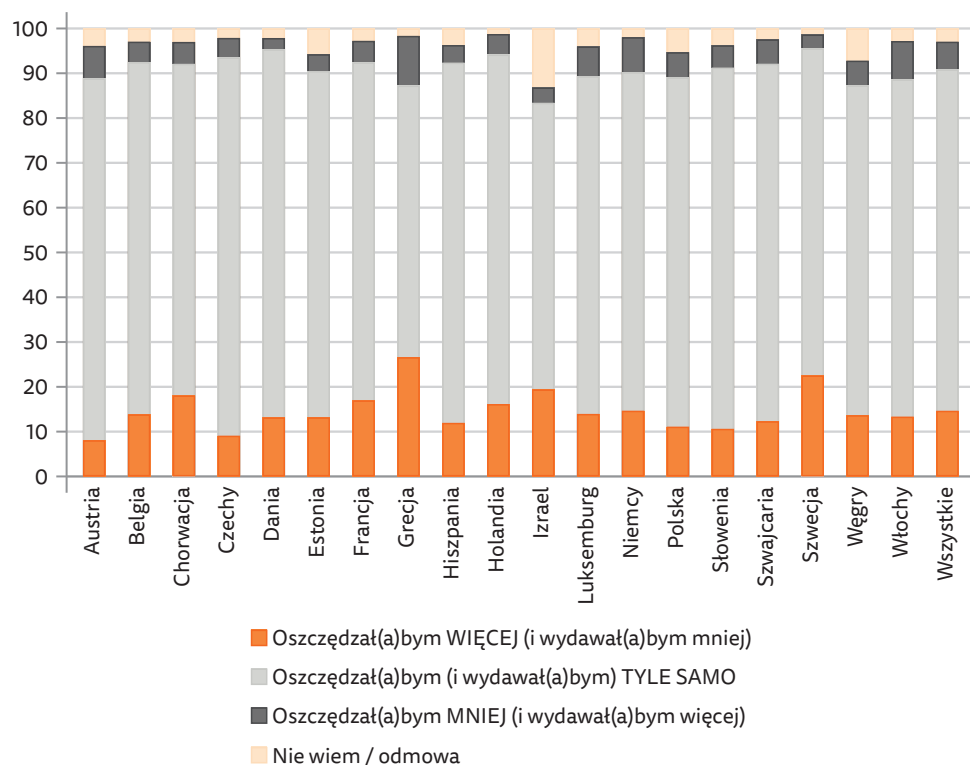
się wręcz, że z punktu widzenia hojności publicznych systemów emerytalnych, z której będą oni mogli korzystać w przyszłości, oszczędzają oni w nadmiarze [Börsch-Supan i in., 2001; Brugiavini, Padula, 2001; Kitamura i in., 2003]. Wielu ekonomistów, szczególnie zajmujących się aspektami behawioralnymi, opowiada się za koniecznością odgórnych działań mających na celu skłanianie osób do oszczędzania na starość [Chetty i in., 2014; Laibson, 1997; Thaler, 1994; Thaler, Sunstein, 2003]. Jest to oparte na przekonaniu, że retrospektywnie większość ludzi żałuje, że wcześniej nie oszczędzało więcej. Jednym z powodów niewystarczającego oszczędzania może być fakt, że ludzie mają tendencję do odkładania oszczędzania, podobnie jak wielu innych czynności, w czasie [Gabaix, Laibson, 2017]. Ponadto nie potrafią oni odpowiednio ocenić prawdopodobieństwa wystąpienia różnych zdarzeń w życiu, które mogą mieć istotny wpływ na stan ich finansów, ignorując możliwość doświadczenia w życiu poważnych zdarzeń, jak choroba czy utrata pracy, niosących negatywne konsekwencje dla różnych aspektów ich życia [Dunning i in., 2004; Jefferson i in., 2017; Shepperd i in., 2017]. Takie fundamentalne zdarzenia, z jednej strony, często w sposób bezpośredni przekładają się na pogorszenie sytuacji finansowej danej osoby i jej gospodarstwa domowego. Z drugiej zaś strony mogą one mieć również wpływ na sytuację finansową za pośrednictwem innego, wywołanego bezpośrednio skutku, przykładowo pogorszenie zdrowia niekoniecznie bezpośrednio wpłynie na stan finansów gospodarstwa domowego, ale może skutkować utratą zatrudnienia i wówczas mieć negatywne przełożenie na sytuację finansową.

Pytanie o determinanty niezadowolenia z poziomu oszczędności na starość ma niezwykle istotne znaczenie z punktu widzenia polityki społeczno-gospodarczej większości krajów. Podejście do problemu może wymagać innego rodzaju interwencji publicznej, w zależności od tego, czy na fakt żałowania, że nie oszczędzało się więcej wcześniej w życiu mają wpływ indywidualne cechy i osobowość, czy ma to jednak związek z doświadczeniem różnego typu nieprzewidzianych zdarzeń w życiu. W tym pierwszym przypadku działania publiczne mogą skupić się na wdrożeniu programu obowiązkowego lub quasi-obowiązkowego oszczędzania, czego przykładem są Pracownicze Programy Kapitałowe w Polsce. Natomiast w tym drugim przypadku interwencja państwa może polegać na działaniach edukacyjnych, uświadamiających prawdopodobieństwo wystąpienia nieprzewidzianych zdarzeń w życiu oraz potrzebę zabezpieczenia się (np. w formie ubezpieczenia na życie czy wprowadzania rozwiązań, które pozwalają na utrzymywanie możliwości utrzymania ochrony oszczędności czy ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w przypadku nieprzewidzianych sytuacji, jak np. bezrobocie czy niepełnosprawność, jeśli nie są one uwzględnione).

3.2. Jak często ludzie żałują, że nie oszczędzali więcej w przeszłości?

Respondenci badania SHARE w wieku 60–79 lat zostali zapytani, czy zmieniliby swój sposób gospodarowania pieniędzmi, gdyby mogli się cofnąć w czasie do wieku około 45 lat.

Rysunek C.3.1. Podział respondentów według odpowiedzi na pytanie, czy inaczej gospodarowaliby swoimi pieniędzmi, gdyby mogli cofnąć się w czasie do okresu, kiedy mieli około 45 lat



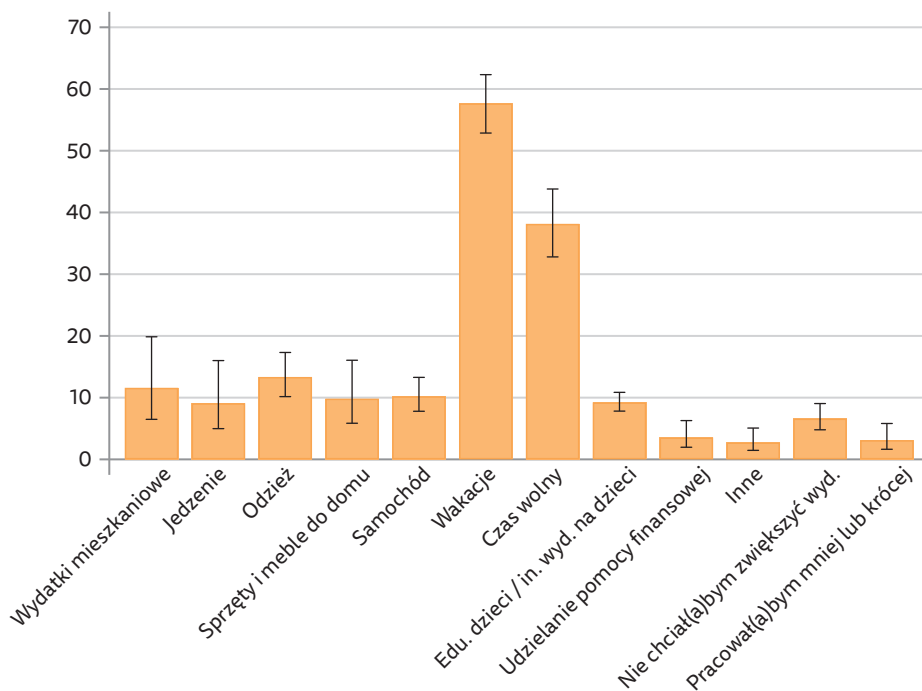
Uwagi: dane zagregowane z dwóch pytań różniących się wersjami opcji odpowiedzi, przykładowo w pierwszej wersji pierwsza opcja odpowiedzi brzmiała „Oszczędzał(a) bym więcej”, zaś w drugiej wersji – „Oszczędzał(a) bym więcej i wydawał(a) bym mniej”. Nie stwierdzono istotnych różnic w rozkładzie odpowiedzi w tych pytaniach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Na rysunku C.3.1. przedstawiono podział próby według odpowiedzi uzyskanych na to pytanie. Ostatni słupek na rysunku C.3.1. informuje o wartościach średnich w całej próbie, zaś pozostałe pokazują podział respondentów wewnątrz krajów. Przebieżnie w całej próbie trzy na cztery osoby wyraziły zadowolenie z poziomu swoich

oszczędności i nie zmieniałyby go. O połowę więcej osób deklarowało natomiast, że gdyby mogły, to oszczędzałyby więcej (14%), niż tych, które uważały, że należało oszczędzać mniej (7%). Liczebność grupy osób, które wołałyby oszczędzać więcej w przeszłości, znacząco się wahała pomiędzy krajami. Najwięcej takich osób było w Grecji (27%) i w Szwecji (22%), najmniej zaś w Austrii i w Czechach (poniżej 10%). Jednocześnie właśnie mieszkańcy Grecji relatywnie najczęściej uważali, że trzeba było oszczędzać mniej w życiu (nieco ponad 10%). W Polsce udział osób, które deklarowały, że wołałyby wcześniej w życiu oszczędzać więcej (11%), jak i tych o przeciwnych poglądach (5%) był nieco niższy niż wynosiły odsetki uśrednione dla wszystkich państw.

Rysunek C.3.2. Mniej oszczędzając, można było wydawać więcej – odsetek respondentów według kategorii wydatków, na które przeznaczałoby więcej pieniędzy w przeszłości (w %)



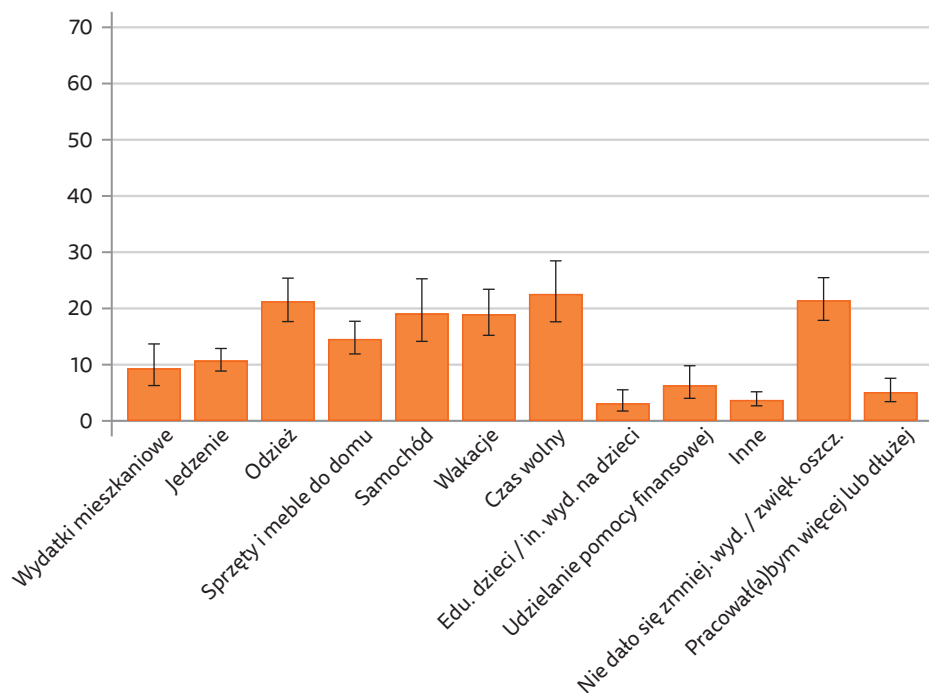
Uwagi: wyłącznie respondenci, którzy zadeklarowali, że woleliby w przeszłości oszczędzać mniej (i wydawać więcej), respondenci mieli zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi, tylko odpowiedź „Nie chciał(a)bym zwiększyć wydatków” wykluczała zaznaczenie jakiegokolwiek innej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Uczestnicy badania, którzy zadeklarowali, że gdyby mogli cofnąć się w czasie, to zmieniliby swoje podejście do oszczędzania, zostali następnie zapytani, w jaki sposób zmieniliby strukturę swoich wydatków, aby zmniejszyć lub zwiększyć oszczędności. Na

rysunku C.3.2. przedstawiono, na co respondenci zadeklarowali, że wydawaliby więcej, ponieważ według swojej opinii w przeszłości oszczędzali zbyt dużo. Dwie powiązane kategorie wydatków zdecydowanie wyróżniają się – wydatki na wakacje i na czas wolny. Pierwszą kategorię wybrało niemal 60% zapytanych osób, drugą zaś niemal 40% (należy zwrócić uwagę, że respondenci mogli zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi). Dla porównania pozostałe kategorie wydatków zostały wskazane przez jedynie ok. 10% zapytanych osób. Co interesujące, jedynie marginalny odsetek respondentów podał, że w związku z tym, że wolaliby w przeszłości robić mniejsze oszczędności, to pracowaliby mniej lub krócej.

Rysunek C.3.3. Aby oszczędzać więcej, trzeba mniej wydawać – odsetek respondentów według kategorii wydatków, na które przeznaczyliby mniej pieniędzy w przeszłości (w %)



Uwagi: wyłącznie respondenci, którzy zadeklarowali, że woleliby w przeszłości oszczędzać więcej (i wydawać mniej), respondenci mieli zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi, tylko odpowiedź „Nie dało się zmniejszyć wydatków” wykluczała zaznaczenie jakiegokolwiek innej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Druga grupa respondentów, którzy zmieniliby swój sposób oszczędzania w przeszłości, została zapytana o kategorie wydatków, które by ucięła, aby zgodnie z deklaracją oszczędzać więcej. Na podstawie informacji z rysunku C.3.3., gdzie przedstawiono

odsetki osób, które wskazały poszczególne kategorie wydatków, można wyróżnić trzy grupy wydatków o różnej wadze dla zapytanych respondentów. W pierwszej grupie były wydatki na dzieci oraz udzielenie pomocy finansowej bliskim osobom. Zdecydowana większość respondentów nie zdecydowałaby się na zmniejszenie tych wydatków, pokazując w ten sposób, że były to najniezbędniejsze wydatki wśród kategorii do wyboru. Druga grupa obejmowała wydatki mieszkaniowe i jedzenie, co do których nieco więcej respondentów przyznało, że mogłoby je ograniczyć, żeby zwiększyć oszczędności, jednak odsetek takich osób był relatywnie niski (około 10%). Do trzeciej grupy wydatków można zaliczyć wydatki na odzież, samochód, wakacje i czas wolny – w przypadku tych kategorii co piąta zapytana osoba zadeklarowała, że zmniejszyłaby je, żeby zwiększyć oszczędności (ponownie należy wskazać, że w tym pytaniu respondenci mogli zaznaczyć wszystkie stosowne kategorie wydatków). Tym samym były to wydatki o najmniej szej wadze dla respondentów – stwierdzili oni, że byłoby je najłatwiej zmniejszyć.

W przeciwieństwie do pytania o zwiększenie wydatków, żeby zmniejszyć oszczędności – gdzie jedynie ok. 5% respondentów stwierdziło, że nie chciałoby jednak zwiększyć wydatków – w przypadku pytania o zmniejszenie wydatków dla zwiększenia oszczędności zdecydowanie więcej osób doszło do wniosku, że zmniejszenie wydatków nie byłoby możliwe (ponad 20%; zaznaczenie tej odpowiedzi wykluczało zaznaczenie jakiegokolwiek innej).

3.3. Niespodziewane zdarzenia w życiu

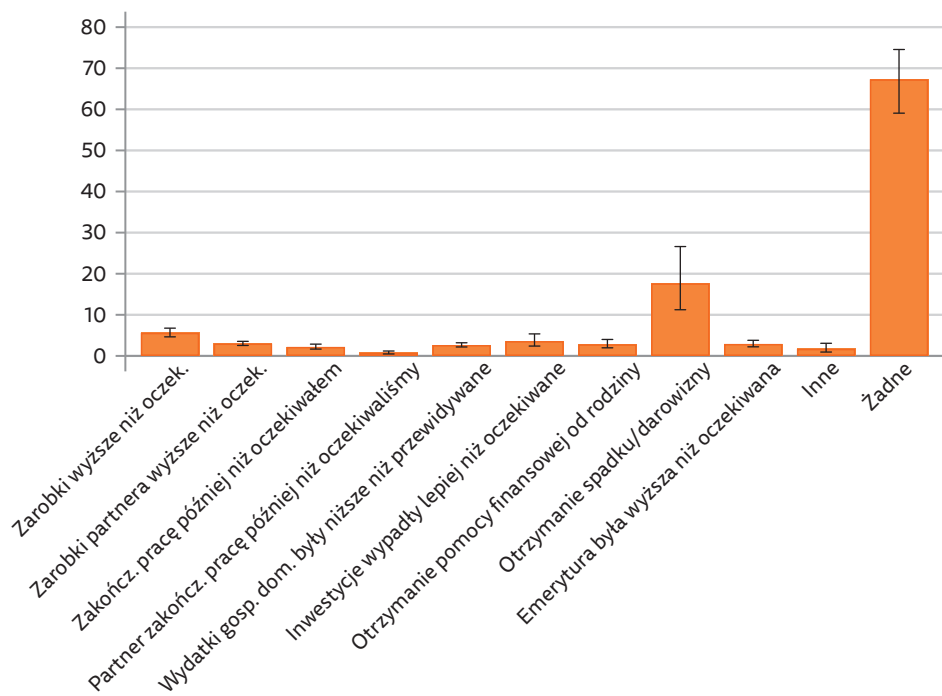
Oprócz szczegółowych pytań o ocenę swojego podejścia do oszczędzania wcześniej w życiu, respondenci zostali zapytani, czy na którymkolwiek etapie życia przytrafiły im się niespodziewane sytuacje, które mogły mieć pozytywne lub negatywne przełożenie na ich sytuację finansową. Niemal 70% osób wskazało, że nigdy nie doświadczyło niespodziewanej sytuacji, która wpłynęłaby pozytywnie na ich finanse (patrz rysunek C.3.4). W przypadku zdarzeń, które mogły się negatywnie odbić na stanie finansowym, nieco mniej, bo około 60% osób, podało, że nigdy ich nic takiego nie spotkało (patrz rysunek C.3.5). W przypadku niespodziewanych zdarzeń o pozytywnym wpływie na finanse najwięcej osób wskazało, że takim niespodziewanym zdarzeniem było otrzymanie spadku lub darowizny (18%). Pozostałe zdarzenia z listy wskazało mniej niż 3% respondentów, poza deklaracją, że zarobki okazały się wyższe niż oczekiwano, na co wskazało 5% zapytanych osób.

Wśród niespodziewanych zdarzeń potencjalnie niosących negatywne konsekwencje dla sytuacji finansowej najczęściej wskazywano na wpływ złego stanu zdrowia na możliwość pracy (11% respondentów). 8% zapytanych osób doświadczyło śmier-

ci osoby bliskiej, 6% bezrobocia oraz 5% – rozvodu/separacji. Podobny odsetek osób wskazał, że zakończyli pracę wcześniej niż oczekiwali i, co może być częściowo powiązane z wcześniejszym zakończeniem pracy – że ich emerytura okazała się niższa niż ta, której się spodziewali.

Przy podziale częstości wskazań różnych niespodziewanych sytuacji w życiu według krajów (szczegółowe wykresy nie pokazane w tym opracowaniu), można zauważyć, że Polska razem z Chorwacją jest jednym z krajów o najniższym odsetku respondentów deklarujących którekolwiek pozytywne zdarzenie (poniżej 20% Polaków) i najwyższym odsetku osób, którym przytrafiło się choć jedno z listy negatywnych zdarzeń (55% Polaków). Co istotne, spośród wszystkich krajów to mieszkańcy Polski najczęściej wskazywali na doświadczenie w życiu złego stanu zdrowia, który przełożył się na ich możliwość zarabkowania (22% Polaków). Jest to do pewnego stopnia spójne z oceną stanu zdrowia, zaprezentowaną w części B.

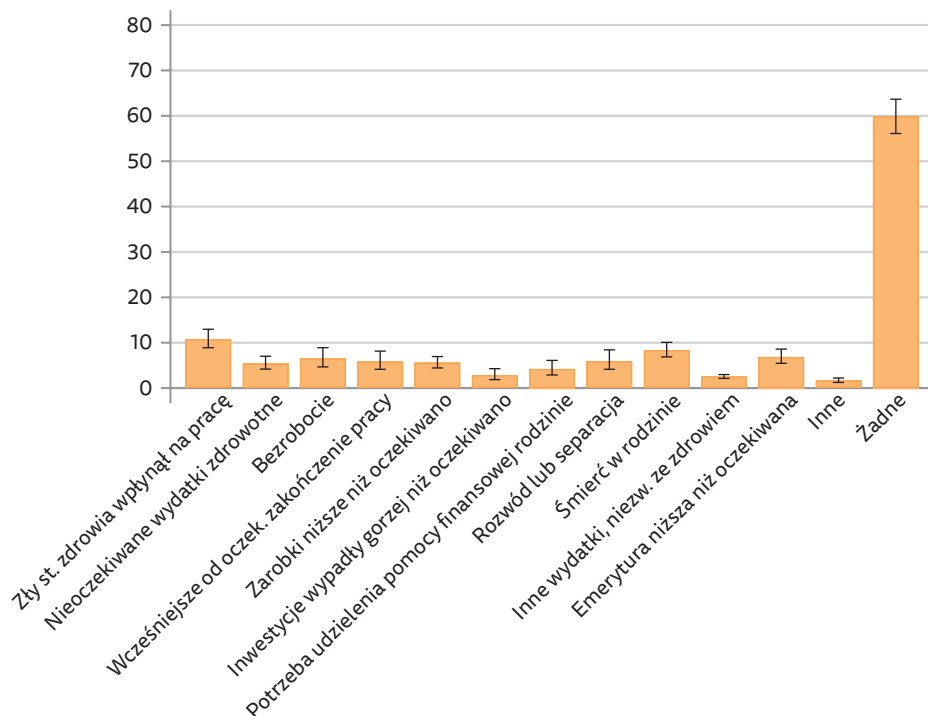
Rysunek C.3.4. Zdarzenia, które zaskakują nas w życiu i sprawiają, że stan naszych finansów okazuje się lepszy niż wcześniej oczekiwaliśmy – odsetek respondentów, którzy zadeklarowali, że przytrafiły się im wymienione sytuacje (w %)



Uwagi: respondenci mieli zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi, tylko odpowiedź „Żadne” wykluczała zaznaczenie jakiegokolwiek innej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

Rysunek C.3.5. Zdarzenia, które zaskakują nas w życiu i sprawiają, że stan naszych finansów okazuje się gorszy niż wcześniej oczekiwaliśmy – odsetek respondentów, którzy zadeklarowali, że przytrafiły się im wymienione sytuacje (w %)



Uwagi: respondenci mieli zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi, tylko odpowiedź „Żadne” wykluczała zaznaczenie jakiegokolwiek innej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

3.4. Kto uważa, że powinien być więcej oszczędzać w ciągu życia?

Na rysunku C.3.6. zamieszczono wyniki regresji wielorakiej, gdzie zmienną objaśnianą stanowiła deklaracja respondenta, że gdyby mógł się cofnąć w czasie do wieku około 45 lat i inaczej gospodarować pieniędzmi, to wolałby oszczędzać więcej (i wydawać mniej) wcześniej w życiu. W regresji wykorzystano szereg zmiennych objaśniających dla pokazania, które z nich są skorelowane pozytywnie lub negatywnie z powyższą deklaracją. Poza standardowymi zmiennymi demograficznymi, jak płeć, wiek oraz kraj pochodzenia, w modelu uwzględniono również zmienne społeczno-ekonomiczne, takie jak edukacja, posiadanie partnera, sytuacja materialna, stan zdrowia, oraz miarę umiejętności numerycznych. Do modelu dołączono również

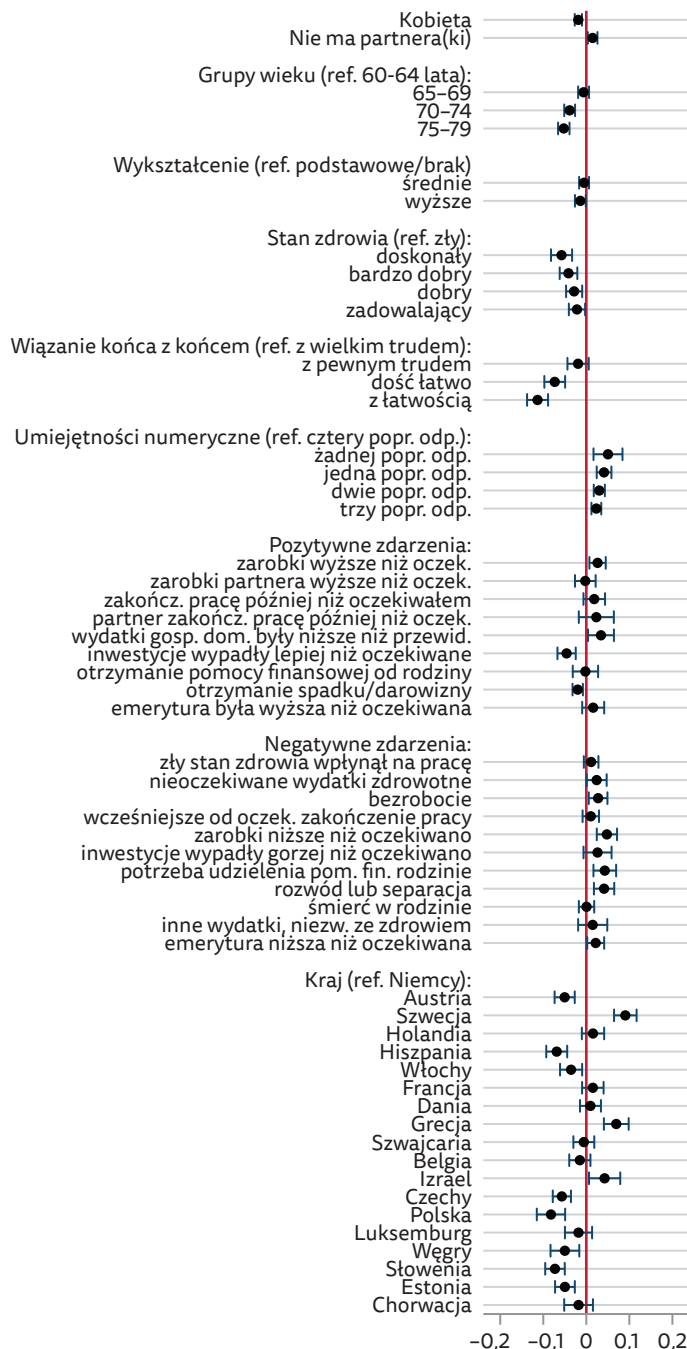
deklaracje odnośnie wystąpienia wcześniej w życiu poszczególnych typów pozytywnych lub negatywnych zdarzeń.

Zgodnie z wynikami analizy przy wykorzystaniu regresji kobiety, osoby współdzielące gospodarstwo domowe z partnerem i posiadające wyższe wykształcenie rzadziej deklarują, że wołałyby więcej oszczędzać w przeszłości. Częstość takich deklaracji maleje wraz z wiekiem i osoby w wieku 70–79 lat mają mniejsze prawdopodobieństwo deklarowania, że wołałyby oszczędzać więcej na wcześniejszych etapach życia. Może mieć to związek ze zmianą perspektywy wraz z przejściem na emeryturę, powiązanymi z tym zmianami w strukturze wydatków konsumpcyjnych czy podejściem do ryzyka. Osoby w lepszym zdrowiu i w lepszej sytuacji materialnej rzadziej żałują, że nie oszczędzały więcej. Mimo że w modelu kontrolujemy poziom edukacji, której związek z deklaracjami, że wołałoby się oszczędzać więcej wcześniej w życiu, jest statystycznie istotny, to zależność tych deklaracji jest również silnie (i statystycznie istotnie) powiązana z umiejętnością wykorzystywania liczb w codziennym życiu. Ta ostatnia miara w badaniu SHARE konstruowana jest na podstawie poprawności odpowiedzi na cztery kolejne pytania wymagające dokonania przez uczestników badania prostych obliczeń w pamięci. Osoby, które miały problem z tymi obliczeniami, miały również większe prawdopodobieństwo niezadowolenia ze sposobu oszczędzania w przeszłości.

Zgodnie z wynikami wcześniejszych badań [Aiyagari, 1994; Börsch-Supan i in., 2018; Lusardi, 1998], ważnymi czynnikami powiązanymi z deklarowaniem, że wołałoby się więcej oszczędzać wcześniej w życiu, było doświadczenie w przeszłości niespodziewanych zdarzeń. Pozytywne zdarzenia, takie jak otrzymanie spadku lub darowizny albo lepsze niż zakładane efekty poczynionych inwestycji, były powiązane z rzadszym deklarowaniem, że wołałoby się więcej oszczędzać wcześniej w życiu. Zarazem, takie deklaracje znacznie częściej wyrażały osoby, które doświadczyły negatywnych niespodziewanych zdarzeń w życiu, w szczególności bezrobocia, rozwodu lub separacji, czy konieczności udzielenia pomocy finansowej rodzinie. Również osoby, według których ich zarobki w ciągu życia okazały się niższe niż wcześniej oczekiwane, miały większe prawdopodobieństwo deklarowania, że wołałyby więcej oszczędzać w przeszłości.

Wyniki regresji wskazują ponadto na interesujące różnice międzynarodowe w częstości deklarowania, że wołałoby się więcej oszczędzać w przeszłości. Biorąc za punkt odniesienia mieszkańców Niemiec, obywatele Grecji, Izraela i Szwecji częściej zgłaszali niezadowolenie ze swojego podejścia do oszczędzania w przeszłości, natomiast mieszkańcy krajów Europy Środkowo-Wschodniej (w tym Polski) oraz Hiszpanie i Włosi wyrażali takie niezadowolenie rzadziej niż Niemcy. Zaobserwowane różnice międzynarodowe mogą mieć podłoże zarówno w silnych różnicach kulturowych między krajami europejskimi, jak i w różnicach funkcjonowania czy hojności systemów zabezpieczenia emerytalnego w tych krajach.

Rysunek C.3.6. Czynniki korelujące z deklaracją respondentów, że woleliby oszczędzać więcej (i wydawać mniej) w ciągu życia – współczynniki z liniowej regresji wielorakiej



Uwagi: ref. – kategoria odniesienia w zmiennych dyskretnych, przedziały ufności na poziomie 95%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rundy 8. badania SHARE, publikacja 8.0.0.

3.5. Podsumowanie

Okolo 14% wszystkich uczestników badania SHARE podało, że gdyby mogło cofnąć się w czasie do wieku 45 lat, to oszczędzałoby więcej na kolejnych etapach życia. To niezadowolenie z poziomu oszczędzania było w wielu przypadkach silnie powiązane z wystąpieniem w życiu nieprzewidzianych zdarzeń, które miały negatywne przełożenie na późniejszą sytuację finansową danej osoby. Przeciętnie we wszystkich krajach biorących udział w badaniu aż 40% uczestników badania SHARE wskazało, że doświadczyło w życiu choć jednej takiej sytuacji. W Polsce ten odsetek był jeszcze wyższy, sięgając 55%. Skoro niektórzy ludzie uważają, że niewystarczająco oszczędzają w ciągu życia, to pojawia się pytanie, czy i w jaki sposób ingerencja polityki publicznej powinna stymulować decyzje indywidualne w zakresie oszczędzania. Wskazać można szereg interwencji publicznych lub przepisów mających na celu zmobilizowanie obywateli do regularnego oszczędzania w ciągu życia na starość. Poprzez programy edukacyjne tłumaczy się i zwiększa świadomość społeczeństwa na temat prawdopodobieństwa wystąpienia nieprzewidzianych zdarzeń w ciągu życia istotnie wpływających na sytuację finansową.

Innym rozwiązaniem, które miałyby na celu przede wszystkim przeciwdziałanie negatywnym konsekwencjom tendencji do ustawicznego odkładania działań (w tym oszczędzania) na przyszłość, może być automatyczne zapisywanie obywateli do programu kont emerytalnych czy obowiązkowe oszczędności emerytalne. Tego typu rozwiązania wprowadzone zostały w Polsce. Reforma emerytalna z 1999 r. wprowadziła obowiązkowe oszczędności w ramach otwartych funduszy emerytalnych, które jednak zostały zamienione na rozwiązanie dobrowolne. Wprowadzane od 2019 r. Pracownicze Programy Kapitałowe to z kolei rozwiązanie wprowadzające automatyczny zapis do oszczędności emerytalnych o pracowniczym charakterze.

Warto podkreślić, że zachodzące zmiany ludnościowe i będący ich efektem rosnący wskaźnik obciążenia demograficznego mają istotny wpływ na potencjalną potrzebę i rolę gromadzenia oszczędności. Utrzymanie poziomu konsumpcji po przejściu na emeryturę będzie wymagać dodatkowych oszczędności. Konieczna jest jednak zmiana postaw kolejnych pokoleń i zachęcenie ich do gromadzenia środków w okresie aktywności zawodowej. Jest to szczególnym wyzwaniem, ze względu na odmienne postawy wcześniejszych pokoleń, związane również ze znacznie większą hojnością systemu emerytalnego i brakiem zarówno możliwości, jaki i potrzeby oszczędzania na przyszłą emeryturę.

Bibliografia

- Aiyagari, S.R. (1994). Uninsured Idiosyncratic Risk and Aggregate Saving, *The Quarterly Journal of Economics*, 109(3), s. 659–684. DOI: 10.2307/2118417.
- Börsch-Supan, A.H., Bucher-Koenen, T., Hurd, M.D., Rohwedder, S. (2018). *Saving Regret*, Working Paper No. 25238, National Bureau of Economic Research. DOI: 10.3386/w25238.
- Börsch-Supan, A., Reil-Held, A., Rodepeter, R., Schnabel, R., Winter, J. (2001). The German Savings Puzzle, *Research in Economics*, 55, s. 15–38. DOI: 10.1006/reec.2000.0241.
- Brugiavini, A., Padula, M. (2001). Too much for retirement? Saving in Italy, *Research in Economics*, 55(1), s. 39–60.
- Chetty, R., Friedman, J.N., Leth-Petersen, S., Nielsen, T.H., Olsen, T. (2014). Active vs. Passive Decisions and Crowd-Out in Retirement Savings Accounts: Evidence from Denmark, *The Quarterly Journal of Economics*, 129(3), s. 1141–1219.
- Dunning, D., Heath, C., Suls, J.M. (2004). Flawed Self-Assessment: Implications for Health, Education, and the Workplace. Psychological Science in the Public Interest, *A Journal of the American Psychological Society*, 5(3), s. 69–106. DOI: 10.1111/j.1529-1006.2004.00018.x.
- Gabaix, X., Laibson, D. (2017). *Myopia and Discounting*, Working Paper No. 23254, National Bureau of Economic Research. DOI: 10.3386/w23254.
- Jefferson, A., Bortolotti, L., Kuzmanovic, B. (2017). What is unrealistic optimism? Consciousness and Cognition, *An International Journal*, 50, s. 3–11. DOI: 10.1016/j.concog.2016.10.005.
- Kitamura, Y., Takayama, N., Arita, F. (2003). Household Savings and Wealth Distribution in Japan. W: *Life-Cycle Savings and Public Policy* (s. 149–203). Elsevier. DOI: 10.1016/B978-012109891-9.50037-3.
- Laibson, D. (1997). Golden Eggs and Hyperbolic Discounting, *The Quarterly Journal of Economics*, 112(2), s. 443–478. DOI: 10.1162/003355397555253.
- Lusardi, A. (1998). On the Importance of the Precautionary Saving Motive, *The American Economic Review*, 88(2), s. 449–453, <https://www.jstor.org/stable/116965> (dostęp: 2.05.2023).
- Madrian, B., Shea, D.F. (2001). The Power of Suggestion: Inertia in 401 (k) Participation and Savings Behavior, *The Quarterly Journal of Economics*, 116(4), s. 1149–1187.
- Pollard, M.S., Baird, M.D. (2017). *The RAND American Life Panel: Technical Description*. RAND Corporation, https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1651.html (dostęp: 2.05.2023).
- Poterba, J., Venti, S., Wise, D. (2011). Were They Prepared for Retirement? Financial Status at Advanced Ages in the Hrs and Ahead Cohorts. W: *Investigations in the Economics of Aging* (s. 21–69). Chicago: University of Chicago Press.
- Scholz, J.K., Seshadri, A., Khitatrakun, S. (2006). Are Americans Saving “Optimally” for Retirement?, *Journal of Political Economy*, 114(4), s. 607–643. DOI: 10.1086/506335.
- Shepperd, J.A., Pogge, G., Howell, J.L. (2017). Assessing the consequences of unrealistic optimism: Challenges and recommendations, *Consciousness and Cognition*, 50, s. 69–78. DOI: 10.1016/j.concog.2016.07.004.
- Skinner, J. (2007). Are You Sure You’re Saving Enough for Retirement?, *The Journal of Economic Perspectives*, 21(3), s. 59–80.
- Thaler, R.H. (1994). Psychology and Savings Policies, *American Economic Review*, 84(2), s. 186–192.
- Thaler, R.H., Sunstein, C.R. (2003). Libertarian Paternalism, *American Economic Review*, 93(2), s. 175–179. DOI: 10.1257/00028280321947001.

Podsumowanie – wnioski dla polityki społecznej

Agnieszka Chłóń-Domińczak, Irena E. Kotowska

Obserwowane trendy ogólnoswiatowe, w tym przede wszystkim zmiany demograficzne i starzenie się ludności, zmiany zachodzące na rynku pracy związane między innymi z pojawianiem się nowych form pracy – pracy tzw. platformowej czy pracy zdalnej, zmiany technologiczne czy w końcu zmiany klimatyczne, stanowią istotny kontekst prowadzonych polityk publicznych.

Z perspektywy działań dotyczących osób w wieku 50 lat lub więcej i ich sytuacji społecznej i ekonomicznej szczególnie istotne są zachodzące zmiany demograficzne. Zgodnie z projekcją demograficzną Eurostat [EUROPOP, 2022], w ciągu 25 lat (od 2025 do 2050 r.) liczba osób w wieku produkcyjnym (20–64 lata) w Polsce zmaleje z 23,05 milionów do 18,42 milionów, a liczba osób w wieku 65 lub więcej lat wzrośnie z 7,43 milionów do 10,08 milionów. W tej grupie nastąpi również wzrost liczby osób najstarszych, powyżej 80. roku życia, z 1,62 miliona do 3,12 milionów. Również liczba i struktura osób w najstarszych grupach wieku produkcyjnego (50–64 lata) będzie się zmieniać.

Jednocześnie, ze względu na zmieniające się aspiracje edukacyjne Polek i Polaków, wśród osób w wieku 50 lat lub więcej bardzo szybko będzie przyrastać udział osób z wyższym wykształceniem, co stanowi istotną szansę dla mobilizacji potencjału kapitału ludzkiego osób w wieku 50+.

Z tej perspektywy, wyniki badania SHARE wskazują na potencjalne szanse wynikające nie tylko ze zmiany struktury wykształcenia, ale równocześnie poprawiającego się stanu zdrowia osób w wieku 50+, co może również skutkować poprawą obserwowanej jakości życia. Stanowi to również szansę na wzrost aktywności zawodowej osób w wieku 50+, który jest niezbędny dla utrzymania stabilności systemu zabezpieczenia społecznego i równowagi pomiędzy wpływami z transferów publicznych (podatków i składek) i wydatkami w postaci transferów socjalnych adresowanych w szczególności do najstarszych pokoleń.

Jednocześnie wzrost aktywności zawodowej osób w wieku 50+ wymaga przede wszystkim działań tworzących warunki do dalszej pracy oraz łączenia pracy zawodowej z opieką.

Z tej perspektywy główne wyzwania dla polityki publicznej to **dostosowanie środowiska pracy do zróżnicowanych potrzeb i możliwości pokolenia 50+**. Obejmuje to działania na rzecz poprawy warunków pracy, przez wprowadzanie rozwiązań zmniejszających konieczność wykonywania obciążającej pracy fizycznej przez osoby w tym wieku (np. przez odpowiednie zarządzanie wiekiem czy wsparcie technologiczne), wprowadzanie elastycznych warunków pracy, aż po promowanie praktyk organizacji pracy wpływających na poprawę satysfakcji z pracy osób w wieku 50+.

Kolejnym ważnym działaniem jest **zmiana postaw wobec kontynuacji pracy zawodowej oraz kształcenia**, w szczególności przez zwiększanie udziału osób w wieku 50+ w różnych formach uczenia się i zachęcanie do pozyskiwania nowych kompetencji, w tym przede wszystkim cyfrowych.

Kolejnym obszarem wymagającym działań jest polityka zdrowotna. W okresie pandemii nastąpiło narastanie **długu zdrowotnego**, które wymaga „spłacenia” w postaci zwiększania dostępu do badań i oceny stanu zdrowia. Szczególnie istotne są działania z obszaru **profilaktyki i zdrowia publicznego**, które zapobiegają rozwojowi znacznej części chorób przewlekłych, z którymi borykają się osoby w wieku 50+.

Ze względu na rosnącą liczbę osób najstarszych, często wymagających opieki długookresowej, należy oczekiwać wzrostu popytu na takie usługi. Tworzenie miejsc pracy w sektorze opieki może wspierać aktywizację osób, a przez to lepsze wykorzystanie malejących zasobów pracy. Działania te jednocześnie mogą zmniejszyć deficyt opieki nieformalnej, a w efekcie poprawić stan zdrowia opiekunów i osób zależnych oraz jakość życia obu grup.

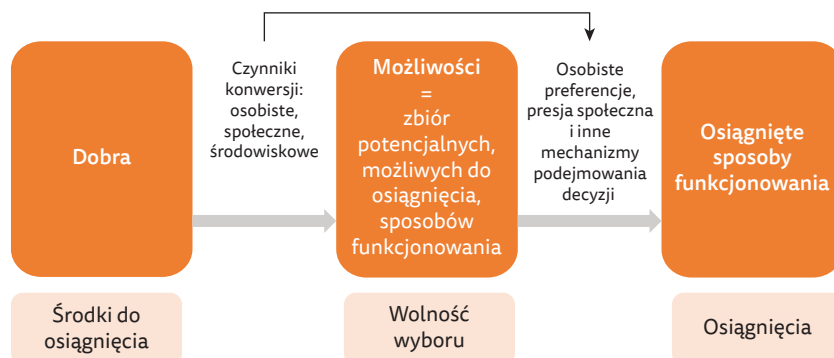
Aneks

Załącznik do rozdziału 1. w części C

Analiza wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości

Koncepcja możliwości (*capability approach*) została sformułowana przez A. Sena [1980, 1982, 1985, 1993] dla opisanie sposobu pomiaru dobrobytu (jakości życia). Koncepcja ta opiera się na założeniu, że nie same dobra (towary i usługi) 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 – daje jednostce sposobność wyboru preferowanego przez nią stylu życia. Jednostka może z nich wybierać, wskazując tym samym na 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 jednostek, zależne od etapów rozwoju, jak i zwyczajów społeczeństw, w których żyją, oraz ich cech charakterologicznych, celów i systemów wartości oraz umiejętności korzystania z dóbr, powoduje, że dla zapewnienia tych samych możliwości jednostek niezbędne są różne wiązki dóbr. Aby przekształcić dobra w potencjalne, możliwe do osiągnięcia przez jednostkę sposoby funkcjonowania, Robeyns [2003] wprowadziła pojęcie czynników konwersji o charakterze osobistym (np. metabolizm, kondycja fizyczna, płeć, czy poziom inteligencji), społecznym (normy społeczne, polityki społeczne, hierarchie społeczne) oraz środowiskowym (stan środowiska). Czynniki konwersji tworzą zbiór różnorodnych charakterystyk uruchamiających proces transformacji dóbr, którymi dysponuje jednostka, w potencjalne sposoby funkcjonowania (*capabilities*), możliwe do osiągnięcia przez jednostkę (rysunek A.1).

Rysunek A.1. Schemat badania jakości życia w ramach podejścia możliwości

Źródło: opracowanie własne na podstawie Robeyns [2003].

Na wybór przez jednostkę, ze zbioru możliwych do osiągnięcia sposobów funkcjonowania, sposobów funkcjonowania (sposobu życia) przez nią preferowanych wpływają jej osobiste preferencje, presja społeczna i inne mechanizmy podejmowania decyzji. Ponadto wybór ten jest ograniczony przez cechy osobiste, społeczne i środowiskowe jednostki.

W kontekście analizy nierówności jednostki muszą mieć równe możliwości oraz równe szanse, aby mogły funkcjonować w preferowany przez nie sposób. Mając równe szanse, jednostki mają swobodę określenia swoich możliwości, czyli potencjalnych, możliwych przez nie do osiągnięcia sposobów funkcjonowania i zgodnie z nimi maksymalizować swoją jakość życia.

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 wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości

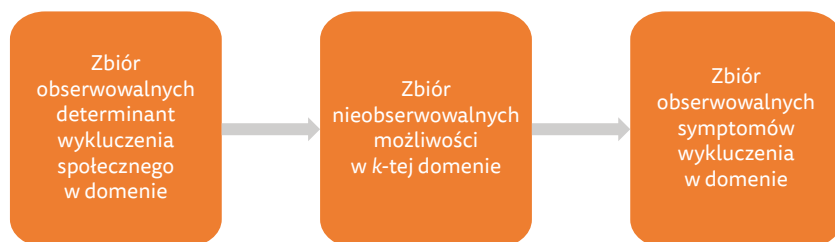
Do operacjonalizacji pomiaru wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości (*capability approach*) zastosowano model wielu wskaźników i wielu przyczyn (*multiply indicators and multiple causes, MIMIC*), który stanowi szczególny przypadek modelu równań strukturalnych (*structural equation model, SEM*) [Bollen, 1989; Konarski, 2009; Brown, Moore, 2012]. MIMIC pozwala nam nie tylko zidentyfikować ścieżki funkcyj-

wania jednostki, które prowadzą do deprywacji jej możliwości ale też opisać status deprywacji tej jednostki. Umożliwia także ocenę wpływu zewnętrznych uwarunkowań danej osoby (jej cech osobistych, społecznych i środowiskowych) na deprywację jej możliwości.

Operacjonalizacja pomiaru stopnia wykluczenia społecznego w ramach modelu MIMIC może zostać przedstawiona adaptując propozycję J. Krishnakumara [2007]. Możliwości są nieobserwowalnymi zmiennymi ukrytymi, których wartości mogą być szacowane na podstawie zbioru sposobów funkcjonowania jednostek, które odzwierciedlają zdeprywowane możliwości. Zdeprywowane możliwości są reprezentowane przez obserwowalne symptomy wykluczenia społecznego. Czynniki konwersji (osobiste, społeczne, środowiskowe) są reprezentowane przez zmienne determinujące (wzmacniające lub osłabiające) stopień wykluczenia społecznego. Rozpatrywane łącznie zbiory możliwości oraz sposoby funkcjonowania jednostki (zdeprywowane możliwości) umożliwiają wielowymiarowy pomiar stopnia wykluczenia społecznego.

Model ten dla każdej z domen wykluczenia społecznego można przedstawić w sposób ogólny, w ramach koncepcji możliwości, w postaci diagramu (rysunek A.2).

Rysunek A.2. Postać modelu MIMIC dla poszczególnych domen wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości



Źródło: opracowanie własne.

Pomiar stopnia wykluczenia społecznego przy wykorzystaniu teorii zbiorów rozmytych

Do pomiaru stopnia wykluczenia społecznego 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 należenia czy też nienależenia do zbioru wykluczonych społecznie, lecz określany jest stopień przynależności jednostek do tego zbioru (stopień ich wykluczenia społecznego). Obok jednostek wykluczonych i jednostek niewykluczonych wyróżniona jest pośrednia grupa jednostek o różnym stopniu wykluczenia społecznego.

W analizie zdefiniowano funkcję przynależności do zbioru wykluczonych społecznie, stosując podejście w pełni rozmyte i relatywne [Cheli, Lemmi, 1995; Panek, 2006, 2011]. Osoby, dla których wartość wskaźnika stopnia wykluczenia społecznego (wartość funkcji przynależności) w danej domenie równa była wartości progowej minimum tego wskaźnika, nie były wykluczone w tej domenie. Osoby, dla których wartość wskaźnika stopnia wykluczenia w danej domenie (wartość funkcji przynależności) była równa wartości progowej maksimum tego wskaźnika, były całkowicie wykluczone w tej domenie. Natomiast osoby, dla których wartość wskaźnika stopnia wykluczenia w danej domenie znajdowała się pomiędzy wartościami progowymi minimum i maksimum tego wskaźnika, były w różnym stopniu wykluczone w tej domenie.

Wartości progowe zostały utworzone dla każdej domeny wykluczenia społecznego osobno. Aby obliczyć te progi, do bazy danych dodano dwa sztuczne rekordy reprezentujące hipotetyczne osoby o najmniej korzystnych i najbardziej korzystnych wartościach wszystkich symptomów i determinant wykluczenia społecznego (osoba o najmniej pożądanach wartościach wszystkich symptomów i determinant wykluczenia społecznego i osoba o najbardziej pożądanach wartościach wszystkich symptomów i determinant wykluczenia społecznego). Następnie, wykorzystując oszacowane parametry modeli MIMIC, uzyskano wartości zmiennych ukrytych (oszacowań nieobserwowalnych zdeprywowanych możliwości) dla tych sztucznych rekordów. W ostatnim etapie wartości wskaźników stopnia wykluczenia dla poszczególnych dziedzin zostały zagregowane w jeden syntetyczny wskaźnik wykluczenia społecznego przy użyciu formuły średniej geometrycznej.

Wskaźniki stopnia wykluczenia społecznego obliczone w powyższy sposób przyjmują wartości z przedziału od zera do jednego, gdzie jeden oznacza, że dana osoba jest całkowicie wykluczona społecznie, a zero – że w ogóle nie jest wykluczona społecznie. Im wyższa wartość wskaźnika wykluczenia społecznego, tym wyższy stopień tego wykluczenia.

Wartości progowe zostały obliczone na podstawie danych z 8. rundy badania SHARE (w 2020 r.). Zostały one zastosowane do obliczeń stopnia wykluczenia społecznego osób 50+ w 8. rundzie badania (w 2021 r.) oraz do oszacowania zmian w stopniu wykluczenia społecznego w latach 2017–2021. Pozwoliło to na uwzględnienie w ocenie tych zmian wyłącznie zmian wartości wskaźników częściowych tego wykluczenia (jego symptomów), przyjmując jako stałe wpływy na to wykluczenie charakterystyk osób 50+. Proponowane podejście pozwala na uwzględnienie różnic w sposobie funkcjonowania badanych osób w różnych warunkach kulturowych i społecznych. Jednocześnie ze względu na zaproponowaną metodę wyznaczania wartości progowych stopień wykluczenia społecznego jest porównywalny między krajami i domenami oraz latami.

Tabela A.1. Częstkowe wskaźniki wykluczenia społecznego

Domeny	Wskaźniki (symptomy wykluczenia społecznego)	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.
	1.2. Deprywacja materialna	Liczba symptomów deprywacji materialnej. Uwzględniono następujące symptomy deprywacji materialnej: ▪ brak możliwości pokrycia z własnych środków nieoczekiwanych wydatków, ▪ brak możliwości jedzenia mięsa, drobiu, ryb (lub wegetariańskich odpowiedników) co drugi dzień, ▪ brak możliwości ogrzewania mieszkania odpowiednio do potrzeb, ▪ zaleganie z opłatami lub spłatami kredytów i pożyczek związanych z mieszkaniem, ▪ rezygnacja z opieki medycznej z powodów finansowych.
	1.3. Samoocena sytuacji dochodowej	Samoocena możliwości „wiązania końca z końcem” przy aktualnych dochodach.
2. Aktywność ekonomiczna i warunki pracy	2.1. Aktywność ekonomiczna	Wskaźnik uwzględniał następujące stany aktywności ekonomicznej: ▪ zatrudniony lub pracuje na własny rachunek, ▪ bezrobotny lub emeryt, ▪ bierny zawodowo.
	2.2. Zadowolenie z pracy	Stopień zadowolenia ze swojej pracy.
	2.3. Zadowolenie z zarobków	Stopień zadowolenia ze swoich zarobków.
3. Zdrowie	3.1. Samoocena stanu zdrowia	Samoocena stanu zdrowia.
	3.2. Problemy zdrowotne	Problemy w wykonywaniu czynności ze względu na stan zdrowia.
	3.3. Długotrwałe problemy zdrowotne	Przewlekłe lub długotrwałe problemy zdrowotne.
4. Edukacja i umiejętności	4.1. Niski poziom wykształcenia	Ukończone gimnazjum lub niższy poziom wykształcenia.
	4.2. Kształcenie ustawiczne	Uczestnictwo w kursie edukacyjnym lub szkoleniu.
	4.3. Obsługa komputera	Samoocena umiejętności obsługi komputera.
5. Relacje społeczne	5.1. Poczucie samotności	Stopień odczuwania samotności.
	5.2. Kontakty z rodziną	Częstotliwość kontaktowania się z rodziną (rodzice i dzieci).
	5.3. Udzielanie pomocy	Udzielanie pomocy rodzinie i sąsiadom.
	5.4. Aktywności	Aktywności (wolontariat, edukacja, sport, organizacje, itd.).

Źródło: opracowanie własne.

Tabela A.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 – duże miasto, 2 – przedmieście dużego miasta, 3 – miasto, 4 – miasteczko, 5 – wieś lub obszar wiejski
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. Samoocena stanu zdrowia**	1 – świetny, 2 – bardzo dobry, 3 – dobry, 4 – zadawalający, 5 – zły.
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	

* Z wyłączeniem domeny aktywność ekonomiczna, ** z wyłączeniem domeny zdrowie, *** z wyłączeniem domeny edukacja i umiejętności

Źródło: opracowanie własne.

Tabela A.3. Stopień wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w 2021 r.

Domeny wykluczenia	Stopień wykluczenia społecznego							
	Niemcy	Szwecja	Hiszpania	Włochy	Francja	Grecja	Czechy	Polska
Materialne warunki życia	0,551	0,544	0,626	0,606	0,565	0,600	0,557	0,592
Aktywność ekonomiczna	0,437	0,429	0,506	0,490	0,451	0,478	0,450	0,480
Zdrowie	0,327	0,320	0,348	0,345	0,331	0,340	0,333	0,332
Edukacja i umiejętności	0,272	0,279	0,245	0,252	0,255	0,255	0,274	0,245
Relacje społeczne	0,524	0,506	0,588	0,570	0,530	0,556	0,521	0,559
Ogółem	0,404	0,399	0,434	0,427	0,405	0,422	0,410	0,417

Źródło: opracowanie własne.

Tabela A.4. Zmiany stopnia wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w latach 2017–2021

Domeny wykluczenia	Zmiany stopnia wykluczenia społecznego (2021–2017)							
	Niemcy	Szwecja	Hiszpania	Włochy	Francja	Grecja	Czechy	Polska
Materialne warunki życia	–0,054	–0,061	0,008	–0,006	–0,040	0,032	–0,050	–0,019
Aktywność ekonomiczna	–0,035	–0,040	0,023	0,009	–0,022	0,024	–0,024	–0,001
Zdrowie	–0,066	–0,070	–0,052	–0,051	–0,064	0,014	–0,061	–0,063
Edukacja i umiejętności	0,011	0,004	–0,016	–0,011	–0,010	–0,004	0,002	–0,009
Relacje społeczne	–0,088	–0,100	–0,033	–0,047	–0,079	0,032	–0,091	–0,058
Ogółem	–0,042	–0,050	–0,020	–0,024	–0,042	0,016	–0,041	–0,031

Źródło: opracowanie własne.

Bibliografia

- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Brown, T.A., Moore, M.T. (2012). Confirmatory factor analysis. W: *Handbook of structural equation modelling* (s. 361–379), R.H. Hoyle (Ed.). New York: Guilford Press.
- Cheli, B., Lemmi, A. (1995). A totally fuzzy and relative approach to the multidimensional analysis of poverty, *Economic Notes*, 24(1), s. 115–134.

- Dubois, D., Prade, H. (1980). *A review of fuzzy set aggregations*, *Information Sciences*, 36, s. 85–121.
- Konarski, R. (2009). *Modele równań strukturalnych. Teoria i praktyka*. Warszawa: PWN.
- Krishnakumar, J. (2007). Going beyond functionings to capabilities: An econometric model to explain and estimate capabilities, *Journal of Human Development*, 8(1), s. 39–63.
- Panek, T. (2011). *Ubóstwo, wykluczenie społeczne i nierówności: Teoria i praktyka pomiaru*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Robeyns, I. (2003). *The capability approach: An interdisciplinary introduction*. Amsterdam: University of Amsterdam, Department of Political Science and Amsterdam School of Social Sciences Research.
- Sen, A. (1980). Equality of what. W: *The Tanner Lectures on human values* (s. 195–220), vol. 1, S. Mc Murrin (Ed.). Salt Lake City: University of Utah Press.
- Sen, A. (1982). *Choice, welfare and measurement*. Oxford: Basil Blackwell.
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. Amsterdam: North-Holland.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. W: *The quality of life*, M. Nussbaum, A. Sen (Eds.). Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A. (2000). *Social exclusion: concept, applications, and scrutiny*, Social Development Papers no. 1, Asian Development Bank, Tokyo.
- Zadeh, L.A. (1965). Fuzzy sets, *Information and Control*, 8, s. 338–353.

Spis rysunków

Rysunek 1.	Liczba wywiadów według rodzaju wywiadu i płci respondenta w poszczególnych krajach	14
Rysunek 2.	Struktura wywiadów w 8. rundzie w poszczególnych krajach według pierwszej rundy uczestnictwa respondenta w badaniu SHARE	15
Rysunek 3.	Piramidy wieku respondentów w poszczególnych krajach – porównanie struktury próby w rundach 7. i 8.	17
Rysunek 4.	Piramidy wieku respondentów w wybranych krajach w 8. rundzie badania z zastosowaniem i bez zastosowania wag populacyjnych	19
Rysunek A.1.1.	Wskaźniki zatrudnienia osób w wieku 50 lub więcej lat według wykształcenia, płci oraz grup wieku	24
Rysunek A.2.1.	Odsetek osób w wieku 50+ deklarujących udział w kursie edukacyjnym lub szkoleniu w ostatnich 12 miesiącach (w %)	28
Rysunek A.2.2.	Udział w edukacji (odsetek osób uczestniczących w kursie edukacyjnym albo szkoleniu w ostatnich 12 miesiącach) oraz wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 50+	29
Rysunek A.3.1.	Grupy osób wydzielone ze względu na ich trajektorie rodzinne i zawodowe	34
Rysunek A.3.2.	Grupy osób ze względu na historie zawodowe i rodzinne według krajów	35
Rysunek A.4.1.	Wskaźniki zatrudnienia w analizowanych krajach według płci, grup wieku i faktu sprawowania regularnej opieki nad osobami dorosłymi (w %)	39
Rysunek A.4.2.	Wskaźniki zatrudnienia według płci, grupy krajów i faktu sprawowania regularnej opieki nad osobami dorosłymi (w %)	40
Rysunek A.4.3.	Wskaźniki zatrudnienia w analizowanych krajach według płci, grup wieku i faktu sprawowania regularnej opieki nad wnukami (w %)	41
Rysunek A.4.3.	Wskaźniki zatrudnienia według płci, grupy krajów i faktu sprawowania regularnej opieki nad wnukami (w %)	41
Rysunek A.4.5.	Udział osób sprawujących opiekę nad innymi osobami w analizowanych krajach według płci i statusu na rynku pracy (w %)	42
Rysunek A.4.6.	Udział osób sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi w analizowanych krajach według płci, grup wieku i statusu na rynku pracy (w %)	43
Rysunek A.4.7.	Udział osób sprawujących opiekę nad wnukami w analizowanych krajach według płci, grup wieku i statusu na rynku pracy (w %)	43
Rysunek A.4.8.	Udział osób sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi według płci, grup krajów i statusu na rynku pracy (w %)	44

Rysunek A.4.9. Udział osób sprawujących opiekę nad wnukami według płci, grup krajów i statusu na rynku pracy (w %)	44
Rysunek A.4.10. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 50–69 lat w Polsce i w krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według faktu sprawowania opieki nad innymi osobami (w %)	45
Rysunek A.4.11. Udział osób sprawujących opiekę nad innymi osobami w Polsce i w krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy (w %)	46
Rysunek A.4.12. Średnie zadowolenie z życia osób w wieku 50–69 lat w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad osobami dorosłymi	47
Rysunek A.4.13. Średnie zadowolenie z życia osób w wieku 50–69 lat w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad wnukami	47
Rysunek A.4.14. Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50–69 lat w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad osobami dorosłymi	48
Rysunek A.4.15. Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50–69 lat w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad wnukami	48
Rysunek A.4.16. Udział osób w wieku 50–69 lat odczuwających ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad osobami dorosłymi (w %)	49
Rysunek A.4.17. Udział osób w wieku 50–69 lat odczuwających ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce i krajach, w których przeprowadzono badanie SHARE według statusu na rynku pracy i sprawowania opieki nad wnukami (w %)	49
Rysunek A.5.1. Struktura pracujących w wyodrębnionych czterech grupach ze względu na odczucie zadowolenia z pracy (w %)	55
Rysunek A.5.2. Udział osób deklarujących chęć przejścia na emeryturę tak szybko, jak jest to możliwe (w %)	57
Rysunek B.2.1. Samoocena zdrowia (poniżej dobrego) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)	72
Rysunek B.2.2. Występowanie dwóch lub więcej chorób przewlekłych według grup wieku, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (5-letnie) i kraju (w %)	73
Rysunek B.2.3. Ograniczenie w wykonywaniu czynności zwykle wykonywanych przez ludzi (GALI) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)	74
Rysunek B.2.4. Przynajmniej jedno ograniczenie w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (ADL) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)	75

Rysunek B.2.5.	Przynajmniej jedno ograniczenie w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego (IADL) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)	76
Rysunek B.2.6.	Występowanie 4 lub więcej symptomów depresji (EURO-D) według grup wieku (5-letnie) i kraju, ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)	77
Rysunek B.2.7.	Ograniczenia w wykonywaniu pracy zarobkowej w związku z występowaniem problemów zdrowotnych według grup wieku (5-letnie) i kraju (tylko osoby w wieku 55–75 lat), ze szczególnym uwzględnieniem Polski (w %)	78
Rysunek B.3.1.	Struktura ludności Polski według grup wieku w 2007 i 2020 roku (stan na 31 grudnia). Udział danej grupy wieku w populacji osób 50+ (w %)	91
Rysunek B.3.2.	Odsetek osób w Polsce oceniających swoje zdrowie poniżej dobrego (umiarkowany lub zły stan zdrowia) według grup wieku w 2007 i 2020 roku (w %)	92
Rysunek B.3.3.	Odsetek osób w Polsce z problemami zdrowotnymi (GALI) według grup wieku w 2007 i 2020 roku (w %)	93
Rysunek B.3.4.	Odsetek osób w Polsce z objawami depresji według grup wieku w 2007 i 2020 roku (w %)	94
Rysunek B.3.5.	Odsetek osób w Polsce z dwoma lub więcej zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi według grup wieku w 2007 i 2020 r. (w %)	95
Rysunek B.3.6.	Ograniczenia w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności (ADL) według wieku – odsetek deklarujących co najmniej jedną trudność w roku 2007 i 2020 (w %)	98
Rysunek B.3.7.	Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego z powodu problemów fizycznych, umysłowych, emocjonalnych lub problemów z pamięcią (IADL) według wieku – odsetek deklarujących co najmniej jedną trudność w 2007 i 2020 r. (w %)	99
Rysunek B.3.8.	Występowanie otyłości wśród respondentów badania SHARE w 2007 r. i 2020 r. – odsetek osób ze wskaźnikiem BMI ≥ 30 (w %)	101
Rysunek B.3.9.	Palenie papierosów przez respondentów badania SHARE w 2007 r. i 2020 r. – odsetek osób aktualnie palących według wieku (w %)	103
Rysunek C.1.1.	Stopień wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w 2021 r.	114
Rysunek C.1.2.	Zmiany stopnia wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w latach 2017–2021	116
Rysunek C.1.3.	Zmiany stopnia wykluczenia społecznego w zależności od wieku w wybranych krajach europejskich w 2021 r.	117
Rysunek C.1.4.	Zmiany stopnia wykluczenia społecznego w obszarze zdrowia w zależności od wieku w wybranych krajach europejskich w 2021 r.	119
Rysunek C.1.5.	Zmiany stopnia wykluczenia społecznego w obszarze warunków materialnych w zależności od wieku w wybranych krajach europejskich w 2021 r.	119

Rysunek C.2.1.	Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE (w %)	125
Rysunek C.2.2.	Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według płci (w %)	126
Rysunek C.2.3.	Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w krajach biorących udział w badaniu SHARE według grup krajów (w %)	126
Rysunek C.2.4.	Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w krajach uczestniczących w badaniu SHARE według grup wieku (w %)	127
Rysunek C.2.5.	Udział osób w wieku 50+ zaangażowanych w transfery opieki w Polsce według grup wieku (w %)	128
Rysunek C.2.6.	Udział osób w wieku 50+ przekazujących i odbierających transfery finansowe w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według płci (w %)	129
Rysunek C.2.7.	Udział osób w wieku 50+ przekazujących i odbierających transfery finansowe w Polsce i w krajach uczestniczących w badaniu SHARE według grup wieku (w %)	129
Rysunek C.2.8.	Udział osób w wieku 50+ przekazujących i odbierających transfery finansowe według grup krajów (w %)	130
Rysunek C.2.9.	Średnia wartość wskaźnika CASP-12 dla osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według płci	131
Rysunek C.2.10.	Średnia wartość wskaźnika CASP-12 dla osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według transferów opieki	132
Rysunek C.2.11.	Średnia wartość wskaźnika CASP-12 dla osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według transferów opieki i płci	132
Rysunek C.2.12.	Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według płci	133
Rysunek C.2.13.	Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według transferów opieki	134
Rysunek C.2.14.	Średnia liczba objawów depresji wśród osób w wieku 50 lat lub więcej w Polsce i w krajach biorących udział w badaniu SHARE według transferów opieki i płci	134
Rysunek C.3.1.	Podział respondentów według odpowiedzi na pytanie, czy inaczej gospodarowaliby swoimi pieniędzmi, gdyby mogli cofnąć się w czasie do okresu, kiedy mieli około 45 lat	141
Rysunek C.3.2.	Mniej oszczędzając, można było wydawać więcej – odsetek respondentów według kategorii wydatków, na które przeznaczaliby więcej pieniędzy w przeszłości (w %)	142

Rysunek C.3.3. Aby oszczędzać więcej, trzeba mniej wydawać – odsetek respondentów według kategorii wydatków, na które przeznaczaliby mniej pieniędzy w przeszłości (w %)	143
Rysunek C.3.4. Zdarzenia, które zaskakują nas w życiu i sprawiają, że stan naszych finansów okazuje się lepszy niż wcześniej oczekiwaliśmy – odsetek respondentów, którzy zadeklarowali, że przytrafiły się im wymienione sytuacje (w %)	145
Rysunek C.3.5. Zdarzenia, które zaskakują nas w życiu i sprawiają, że stan naszych finansów okazuje się gorszy niż wcześniej oczekiwaliśmy – odsetek respondentów, którzy zadeklarowali, że przytrafiły się im wymienione sytuacje (w %)	146
Rysunek C.3.6. Czynniki korelujące z deklaracją respondentów, że woleliby oszczędzać więcej (i wydawać mniej) w ciągu życia – współczynniki z liniowej regresji wielorakiej	148
Rysunek A.1. Schemat badania jakości życia w ramach podejścia możliwości	154
Rysunek A.2. Postać modelu MIMIC dla poszczególnych domen wykluczenia społecznego w ramach podejścia możliwości	155

Spis tabel

Tabela A.2.1. Uczestnictwo w kursie edukacyjnym lub szkoleniu w ostatnich 12 miesiącach według statusu na rynku pracy i cech społeczno-demograficznych – Polska (w %)	30
Tabela A.5.1. Czynniki wpływające na satysfakcję z wykonywanej pracy (w %)	54
Tabela B.2.1. Częstotliwość występowania trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej wśród osób w wieku 55–64 lata według krajów (w %)	79
Tabela B.2.2. Częstotliwość występowania trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej wśród osób w wieku 65 lat i więcej według krajów (w %)	81
Tabela B.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 (w %)	83
Tabela B.2.4. Wskaźniki zdrowia według statusu na rynku pracy i kraju, kobiety w wieku 55–64 lata (w odsetkach danej grupy)	84
Tabela B.2.5. Wskaźniki zdrowia według statusu na rynku pracy i kraju, mężczyźni w wieku 60–69 lat (w odsetkach danej grupy)	86
Tabela B.3.1. Częstość występowania trudności w zakresie sprawności funkcjonalnej i mobilnej według wieku w 2007 i 2020 r. (w %)	96
Tabela A.1. Częstkowe wskaźniki wykluczenia społecznego	157
Tabela A.2. Determinanty wykluczenia społecznego	158
Tabela A.3. Stopień wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w 2021 r.	159
Tabela A.4. Zmiany stopnia wykluczenia społecznego osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich w latach 2017–2021	159



Niniejszy raport prezentuje wyniki 8. rundy Badania Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE 50+ w Europie”, którą rozpoczęto w przededniu wybuchu pandemii. Ze względu na wybuch pandemii badania terenowe zostały przerwane. Jednocześnie przygotowano i przeprowadzono telefoniczne badania SHARE Corona, które pozwoliły na bieżącą ocenę sytuacji osób w wieku 50 lat lub więcej w okresie pandemii i których wyniki zostały zaprezentowane w odrębnych publikacjach.

Raport przedstawia podstawowe informacje dotyczące metodologii badania, zarówno jego panelowego charakteru, jak i specyfiki 8. rundy, w której, po wywiadach dotyczących historii życia w rundzie 7., powrócono do pytań o charakterze panelowym, odnoszących się do aspektów związanych ze zdrowiem, sytuacją rodzinną i społeczną, a także aktywnością zawodową. Dodatkowo po raz pierwszy respondenci byli pytani o ich postawy wobec oszczędności długoterminowych.

Raport przedstawia wyniki przeprowadzonych analiz w trzech częściach. Część A poświęcona jest uwarunkowaniom aktywności zawodowej. Prezentowane są zmiany uczestnictwa osób w wieku 50+ na rynku pracy, także w kontekście analiz danych z badania aktywności ekonomicznej ludności. W kolejnych rozdziałach omówiono wybrane czynniki wpływające na utrzymywanie aktywności zawodowej, takie jak: aktywność edukacyjna osób w wieku 50+, analizy przebiegu życia oraz ścieżek zawodowych i rodzinnych respondentów pomiędzy 20. a 50. rokiem życia oraz ich powiązanie z obecną sytuacją ekonomiczną, powiązania pomiędzy aktywnością ekonomiczną i opiekuńczą oraz analiza czynników powiązanych z satysfakcją osób pracujących, związaną z ich zatrudnieniem, a także chęci dotyczące przejścia na emeryturę.

W części B zaprezentowana jest analiza sytuacji zdrowotnej i jej zmian. Składa się ona z trzech rozdziałów. W pierwszym przedstawione jest zróżnicowane podejście do oceny stanu zdrowia w badaniu SHARE. W drugim zawarta jest analiza stanu zdrowia Polaków. Trzeci rozdział przedstawia porównanie stanu zdrowia respondentów SHARE pomiędzy 2. a 8. rundą badania.

W części C zawarte są analizy dotyczące wykluczenia społecznego, relacji międzypokoleniowych, a także wyniki nowego modułu badania, poświęcone postawom wobec historii oszczędzania we wcześniejszych etapach przebiegu życia.



OFICyna WYDAWNICZA SGH
SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE
www.wydawnictwo.sgh.waw.pl



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej